



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Σχολή Επιστημών Υγείας
Ιατρική Σχολή
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Συμπτωματολογία και Σχολικός Εκφοβισμός σε Εφήβους με Διάγνωση Αυτισμού
Υψηλής Λειτουργικότητας: Ο διαμεσολαβητικός ρόλος της προσλαμβανόμενης
κοινωνικής υποστήριξης»**

Μυρτώ- Μαρία Ρούσσου
A.M.:20191156

Επιβλέπουσα: Αικατερίνη Παπανικολάου, Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Αικατερίνη Παπανικολάου, Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Γεράσιμος Κολαΐτης, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Γεώργιος Γιαννακόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΑΘΗΝΑ,
Ιούλιος, 2022



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Σχολή Επιστημών Υγείας
Ιατρική Σχολή
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Συμπτωματολογία και Σχολικός Εκφοβισμός σε Εφήβους με Διάγνωση Αυτισμού
Υψηλής Λειτουργικότητας: Ο διαμεσολαβητικός ρόλος της προσλαμβανόμενης
κοινωνικής υποστήριξης»**

Μυρτώ- Μαρία Ρούσσου
A.M.:20191156

Επιβλέπουσα: Αικατερίνη Παπανικολάου, Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Αικατερίνη Παπανικολάου, Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Γεράσιμος Κολαΐτης, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Γεώργιος Γιαννακόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΑΘΗΝΑ,
Ιούνιος, 2022

Περίληψη

Θεωρητικό υπόβαθρο: Έφηβοι με Υψηλής Λειτουργικότητας Αυτισμό (ΥΛΑ) αποτελούν συχνά θύματα εκφοβισμού. Η βαρύτερη συμπτωματολογία Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) σχετίζεται με την αυξημένη θυματοποίηση εφήβων με ΥΛΑ, όπως και με την μειωμένη προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη η οποία με την σειρά της σχετίζεται με την θυματοποίηση τους.

Σκοπός: Η εξέταση της διαμεσολάβησης της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση μεταξύ βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ και θυματοποίησης εφήβων με ΥΛΑ. Περαιτέρω στόχοι αποτελούν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ όπως και της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης με τη θυματοποίησή τους.

Μεθοδολογία: Στη μελέτη συμμετείχαν 76 έφηβοι με ΥΛΑ (77,6% αγόρια και 22,4% κορίτσια, με μέση ηλικία τα 15,2 έτη) προερχόμενοι από Κέντρα Ημέρας, Ειδικών Θεραπειών, Δημιουργικής Απασχόλησης, το Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία», Συλλόγους ατόμων με ΔΑΦ και οι γονείς αυτών. Χορηγήθηκε η Πολυδιάστατη Κλίμακα Προσλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης (MSPSS), η υποκλίμακα θυματοποίησης εαυτού του Ερωτηματολογίου Βιωμάτων με τους συνομηλικούς (PEQ), το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Επικοινωνιακών Ικανοτήτων-Πρόσφατο (SCQ-C) και ερωτηματολόγια δημογραφικών πληροφοριών.

Αποτελέσματα: Έφηβοι με βαρύτερη συμπτωματολογία ΔΑΦ ($\beta=0,34$, $p=,028$) κατά το SCQ-C, με μεγαλύτερο αριθμό συννοσηρών διαταραχών ($\beta=1,87$, $p=,033$) βίωναν συχνότερα εκφοβισμό, κατά το PEQ, ενώ έφηβοι με υψηλότερη προσλαμβανόμενη

κοινωνική υποστήριξη κατά το MSPSS θυματοποιούνταν λιγότερο συχνά ($\beta=-3,75$, $p<,001$). Η προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη μεσολαβούσε εν μέρει στη σχέση μεταξύ της βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ και θυματοποίησης εφήβων με ΥΛΑ ($\beta=-3,75$, $p<,001$).

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα αυτά δύνανται να παρέχουν κατευθύνσεις για τη διαμόρφωση προγραμμάτων για την αντιμετώπιση του εκφοβισμού, στοχευμένων στην ενίσχυση των κοινωνικών, επικοινωνιακών, συμπεριφορικών δεξιοτήτων και του υποστηρικτικού δικτύου των εφήβων με ΥΛΑ.

Λέξεις κλειδιά: ΥΛΑ, εφηβεία, σχολικός εκφοβισμός, προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη

Abstract

Background: Adolescents with High Functioning Autism (HFA) become frequently victims of bullying. More severe symptomatology of Autistic Spectrum Disorder (ASD) is associated with the increased victimization of adolescents with HFA and with lower perceived social support which in turn is related to the victimization of adolescents with HFA.

Aim: the examination of the mediation of the perceived social support in the relationship between the severity of ASD symptomatology and the victimization of adolescents with HFA. Further aims are the investigation of the relationship between the severity of ASD symptomatology and the perceived social support with their victimization.

Methods: 76 adolescents with HFA (77,6% boys and 22,4% girls, with mean age 15,2) originating from Day Centers, Centers of Special Therapies, Creative Employment, the Children's Hospital "Agia Sofia", Associations of individuals with ASD and their parents participated. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, the subscale of victimization of self of the Peer Experiences Questionnaire, the Social Communication Questionnaire- Current and questionnaires for sociodemographic information were administered.

Results: Adolescents with more severe ASD symptomatology ($\beta=0,34$, $p=,028$) according to SCQ-C and greater number of comorbid disorders ($\beta=1,87$, $p=,033$) were experiencing bullying more frequently, according to PEQ while adolescents with lower

perceived social support according to MSPSS were victimized less frequently ($\beta=-3,75$, $p<,001$). The perceived social support partially mediated the relationship between the severity of ASD symptomatology and the victimization of adolescents with HFA ($\beta=-3,75$, $p<,001$).

Conclusions: These findings can provide directions for the development of more effective programs for the treatment of bullying, targeted to the improvement of social, communication and behavioral skills and social support network of adolescents with HFA.

Keywords: HFA, adolescence, school bullying, perceived social support

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	3
Abstract	5
Ευχαριστίες	12
Εισαγωγή.....	13
Σχολικός εκφοβισμός.....	16
Εννοιολογική προσέγγιση σχολικού εκφοβισμού	16
Μορφές σχολικού εκφοβισμού.....	17
Επιδημιολογία σχολικού εκφοβισμού.....	19
Χαρακτηριστικά θυμάτων.....	19
Υποχωρητικά θύματα.....	19
Επιθετικά θύματα ή θύτες-θύματα	21
Χαρακτηριστικά θυτών	22
Σχέση ηλικίας και φύλου με σχολικό εκφοβισμό.....	24
Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές και εκφοβισμός.....	25
Εννοιολογική προσέγγιση Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών.....	25
Σχέση Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών με εκφοβισμό	25
Συνέπειες σχολικού εκφοβισμού	26
Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος.....	28
Ιστορική Αναδρομή.....	28
Διαγνωστικά Κριτήρια Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος.....	30
Επιδημιολογία.....	31
Συννοσηρότητα.....	32
Αυτισμός Υψηλής Λειτουργικότητας	32
Αυτισμός υψηλής λειτουργικότητας και εφηβεία	34
Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος και θυματοποίηση	36
Ο ρόλος των ενδοατομικών παραγόντων στη θυματοποίηση.....	36
Ο ρόλος των οικογενειακών παραγόντων στη θυματοποίηση.....	40
Ο ρόλος των σχολικών παραγόντων στη θυματοποίηση.....	41

Κοινωνική υποστήριξη.....	43
Έννοια κοινωνικής υποστήριξης	43
Κοινωνική υποστήριξη και Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος.....	44
Κοινωνική υποστήριξη και θυματοποίηση	46
Σχέση μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης, συμπτωματολογίας ΔΑΦ και θυματοποίησης	47
Σκοπός έρευνας.....	51
Ερευνητικές υποθέσεις.....	51
Μεθοδολογία.....	52
Ερευνητικός σχεδιασμός.....	52
Πληθυσμός Έρευνας- Δείγμα	52
<i>Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού</i>	53
Διαδικασία Διεξαγωγής Έρευνας	53
Ερευνητικά Εργαλεία	54
<i>Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Επικοινωνιακών Ικανοτήτων-Πρόσφατο (Social Communication Questionnaire Current)</i>	55
<i>Πολυδιάστατη Κλίμακα Προσλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)</i>	56
<i>Ερωτηματολόγιο Βιωμάτων με τους συνομηλίκους (Peer Experiences Questionnaire)</i>	57
<i>Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων για έφηβο</i>	58
<i>Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων για γονέα</i>	58
Ζητήματα Δεοντολογίας.....	59
Στατιστική ανάλυση	60
Αποτελέσματα	63
Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος	63
Χαρακτηριστικά δείγματος με βάση το φύλο.....	65
Περιγραφικά μέτρα των ερευνητικών εργαλείων.....	67
Βαθμολογίες ερευνητικών εργαλείων με βάση το φύλο.....	69
Σχέσεις μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων και στοιχείων σχετιζόμενων με την υγεία των εφήβων και των κηδεμόνων τους, της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και της βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ με τη θυματοποίηση των εφήβων	70

Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την υποκλίμακα θυματοποίησης εαυτού και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία και τα σχετιζόμενα με την υγεία στοιχεία των μαθητών, των γονιών όπως και την προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και τη βαρύτητα της συμπτωματολογίας ΔΑΦ.....	73
Διαμεσολαβητικός ρόλος της συνολικής προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση βαρύτητας συμπτωματολογίας Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος και θυματοποίησης.....	75
Συζήτηση.....	78
Συμπεράσματα.....	89
Περιορισμοί.....	90
Προτάσεις.....	90
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	92
Παράρτημα.....	128

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1 Δημογραφικά στοιχεία εφήβων και στοιχεία σχετικά με την κατάσταση υγείας και την παρακολούθηση θεραπευτικών προγραμμάτων τους.....	63
Πίνακας 2 Δημογραφικά στοιχεία γονέων και στοιχεία σχετιζόμενα με την ψυχική τους υγεία	65
Πίνακας 3 Δημογραφικά στοιχεία εφήβων και στοιχεία σχετικά με την κατάσταση υγείας και την παρακολούθηση θεραπευτικών προγραμμάτων τους με βάση το φύλο ...	66
Πίνακας 4 Δημογραφικά στοιχεία γονέων και στοιχεία σχετιζόμενα με την ψυχική τους υγεία με βάση το φύλο των εφήβων.....	67
Πίνακας 5 Περιγραφικά μέτρα της κλίμακας της βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ, της κλίμακας και των υποκλιμάκων της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και της υποκλίμακας της θυματοποίησης εαυτού.....	68

Πίνακας 6 Βαθμολογίες της κλίμακας της βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ, της κλίμακας και των υποκλιμάκων της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και της υποκλίμακας της θυματοποίησης εαυτού ανάλογα με το φύλο των εφήβων.....	69
Πίνακας 7 Συντελεστής συσχέτισης του Spearman της υποκλίμακας της θυματοποίησης εαυτού με το ερωτηματολόγιο βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ και με την πολυδιάστατη κλίμακα προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και τις υποκλίμακες της.....	134
Πίνακας 8 Βαθμολογία θυματοποίησης εαυτού ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και την προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη των εφήβων και τα δημογραφικά στοιχεία των γονέων.....	71
Πίνακας 9 Συντελεστές συσχέτισης του Spearman της βαθμολογίας θυματοποίησης εαυτού με την ηλικία και τον αριθμό συννοσηρών διαταραχών των εφήβων.....	72
Πίνακας 10 Βαθμολογία θυματοποίησης εαυτού ανάλογα με τη συνέχιση των θεραπειών τον προηγούμενο χρόνο.....	73
Πίνακας 11 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την υποκλίμακα θυματοποίησης εαυτού και ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά στοιχεία και τα στοιχεία σχετικά με την κατάσταση υγείας των εφήβων και των γονέων, την προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και τη βαρύτητα συμπτωματολογίας ΔΑΦ των εφήβων.....	74
Πίνακας 12 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και ανεξάρτητη τη βαρύτητα συμπτωματολογίας ΔΑΦ.....	75

Πίνακας 13 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη θυματοποίηση εαυτού και ανεξάρτητη τη συνολική προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη. 76

Πίνακας 14 Αποτελέσματα ιεραρχικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη θυματοποίηση και ανεξάρτητες τη βαρύτητα συμπτωματολογίας ΔΑΦ και τη συνολική προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη..... 77

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1 Σχήμα διαμεσολάβησης βάση ερευνητικής υπόθεσης..... 128

Γράφημα 2 Πηγές συλλογής δεδομένων 129

Γράφημα 3 Συσχέτιση μεταξύ βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ και θυματοποίησης εαυτού..... 130

Γράφημα 4 Συσχέτιση μεταξύ προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και θυματοποίησης εαυτού..... 131

Γράφημα 5 Βαθμολογία θυματοποίησης εαυτού ανάλογα με το επίπεδο προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης. 132

Γράφημα 6 Σχήμα διαμεσολάβησης της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση μεταξύ βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ και θυματοποίησης εαυτού. ... 133

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας τις μεταπτυχιακές μου σπουδές με την εκπόνηση της παρούσας Διπλωματικής εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Κολαίτη Γεράσιμο, Καθηγητή Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ και διευθυντή του μεταπτυχιακού προγράμματος, για την ευκαιρία παρακολούθησης του μεταπτυχιακού και για τις γνώσεις που αποκόμισα κατά τη διάρκεια του. Εν συνεχεία θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Παπανικολάου Αικατερίνη, Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ, για την καθοδήγηση και υποστήριξη της καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας, καθώς και τον κύριο Ζαραβίνο–Τσάκο Φοίβο, επιστημονικό συντονιστή του μεταπτυχιακού, για την πολύτιμη βοήθειά του. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά την κα Τζαβάρα Χαρά, Διδάκτωρ Βιοστατιστικής Ιατρικής Σχολής και την κα Σκοπελίτη Νίκη για τη συμβολή τους στην κατανόηση και ανάλυση των στατιστικών δεδομένων.

Θα ήθελα ακόμη να ευχαριστήσω τους Συλλόγους, τα Κέντρα Ημέρας, Δημιουργικής Απασχόλησης και Ειδικών θεραπειών όπως και την Παιδοψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία» για την προθυμία τους και τη διαθεσιμότητά τους ώστε να συλλεχθεί το αναγκαίο δείγμα για την πραγματοποίηση της έρευνας αυτής.

Θα ήθελα τέλος να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την οικογένεια μου, και κυρίως τη μητέρα μου, τους φίλους μου και συγκεκριμένα την Κατερίνα και το Δημήτρη καθώς και το σύντροφο μου, για την κατανόηση και την υποστήριξή τους καθ' όλη την πορεία των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Εισαγωγή

Ο σχολικός εκφοβισμός αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο, με περίπου ένα 30,4% των εφήβων σε παγκόσμιο επίπεδο να έχει αποτελέσει στόχο εκφοβιστικών συμπεριφορών μέσα στον τελευταίο χρόνο (Hosozawa et al., 2021). Ο σχολικός εκφοβισμός ορίζεται ως μία εμπρόθετη, επαναλαμβανόμενη μορφή επιθετικής συμπεριφοράς, στο πλαίσιο μίας διαπροσωπικής σχέσης, χαρακτηριζόμενη από ασύμμετρη σχέση εξουσίας εντός του σχολικού πλαισίου (Olweus, 1994). Η βίωση εκφοβιστικών εμπειριών σχετίζεται με την αρνητική ψυχοκοινωνική προσαρμογή των εφήβων, καθώς οι εμπειρίες αυτές εντείνουν την πιθανότητα εκδήλωσης καταθλιπτικής, αγχώδους, ψυχοσωματικής και ψυχωτικής συμπτωματολογίας, αυτοτραυματικών συμπεριφορών, αυτοκτονικότητας και χρήσης ουσιών (Catone et al., 2017; Ford et al., 2017; Stapinski et al., 2015; Tharp-Taylor et al., 2009).

Έφηβοι, όπως και παιδιά με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στη βίωση εκφοβισμού, λόγω των κοινωνικών, επικοινωνιακών και συμπεριφορικών ελλειμμάτων που συνθέτουν την κλινική τους εικόνα (Schroeder et al., 2014). Μάλιστα, νεαρά άτομα με ΔΑΦ παιδικής και εφηβικής ηλικίας τείνουν να θυματοποιούνται συχνότερα από τους τυπικά αναπτυσσόμενους συνομηλίκους τους, και τους συνομηλίκους τους με κάποια άλλη αναπηρία (Maïano et al., 2016; Park et al., 2020). Οι έφηβοι, όπως και παιδιά με Υψηλής Λειτουργικότητας Αυτισμό (ΥΛΑ) αποτελούν ακόμη πιο συχνά τα θύματα εκφοβιστικών ενεργειών συγκριτικά με παιδιά και εφήβους που βρίσκονται στο Αυτιστικό φάσμα γενικότερα (Diehl et al., 2021; Zablotzky et al., 2014). Η συχνότερη θυματοποίηση των νεαρών ατόμων με ΥΛΑ πιθανά να οφείλεται στη μεγαλύτερη συχνότητα συναναστροφής με τους συνομηλίκους τους

τυπικής ανάπτυξης που δύνανται να αντιληφθούν τη διαφορετικότητα τους, λόγω της φοίτησής τους σε μη ειδικές σχολικές δομές. Η φοίτησή τους επίσης σε μη ειδικά σχολεία, όπου υπάρχει λιγότερη επίβλεψη πιθανά να σχετίζεται με τη συχνότερη βίωση εκφοβιστικών εμπειριών συγκριτικά με άτομα με βαρύτερη συμπτωματολογία ΔΑΦ, που συνήθως φοιτούν σε ειδικά σχολεία με ειδικά καταρτισμένο εκπαιδευτικό προσωπικό (Hebron & Humphrey, 2014; Zablotsky et al., 2014; Zweers et al., 2017).

Η βαρύτητα της συμπτωματολογίας ΔΑΦ έχει συνδεθεί με τη θυματοποίηση εφήβων, όπως και παιδιών με ΔΑΦ και με ΥΛΑ, χωρίς ωστόσο να είναι σαφές αν η βαρύτερη ή η ηπιότερη συμπτωματολογία ΔΑΦ σχετίζεται με τη συχνότερη βίωση εκφοβισμού (Chou et al., 2019; Rowley et al., 2012; Zablotsky et al., 2014). Αντιθέτως, η μεγαλύτερη προσλαμβανόμενη υποστήριξη των εφήβων με ΔΑΦ από το κοινωνικό τους δίκτυο φαίνεται να σχετίζεται με τη μειωμένη θυματοποίησή τους (Humphrey & Symes, 2010a; Wright, 2017a). Η προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη επίσης έχει ερευνητικά συσχετιστεί αρνητικά με τη βαρύτητα συμπτωματολογίας ΔΑΦ, με την υψηλότερη προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη των ατόμων με ΔΑΦ να σχετίζεται με την ηπιότερη συμπτωματολογία τους (Hedley et al., 2017).

Πλήθος ερευνών έχει εξετάσει τους παράγοντες που σχετίζονται με τη βίωση εκφοβισμού παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ, με τις έρευνες ωστόσο που έχουν πραγματοποιηθεί σε παιδιά και εφήβους με ΥΛΑ να είναι πολύ λιγότερες (Cappadocia et al., 2012; Chou et al., 2019; Zablotsky et al., 2014). Οι έρευνες αυτές επίσης συνήθως διερευνούν τους προστατευτικούς παράγοντες και τους παράγοντες κινδύνου για τη βίωση εκφοβισμού σε κοινά δείγματα παιδιών και εφήβων (Cappadocia et al., 2012; Zablotsky et al., 2014). Η ανάδειξη ακόμη της σημαντικής αρνητικής σχέσης μεταξύ της

βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ και της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης, της σημαντικής αρνητικής σχέσης μεταξύ της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και θυματοποίησης, όπως και της θετικής σχέσης μεταξύ της βαρύτητας των συμπτωμάτων ΔΑΦ και της θυματοποίησης, σύμφωνα με την πλειοψηφία των ερευνών (Hedley et al., 2017; Humphrey & Symes, 2010a; Zablotzky et al., 2014), καθιστά πιθανή την υπόθεση της διαμεσολάβησης της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση μεταξύ βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ και θυματοποίησης, μίας υπόθεσης που, όπως προέκυψε από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, δεν έχει ελεγχθεί σε προγενέστερες έρευνες. Πιο συγκεκριμένα θα μπορούσε να υποτεθεί ότι η βαρύτερη συμπτωματολογία ΔΑΦ σχετίζεται με τη μειωμένη προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη των εφήβων με ΥΛΑ, η οποία με τη σειρά της σχετίζεται με την συχνότερη θυματοποίησή τους.

Σκοπό λοιπόν της παρούσας μελέτης αποτελεί η εξέταση του πιθανού διαμεσολαβητικού ρόλου της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση μεταξύ της βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ και της θυματοποίησης Ελλήνων εφήβων με ΥΛΑ. Περαιτέρω στόχο αποτελεί η διερεύνηση του ρόλου της βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ όπως και της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη θυματοποίησή τους.

Σχολικός εκφοβισμός

Εννοιολογική προσέγγιση σχολικού εκφοβισμού

Το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα λόγω της παγκόσμιας έκτασης του όπως και της εμμένουσας εικόνας του (Biswas et al., 2020; Koyanagi et al., 2019; Sánchez-Queija et al., 2017). Σύμφωνα με τον Olweus (1994), έναν από τους πρώτους και πιο καταξιωμένους ερευνητές που μελέτησε τον σχολικό εκφοβισμό, ο σχολικός εκφοβισμός μπορεί να οριστεί ως μία επιθετική, εμπρόθετη, επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά στο πλαίσιο μίας διαπροσωπικής σχέσης, χαρακτηριζόμενη από ασύμμετρη σχέση εξουσίας εντός του σχολικού περιβάλλοντος. Όπως γίνεται αντιληπτό από τον ανωτέρω ορισμό, βασικά χαρακτηριστικά του σχολικού εκφοβισμού αποτελούν ο εμπρόθετος χαρακτήρας της επιθετικής ενέργειας, η επαναληψιμότητα αυτής μέσα στο χρόνο και η ασυμμετρία που χαρακτηρίζει τη σχέση θύτη-θύματος (Nansel et al., 2001; Olweus, 1994).

Ο εκφοβισμός, που μάλιστα συχνά δεν δικαιολογείται από κάποιο προφανή λόγο (Olweus, 1994), αποσκοπεί στην πρόκληση τραυματισμού ή δυσφορίας (Olweus, 1978) και συνήθως προσφέρει στο δράστη ψυχολογική ικανοποίηση, κοινωνική δύναμη στην ομάδα ομηλίκων του ή ακόμη και κάποιο οικονομικό όφελος, στην περίπτωση υφαρπαγής (Smith & Morita, 1999). Παρά το ενδεχόμενο επίσης να θεωρηθεί μία μεμονωμένη επιθετική συμπεριφορά βαρύτερης μορφής ως σχολικός εκφοβισμός, είθισται να αφορά αρνητικές συμπεριφορές που εκδηλώνονται κατ' επανάληψη. Ο λόγος της συμπερίληψης του κριτηρίου της επαναληψιμότητας των επιθετικών συμπεριφορών είναι ο αποκλεισμός συμπεριφορών πιο ήπιας βαρύτητας οι οποίες μπορεί να κατευθύνονται προς ένα άτομο τη μία φορά και σε ένα άλλο σε κάποια διαφορετική

περίσταση (Olweus, 1999). Τέλος, η ασυμμετρία της σχέσης θύτη- θύματος έγκειται στη δυσκολία του θύματος να υπερασπιστεί επαρκώς τον εαυτό του ενάντια στον συμμαθητή ή στους συμμαθητές του που εκφοβίζουν αυτόν και μπορεί να οφείλεται σε διαφορές στην πραγματική ή αντιληπτή δύναμη, σωματική ή νοητική, στην κοινωνική θέση που κατέχουν τα εμπλεκόμενα άτομα ή σε αριθμητική διαφορά, με την αριθμητική υπεροχή των θυτών έναντι του θύματος (Craig & Pepler, 2007; Olweus, 1999). Σε αυτήν την μορφή επιθετικής συμπεριφοράς θύτες και θύματα μπορεί να είναι είτε συγκεκριμένα άτομα είτε ομάδες ατόμων, αν και συνήθως στοχοποιούνται συγκεκριμένα άτομα εντός του σχολικού περιβάλλοντος (Olweus, 1994).

Μορφές σχολικού εκφοβισμού

Ο σχολικός εκφοβισμός μπορεί να διαχωριστεί σε δύο επιμέρους κατηγορίες: τον άμεσο και τον έμμεσο εκφοβισμό. Ο άμεσος εκφοβισμός αναφέρεται σε επιθετικές συμπεριφορές που εκδηλώνονται όταν είναι παρόν το θύμα, το οποίο αποτελεί στόχο της εκφοβιστικής συμπεριφοράς (Espelage & Swearer, 2003; Gladden et al., 2014). Εκφάνσεις του άμεσου εκφοβισμού αποτελούν η άσκηση σωματικής βίας και η επιθετική λεκτική συμπεριφορά εκφραζόμενη γραπτώς ή προφορικώς (Espelage & Swearer, 2003; Gladden et al., 2014; Olweus, 1994). Από την άλλη πλευρά ο έμμεσος εκφοβισμός αφορά επιθετικές συμπεριφορές που εμμέσως στοχεύουν στο θύμα με την συμμετοχή και άλλων ατόμων πέραν του θύτη (Espelage & Swearer, 2003; Gladden et al., 2014). Εκφάνσεις του έμμεσου συνιστά η διασπορά επιβλαβών ή ψευδών φημών και ο κοινωνικός αποκλεισμός του ατόμου (Espelage & Swearer, 2003; Gladden et al., 2014; Olweus, 1994).

Τύποι του σχολικού εκφοβισμού που συνήθως εκδηλώνονται είναι οι εξής (Gladden et al., 2014; Lamb et al., 2009):

- Σωματικός εκφοβισμός: αποτελεί έκφανση του άμεσου εκφοβισμού και αναφέρεται στη χρήση της σωματικής δύναμης του ατόμου προκειμένου να βλάψει το θύμα. Συμπεριφορές που εμπίπτουν σε αυτήν τη μορφή εκφοβισμού είναι το σπρώξιμο, οι κλωτσιές και η αρπαγή αντικειμένων με τη βία.

- Λεκτικός εκφοβισμός: συνιστά μορφή του άμεσου εκφοβισμού και αφορά λεκτικά μηνύματα, γραπτά ή προφορικά, που αποσκοπούν στην περιφρόνηση και πρόκληση βλάβης του θύματος. Περιλαμβάνει συμπεριφορές όπως είναι η εξύβριση, το κακόβουλο πείραγμα, οι προσβλητικές χειρονομίες και σεξουαλικά και ρατσιστικά σχόλια και υπονοούμενα.

- Σχεσιακός εκφοβισμός: αποτελεί μορφή του έμμεσου εκφοβισμού και αποσκοπεί στην σπίλωση της κοινωνικής εικόνας του θύματος και τη ρήξη των διαπροσωπικών του σχέσεων. Περικλείει ενέργειες όπως τη διασπορά συκοφαντικών ή/και επιβλαβών φημών και τον κοινωνικό αποκλεισμό του θύματος παρεμποδίζοντας την κοινωνική συνδιαλλαγή με τους συνομήλικους του ή αγνοώντας αυτό.

- Διαδικτυακός εκφοβισμός: αφορά τη χρήση ηλεκτρονικών μέσων για τη διάδοση εχθρικών και επιθετικών μηνυμάτων που αποσκοπούν στην πρόκληση δυσφορίας και βλάβης του θύματος και υπάγεται τόσο στον άμεσο όσο και στον έμμεσο εκφοβισμό (Tokunaga, 2010).

Επιδημιολογία σχολικού εκφοβισμού

Ο σχολικός εκφοβισμός αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο, παρά τις διακυμάνσεις αυτού που παρατηρούνται ανάλογα με την ήπειρο ή τη χώρα που εκδηλώνεται. Σε παγκόσμιο επίπεδο υπολογίζεται ότι περίπου 30,5 % των εφήβων έχει βιώσει κάποια εκφοβιστική εμπειρία τον τελευταίο μήνα και ένα 30,4% μέσα στον τελευταίο χρόνο (Biswas et al., 2020; Hosozawa et al., 2021). Στην Ελλάδα το ποσοστό των εφήβων μαθητών που έχει αποτελέσει θύμα εκφοβισμού κυμαίνεται από 16,2-26,4% (Chudal et al., 2021; Hosozawa et al., 2021). Όπως γίνεται αντιληπτό, παρά τις διακυμάνσεις των ποσοστών των ερευνών, ένα σημαντικό μέρος του εφηβικού πληθυσμού αποτελεί στόχο εκφοβιστικών συμπεριφορών.

Χαρακτηριστικά θυμάτων

Κατά τον Olweus (1994) τα θύματα που βιώνουν εκφοβισμό μπορούν να διακριθούν στα υποχωρητικά θύματα και τα προκλητικά θύματα ή εναλλακτικά επιθετικά θύματα ή θύτες- θύματα όπως ονομάστηκαν σε μεταγενέστερες έρευνες (Bettencourt et al., 2013; Georgiou & Stavrinides, 2008; Schwartz, 2000; Brock et al., 2006).

Υποχωρητικά θύματα

Τα υποχωρητικά θύματα αποκρίνονται στην επιθετικότητα του περίγυρου με παθητικό τρόπο, δεν αντιδρούν στις προκλητικές ενέργειες των συνομηλίκων τους και αποφεύγουν τις συγκρούσεις καθώς εκλαμβάνουν συνήθως την επιθετικότητα ως μία μη αποδεκτή συμπεριφορά (Olweus, 1994; Schwartz, 2000). Τα υποχωρητικά θύματα τείνουν να είναι πιο αδύναμα και ευαίσθητα, περισσότερο επιφυλακτικά και ανασφαλή για τον εαυτό τους, με χαμηλότερη αυτοεκτίμηση σε σχέση με τους συμμαθητές τους που δεν έχουν βιώσει μία τέτοια εμπειρία (Olweus, 1994; Piske & Mun, 2022).

Τα υποχωρητικά θύματα διαθέτουν ελλιπείς κοινωνικές δεξιότητες και πιο περιορισμένες φιλικές σχέσεις συγκριτικά με τους συνομηλικούς τους που δεν έχουν αποτελέσει στόχους εκφοβισμού (Cook et al., 2010; Kochel et al., 2015). Απομονώνονται συνήθως από το κοινωνικό τους περίγυρο, ο οποίος φοβάται ότι θα αποτελέσει στόχο εκφοβισμού ή θα χάσει τη κοινωνική θέση που διαθέτει λόγω της συναναστροφής του με το θύμα (Nansel et al., 2001; Veenstra et al., 2005).

Τα υποχωρητικά θύματα γίνονται ακόμη αντιληπτά ως διαφορετικά από τον κοινωνικό τους περίγυρο συνήθως λόγω κάποιου χαρακτηριστικού που παρουσιάζουν, όπως στην εμφάνισή τους (Georgiou & Stavrinides, 2012). Τείνουν ακόμη να παρουσιάζουν επίσης χαμηλότερα επίπεδα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής, με τα υποχωρητικά θύματα να παρουσιάζουν συχνότερα προβλήματα εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης συγκριτικά με συνομηλικούς που δεν έχουν βιώσει κάποια εκφοβιστική εμπειρία (Cook et al., 2010).

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά της οικογένειας που σχετίζονται με τη θυματοποίηση τους, τα υποχωρητικά θύματα τείνουν να προέρχονται από υπερπροστατευτικές, υποχωρητικές οικογένειες που ανταποκρίνονται σε υπέρμετρο βαθμό στις ανάγκες των παιδιών τους. (Alizadeh Maralani et al., 2019; Georgiou, 2008). Η υπερπροστατευτικότητα ωστόσο που τις χαρακτηρίζει δύναται να παρεμποδίσει την εκδήλωση διεκδικητικής συμπεριφοράς και την ανάπτυξη της ανεξαρτησίας του παιδιού (Andreou, 2016; Vera Cruz, 2014). Τα παιδιά έτσι μπορεί να μετατραπούν σε παθητικά και ανυπεράσπιστα θύματα που «προσκαλούν» τις επιθέσεις του περιγυρού τους λόγω της αδυναμίας τους να υπερασπιστούν τον εαυτό τους (Georgiou, 2008). Τέλος, οι οικογένειες των υποχωρητικών θυμάτων συνήθως διαθέτουν χαμηλό

κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, γεγονός που πιθανά σχετίζεται με τη θυματοποίησή τους (Jansen et al., 2011).

Επιθετικά θύματα ή θύτες-θύματα

Τα επιθετικά θύματα ή θύτες-θύματα αποκρίνονται στις επιθετικές συμπεριφορές με επιθετικό τρόπο εν αντιθέσει με τα παθητικά θύματα και τείνουν να εκλαμβάνουν τις ενέργειες των άλλων ως εχθρικές ή εσκεμμένες (Guy et al., 2017; Hanish & Guerra, 2004; van Dijk et al., 2017). Συχνά αδυνατούν να ρυθμίσουν το συναίσθημά τους όπως και την συμπεριφορά τους εκδηλώνοντας παρορμητική συμπεριφορά και έντονη υπερκινητικότητα (Georgiou & Stavrinides, 2012; Toblin et al., 2005). Η συμπεριφορά τους αυτή συνήθως εκλαμβάνεται ως πρόκληση από τους θύτες (Hanish & Guerra, 2004; Olweus, 1978).

Τα επιθετικά θύματα παρουσιάζουν μειωμένες σχολικές επιδόσεις, (Atik & Güneri, 2013) ελλειπείς προκοινωνικές δεξιότητες (Georgiou & Stavrinides, 2012) όπως και δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων (Cook et al., 2010). Όπως και τα παθητικά θύματα παρουσιάζουν συνήθως κάποιο χαρακτηριστικό που τα διαφοροποιεί από τους συνομηλίκους τους με άμεσο απότοκο τη θυματοποίησή τους (Georgiou & Stavrinides, 2008, 2012). Τα χαρακτηριστικά αυτά μπορεί να σχετίζονται με καταστάσεις ή ασθένειες που επηρεάζουν το λόγο και τη φυσική εμφάνιση του θύματος όπως είναι οι σωματικές αναπηρίες και δυσμορφίες (Georgiou & Stavrinides, 2008). Δεν γίνονται αρεστά από τους συνομηλίκους τους, απομονώνονται κοινωνικά και βιώνουν ένα έντονο αίσθημα μοναξιάς (Atik & Güneri, 2013; Veenstra et al., 2005). Το κοινωνικό τους δίκτυο (φίλοι) επίσης είναι συνήθως πιο περιορισμένο σε σχέση με αυτό των συμμαθητών τους που δεν εμπλέκονται στον εκφοβισμό (Kochel et al., 2015).

Τα επιθετικά θύματα συνήθως επιδεικνύουν τη χειρότερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή, συγκριτικά με τα υποχωρητικά θύματα και τους θύτες, εκδηλώνοντας συχνά τόσο συμπτωματολογία Διαταραχών Εσωτερίκευσης (άγχος, κατάθλιψη) όσο και εξωτερίκευσης (διάσπαση προσοχής, υπερκινητικότητα, διασπαστική συμπεριφορά, χρήση ουσιών), στρέφοντας τη δυσφορία που βιώνουν προς τον εαυτό τους αλλά και τους άλλους (Cosgrove et al., 2011; Ivarsson et al., 2005; Kelly et al., 2015).

Όσον αφορά τους οικογενειακούς παράγοντες που συνδέονται με τη θυματοποίηση τους, τα επιθετικά θύματα συνήθως προέρχονται από αυταρχικές οικογένειες, με μειωμένη γονική επίβλεψη (Georgiou et al., 2017; Liu et al., 2021). Οι γονείς των επιθετικών θυμάτων εμπλέκονται λιγότερο στη ζωή των παιδιών τους, ενώ οι σχέσεις με αυτά είναι λιγότερο υποστηρικτικές, με την παρουσία πολλών συγκρούσεων εντός των οικογενειακών κόλπων (Bowes et al., 2009; Buelga et al., 2017; Demaray & Malecki, 2003; Lereya et al., 2013). Συχνά τα θύματα αυτά υφίστανται παραμέληση ή κακοποίηση (Bowes et al., 2009; Lereya et al., 2013). Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των οικογενειών τους, όπως και των υποχωρητικών θυμάτων, χαρακτηρίζεται ως χαμηλό (Jansen et al., 2011).

Χαρακτηριστικά θυτών

Οι θύτες είναι συνήθως άτομα που διακατέχονται από ένα αίσθημα μεγαλείου (Oue & Calvete, 2019). Τείνουν να είναι παρορμητικοί, με μειωμένο αυτοέλεγχο, χωρίς συχνά να συνυπολογίζουν τις συνέπειες των πράξεων τους (Cho et al., 2019; Georgiou et al., 2020; Kelly et al., 2018a) και εκλαμβάνουν την επιθετική τους συμπεριφορά ως δικαιολογημένη, θεωρώντας το θύμα ως υπεύθυνο (Georgiou et al., 2020; Killer et al., 2019). Οι θύτες επίσης εμφανίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα χαρακτηριστικά

ψυχοπαθητικότητας (Σκληρότητα-Απάθεια, Ναρκισσισμός, Παρορμητικότητα) σε σχέση με συνομηλίκους τους που δεν προβαίνουν σε εκφοβιστικές συμπεριφορές (Fanti & Kimonis, 2013; Orue & Calvete, 2019). Επιδεικνύουν συνήθως χαμηλή ενσυναίσθηση, γνωστική και ιδιαίτερα συναισθηματική (van Noorden et al., 2015; Zych et al., 2016) και έχουν την τάση να αποδίδουν εχθρικές ή εσκεμμένες προθέσεις- κίνητρα στις συμπεριφορές του περίγυρου (van Dijk et al., 2017).

Οι θύτες επιστρατεύουν τη βία προκειμένου να ασκούν έλεγχο και να διατηρούν την σημαντική τους θέση στην ομάδα των συνομηλίκων τους (Junonen et al., 2013). Είναι ιδιαίτερα δημοφιλείς χωρίς ωστόσο να γίνονται αρεστοί από τους άλλους (de Bruyn et al., 2010; Pouwels et al., 2016). Αντιμετωπίζουν συχνά δυσκολία στην τήρηση των κοινωνικών κανόνων (Habashy Hussein, 2013). Είναι πιθανό να εκδηλώνουν έλλειψη ενδιαφέροντος για το σχολικό περιβάλλον και να παραβαίνουν τους κανόνες που διέπουν τη λειτουργία του. Παράλληλα συνήθως παρουσιάζουν μειωμένες σχολικές επιδόσεις (Álvarez-García et al., 2015). Τέλος, οι θύτες παρουσιάζουν συνήθως συμπτωματολογία διαταραχών εσωτερικευμένου και εξωτερικευμένου τύπου, η οποία αποτελεί ένα ισχυρό παράγοντα κινδύνου για την εμπλοκή τους στον εκφοβισμό (Benedict et al., 2015).

Όπως και τα επιθετικά θύματα, οι θύτες προέρχονται από αυταρχικές οικογένειες που επιζητούν την υπακοή, επιβάλλουν τον έλεγχο μέσω της τιμωρίας και ανταποκρίνονται ανεπαρκώς στις ανάγκες των παιδιών τους (Georgiou et al., 2017). Βιώνουν συνήθως παραμέληση ή κακοποίηση (Bowes et al., 2009; Lereya et al., 2013). Συχνά γίνονται μάρτυρες συγκρούσεων και βίας εντός του οικογενειακού πλαισίου, το οποίο δύναται να εξηγήσει και την επακόλουθη χρήση της βίας ως έναν αποδεκτό τρόπο

για την επίλυση των συγκρούσεων που προκύπτουν (Bauer et al., 2006; Bowes et al., 2009; Buelga et al., 2017). Οι οικογένειές των θυτών συνήθως έχουν χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, με τους γονείς να εμφανίζουν συχνά κάποια ψυχική διαταραχή (Jansen et al., 2011; Nocentini et al., 2019).

Σχέση ηλικίας και φύλου με σχολικό εκφοβισμό

Αναφορικά με το φύλο, τα αγόρια αποτελούν συχνότερα θύτες συγκριτικά με τα κορίτσια (Kochel et al., 2015; Kokkinos & Kipritsi, 2012), αν και άλλα ερευνητικά ευρήματα υποδεικνύουν ότι υπάρχουν ελάχιστες ή και καθόλου διαφορές ως προς την εμπλοκή με τον εκφοβισμό μεταξύ των δύο φύλων (Wang et al., 2016). Τα θύματα, προκλητικά και υποχωρητικά, τείνουν να είναι συχνότερα αγόρια παρά κορίτσια, όπως συμπεραίνουν ορισμένες έρευνες (Atik & Güneri, 2013; Kochel et al., 2015; Kokkinos & Kipritsi, 2012), με άλλες έρευνες ωστόσο να καταλήγουν ότι δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς τη θυματοποίηση τους (Magklara et al., 2012; Scheithauer et al., 2006).

Όσον αφορά την ηλικία, η βίωση εκφοβιστικών εμπειριών αυξάνεται από την παιδική ηλικία στην πρώιμη εφηβική ηλικία (Charalampous et al., 2018; Pichel et al., 2021) ενώ στη συνέχεια από τη μέση εφηβεία και ύστερα σταδιακά παρουσιάζεται μία πτωτική τάση βίωσης εκφοβισμού (Lee et al., 2021; Wang et al., 2020). Αντιστοίχως, η διενέργεια εκφοβιστικών πράξεων αυξάνεται ραγδαία έως τις αρχές της μέσης εφηβείας ενώ στη συνέχεια αυτή μειώνεται (Álvarez-García et al., 2015).

Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές και εκφοβισμός

Εννοιολογική προσέγγιση Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών

Οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές αποτελούν μία ομάδα διαταραχών που σχετίζονται με ελλείμματα στις γνωστικές, γλωσσικές, κινητικές ή κοινωνικές λειτουργίες. Τα ελλείμματα αυτά εκδηλώνονται συνήθως ήδη από τη βρεφική ή και την παιδική ηλικία και παρουσιάζουν διακυμάνσεις ως προς τη βαρύτητά τους (Reiss, 2009; World Health Organization, 2019). Διαταραχές που συγκαταλέγονται στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές είναι οι Κινητικές Διαταραχές, οι Διαταραχές Επικοινωνίας, η Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, η Νοητική Αδυναμία και Άλλες Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές (American Psychiatric Association, 2013).

Σχέση Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών με εκφοβισμό

Λόγω των ελλειμμάτων που παρουσιάζουν τα παιδιά και οι έφηβοι με νευροαναπτυξιακές διαταραχές ενέχουν αυξημένο κίνδυνο να εμπλακούν σε εκφοβιστικές καταστάσεις, είτε ως θύματα είτε ως θύτες (Charania et al., 2022; Huh et al., 2019; Kennedy-Behr et al., 2013; Μαϊάνο et al., 2016; Twyman et al., 2010; van den Bedem et al., 2018). Πιο συγκεκριμένα έρευνες έχουν δείξει ότι παιδιά και έφηβοι με Αναπτυξιακή Διαταραχή Κινητικού Συντονισμού γίνονται πιο συχνά στόχοι εκφοβιστικών συμπεριφορών από ότι οι τυπικά αναπτυσσόμενοι συνομήλικοί τους (Harrowell et al., 2017; Kennedy-Behr et al., 2013). Σύμφωνα με τη Charania και τους συνεργάτες της (2022) επίσης παιδιά και έφηβοι με Διαταραχές των Μυοσπασμάτων-Τικ θυματοποιούνται συχνότερα σε σχέση με συνομήλικους τους τυπικής ανάπτυξης.

Ακόμα, παιδιά και έφηβοι με κάποια Μαθησιακή Διαταραχή ή Διαταραχή Επικοινωνίας τείνουν να αποτελούν συχνότερα θύματα εκφοβισμού σε σχέση με συνομήλικους τους τυπικής ανάπτυξης (Knox & Conti-Ramsden, 2007; Twyman et al., 2010; van den Bedem et al., 2018).

Παιδιά και έφηβοι με διάγνωση ΔΕΠΥ προβαίνουν συχνότερα σε εκφοβιστικές ενέργειες σε σχέση με τους τυπικά αναπτυσσόμενους συνομήλικους τους ενώ επίσης είναι πιθανό να αποτελούν συχνότερα τους στόχους τέτοιων ενεργειών (Heiman et al., 2015; Huh et al., 2019; Zych et al., 2021). Τέλος, παιδιά και έφηβοι με ΔΑΦ φαίνεται να εμπλέκονται σε περιστατικά σχολικού εκφοβισμού τόσο ως θύματα όσο και ως θύτες (Maïano et al., 2016; Park et al., 2020) με τη σχέση αυτή ωστόσο να περιγράφεται εκτενέστερα στο επόμενο κεφάλαιο.

Συνέπειες σχολικού εκφοβισμού

Η βίωση εκφοβιστικών εμπειριών δύναται να επηρεάσει αρνητικά την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των εφήβων (Moore et al., 2017). Τα θύματα του σχολικού εκφοβισμού κατά την εφηβική ηλικία έχουν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν συμπτωματολογία Διαταραχών Εσωτερίκευσης, όπως συμπτωματολογία άγχους ή/ και κατάθλιψης, καθώς επίσης και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Choi & Park, 2021; Stapinski et al., 2015). Τα θύματα επίσης, κατά την εφηβεία, τείνουν να επιδεικνύουν συχνότερα ψυχωτικά συμπτώματα (Catone et al., 2017), μη αυτοκτονικές αυτοτραυματικές συμπεριφορές αλλά και αυτοκτονικό ιδεασμό και απόπειρες συγκριτικά με εφήβους που δεν έχουν υποστεί εκφοβισμό (Ford et al., 2017). Ως απόρροια της θυματοποίησης οι έφηβοι παρουσιάζουν συνήθως ψυχοσωματική συμπτωματολογία (Li et al., 2019),

μειωμένες σχολικές επιδόσεις (Hammig & Jozkowski, 2013), όπως και αυξημένη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών (Tharp-Taylor et al., 2009).

Από την άλλη πλευρά, οι έφηβοι θύτες παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης προβλημάτων εσωτερίκευσης (Azevedo Da Silva et al., 2020), αυτοτραυματικών συμπεριφορών και αυτοκτονικότητας (Ford et al., 2017; Heikkilä et al., 2012). Εμφανίζουν επίσης συχνά προβλήματα εξωτερίκευσης όπως επιθετική και παραβατική συμπεριφορά και αυξημένη χρήση ουσιών (Gower & Borowsky, 2013; Hemphill et al., 2011).

Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος

Ιστορική Αναδρομή

Η διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος αποτελεί μία χρόνια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ποιοτικά ελλείμματα στο τομέα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας όπως επίσης και από περιορισμένα, στερεοτυπικά ή επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων (Rey & International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012; Ταγκούλη & Παπανικολάου, 2020). Μολονότι η αιτιολογία της ΔΑΦ δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητή φαίνεται ότι πρόκειται για μία διαταραχή με πολυπαραγοντική προέλευση, οφειλόμενη σε ένα συνδυασμό γενετικών, επιγενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Bhandari et al., 2020; Park et al., 2016; Yoon, et al., 2020).

Ο όρος αυτισμός, ο οποίος προέρχεται από την ελληνική λέξη *αὐτός*, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Ελβετό ψυχίατρο Bleuler για να περιγράψει την τάση των σχιζοφρενών ασθενών να αποσύρονται στο δικό τους φανταστικό κόσμο, σε μία προσπάθεια διαχείρισης της εξωτερικής πραγματικότητας (Bleuler, 1912; Rey & International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012). Ο όρος αυτός χρησιμοποιήθηκε μετέπειτα από τον Kanner (1943) και τον Asperger (1944) για να περιγράψουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τα οποία συνθέτουν την κλινική εικόνα του αυτισμού (Asperger, 1944; Fletcher-Watson & Happé, 2019; Kanner, 1943). Πιο συγκεκριμένα, ο Kanner χρησιμοποίησε τον όρο *πρώιμο παιδικό αυτισμό* για να περιγράψει συγκεκριμένα κοινωνικά, επικοινωνιακά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά που παρατήρησε σε μία ομάδα παιδιών, όπως την κοινωνική

απομόνωση, την επιθυμία για ομοιομορφία, την καθυστερημένη ηχολαλία, τις στερεοτυπίες, την υπερευαίσθησία σε συγκεκριμένα ερεθίσματα και ορισμένες ανεπτυγμένες γνωστικές δεξιότητες (μνήμη) (Fletcher-Watson & Happé, 2019; Kanner & Lesser, 1958; Rey & International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012; van Engeland & Buitelaar, 2008). Ο Asperger χρησιμοποιώντας τον όρο *αυτιστική ψυχοπάθεια* περιέγραψε παιδιά με ελλειείς κοινωνικές, μη λεκτικές και κινητικές δεξιότητες, που παρουσίαζαν περιορισμένα ενδιαφέροντα, τα οποία ωστόσο διέθεταν ανεπτυγμένες γλωσσικές και γνωστικές ικανότητες (Fletcher-Watson & Happé, 2019; Rey & International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012; van Engeland & Buitelaar, 2008). Όπως γίνεται αντιληπτό από τις περιγραφές του αυτισμού των ανωτέρω ερευνητών, κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα του αυτισμού συνιστούν τα κοινωνικά ελλείμματα όπως και τα περιορισμένα, στερεοτυπικά ενδιαφέροντα (Fletcher-Watson & Happé, 2019). Βασικές διαφορές μεταξύ των περιγραφών του Kanner και του Asperger εντοπίζονται στις γλωσσικές, στις γνωστικές και κινητικές δεξιότητες, με τον Asperger να περιγράφει ως βασικά χαρακτηριστικά του αυτισμού τις ελλειείς κινητικές δεξιότητες, αντίθετα με τον Kanner καθώς και τις ανεπτυγμένες γλωσσικές και γνωστικές δεξιότητες, εν αντιθέσει με τον Kanner, που εστιάζει αποκλειστικά στην ανεπτυγμένη μνήμη (Fletcher-Watson & Happé, 2019; van Engeland & Buitelaar, 2008). Οι διαφορές αυτές δύναται να έγκεινται στα διαφορετικά δείγματα παιδιών που επέλεξαν οι ανωτέρω ερευνητές, τα οποία πιθανά αντανάκλουν διαφορετικές εκφάνσεις του φάσματος του αυτισμού (American Psychiatric Association, 2013; Fletcher-Watson & Happé, 2019).

Διαγνωστικά Κριτήρια Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος

Στο DSM-III για πρώτη φορά συμπεριλαμβάνονται οι διαγνωστικές οντότητες του πρώιμου παιδικού αυτισμού και της διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής με έναρξη την παιδική ηλικία οι οποίες εντάσσονται στην ευρύτερη κατηγορία των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών (American Psychiatric Association, 1980). Παράλληλα διαχωρίζεται πλήρως ο αυτισμός από την παιδική σχιζοφρένεια, με την απουσία ψυχωτικής συμπτωματολογίας (van Engeland & Buitelaar, 2008). Στο DSM-III-R ο παιδικός αυτισμός μετονομάζεται σε αυτιστική διαταραχή, με τη συμπτωματολογία αυτή πλέον να αντανακλά καλύτερα την κλινική εικόνα σε όλο το φάσμα των ηλικιών και αναπτυξιακών σταδίων (Waterhouse et al., 1992). Στην ίδια έκδοση του εγχειριδίου προστίθεται η διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιορισμένη αλλιώς και τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών διακρίνονται σε τρία: ποιοτικά ελλείμματα στην αμφίδρομη κοινωνική αλληλεπίδραση, ελλείμματα στην επικοινωνία και στη φαντασιακή δραστηριότητα καθώς και περιορισμένα ενδιαφέροντα και δραστηριότητες, συχνά στερεοτυπικά και επαναλαμβανόμενα, τα οποία παραμένουν και στο DSM IV (American Psychiatric Association, 1987, 1994). Στην έκδοση αυτή ωστόσο η φαντασιακή δραστηριότητα εμπεριέχεται πλέον στον τομέα της επικοινωνίας (American Psychiatric Association, 1994).

Στο DSM-IV προστίθεται το σύνδρομο Asperger, το οποίο χαρακτηρίζεται από ελλείμματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση και από επαναλαμβανόμενα και περιορισμένα ενδιαφέροντα και συμπεριφορές που επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου. Στο σύνδρομο αυτό, σε αντίθεση με την Αυτιστική Διαταραχή, δεν εκδηλώνεται καθυστέρηση στη γλωσσική και στη γνωστική ανάπτυξη

(American Psychiatric Association, 1994). Στην πιο πρόσφατη και τελευταία έκδοση DSM-5 το σύνολο των συνδρόμων που εντάσσονταν στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένου του συνδρόμου Asperger δεν αναγνωρίζονται πλέον ως ξεχωριστές διαγνωστικές οντότητες και υπάγονται σε μία ενιαία κατηγορία, της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (American Psychiatric Association, 1994, 2013). Με βάση το DSM-5, η διάγνωση της ΔΑΦ μπορεί να γίνει εφόσον παρουσιάζονται ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση (Κριτήριο Α) και περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων (Κριτήριο Β). Στο δεύτερο κριτήριο προστίθεται για πρώτη φορά η υπερευαίσθησία ή υποευαίσθησία σε αισθητηριακά ερεθίσματα ή το ασυνήθιστο ενδιαφέρον για αυτά. Η συμπτωματολογία θα πρέπει επίσης να είναι ήδη έκδηλη από την πρώιμη παιδική ηλικία (Κριτήριο Γ) και να προκαλεί σημαντική έκπτωση της συνολικής λειτουργικότητας (Κριτήριο Δ). Δεδομένου ότι αναγνωρίζεται ότι η συμπτωματολογία κυμαίνεται από ήπια έως πολύ σοβαρή, η βαρύτητα της ΔΑΦ κατατάσσεται πλέον σε τρία επίπεδα ανάλογα με το βαθμό της υποστήριξης που απαιτείται στο πεδίο της κοινωνικής επικοινωνίας και το πεδίο των περιορισμένων και επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών (American Psychiatric Association, 2013).

Επιδημιολογία

Υπολογίζεται ότι περίπου 1/ 100 παιδιά διαγιγνώσκονται με ΔΑΦ παγκοσμίως, παρά τις διακυμάνσεις που παρατηρούνται λόγω των διαφορετικών μεθόδων δειγματοληψίας, του μεγέθους δείγματος, της γεωγραφικής περιοχής των μελετών (Zeidan et al., 2022). Αναφορικά με το φύλο φαίνεται ότι η ΔΑΦ προσβάλλει συχνότερα τα αγόρια συγκριτικά με τα κορίτσια, με την αναλογία αγοριών κοριτσιών να

υπολογίζεται σε 4,2:1 (Zeidan et al., 2022). Η βαρύτητα του φαινότυπου της διαταραχής δεν φαίνεται να διαφέρει μεταξύ των δύο φύλων, πέραν του τομέα της επαναλαμβανόμενης, στερεοτυπικής συμπεριφοράς καθώς τα κορίτσια συνήθως εκδηλώνουν πιο ήπιες στερεοτυπικές συμπεριφορές (Van Wijngaarden-Cremers et al., 2014).

Συννοσηρότητα

Η ΔΑΦ παρουσιάζει υψηλή συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές με περίπου 70-86% παιδιών και εφήβων ΔΑΦ να διαγιγνώσκονται με κάποια ακόμη ψυχική διαταραχή (Gjevnik et al., 2011; Mannion & Leader, 2013; Mohammadi et al., 2019; Simonoff et al., 2008). Διαταραχές που συνυπάρχουν συχνά με τη ΔΑΦ αποτελούν η ΔΕΠΥ, σε ποσοστό 28%, η νοητική υστέρηση, σε ποσοστό 22,9%, οι αγχώδεις διαταραχές, σε ποσοστό 20%, οι διαταραχές του ύπνου, σε ποσοστό 13%, οι διασπαστικές διαταραχές, διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων και της διαγωγής, σε ποσοστό 12%, οι καταθλιπτικές διαταραχές, σε ποσοστό 11%, οι ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές, σε ποσοστό 9% και οι διαταραχές Μυοσπασμάτων- Τικ, σε ποσοστό 8,1-9% (Lai et al., 2019; Mohammadi et al., 2019; Mutluer et al., 2022; Simonoff et al., 2008).

Αυτισμός Υψηλής Λειτουργικότητας

Η κλινική εικόνα της ΔΑΦ διαφέρει σημαντικά ως προς τη βαρύτητά της, με τη συμπτωματολογία της να κυμαίνεται σε ένα συνεχές, από ήπια έως πολύ σοβαρή (American Psychiatric Association, 2013; Sansosti et al., 2010). Άτομα με ΔΑΦ που παρουσιάζουν ηπιότερη συμπτωματολογία της διαταραχής αυτής συνήθως περιγράφονται ως άτομα έχοντα σύνδρομο Asperger ή Υψηλής Λειτουργικότητας Αυτισμό (Sansosti et al., 2010). Τα άτομα με σύνδρομο Asperger δεν παρουσιάζουν

καθυστέρηση στη γλωσσική και στη γνωστική ανάπτυξη αν και εμφανίζουν ελλείμματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση και περιορισμένα και στερεοτυπικά ενδιαφέροντα. (American Psychiatric Association, 1994). Από την άλλη πλευρά, ο ΥΛΑ, αν και δεν αποτελεί μία ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Ένωσης, αποτελεί ένα όρο που χρησιμοποιείται από την κλινική κοινότητα για να περιγράψει τα άτομα εκείνα που έχουν διαγνωστεί με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος και διαθέτουν φυσιολογικό ή ανώτερο του φυσιολογικού γνωστικό δυναμικό (νοητικό δυναμικό > 70) (American Psychiatric Association, 2013; de Giambattista et al., 2019; Diehl et al., 2021; World Health Organization, 2019).

Ορισμένοι ερευνητές επισημαίνουν την ανάγκη θεώρησης του συνδρόμου Asperger και του Υψηλής Λειτουργικότητας Αυτισμού ως δύο ξεχωριστών οντοτήτων, λόγω των διαφορών που εντοπίζονται κυρίως στις γνωστικές και γλωσσικές δεξιότητες (de Giambattista et al., 2019; Ghaziuddin & Mountain-Kimchi, 2004; Planche & Lemonnier, 2012; Speirs et al., 2011). Πιο συγκεκριμένα, κατά την de Giambattista και τους συνεργάτες της (2019) ο λόγος των ατόμων με σύνδρομο Asperger είναι συχνότερα υπερβολικά ακριβής και επίσημος συγκριτικά με τον αντίστοιχο των ατόμων με ΥΛΑ, ενώ τα άτομα με ΥΛΑ αντιμετωπίζουν συχνότερα δυσκολία στην κατανόηση του μεταφορικού λόγου. Αναφορικά, με το γνωστικό τομέα, τα άτομα με σύνδρομο Asperger συνήθως διαθέτουν πιο ανεπτυγμένες μνημονικές ικανότητες και υψηλότερη συνολική και λεκτική νοημοσύνη, συγκριτικά με τα άτομα με ΥΛΑ ενώ τα άτομα με ΥΛΑ διαθέτουν υψηλότερη πρακτική νοημοσύνη (de Giambattista et al., 2019; Planche & Lemonnier, 2012). Ωστόσο, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές

διαφορές μεταξύ αυτών των κλινικών οντοτήτων, ως προς τα ελλείμματα που τις χαρακτηρίζουν σε διάφορους τομείς, όπως στο γνωστικό (πρακτική νοημοσύνη), στον κινητικό τομέα και τον τομέα της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής (Howlin, 2003; Noterdaeme et al., 2009). Ως εκ τούτου σε πολλές έρευνες το σύνδρομο Asperger και ο ΥΛΑ μελετώνται από κοινού, καθώς παρουσιάζουν περισσότερο ομοιότητες παρά διαφορές (Diehl et al., 2021; Noterdaeme et al., 2009; Samson et al., 2012; Stichter et al., 2010).

Αυτισμός υψηλής λειτουργικότητας και εφηβεία

Κατά την εφηβική ηλικία οι κοινωνικές σχέσεις, κυρίως οι σχέσεις με τους συνομηλίκους, κρίνονται ως ιδιαίτερα σημαντικές για την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των εφήβων και τη διαμόρφωση της ταυτότητάς τους (Feldman, 2010; Santrock, 2014). Ωστόσο, κατά την περίοδο αυτή, το κοινωνικό πλαίσιο γίνεται πιο σύνθετο, απαιτώντας έτσι ανώτερες κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες (Burgess & Turkstra, 2010; Kelly et al., 2018b; Locke et al., 2010; Sansosti et al., 2010). Για τη σύναψη υγιών και επιτυχημένων σχέσεων, η ανάπτυξη κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων, όπως η γνώση λειτουργίας του κοινωνικού πλαισίου και η ανάλογη δράση εντός του κοινωνικού περιβάλλοντος, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και η ρύθμιση του συναισθήματος των εφήβων, θεωρείται ιδιαίτερα κρίσιμη (Feldman, 2010; Santrock, 2014).

Κατά την εφηβεία οι κοινωνικές, επικοινωνιακές και συμπεριφορικές δυσκολίες, που χαρακτηρίζουν τον ΥΛΑ, οι οποίες εκδηλώνονταν και στα προηγούμενα αναπτυξιακά στάδια, εξακολουθούν να εμμένουν αποτελώντας μια σημαντική προκλήση για τους εφήβους με ΥΛΑ (Sansosti et al., 2010). Παρά την επιθυμία των εφήβων με

ΥΛΑ για σύναψη κοινωνικών σχέσεων, αντιμετωπίζουν δυσκολία στη δημιουργία και διατήρηση φιλικών σχέσεων (Kelly et al., 2018b; Wainscot et al., 2008) καθώς δυσκολεύονται να κατανοήσουν και να ακολουθήσουν κοινωνικούς κανόνες ενώ αδυνατούν να προσαρμόσουν τη συμπεριφορά τους ανάλογα με το εκάστοτε πλαίσιο, εκδηλώνοντας κοινωνικά ακατάλληλη συμπεριφορά (Sansosti et al., 2010). Στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις τους οι έφηβοι με ΥΛΑ συνήθως αδυνατούν να κατανοήσουν τις εξωλεκτικές ενδείξεις των άλλων όπως και να χρησιμοποιήσουν κατάλληλα αυτές (Sansosti et al., 2010). Επίσης, οι έφηβοι με ΥΛΑ διαθέτουν περιορισμένη ικανότητα αναγνώρισης της διαφορετικής οπτικής των άλλων, όπως των σκέψεων και των συναισθημάτων τους, την επονομαζόμενη θεωρία του νου. Αυτή η δυσκολία κατανόησης της διαφορετικής οπτικής των άλλων μπορεί να εκληφθεί από τον κοινωνικό περίγυρο ως έλλειψη σεβασμού προς τον συναισθηματικό και πνευματικό του κόσμο (Kaland et al., 2008; Sansosti et al., 2010).

Σε συμπεριφορικό επίπεδο, οι έφηβοι με ΥΛΑ συνήθως εκδηλώνουν επαναλαμβανόμενη, στερεοτυπική συμπεριφορά, όπως κινητικούς μαννερισμούς και επιδεικνύουν εμμονή σε μία συγκεκριμένη ρουτίνα (Sansosti et al., 2010; South et al., 2005). Έφηβοι επίσης με ΥΛΑ τείνουν να δυσκολεύονται στη διαχείριση μη προγραμματισμένων αλλαγών, που είναι ιδιαίτερα συνήθεις στο σχολικό περιβάλλον, οι οποίες μπορεί να πυροδοτήσουν συναισθηματικές και συμπεριφορικές εκρήξεις (Sansosti et al., 2010; South et al., 2005). Δύνανται τέλος να εστιάζουν σε συγκεκριμένα ενδιαφέροντα που τους απορροφούν, τα οποία άλλοτε είναι συμβατά με το αναπτυξιακό στάδιο τους και άλλοτε όχι (Klin et al., 2007; Sansosti et al., 2010).

Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος και θυματοποίηση

Παιδιά και έφηβοι που έχουν λάβει τη διάγνωση της ΔΑΦ είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στη βίωση εκφοβισμού. Έρευνες μάλιστα έχουν δείξει ότι παιδιά και έφηβοι με ΔΑΦ αποτελούν συχνότερα στόχους σχολικού εκφοβισμού όχι μόνο σε σχέση με τους τυπικά αναπτυσσόμενους συνομηλίκους τους, αλλά και σε σχέση και με συνομηλίκους που παρουσιάζουν άλλες διαταραχές, όπως ειδικές μαθησιακές διαταραχές, αισθητηριακές διαταραχές (π.χ. κώφωση, τύφλωση) και άλλα προβλήματα υγείας (Maïano et al., 2016; Park et al., 2020; Rose et al., 2015a). Το ποσοστό παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ που έχουν αποτελέσει θύματα σχολικού εκφοβισμού κυμαίνεται από 44-67%, παρά τις δυσκολίες που προκύπτουν στον ακριβή προσδιορισμό του ποσοστού αυτού λόγω μεθοδολογικών διαφορών μεταξύ των ερευνών, υποδεικνύοντας την υψηλή συχνότητα του φαινομένου στον πληθυσμό αυτό (Maïano et al., 2016; Park et al., 2020).

Ο ρόλος των ενδοατομικών παραγόντων στη θυματοποίηση

Τα νεαρά άτομα με ΔΑΦ πιθανώς εκφοβίζονται συχνότερα λόγω των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών που παρουσιάζουν, όπως των κοινωνικών, επικοινωνιακών και συμπεριφορικών δυσκολιών (Schroeder et al., 2014). Η εκδήλωση κοινωνικά ακατάλληλης συμπεριφοράς που διαφοροποιεί τα νεαρά άτομα με ΔΑΦ από τους τυπικά αναπτυσσόμενους συνομηλίκους τους, η οποία γίνεται αντιληπτή, όχι όμως και αποδεκτή από το κοινωνικό τους περίγυρο, δύναται να συμβάλει στην περιθωριοποίησή τους και στη βίωση εκφοβισμού (Hebron & Humphrey, 2014; Zweers et al., 2017). Τα επικοινωνιακά ελλείμματα και η αδυναμία ρύθμισης της συμπεριφοράς και του συναισθήματός, που παρουσιάζουν τα νεαρά άτομα με ΔΑΦ αποτελούν ακόμη σημαντικούς παράγοντες για τη θυματοποίησή τους (Cappadocia et al., 2012;

Kloosterman et al., 2014; Rieffe et al., 2012). Τέλος, η επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά που χαρακτηρίζει τα παιδιά και εφήβους με ΔΑΦ φαίνεται να σχετίζεται με την έκθεση τους σε εκφοβιστικές ενέργειες, όπως έχει υπογραμμιστεί από ορισμένες έρευνες (Adams et al., 2014; Forrest et al., 2020).

Η βαρύτητα της συμπτωματολογίας ΔΑΦ έχει συνδεθεί με τη θυματοποίηση των παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ, χωρίς ωστόσο να υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ερευνών αν η βαρύτερη ή η ηπιότερη συμπτωματολογία ΔΑΦ σχετίζεται με τη συχνότερη θυματοποίησή τους (Rowley et al., 2012; Zablotsky et al., 2014). Ορισμένες έρευνες υποστηρίζουν ότι βαρύτερη συμπτωματολογία ΔΑΦ, ιδιαίτερα στον κοινωνικό και επικοινωνιακό τομέα, αυξάνει τη πιθανότητα θυματοποίησης παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ όπως και με ΥΛΑ πιο συγκεκριμένα (Cappadocia et al., 2012; Chou et al., 2019, 2020; Forrest et al., 2020; Liu et al., 2022; Zablotsky et al., 2014). Αντιθέτως, άλλες έρευνες συνάγουν το συμπέρασμα ότι ηπιότερα συμπτώματα παρατηρούνται συχνότερα σε θύματα σχολικού εκφοβισμού με ΔΑΦ, καθώς αυτά είναι πιθανότερο να επιδιώξουν την κοινωνική συναναστροφή με τους συνομηλίκους τους ή εναλλακτικά, έχουν μεγαλύτερη ικανότητα να αναγνωρίσουν εκφοβιστικές ενέργειες που στοχεύουν εναντίον αυτών (Rowley et al., 2012; Sterzing et al., 2012).

Συνοδά προβλήματα εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης καθιστούν επίσης τα νεαρά άτομα με ΔΑΦ, όπως και με ΥΛΑ πιο συγκεκριμένα, περισσότερο ευάλωτα για τη βίωση σχολικού εκφοβισμού. Αν και δεν μπορεί να διατυπωθεί μια σαφής αιτιολογική σχέση λόγω του συγχρονικού σχεδιασμού των υπάρχοντων ερευνών, η πλειοψηφία αυτών καταλήγει στο συμπέρασμα ότι παιδιά και έφηβοι με ΔΑΦ (και ΥΛΑ) που παρουσιάζουν υψηλότερη συμπτωματολογία διαταραχών εσωτερίκευσης και

εξωτερίκευσης βιώνουν συχνότερα εκφοβισμό σε σχέση με αυτά με ηπιότερη συμπτωματολογία (Cappadocia et al., 2012; Chou et al., 2019, 2020; Hebron & Humphrey, 2014; Liu et al., 2022). Από την μία πλευρά όπως υπογραμμίζει η Cappadocia και οι συνεργάτες της (2012) είναι πιθανόν αυτά να αποτελούν στόχους εκφοβιστικών ενεργειών λόγω των συνοδών δυσκολιών τους αλλά από την άλλη η ίδια η εκφοβιστική εμπειρία δύναται να αποτελέσει μία σημαντική πηγή άγχους που μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα ψυχικής υγείας. Η παρουσία συννοσηρών διαταραχών, η οποία είναι ιδιαίτερα συχνή σε παιδιά και εφήβους με ΔΑΦ, επίσης δύναται να εντείνει την πιθανότητα θυματοποίησης τους (Joshi et al., 2010; Sterzing et al., 2012; Zablotsky et al., 2013). Όταν εξετάζονται ερευνητικά ξεχωριστά οι συννοσηρές διαταραχές των νεαρών ατόμων με ΔΑΦ φαίνεται ότι συγκεκριμένες διαταραχές, όπως η ΔΕΠΥ και η κατάθλιψη δύναται να ευθύνονται για την συχνότερη θυματοποίηση τους (Sterzing et al., 2012; Zablotsky et al., 2013). Γενικότερα έρευνες καταλήγουν ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των διαγνωσμένων συννοσηρών διαταραχών των νεαρών ατόμων με ΔΑΦ αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τη βίωση εκφοβιστικών συμπεριφορών (Forrest et al., 2020; Zablotsky et al., 2014).

Το φύλο δεν φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για τη θυματοποίηση των παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ όπως και ΥΛΑ πιο συγκεκριμένα, καθώς οι περισσότερες έρευνες δεν ανιχνεύουν κάποια διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ως προς τη βίωση εκφοβισμού στον πληθυσμό αυτό (Chou et al., 2019; Forrest et al., 2020; Liu et al., 2022). Αντιθέτως, η ηλικία φαίνεται να αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τη βίωση σχολικού εκφοβισμού ατόμων με ΔΑΦ, σύμφωνα με ορισμένες έρευνες (Hebron & Humphrey, 2014; Matthias et al., 2021). Η Hebron και ο Humphrey (2014),

που συμπεριέλαβαν στο δείγμα τους παιδιά ηλικίας 5-15 ετών, κατέληξαν ότι παιδιά με ΔΑΦ μεγαλύτερης ηλικίας θυματοποιούνται περισσότερο σε σχέση με παιδιά μικρότερης ηλικίας με αντίστοιχη διάγνωση. Ο Zablotzky και οι συνεργάτες του (2013), οι οποίοι εξέτασαν τη βίωση εκφοβισμού σε παιδιά με ΔΑΦ ηλικίας 11-15 ετών συμπέραναν ότι η θυματοποίηση ήταν πιο συχνή στο Γυμνάσιο (11-13 ετών) σε σχέση με το Λύκειο (14-15 ετών). Η Matthias και οι συνεργάτες της (2021), οι οποίοι μελέτησαν μια σειρά παραγόντων κινδύνου για την εμπλοκή στον εκφοβισμό είτε ως θύτες είτε ως θύματα σε ένα δείγμα παιδιών με ΔΑΦ ηλικίας 11-18 ετών, κατέληξαν ότι τα παιδιά 11-14 ετών ήταν πιθανότερο να αποτελέσουν θύματα σε σχέση με αυτά ηλικίας 15-18. Τα ανωτέρω ευρήματα βρίσκονται σε συμφωνία με τα αντίστοιχα ερευνών που έχουν διεξαχθεί σε νεαρά άτομα τυπικής ανάπτυξης παιδικής και εφηβικής ηλικίας, και υποδεικνύουν ότι νεαρά άτομα με ΔΑΦ αποτελούν πιθανά συχνότερα στόχους κατά την νεαρή εφηβεία, όπου οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις γίνονται πιο σύνθετες σε σχέση με την παιδική ηλικία. Στη συνέχεια η πιθανότητα θυματοποίησης κατά τη μέση και ύστερη εφηβική ηλικία μειώνεται (Charalampous et al., 2018; Locke et al., 2010; Matthias et al., 2021).

Άλλοι ερευνητές όπως η Cappadocia και οι συνεργάτες της (2012) υποστηρίζουν ότι τα παιδιά με ΔΑΦ μικρότερης ηλικίας βιώνουν περισσότερο εκφοβισμό σε σχέση με τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας. Ωστόσο το δείγμα της έρευνας της Cappadocia και των συνεργατών της (2012) περιείχε άτομα με ΔΑΦ ενός μεγαλύτερου ηλικιακού εύρους (5-21 ετών) και ως εκ τούτου είναι δύσκολο να αποσαφηνιστεί αν η μικρότερη ηλικία αναφέρεται στην παιδική ή την εφηβική ηλικία. Τέλος, ορισμένες έρευνες υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει ηλικιακή διαφορά μεταξύ των παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ που βιώνουν σχολικό εκφοβισμό συγκριτικά με αυτά που δεν βιώνουν αυτόν, αποδίδοντας τις

διαφορές που εμφανίζονται στη συχνότητα θυματοποίησης σε άλλους ατομικούς ή/ και διαπροσωπικούς παράγοντες όπως στη βαρύτητα συμπτωματολογίας ΔΑΦ, στη συννοσηρή κλινική και υποκλινική συμπτωματολογία (ΔΕΠΥ, Άγχος) και στην ύπαρξη προβλημάτων με τους συνομιλήκους (Fink et al., 2018; Forrest et al., 2020; Liu et al., 2022; Sterzing et al., 2012).

Ο ρόλος των οικογενειακών παραγόντων στη θυματοποίηση

Οικογενειακοί παράγοντες δύνανται ακόμη να επηρεάζουν τη πιθανότητα βίωσης εκφοβισμού παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας των γονέων, όπως υποστηρίζει η Cappadocia και οι συνεργάτες της (2012), σχετίζονται με τη βίωση εκφοβισμού νεαρών ατόμων με ΔΑΦ, με τα παιδιά και εφήβους που έχουν θυματοποιηθεί να παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα να έχουν κάποιο γονέα με βαρύτερα προβλήματα ψυχικής υγείας συγκριτικά με τα παιδιά και εφήβους που δεν είχαν αποτελέσει θύματα εκφοβισμού. Όπως υπογραμμίζουν οι ερευνητές, η αυξημένη αυτή πιθανότητα δύνανται να σχετίζεται με την αδυναμία των γονέων να διαμορφώσουν ένα θετικό κοινωνικό περιβάλλον για το παιδί και να διεκδικήσουν την κατάλληλη υποστήριξη για αυτό εντός του σχολικού περιβάλλοντος, λόγω των βαρύτερων προβλημάτων ψυχικής υγείας τους (Cappadocia et al., 2012; Eun et al., 2018).

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των γονέων, όπως αυτό ερευνάται με την εξέταση του οικογενειακού εισοδήματος και της εργασιακής απασχόλησης των γονέων έχει φανεί ότι δεν σχετίζεται με τη θυματοποίηση των νεαρών ατόμων με ΔΑΦ βάσει αρκετών ερευνών (Matthias et al., 2021; Liu et al., 2022; Sterzing et al., 2012). Ωστόσο όταν το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο διερευνάται με την παροχή δωρεάν γευμάτων στο σχολείο, φαίνεται ότι συνδέεται με τη βίωση εκφοβισμού, όπως συμπεραίνει ο Zablotsky

και οι συνεργάτες του (2014), με τα άτομα που λαμβάνουν δωρεάν ή μειωμένου κόστους γεύματα να δέχονται περισσότερο εκφοβισμό. Το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων ακόμα δεν δείχνει να σχετίζεται με τη βίωση κάποιας εκφοβιστικής συμπεριφοράς από τα νεαρά άτομα με ΔΑΦ (Forrest et al., 2020; Liu et al., 2022). Τέλος, η οικογενειακή κατάσταση δεν φαίνεται να επιδρά στην πιθανότητα θυματοποίησης των νεαρών ατόμων με ΔΑΦ ή και με ΥΛΑ πιο συγκεκριμένα, όπως προκύπτει από την πλειοψηφία των ερευνητικών ευρημάτων (Chou et al., 2019; Forrest et al., 2020).

Ο ρόλος των σχολικών παραγόντων στη θυματοποίηση

Όσον αφορά το εκπαιδευτικό πλαίσιο, οι περισσότερες έρευνες καταλήγουν ότι νεαρά άτομα με ΔΑΦ που φοιτούν σε γενικά σχολεία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αποτελέσουν στόχους εκφοβιστικών ενεργειών σε σχέση με αυτά που φοιτούν σε ειδικά σχολεία, πιθανά γιατί στις μη ειδικές σχολικές δομές γίνεται περισσότερο αντιληπτή η διαφορετικότητά τους (Hebron & Humphrey, 2014; Zablotzky et al., 2013, 2014). Η Hebron και ο Humphrey (2014) συμπέραναν ότι πέραν του τύπου σχολικής δομής, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η υποστήριξη που λαμβάνουν τα παιδιά με ΔΑΦ από την ομάδα εκπαιδευτικών και ειδικών θεραπειών (π.χ. λογοθεραπευτών και εκπαιδευτικών ψυχολόγων) εντός του σχολικού περιβάλλοντος, με τα παιδιά στα οποία παρέχεται μερική υποστήριξη (School Action Plus) να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να θυματοποιηθούν σε σχέση με αυτά με πλήρη, εξατομικευμένη υποστήριξη από την ομάδα εκπαιδευτικών και ειδικών θεραπειών (Statement of Special Educational Needs). Οι ίδιοι ερευνητές κατέληξαν επίσης ότι η χρήση των μέσων μαζικής μεταφοράς από τα παιδιά με ΔΑΦ, όπως και των μέσων μεταφοράς που παρέχονταν από τη σχολική μονάδα

αποτελούσαν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τη θυματοποίηση τους (Hebron & Humphrey, 2014).

Κοινωνική υποστήριξη

Έννοια κοινωνικής υποστήριξης

Κατά τον Lin (1979) η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να οριστεί ως «η υποστήριξη στην οποία έχει πρόσβαση το άτομο μέσω των κοινωνικών δεσμών με άλλα άτομα, ομάδες και την ευρύτερη κοινωνία». Δύναται να διαχωριστεί στην αντικειμενική υποστήριξη, δηλαδή την υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο στην πραγματικότητα και στην προσλαμβανόμενη υποστήριξη, η οποία αναφέρεται στην υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου για την επάρκεια ή την ικανοποίηση που βιώνει αναφορικά με την υποστήριξη που λαμβάνει (Barrera, 1986; Lin, 1986).

Κατά τον House (1981) η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να διακριθεί σε τέσσερις επιμέρους κατηγορίες: την συναισθηματική, την πληροφοριακή, την υλική/ πρακτική υποστήριξη και την υποστήριξη μέσω αξιολόγησης. Η συναισθηματική υποστήριξη περιλαμβάνει την έκφραση αγάπης, εμπιστοσύνης, ενσυναίσθησης και την παροχή φροντίδας. Η πληροφοριακή υποστήριξη αφορά την χορήγηση πληροφοριών ή συμβουλών. Η υλική/ πρακτική υποστήριξη αναφέρεται στην παροχή πόρων, αναγκαίων για το άτομο, όπως παραδείγματος χάρι χρόνο ή οικονομικούς πόρους. Η υποστήριξη τέλος μέσω αξιολόγησης συνίσταται στην ανατροφοδότηση για την αξιολόγηση του ατόμου (House, 1981; Malecki & Demaray, 2003).

Κατά την εφηβική ηλικία, ιδιαίτερα σημαντικές πηγές υποστήριξης για τους εφήβους αποτελούν οι γονείς, το εκπαιδευτικό προσωπικό (δάσκαλοι) και οι φίλοι. Οι ανωτέρω πηγές υποστήριξης φαίνεται να παρέχουν διαφορετική μορφή στήριξης στους εφήβους. Η υποστήριξη που προσφέρουν οι γονείς είναι περισσότερο συναισθηματικής,

πληροφοριακής και υλικής φύσης. Από την άλλη πλευρά η υποστήριξη που προσφέρουν οι εκπαιδευτικοί αφορά κυρίως την παροχή πληροφοριών. Η υποστήριξη τέλος των συμμαθητών και των φίλων βασίζεται κυρίως στην παροχή συναισθηματικής στήριξης, πληροφοριών και πόρων (Hombrados-Mendieta et al., 2012; Malecki & Demaray, 2003).

Η κοινωνική υποστήριξη κρίνεται ως ιδιαίτερα σημαντική για την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ατόμων κατά την εφηβεία, μία περίοδο κατά την οποία αυτά βιώνουν πολλές και σημαντικές βιολογικές, γνωστικές, κοινωνικές και συναισθηματικές αλλαγές όπως είναι η κατάκτηση της αυτονομίας τους, η σεξουαλική τους ωρίμανση, η σύναψη κοινωνικών σχέσεων με τους συνομηλίκους τους και η διαχείριση των αυξημένων ακαδημαϊκών απαιτήσεων και των συναισθηματικών διακυμάνσεων τους (Rueger et al., 2008; Santrock, 2014). Έρευνες υποδεικνύουν ότι η κοινωνική υποστήριξη από τους γονείς, το εκπαιδευτικό προσωπικό (δασκάλους) και τους συνομηλίκους, σχετίζεται με την καλύτερη κοινωνική ενσωμάτωση και σχολική προσαρμογή των εφήβων όπως και με υψηλότερη αυτοεκτίμηση (Chu et al., 2010; Rueger et al., 2008). Ερευνητικά έχει φανεί επίσης ότι η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με την καλύτερη ψυχική υγεία των εφήβων, καθώς συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, αυτοκτονικότητας και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων (Chu et al., 2010; Kjellström et al., 2017; Miller et al., 2015; Rueger et al., 2008).

Κοινωνική υποστήριξη και Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος

Η σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των παιδιών και των εφήβων. Τα νεαρά άτομα με ΔΑΦ παιδικής και εφηβικής ηλικίας ωστόσο, παρά την ανάγκη τους για κοινωνική συνδιαλλαγή, συνήθως αντιμετωπίζουν δυσκολία στη σύναψη φιλικών σχέσεων, με τις

σχέσεις αυτών να είναι μειωμένες και λιγότερο σταθερές συγκριτικά με τις αντίστοιχες των συνομηλίκων τους (Cresswell et al., 2019; Humphrey & Lewis, 2008; Petrina et al., 2014). Παιδιά και έφηβοι με ΔΑΦ απορρίπτονται επίσης συχνότερα από το κοινωνικό τους περίγυρο εν συγκρίσει με τους συνομηλίκους τους με αποτέλεσμα να απομονώνονται και βιώνουν ένα έντονο αίσθημα μοναξιάς (Bauminger et al., 2003; Humphrey & Lewis, 2008; Humphrey & Symes, 2010b; Symes & Humphrey, 2010). Παράλληλα, όπως προκύπτει από τα ερευνητικά ευρήματα, οι σχέσεις τους με τους δασκάλους χαρακτηρίζονται από περισσότερες διαμάχες και λιγότερη εγγύτητα σε σχέση με τις σχέσεις των τυπικά αναπτυσσόμενων συνομηλίκων αλλά και συνομηλίκων με κάποια άλλη αναπηρία (Blacher et al., 2014; Zee et al., 2020). Αναφορικά τέλος με το οικογενειακό τους περιβάλλον, η οικογενειακή συνοχή των οικογενειών των νεαρών ατόμων με ΔΑΦ είναι πιο χαμηλή σε σχέση με την αντίστοιχη των οικογενειών νεαρών ατόμων τυπικής ανάπτυξης (Higgins et al., 2005; Walton, 2019).

Ως απόρροια του περιορισμένου κοινωνικού δικτύου τους, τα νεαρά άτομα παιδικής και εφηβικής ηλικίας με ΔΑΦ τείνουν να λαμβάνουν λιγότερη υποστήριξη συγκριτικά με τους τυπικά αναπτυσσόμενους συνομηλίκους τους αλλά και συνομηλίκους τους με μαθησιακές δυσκολίες. Σύμφωνα με την Symes και τον Humphrey (2010), κατά την εξέταση μίας σειράς παραγόντων σχετιζόμενων με την ομάδα των συνομηλίκων που δύνανται να επηρεάζουν την κοινωνική ενσωμάτωση των εφήβων με ΔΑΦ, όπως την κοινωνική υποστήριξη και το βαθμό αποδοχής και απόρριψης από τους συνομηλίκους, κατέληξαν ότι οι έφηβοι με ΔΑΦ γίνονταν λιγότερο αποδεκτοί και απορρίπτονταν συχνότερα από τους συνομηλίκους τυπικής ανάπτυξης και συνομηλίκους τους με δυσλεξία όπως επίσης λάμβαναν λιγότερη υποστήριξη από φίλους και συμμαθητές

συγκριτικά με αυτούς. Ο Humphrey και η Symes (2010a), συγκρίνοντας τρεις ομάδες εφήβων, εφήβων τυπικής ανάπτυξης όπως και εφήβων με ΔΑΦ και με δυσλεξία, συμπέραναν ότι οι έφηβοι με ΔΑΦ θεωρούσαν ότι λάμβαναν λιγότερη υποστήριξη από τους φίλους, τους συμμαθητές αλλά και τους γονείς τους, όχι όμως από τους δασκάλους τους, συγκριτικά με τις δύο άλλες ομάδες εφήβων.

Η βαρύτητα της συμπτωματολογίας ΔΑΦ δύναται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τη μειωμένη κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν ενήλικα άτομα με ΔΑΦ, όπως αποτυπώνεται σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε ενήλικο πληθυσμό με ΔΑΦ. Πιο συγκεκριμένα, η βαρύτητα της συμπτωματολογίας ΔΑΦ, σε ενήλικες με ΔΑΦ, φαίνεται να σχετίζεται με ένα αυξημένο αίσθημα μοναξιάς καθώς και με μειωμένη κοινωνική υποστήριξη, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τα ίδια τα άτομα με ΔΑΦ (Hedley et al., 2017, 2018). Η βαρύτητα επίσης των συμπτωμάτων ΔΑΦ έχει συσχετιστεί ερευνητικά με τη μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα των παιδιών, η οποία περιλαμβάνει τη διάσταση της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης (de Vries & Geurts, 2015; Kuhlthau et al., 2010).

Κοινωνική υποστήριξη και θυματοποίηση

Όσον αφορά τους εφήβους με νευροαναπτυξιακές διαταραχές, φαίνεται ότι η κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν αποτελεί πιθανά ένα προστατευτικό παράγοντα για τη βίωση εκφοβισμού (Heiman et al., 2015; Rose et al., 2015; Timmermanis & Wiener, 2011; Wright, 2017b). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας της Wright (2017b), έφηβοι με νευροαναπτυξιακές διαταραχές με μεγαλύτερη προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους, τους γονείς και τους δασκάλους τους αποτελούσαν λιγότερο συχνά στόχους εκφοβισμού (Wright, 2017b).

Ελάχιστες έρευνες έχουν διερευνήσει την υποστήριξη που λαμβάνουν τα νεαρά άτομα με ΔΑΦ αλλά και την επίδραση αυτής στη θυματοποίησή τους (Symes & Humphrey, 2010; Wright, 2017a), με τις περισσότερες έρευνες που έχουν διεξαχθεί να εστιάζουν στην υποστήριξη που λαμβάνουν οι οικογένειες των ατόμων με ΔΑΦ, όπως οι γονείς και τα αδέρφια τους, αλλά και στην επίδραση αυτής στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή τους (Kirchhofer et al., 2022; Lovell & Wetherell, 2016; Marsack & Samuel, 2017). Έρευνες υποδεικνύουν ότι έφηβοι με ΔΑΦ που θεωρούν ότι λαμβάνουν μεγαλύτερη υποστήριξη από τους συμμαθητές τους αποτελούν λιγότερο συχνά στόχους εκφοβιστικών συμπεριφορών (Humphrey & Symes, 2010a; Symes & Humphrey, 2010). Σύμφωνα με τη Wright και τους συνεργάτες της (2017a) επίσης, η προσλαμβανόμενη υποστήριξη από τους γονείς συσχετίζεται αρνητικά με τη θυματοποίηση των εφήβων με ΔΑΦ, με τη μεγαλύτερη υποστήριξη των εφήβων με ΔΑΦ από τους γονείς τους να σχετίζεται με τη λιγότερο συχνή θυματοποίησή τους. Κατά τους Humphrey και Symes (2010a) τέλος η προσλαμβανόμενη υποστήριξη από τους δασκάλους δεν φαίνεται να συσχετίζεται με τη βίωση εκφοβισμού.

Σχέση μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης, συμπτωματολογίας ΔΑΦ και θυματοποίησης

Ο Humphrey και η Symes (2011) έχουν προτείνει ένα θεωρητικό μοντέλο (REPIM) για την ερμηνεία της θυματοποίησης που βιώνουν οι μαθητές με ΔΑΦ, το οποίο συνυπολογίζει την επίδραση μίας σειράς ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, και συγκεκριμένα την επίδραση των συνομηλίκων. Πιο συγκεκριμένα σε ατομικό επίπεδο τα νεαρά άτομα με ΔΑΦ παιδικής και εφηβικής ηλικίας λόγω των ελλειμμάτων τους αναφορικά με τις κοινωνικές γνωστικές λειτουργίες τους, και των

συνεπακόλουθων ελλিপών κοινωνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων τους καταλήγουν να έχουν λιγότερο συχνές και ποιοτικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Humphrey & Lewis, 2008; Humphrey & Symes, 2011; Kasari et al., 2001; Petrina et al., 2014; Sreckovic et al., 2017).

Παράλληλα, σύμφωνα με τους συγγραφείς, η έλλειψη γνώσης των συνομήλικων για τη ΔΑΦ έχει ως αποτέλεσμα τη χαμηλή ανοχή τους στη διαφορετικότητα, η οποία επίσης έχει ως απότοκό της τις μειωμένες και λιγότερο ουσιαστικές κοινωνικές συνδιαλλαγές (Campbell et al., 2004; Campbell & Barger, 2011; Humphrey & Symes, 2011). Σύμφωνα με το μοντέλο REPIM, ως απόρροια των λιγότερο συχνών και ποιοτικών κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, παιδιά και έφηβοι με ΔΑΦ τείνουν να έχουν ένα πιο περιορισμένο κοινωνικό δίκτυο και να λαμβάνουν λιγότερη υποστήριξη από τον περίγυρό τους, γεγονός το οποίο οδηγεί στην κοινωνική απόρριψη και τη θυματοποίησή τους όπως και την απομόνωση εντέλει αυτών και τη βίωση ενός αυξημένου αισθήματος μοναξιάς (Chamberlain et al., 2007; Humphrey & Lewis, 2008; Humphrey & Symes, 2010a, 2010b, 2011; Petrina et al., 2014; Rubin et al., 2006; Storch et al., 2012).

Η απομόνωση ωστόσο των παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ, σύμφωνα με το θεωρητικό αυτό μοντέλο, ως απόρροια του κοινωνικού αποκλεισμού τους και της θυματοποίησής τους, έχει ως αποτέλεσμα το μειωμένο κίνητρό τους για κοινωνική συνδιαλλαγή και ως εκ τούτου την μειωμένη αλληλεπίδρασή τους με τον περίγυρό τους, με άμεση συνέπεια την αδυναμία καλλιέργειας και εξάσκησης των κοινωνικών και επικοινωνιακών τους δεξιοτήτων (Humphrey & Symes, 2011). Από την άλλη πλευρά, η απομόνωση και η μειωμένη κοινωνική συνδιαλλαγή των παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ μειώνουν τις πιθανότητες για την καλύτερη κατανόηση της ΔΑΦ και την αποδοχή της

διαφορετικότητά τους από τους συνομηλικούς τους (Humphrey & Hebron, 2015; Humphrey & Symes, 2011).

Λαμβάνοντας υπόψη το θεωρητικό μοντέλο των ανωτέρω συγγραφέων (Humphrey & Symes, 2011), όπως και τα υπάρχοντα ερευνητικά ευρήματα, θα μπορούσε να υποτεθεί ο διαμεσολαβητικός ρόλος της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ και θυματοποίησης, καθώς πληρούνται τα τρία βασικά κριτήρια σύμφωνα με τους Baron και Kenny (1986). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την έρευνα του Hedley και των συνεργατών του (2017) η βαρύτητα της συμπτωματολογίας ΔΑΦ σχετίζεται αρνητικά με την προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη των ατόμων με ΔΑΦ. Έτσι, μπορεί να υποστηριχθεί η σχέση μεταξύ της ανεξάρτητης μεταβλητής (βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ) με τον εν δυνάμει διαμεσολαβητικό παράγοντα (προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη), το οποίο αποτελεί το πρώτο κριτήριο. Η προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη επίσης σχετίζεται αρνητικά με τη θυματοποίηση, όπως προκύπτει από την έρευνα του Humphrey και της Symes (2010a), την έρευνα των Symes και Humphrey (2010) και της Wright και των συνεργατών της (2017a). Συνεπώς, μπορεί να υποστηριχθεί η σχέση μεταξύ του εν δυνάμει διαμεσολαβητικού παράγοντα (προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη) με την εξαρτημένη μεταβλητή (θυματοποίηση), το δεύτερο δηλαδή κριτήριο κατά τους Baron και Kenny (1986). Τέλος, σύμφωνα με την πλειοψηφία των ερευνών, η βαρύτητα της συμπτωματολογίας ΔΑΦ σχετίζεται θετικά με τη θυματοποίηση των νεαρών ατόμων με ΔΑΦ, με τα άτομα με βαρύτερη συμπτωματολογία ΔΑΦ να αποτελούν συχνότερα στόχους σχολικού εκφοβισμού σε σχέση με αυτά που έχουν ηπιότερη συμπτωματολογία (Cappadocia et al., 2012; Zablotzky et al., 2014). Επομένως, υποστηρίζεται η σχέση

μεταξύ της ανεξάρτητης (βαρύτητα συμπτωματολογίας ΔΑΦ) και της εξαρτημένης μεταβλητής (θυματοποίηση), το τρίτο κριτήριο δηλαδή το οποίο κατά τους Baron Kenny (1986) καθιστά πιθανή την υπόθεση διαμεσολάβησης. Έτσι, η βαρύτητα της συμπτωματολογίας ΔΑΦ δύναται να επιδρά αρνητικά στη συγκρότηση ενός υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου και εν συνεχεία, η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού δικτύου μπορεί να αμβλύνει την πιθανότητα θυματοποίησης.

Από την ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας δεν προέκυψαν έρευνες που διερευνούν τη διαμεσολάβηση της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση μεταξύ της βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ και της θυματοποίησης. Οι περισσότερες έρευνες επίσης που έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα εξετάζουν το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού, όπως και τους παράγοντες που εντείνουν και αμβλύνουν αντίστοιχα την εμφάνισή του, σε παιδιά και εφήβους που ανήκουν στο αυτιστικό φάσμα ανεξάρτητα από το επίπεδο λειτουργικότητάς τους, με τις αντίστοιχες έρευνες σε παιδιά και εφήβους με ΥΛΑ να είναι περιορισμένες (Cappadocia et al., 2012; Hebron & Humphrey, 2014; Sterzing et al., 2012; Zablotzky et al., 2014; Zweers et al., 2017). Ως εκ τούτου, κρίνεται σημαντική η εξέταση παραγόντων που σχετίζονται με τη βίωση σχολικού εκφοβισμού, όπως η βαρύτητα συμπτωματολογίας ΔΑΦ και η προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, σε εφήβους με ΥΛΑ καθώς και η διερεύνηση του διαμεσολαβητικού ρόλου της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση μεταξύ της βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ και θυματοποίησης.

Σκοπός έρευνας

Σκοπό της παρούσας έρευνας αποτελεί η διερεύνηση της πιθανής διαμεσολάβησης της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση της βαρύτητας των συμπτωμάτων ΔΑΦ και της θυματοποίησης εφήβων μαθητών με ΥΛΑ (Γράφημα 1). Περαιτέρω στόχο συνιστά η εξέταση της σχέσης μεταξύ της βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ όπως και της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης εφήβων μαθητών με ΥΛΑ με τη θυματοποίησή τους.

Ερευνητικές υποθέσεις

Ερευνητικές υποθέσεις που τέθηκαν ήταν οι εξής:

- 1.** Βαρύτερη συμπτωματολογία ΔΑΦ των εφήβων με ΥΛΑ θα σχετίζεται με τη συχνότερη θυματοποίησή τους.
- 2.** Υψηλότερη προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη των εφήβων με ΥΛΑ θα σχετίζεται με τη μειωμένη θυματοποίησή τους.
- 3.** Βαρύτερη συμπτωματολογία ΔΑΦ των εφήβων με ΥΛΑ θα σχετίζεται με τη μειωμένη προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη.
- 4.** Η προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη θα διαμεσολαβεί στη σχέση βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ και θυματοποίησης (γράφημα 1).
- 5.** Η ηλικία, ο αριθμός συννοσηρών διαταραχών των εφήβων με ΥΛΑ, η ύπαρξη παράλληλης στήριξης και η ψυχιατρική διαταραχή των γονέων τους θα σχετίζεται σημαντικά με τη θυματοποίησή τους.

Μεθοδολογία

Ερευνητικός σχεδιασμός

Η παρούσα έρευνα συνιστά μια συγχρονική, μη παρεμβατική μελέτη που διεξήχθη από τον Νοέμβριο του 2021 έως και τον Μάρτιο του 2022 στα πλαίσια του Π.Μ.Σ. «Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών ΕΚΠΑ. Για την εκπόνηση της έρευνας χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς στους εφήβους με ΥΛΑ όπως επίσης και στους κηδεμόνες τους.

Πληθυσμός Έρευνας- Δείγμα

Το δείγμα που συγκεντρώθηκε αποτελούταν από 76 εφήβους με ΥΛΑ, ηλικίας 12-18 ετών, μαθητές μη ειδικών γυμνασίων και λυκείων και τους κηδεμόνες τους. Η μέση ηλικία των εφήβων συμμετεχόντων ήταν τα 15,2 έτη (SD=2,1 έτη). Αναφορικά με το φύλο τους, το 77,6% ήταν αγόρια και το 22,4% κορίτσια. Το δείγμα προέκυψε μέσω μη τυχαίας δειγματοληψίας ευκολίας, με τη συμμετοχή εφήβων με ΥΛΑ και των κηδεμόνων τους που είχαν επισκεφτεί συγκεκριμένα Κέντρα Ημέρας, Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης (ΚΔΑΠ), κέντρα ειδικών θεραπειών όπως και το Ειδικό Ιατρείο Διαταραχών του Αυτιστικού Φάσματος της Πανεπιστημιακής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία». Πιο συγκεκριμένα, 13 συμμετέχοντες κηδεμόνες με τα έφηβα τέκνα τους προέρχονταν από το Νοσοκομείο Παίδων Αγία Σοφία, 21 συμμετέχοντες από Κέντρα Ημέρας, Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης (ΚΔΑΠ) και Κέντρα παροχής ειδικών θεραπειών και 42 συμμετέχοντες από Συλλόγους για άτομα με ΔΑΦ (γράφημα 2).

Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού

Κριτήρια εισαγωγής της έρευνας αποτέλεσαν η ηλικία των εφήβων, 12 – 18 ετών, ανεξαρτήτως φύλου και εθνικότητας, η διάγνωση κατά το ICD10 αυτιστικής διαταραχής ή συνδρόμου Άσπεργκερ, με φυσιολογικό νοητικό δυναμικό ($IQ > 70$). Προϋποθέσεις επίσης για τη συμμετοχή στη μελέτη αποτέλεσαν η φοίτηση σε Γενικό Γυμνάσιο ή Γενικό και Επαγγελματικό Λύκειο και η επαρκής ανάγνωση και κατανόηση της Ελληνικής Γλώσσας. Κριτήρια αποκλεισμού που τέθηκαν στην παρούσα έρευνα ήταν η φοίτηση σε ειδικά γυμνάσια ή λύκεια και η διάγνωση νοητικής υστέρησης.

Διαδικασία Διεξαγωγής Έρευνας

Κατόπιν της λήψης άδειας από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, έγινε τηλεφωνική ενημέρωση των κηδεμόνων των εφήβων με ΥΛΑ που είχαν επισκεφτεί το Ειδικό Ιατρείο Διαταραχών Αυτιστικού Φάσματος της Πανεπιστημιακής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» για τους σκοπούς και την χρησιμότητα της έρευνας από τη γραμματεία της κλινικής. Εν συνεχεία, εστάλησαν στους κηδεμόνες, κατόπιν της τηλεφωνικής εκδήλωσης ενδιαφέροντος τους για συμμετοχή στην έρευνα, τα ειδικά έντυπα συγκατάθεσης όπως και τα ερωτηματολόγια εφήβων και κηδεμόνων από την ερευνήτρια μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Παράλληλα έγινε τηλεφωνική επικοινωνία καθώς και επικοινωνία μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας με διάφορους συλλόγους για τον αυτισμό, Κέντρα Ημέρας, Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης και κέντρα ειδικών θεραπειών της Ελληνικής επικράτειας και έλαβαν γνώση για την έρευνα. Οι ανωτέρω σύλλογοι, Κέντρα Ημέρας, ειδικών θεραπειών και Κέντρων Δημιουργικής Απασχόλησης επιλέχθηκαν με βάση την προθυμία και διαθεσιμότητα τους να

συμμετάσχουν στην έρευνα. Οι έφηβοι με ΥΛΑ των συλλόγων, των Κέντρων Ημέρας, των Κέντρων Δημιουργικής Απασχόλησης και των κέντρων ειδικών θεραπειών και οι κηδεμόνες τους ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας και κλήθηκαν να εκφράσουν την επιθυμία συμμετοχής σε αυτή, μέσω επικοινωνίας με την ερευνήτρια. Κατόπιν της εκδήλωσης επιθυμίας συμμετοχής απεστάλησαν ηλεκτρονικά στους κηδεμόνες τα ειδικά έντυπα συγκατάθεσης και τα ερωτηματολόγια για αυτούς και τα έφηβα τέκνα τους.

Ερευνητικά Εργαλεία

Χορηγήθηκαν τέσσερα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς στους εφήβους και δύο ερωτηματολόγια στους κηδεμόνες. Δόθηκε το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Επικοινωνιακών Ικανοτήτων- Πρόσφατο (Social Communication Questionnaire Current-SCQ-C) στους γονείς (Karaminis et al., 2019; Rutter et al., 2003) για τη μέτρηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων ΔΑΦ των τέκνων τους καθώς και η Πολυδιάστατη Κλίμακα Προσλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης (Multidimensional Scale of Perceived Social Support- MSPSS) (Tsilika et al., 2019; Zimet et al., 1990) και η υποκλίμακα της θυματοποίησης εαυτού του ερωτηματολογίου Βιωμάτων με τους συνομηλίκους (Peer Experiences Questionnaire - PEQ) (Giovazolias et al., 2010; Vernberg et al., 1999) στους εφήβους για την αξιολόγηση της προσλαμβανόμενης κοινωνικής τους υποστήριξης και της θυματοποίησής τους αντίστοιχα. Χορηγήθηκαν επίσης στους εφήβους συμμετέχοντες και στους κηδεμόνες τους αυτοσχέδια ερωτηματολόγια για τη λήψη δημογραφικών πληροφοριών.

Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Επικοινωνιακών Ικανοτήτων-Πρόσφατο (Social Communication Questionnaire Current-SCQ-C)

Το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Επικοινωνιακών Ικανοτήτων- Πρόσφατο αποτελεί ένα σύντομο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της συμπτωματολογίας ΔΑΦ, το οποίο συμπληρώνεται από τον κύριο φροντιστή του ατόμου με ΔΑΦ, λαμβάνοντας υπόψη τη συμπεριφορά του ατόμου κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών μηνών (Karaminis et al., 2019; Rutter et al., 2003). Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε άτομα οποιασδήποτε χρονολογικής ηλικίας, άνω των τεσσάρων ετών, με την προϋπόθεση ότι η νοητική τους ηλικία είναι τουλάχιστον τα δύο έτη. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 40 ερωτήματα τα οποία απαντώνται με ναι ή όχι, ανάλογα με την παρουσία ή απουσία αντίστοιχα της εκάστοτε περιγραφόμενης συμπεριφοράς. Η παρουσία μίας μη τυπικής συμπεριφοράς βαθμολογείται με 1 ενώ η απουσία αυτής με 0. Τα ερωτήματα 3-8 και 10-18 βαθμολογούνται με θετικό τρόπο, δηλαδή το ναι αντιστοιχεί σε 1 και το όχι σε 0 ενώ τα ερωτήματα 2, 9 και 19-40 βαθμολογούνται με αρνητικό τρόπο, δηλαδή το όχι αντιστοιχεί σε 1 και το ναι σε 0. Το ερώτημα 1 δεν έχει βαθμολογική αξία αλλά καθορίζει τα ερωτήματα, των οποίων οι απαντήσεις θα προστεθούν προκειμένου να προκύψει η συνολική βαθμολογία. Στην περίπτωση όπου το ερώτημα 1 έχει απαντηθεί θετικά, και συνεπώς υπάρχει λόγος, η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0-39, δεδομένου ότι προστίθεται η επιμέρους βαθμολογία των ερωτημάτων 2-40 ενώ στην περίπτωση απουσίας λόγου, όπου δηλαδή η απάντηση στο ερώτημα 1 είναι όχι, αυτή κυμαίνεται από 0-33, αφού τότε δεν απαντώνται τα ερωτήματα 2-7. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να χορηγηθεί είτε για την επαλήθευση διαγνώσεων ΔΑΦ είτε για την αξιολόγηση της έντασης της συμπτωματολογίας ΔΑΦ. Προσφέρει επίσης τη δυνατότητα εξαγωγής

επιμέρους βαθμολογιών για τη διαμόρφωση παραγόντων σχετιζόμενων με την κοινωνική αλληλεπίδραση, την επικοινωνία, την μη-τυπική γλώσσα και τη στερεοτυπική συμπεριφορά που βρίσκονται σε αντιστοιχία με τους βασικούς τομείς των ποιοτικών αποκλίσεων σε αμοιβαίες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και στην επικοινωνία και των περιορισμένων επαναληπτικών και στερεοτυπικών μοτίβων συμπεριφοράς της διαγνωστικής συνέντευξης ADI-R. Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου έχει σταθμιστεί από τον Karaminis και τους συνεργάτες του (2019) σε ελληνικό παιδικό και εφηβικό πληθυσμό και έχει πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει υψηλή εσωτερική συνέπεια, με τον συντελεστή Ω των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων να ισούται με 0.774, τον συντελεστή Ω επικοινωνίας με 0.608, τον συντελεστή Ω προβλημάτων στη γλώσσα με 0.735 και τον συντελεστή Ω στερεοτυπιών να ισούται με 0.857. Στην παρούσα έρευνα έγινε χρήση της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου για την εξέταση της βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ, με το δείκτη εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's alpha) του να είναι 0,79, οπότε υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου (Cronbach's alpha > 0,70).

*Πολυδιάστατη Κλίμακα Προσλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης
(Multidimensional Scale of Perceived Social Support- MSPSS)*

Η Πολυδιάστατη Κλίμακα Προσλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο 12 προτάσεων το οποίο εξετάζει τρεις μορφές κοινωνικής υποστήριξης, όπως τις εκλαμβάνει το ίδιο το άτομο: την κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια (πρόταση 3,4,8,11), από τους φίλους (πρόταση 6,7,9,12) και από τους σημαντικούς άλλους (πρόταση 1,2,5,10) (Tsilika et al., 2019; Zimet et al., 1990). Οι προτάσεις βαθμολογούνται με τη χρήση μίας επταβάθμιας κλίμακας likert,

όπου το 1 υποδηλώνει την απόλυτη διαφωνία και το 7 την απόλυτη συμφωνία. Η βαθμολογία προκύπτει με το μέσο όσο των επιμέρους βαθμολογιών. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 12-84 και η βαθμολογία των υποκλιμάκων από 4-28. Η κλίμακα έχει σταθμιστεί σε Ελληνικό πληθυσμό, παρουσιάζοντας εξαιρετικές ψυχομετρικές ιδιότητες (Cronbach's $\alpha_{\text{Συνολική υποστήριξη}} = .93$, Cronbach's $\alpha_{\text{Σημαντικοί άλλοι}} = .95$, Cronbach's $\alpha_{\text{Οικογένεια}} = .95$, Cronbach's $\alpha_{\text{Φίλοι}} = .96$) και έχει χορηγηθεί σε έρευνες με εφήβους τυπικής και μη τυπικής ανάπτυξης, όπως εφήβους με ΔΑΦ (Holfeld et al., 2019; Trejos-Herrera et al., 2018; Wilson et al., 2017). Ο δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach's alpha) της κλίμακας όπως και των υποκλιμάκων της στην παρούσα μελέτη κρίθηκε ως αποδεκτός, με τον Cronbach's alpha της κλίμακας να είναι 0,95 και των υποκλιμάκων της προσλαμβανόμενης υποστήριξης των σημαντικών άλλων να είναι 0,89, της οικογένειας 0,94 και των φίλων να είναι 0,94.

Ερωτηματολόγιο Βιωμάτων με τους συνομηλίκους (Peer Experiences Questionnaire-PEQ)

Το Ερωτηματολόγιο Βιωμάτων με τους συνομηλίκους συνιστά ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 18 προτάσεων για την αξιολόγηση του εκφοβισμού και της θυματοποίησης κατά τους τρεις τελευταίους μήνες (Gionazolias et al., 2010; Vernberg et al., 1999). Αποτελείται από δύο υποκλίμακες 9 προτάσεων η καθεμία, τη θυματοποίηση εαυτού (πρόταση 1-9) και τη θυματοποίηση άλλων (πρόταση 10-18). Οι προτάσεις απαντώνται με τη χρήση μίας πενταβάθμιας κλίμακας τύπου Likert όπου το 1 ισοδυναμεί με το ποτέ, το 2 με μία ή δύο φορές, το 3 με λίγες φορές, το 4 με περίπου μία φορά την εβδομάδα και το 5 ισοδυναμεί με λίγες φορές μέσα στην εβδομάδα. Η βαθμολογία των υποκλιμάκων προκύπτει με την άθροιση των επιμέρους απαντήσεων, με

την υψηλότερη βαθμολογία να υποδηλώνει υψηλότερη θυματοποίηση του εαυτού και των άλλων αντίστοιχα. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί πολιτισμικά σε ελληνικό παιδικό και εφηβικό πληθυσμό και παρουσιάζει υψηλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach's $\alpha_{\text{θυματοποίηση εαυτού}} = .78$, Cronbach's $\alpha_{\text{θυματοποίηση άλλων}} = .77$) ενώ φαίνεται να έχει αρκετά καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (Giovanolias et al., 2010; Σταλίκας et al., 2012). Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε μόνο η υποκλίμακα της θυματοποίησης εαυτού, με το δείκτη εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's alpha) της να είναι 0,94, οπότε η αξιοπιστία της υποκλίμακας ήταν αποδεκτή.

Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων για έφηβο

Χορηγήθηκε ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο στους εφήβους για τη συλλογή ορισμένων δημογραφικών στοιχείων όπως το φύλο (αγόρι, κορίτσι, άλλο), την ηλικία, την εθνικότητα, το εκπαιδευτικό επίπεδο (γυμνάσιο, λύκειο) και την τάξη φοίτησης τους.

Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων για γονέα

Η συγκέντρωση περαιτέρω δημογραφικών πληροφοριών για τους εφήβους και τους κηδεμόνες τους πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση ενός αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου από τον κηδεμόνα. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν το φύλο του εφήβου (αγόρι, κορίτσι άλλο), τον τόπο διαμονής (αστική, επαρχιακή περιοχή), τη διαμονή με τον ένα ή και τους δύο γονείς, την ύπαρξη ή μη σωματικής αναπηρίας του εφήβου και συννοσηρής ψυχιατρικής διαταραχής, την ύπαρξη παράλληλης στήριξης, την παρακολούθηση του θεραπευτικού προγράμματος του εφήβου (πλήρης, μερική λήψη θεραπείας, διακοπή θεραπείας, χωρίς ανάγκη παρακολούθησης θεραπείας), το εκπαιδευτικό επίπεδο (δημοτικό, γυμνάσιο, λύκειο, ανώτερη σχολή /

πανεπιστήμιο) και την εργασιακή απασχόληση των γονέων (εργασιακή απασχόληση δύο γονέων, ενός εκ των δύο γονέων, ουδενός εκ των δύο γονέων) καθώς και την παρουσία ψυχιατρικής διαταραχής στους γονείς.

Ζητήματα Δεοντολογίας

Για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας λήφθηκε άδεια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του ΕΚΠΑ και η έγγραφη συγκατάθεση των συμμετεχόντων τέκνων και των γονέων τους. Δόθηκαν αναλυτικές οδηγίες για τον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και τονίστηκε η διατήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, η προαιρετική συμμετοχή, η δυνατότητα αποχώρησης και η προστασία των προσωπικών τους δεδομένων. Η έρευνα διεξήχθη σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, τις Ευρωπαϊκές οδηγίες, την ορθή κλινική πρακτική και την νομοθεσία περί δωροδοκίας και διαφθοράς. Δεν υπήρξε κάποιο οικονομικό κόστος για την συμμετοχή στην έρευνα, ούτε κάποιο οικονομικό όφελος για την ερευνήτρια ενώ δεν υπήρξε κάποια απειλή, σωματική ή ψυχολογική ή κάποια άλλη δυσμενή επίπτωση, λόγω της συμμετοχής στην παρούσα μελέτη. Η διατήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων εφήβων όπως και των κηδεμόνων τους διασφαλίστηκε με τη χορήγηση κωδικοποιημένων εντύπων όπου οι κωδικοί, κοινοί για τους εφήβους και τους κηδεμόνες τους, ορίστηκαν αποκλειστικά από τους συμμετέχοντες καθώς και με την ηλεκτρονική αποστολή των ερωτηματολογίων στις δομές όπου εξυπηρετούνταν οι συμμετέχοντες προς αποφυγή διαρροής των προσωπικών τους δεδομένων. Τέλος, πρόσβαση στα συλλεγμένα ερωτηματολόγια όπως και στις μετέπειτα αναλύσεις των δεδομένων αυτών είχε αποκλειστικά η ερευνήτρια και η επόπτρια αυτής.

Στατιστική ανάλυση

Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για τις μεταβλητές που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation = SD) για την περιγραφή τους, ενώ για τις μεταβλητές που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Η σύγκριση ηλικίας μεταξύ αγοριών και κοριτσιών έγινε με το Student's t-test. Για τη σύγκριση των κατηγορικών και διατάξιμων μεταβλητών μεταξύ αγοριών και κοριτσιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών ή μεταξύ διατάξιμων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r_{ho}). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise), με πειραγωγής=0,05 και ραφαίρεσης=0,10, χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με την υποκλίμακα θυματοποίησης από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors = SE). Σαν ανεξάρτητες

μεταβλητές εισήχθησαν τα δημογραφικά στοιχεία των εφήβων μαθητών και τα στοιχεία σχετικά με την κατάσταση υγείας και την παρακολούθηση θεραπευτικών των προγραμμάτων τους, η βαρύτητα συμπτωματολογίας ΔΑΦ και η προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη όπως και τα δημογραφικά στοιχεία των γονέων και τα σχετιζόμενα με την ψυχική τους υγεία στοιχεία. Για τον έλεγχο διαμεσολαβητικών παραγόντων χρησιμοποιήθηκε η τεχνική ανάλυσης των Baron και Kenny (1986). Σύμφωνα με αυτούς για να υπάρξει διαμεσολάβηση στη σχέση δύο μεταβλητών πρέπει να ικανοποιούνται 3 συνθήκες: (1) η ανεξάρτητη μεταβλητή (βαρύτητα συμπτωματολογίας ΔΑΦ) να συσχετίζεται σημαντικά με την εξαρτημένη (θυματοποίηση), (2) η ανεξάρτητη μεταβλητή να συσχετίζεται σημαντικά με τον διαμεσολαβητικό παράγοντα (προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη) και (3) ο διαμεσολαβητικός παράγοντας να συσχετίζεται σημαντικά με την εξαρτημένη μεταβλητή. Επιπλέον, αν μετά την εισαγωγή του διαμεσολαβητικού παράγοντα, η επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής στην εξαρτημένη μειωθεί κατά απόλυτη τιμή, αλλά παραμένει σημαντική, υπάρχει μερική διαμεσολάβηση ενώ αν γίνει μη σημαντική υπάρχει ολική διαμεσολάβηση. Για να ελεγχθούν οι τρεις παραπάνω υποθέσεις έγιναν τα εξής μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης: ένα μοντέλο απλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και ανεξάρτητη η βαρύτητα συμπτωματολογίας ΔΑΦ, ένα μοντέλο απλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη θυματοποίηση και ανεξάρτητη την προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και ένα μοντέλο ιεραρχικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη θυματοποίηση. Στο πρώτο βήμα της ιεραρχικής γραμμικής παλινδρόμησης εισήχθη στο μοντέλο η βαρύτητα συμπτωματολογίας ΔΑΦ (ανεξάρτητη

μεταβλητή) και στο δεύτερο βήμα εισήχθη και η προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη (υπό εξέταση διαμεσολαβητικός παράγοντας). Στο μοντέλο ιεραρχικής παλινδρόμησης εισήχθησαν και τυχόν συγχυτικοί παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τη θυματοποίηση από την πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση. Όλες οι αναλύσεις γραμμικής παλινδρόμησης (είτε απλή είτε ιεραρχική) έγιναν με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών. Η σημαντικότητα των διαμεσολαβητικών παραγόντων ελέγχθηκε με το κριτήριο του Sobel. Η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's- α . Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Αποτελέσματα

Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Το δείγμα αποτελείται από 76 Έλληνες μαθητές γυμνασίου και λυκείου, με ΥΛΑ, με μέση ηλικία τα 15,2 έτη (TA=2,1 έτη). Το 77,6% των συμμετεχόντων ήταν αγόρια. Επίσης, το 82,9% των εφήβων έμενε σε αστική περιοχή και το 76,3% έμενε με τους δύο γονείς τους. Ακόμα, το 52,6% των εφήβων ήταν μαθητές λυκείου και συγκεκριμένα το 28,9% ήταν μαθητές Γ' λυκείου. Παράλληλη στήριξη είχε το 59,2% των μαθητών. Το 5,3% των μαθητών είχε κάποια σωματική αναπηρία. Επίσης, το 64,5% των εφήβων είχε κάποια συννοσηρότητα με συχνότερη τη ΔΕΠΥ, σε ποσοστό 34,2%. Το 42,1% των εφήβων είχε μια συννοσηρή διαταραχή, το 18,4% είχε δύο και το 3,9% είχε τρεις. Το 77,6% συνέχιζε κανονικά τις θεραπείες του τον προηγούμενο χρόνο ενώ το 6,6% λάμβανε μόνο ένα μέρος αυτών και το 3,9% δεν λάμβανε αυτές καθόλου (Πίνακας 1).

Πίνακας 1

Δημογραφικά στοιχεία εφήβων και στοιχεία σχετικά με την κατάσταση υγείας και την παρακολούθηση θεραπευτικών προγραμμάτων τους

		N (%)
Φύλο	Αγόρι	59 (77,6)
	Κορίτσι	17 (22,4)
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		15,2 (2,1)
Τόπος διαμονής	Αστική Περιοχή	63 (82,9)
	Επαρχιακή περιοχή	13 (17,1)
Διαμονή με	τους δύο γονείς	58 (76,3)
	τον ένα γονέα	18 (23,7)
Εκπαίδευση εφήβου	Γυμνάσιο	36 (47,4)
	Λύκειο	40 (52,6)
Τάξη	Α' Γυμνασίου	14 (18,4)
	Β' Γυμνασίου	10 (13,2)

(Συνεχίζεται)

Πίνακας 1 (Συνέχεια)

		N (%)
Παράλληλη στήριξη	Γ' Γυμνασίου	12 (15,8)
	A' λυκείου	10 (13,2)
	B' λυκείου	8 (10,5)
	Γ' λυκείου	22 (28,9)
	Όχι	31 (40,8)
	Ναι	45 (59,2)
Σωματική αναπηρία εφήβου	Όχι	72 (94,7)
	Ναι	4 (5,3)
Συννοσηρότητα	Όχι	27 (35,5)
	ΔΕΠΥ	26 (34,2)
	Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή	14 (18,4)
	Ιδιοψυχααγκαστικές διαταραχές	6 (7,9)
	Αγχώδεις διαταραχές	6 (7,9)
	Διασπαστικές Διαταραχές, Διαταραχές	
	Ελέγχου των παρορμήσεων και της Διαγωγής	4 (5,3)
	Διαταραχές Επικοινωνίας	4 (5,3)
	Κινητικές Διαταραχές	2 (2,6)
	Διαταραχές Σίτισης και Πρόσληψης τροφής	2 (2,6)
	Διαταραχές Μυοσπασμάτων-Τικ	1 (1,3)
	Καταθλιπτικές διαταραχές	1 (1,3)
	Γενετικό Σύνδρομο - Τρισωμία	1 (1,3)
	Επληψία	1 (1,3)
	Άλλο	1 (1,3)
Αριθμός Συννοσηρών Διαταραχών	0	27 (35,5)
	1	32 (42,1)
	2	14 (18,4)
	3	3 (3,9)
Συνέχιση θεραπειών	Όχι	3 (3,9)
	Μερικώς	5 (6,6)
	Πλήρης	59 (77,6)
	Δεν χρειάστηκε	9 (11,8)

Αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία των γονιών, η πλειονότητα των γονιών ήταν απόφοιτοι ανώτερης σχολής/ πανεπιστημίου. Στο 81,6% των περιπτώσεων εργάζονταν και οι δύο γονείς. Όσον αφορά την ψυχική τους υγεία το 5,6% των γονιών έπασχε από κάποια ψυχική διαταραχή (Πίνακας 2).

Πίνακας 2

Δημογραφικά στοιχεία γονέων και στοιχεία σχετιζόμενα με την ψυχική τους υγεία

		N (%)
Εκπαίδευση μητέρας	Δημοτικό	0 (0)
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	24 (31,5)
	Ανώτερη Σχολή/ Πανεπιστήμιο	52 (68,4)
Εκπαίδευση πατέρα	Δημοτικό	1 (1,3)
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	21 (27,6)
	Ανώτερη Σχολή/ Πανεπιστήμιο	54 (71,1)
Απασχόληση γονέων	Ένας εκ των 2 γονέων εργάζονται	14 (18,4)
	Και οι 2 γονείς εργάζονται	62 (81,6)
Ψυχιατρική Διαταραχή Γονέα	Όχι	70 (93,3)
	Ναι	5 (6,7)
Αν ναι, ποια	ΔΑΦ	1 (1,3)
	Διαταραχή Προσωπικότητας	1 (1,3)
	Κατάθλιψη	2 (2,6)

Χαρακτηριστικά δείγματος με βάση το φύλο

Αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία των εφήβων και τα σχετιζόμενα στοιχεία με την κατάσταση υγείας και την παρακολούθηση θεραπευτικών προγραμμάτων τους, αυτά δεν διέφεραν ως προς το φύλο τους (Πίνακας 3).

Πίνακας 3

Δημογραφικά στοιχεία εφήβων και στοιχεία σχετικά με την κατάσταση υγείας και την παρακολούθηση θεραπευτικών προγραμμάτων τους με βάση το φύλο

		Φύλο		Τιμή κριτηρίου ¹ (β.ε.)
		Αγόρι	Κορίτσι	
		N (%)	N (%)	
Ηλικία, μέση τιμή (ΤΑ)		15,2 (2,1)	15,2 (1,9)	-0,003 (74)
Τόπος διαμονής	Αστική Περιοχή	50 (84,7)	13 (76,5)	0,64 (1)
	Επαρχιακή περιοχή	9 (15,3)	4 (23,5)	
Διαμονή με	τους δύο γονείς	46 (78)	12 (70,6)	0,40 (1)
	τον ένα γονέα	13 (22)	5 (29,4)	
Εκπαίδευση	Γυμνάσιο	26 (44,1)	10 (58,8)	1,15 (1)
Παιδιού	Λύκειο	33 (55,9)	7 (41,2)	
Τάξη	Α' Γυμνασίου	12 (20,3)	2 (11,8)	4,28 (5)
	Β' Γυμνασίου	6 (10,2)	4 (23,5)	
	Γ' Γυμνασίου	8 (13,6)	4 (23,5)	
	Α' λυκείου	9 (15,3)	1 (5,9)	
	Β' λυκείου	6 (10,2)	2 (11,8)	
	Γ' λυκείου	18 (30,5)	4 (23,5)	
Παράλληλη	Όχι	26 (44,1)	5 (29,4)	1,17 (1)
στήριξη	Ναι	33 (55,9)	12 (70,6)	
Σωματική	Όχι	57 (96,6)	15 (88,2)	1,86 (1)
αναπηρία παιδιού	Ναι	2 (3,4)	2 (11,8)	
Συννοσηρότητα ²	Όχι	21 (35,6)	6 (35,3)	0,00 (1)
	ΔΕΠΥ	21 (35,6)	5 (29,4)	0,22 (1)
	Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή	11 (18,6)	3 (17,6)	0,01 (1)
Αριθμός	0	21 (35,6)	6 (35,3)	5,09 (3)
Συννοσηρών	1	27 (45,8)	5 (29,4)	
Διαταραχών	2	8 (13,6)	6 (35,3)	
	3	3 (5,1)	0 (0)	
Συνέχιση	Όχι	2 (3,4)	1 (5,9)	1,76 (3)
θεραπειών	Μερικώς	3 (5,1)	2 (11,8)	
	Πλήρης	46 (78)	13 (76,5)	
	Δεν χρειάστηκε	8 (13,6)	1 (5,9)	
	Ναι	3 (5,2)	2 (11,8)	

¹ για την ηλικία δίνεται η t τιμή με τους αντίστοιχους βαθμούς ελευθερίας και για όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές δίνεται η τιμή χ^2 με τους αντίστοιχους βαθμούς ελευθερίας

² συγκρίθηκαν οι συννοσηρότητες που είχαν συχνότητα >10 άτομα

*p<,05, **p<,01; ***p<,001

Αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία των γονέων και τα σχετιζόμενα με την ψυχική τους υγεία στοιχεία, αυτά δεν διέφεραν ως προς το φύλο των έφηβων τέκνων τους (Πίνακας 4).

Πίνακας 4

Δημογραφικά στοιχεία γονέων και στοιχεία σχετιζόμενα με την ψυχική τους υγεία με βάση το φύλο των έφηβων

		Φύλο		Χ ²
		Αγόρι	Κορίτσι	
		N (%)	N (%)	
Εκπαίδευση μητέρας	Δημοτικό/ Γυμνάσιο/ Λύκειο	21 (35,6)	3 (17,6)	1,97 (1)
	Ανώτερη Σχολή/ Πανεπιστήμιο	38 (64,4)	14 (82,4)	
Εκπαίδευση πατέρα	Δημοτικό/ Γυμνάσιο/ Λύκειο	18 (30,5)	4 (23,5)	0,31 (1)
	Ανώτερη Σχολή/ Πανεπιστήμιο	41 (69,5)	13 (76,5)	
Απασχόληση γονέων	Και οι 2 γονείς δεν εργάζονται	0 (0)	0 (0)	0,38 (1)
	Ένας εκ των 2 γονέων εργάζονται	10 (16,9)	4 (23,5)	
	Και οι 2 γονείς εργάζονται	49 (83,1)	13 (76,5)	
Ψυχιατρική Διαταραχή Γονέα	Όχι	55 (94,8)	15 (88,2)	0,92 (1)
	Ναι	3 (5,2)	2 (11,8)	

*p<,05, **p<,01; ***p<,001

Περιγραφικά μέτρα των ερευνητικών εργαλείων

Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 5) δίνονται οι βαθμολογίες των μαθητών στην κλίμακα βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ (SCQ), οι βαθμολογίες στην κλίμακα και στις υποκλίμακες της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης καθώς και η βαθμολογία των μαθητών στην υποκλίμακα της θυματοποίησης εαυτού του ερωτηματολογίου Βιωμάτων με τους συνομηλίκους (PEQ) .

Πίνακας 5

Περιγραφικά μέτρα της κλίμακας της βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ, της κλίμακας και των υποκλίμακων της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και της υποκλίμακας της θυματοποίησης εαυτού

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Συνολική Βαθμολογία Βαρύτητας ΔΑΦ-SCQ	6,00	29,00	18,5 (13 – 23)
Προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από σημαντικό άλλο	3,00	7,00	5 (4 – 6,5)
Προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από φίλους	2,00	7,00	5 (4 – 6,5)
Προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια	1,00	7,00	3,3 (2,3 – 5)
Συνολική προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη	2,50	7,00	4,6 (3,5 – 5,8)
Συνολική Βαθμολογία Θυματοποίησης Εαυτού -PEQ	9,00	38,00	20 (14 – 30)

Η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ κυμαινόταν από 6 μέχρι 29 μονάδες, με τη διάμεση τιμή να είναι 18,5 μονάδες (ενδ. εύρος: 13-23 μονάδες). Η συνολική βαθμολογία στην πολυδιάστατη κλίμακα προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης κυμαινόταν από 2,5 μέχρι 7 μονάδες, με τη διάμεση τιμή να είναι 4,6 μονάδες (ενδ. εύρος: 3,5-5,8 μονάδες). Η βαθμολογία στην υποκλίμακα της θυματοποίησης εαυτού κυμαινόταν από 9 μέχρι 38 μονάδες, με τη διάμεση τιμή να είναι 20 μονάδες (ενδ. εύρος: 14-30 μονάδες) (Πίνακας 5).

Βαθμολογίες ερευνητικών εργαλείων με βάση το φύλο

Οι βαθμολογίες στην κλίμακα της βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ, στην κλίμακα και στις υποκλίμακες της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και στην υποκλίμακα της θυματοποίησης εαυτού δεν διέφεραν μεταξύ αγοριών και κοριτσιών (Πίνακας 6).

Πίνακας 6

Βαθμολογίες της κλίμακας της βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ, της κλίμακας και των υποκλιμάκων της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και της υποκλίμακας της θυματοποίησης εαυτού ανάλογα με το φύλο των εφήβων

	Φύλο		U‡
	Αγόρι	Κορίτσι	
	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Συνολική Βαθμολογία Βαρύτητας ΔΑΦ-SCQ	19 (13 – 23)	17 (11 – 22)	425
Προσλαμβανόμενη Κοινωνική υποστήριξη από σημαντικό άλλο	5 (3,8 – 6,8)	5 (4,3 – 5,5)	440,5
Προσλαμβανόμενη Κοινωνική υποστήριξη από φίλους	5,3 (4 – 6,8)	5 (4,3 – 5,5)	435
Προσλαμβανόμενη Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια	3,3 (2,3 – 5)	3,3 (2,5 – 5)	495,5
Συνολική Προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη	4,8 (3,5 – 6)	4,3 (3,8 – 4,8)	467
Συνολική Βαθμολογία Θυματοποίησης Εαυτού-PEQ	18 (13 – 30)	23 (18 – 31)	417

*p<,05 **p<,01 ***p<,001 ‡τιμή κριτηρίου Mann-Whitney

**Σχέσεις μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων και στοιχείων
σχετιζόμενων με την υγεία των εφήβων και των κηδεμόνων τους, της
προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και της βαρύτητας συμπτωματολογίας
ΔΑΦ με τη θυματοποίηση των εφήβων**

Ακολούθως εξετάστηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman της υποκλίμακας της θυματοποίησης εαυτού με το ερωτηματολόγιο για τη βαρύτητα των συμπτωμάτων ΔΑΦ καθώς και με την πολυδιάστατη κλίμακα προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και τις υποκλίμακες της. Σημαντική θετική συσχέτιση υπήρξε μεταξύ της βαθμολογίας θυματοποίησης εαυτού με τη βαρύτητα συμπτωματολογίας ΔΑΦ, $r_{ho}=,65$, $p<,001$ (γράφημα 3). Σημαντική αρνητική συσχέτιση υπήρξε επίσης μεταξύ της βαθμολογίας θυματοποίησης εαυτού με την πολυδιάστατη κλίμακα προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης, $r_{ho}=-,64$, $p<,001$ (γράφημα 4). Ακόμα, η υποκλίμακα προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης από σημαντικό άλλο, $r_{ho}=-,64$, $p<,001$, από φίλους, $r_{ho}=-,59$, $p<,001$ και από οικογένεια, $r_{ho}=-,73$, $p<,001$, σχετίζονταν σημαντικά αρνητικά με την κλίμακα θυματοποίησης εαυτού (πίνακας 7).

Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 8) δίνεται η βαθμολογία θυματοποίησης εαυτού ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και την προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη των εφήβων όπως και τα δημογραφικά στοιχεία των γονέων τους.

Πίνακας 8

Βαθμολογία θυματοποίησης εαυτού ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και την προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη των εφήβων και τα δημογραφικά στοιχεία των γονέων

		Συνολική Βαθμολογία Θυματοποίησης Εαυτού- PEQ	
		Διάμεσος (ενδ. εύρος)	U‡
Φύλο	Αγόρι	18 (13 – 30)	417
	Κορίτσι	23 (18 – 31)	
Τόπος διαμονής	Αστική Περιοχή	19 (14 – 28)	313,5
	Επαρχιακή περιοχή	23 (18 – 32)	
Διαμονή με	τους δύο γονείς	23,5 (14 – 31)	400,5
	τον ένα γονέα	18 (11 – 23)	
Παράλληλη στήριξη	Όχι	18 (11 – 27)	594
	Ναι	23 (15 – 30)	
Απασχόληση γονέων	Ένας εκ των 2 γονέων εργάζονται	16,5 (10 – 24)	330,5
	Και οι 2 γονείς εργάζονται	22,5 (14 – 30)	
Ψυχιατρική Διαταραχή Γονέα	Όχι	20 (14 – 30)	125
	Ναι	19 (11 – 21)	
Εκπαίδευση Παιδιού	Γυμνάσιο	20 (15 – 27,5)	694,5
	Λύκειο	20 (12,5 – 30)	
Επίπεδο προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης ¹	Χαμηλό	29 (23,5 – 32,5)	155,5***
	Υψηλό	14 (9,5 – 18,5)	
Εκπαίδευση μητέρας	Δημοτικό/ Γυμνάσιο/ Λύκειο	19 (15 – 30,5)	617,5
	Ανώτερη Σχολή/ Πανεπιστήμιο	20,5 (14 – 29)	
Εκπαίδευση πατέρα	Δημοτικό/ Γυμνάσιο/ Λύκειο	15,5 (11 – 20)	360,0**
	Ανώτερη Σχολή/ Πανεπιστήμιο	26 (15 – 31)	

*p<,05 **p<,01 ***p<,001 ¹διαχωρίστηκε βάσει διαμέσου ‡τιμή κριτηρίου Mann-Whitney

Η συνολική βαθμολογία θυματοποίησης εαυτού σχετιζόταν με το επίπεδο προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης. Συγκεκριμένα, σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία θυματοποίησης είχαν οι μαθητές με υψηλό επίπεδο προσλαμβανόμενης

κοινωνικής υποστήριξης ($U=155,5$, $p<,001$), όπως αποτυπώνεται και στο γράφημα 5. Επίσης, οι μαθητές των οποίων ο πατέρας ήταν απόφοιτος ανώτερης σχολής/ πανεπιστημίου είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία θυματοποίησης σε σύγκριση με τους μαθητές των οποίων ο πατέρας ήταν απόφοιτος δημοτικού/ γυμνασίου/ λυκείου ($U=360,0$, $p=,007$).

Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 9) δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman της βαθμολογίας θυματοποίησης εαυτού με τις ποσοτικές μεταβλητές της ηλικίας και του αριθμού συννοσηρών διαταραχών των εφήβων.

Πίνακας 9

Συντελεστές συσχέτισης του Spearman της βαθμολογίας θυματοποίησης εαυτού με την ηλικία και τον αριθμό συννοσηρών διαταραχών των εφήβων

	Συνολική Βαθμολογία Θυματοποίησης- PEQ
Ηλικία	0,01
Αριθμός Συννοσηρών Διαταραχών	0,45***

* $p<,05$ ** $p<,01$ *** $p<,001$

Σημαντική θετική συσχέτιση είχε ο αριθμός συννοσηρών διαταραχών με την υποκλίμακα θυματοποίησης εαυτού, $r_{ho}=,45$, $p<,001$.

Η βαθμολογία θυματοποίησης εαυτού ανάλογα με τη συνέχιση θεραπειών τον προηγούμενο χρόνο δίνεται στον πίνακα 10 που ακολουθεί.

Πίνακας 10

Βαθμολογία θυματοποίησης εαυτού ανάλογα με τη συνέχιση των θεραπειών τον προηγούμενο χρόνο

Συνέχιση θεραπειών	Συνολική Βαθμολογία Θυματοποίησης Εαυτού- PEQ	Τιμή χ^2 κριτηρίου Kruskal -Wallis
	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Όχι/ Μερικώς	20 (15 – 29)	7,46*
Πλήρης	24 (14 – 31)	
Δεν χρειάστηκε	14 (9 – 18)	

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Η συνολική βαθμολογία θυματοποίησης εαυτού διέφερε σημαντικά ανάλογα με τη συνέχιση θεραπειών τον προηγούμενο χρόνο, $\chi^2(2)=7,46$, $p=0,024$. Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι η συνολική βαθμολογία θυματοποίησης ήταν σημαντικά χαμηλότερη στους εφήβους που δεν χρειάστηκε να συνεχίσουν τις θεραπείες τους σε σύγκριση με τους εφήβους που συνέχισαν κανονικά τις θεραπείες τους, $p=0,008$.

Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την υποκλίμακα θυματοποίησης εαυτού και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία και τα σχετιζόμενα με την υγεία στοιχεία των μαθητών, των γονιών όπως και την προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και τη βαρύτητα της συμπτωματολογίας ΔΑΦ

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την υποκλίμακα θυματοποίησης εαυτού και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία και τα σχετιζόμενα με την υγεία στοιχεία των μαθητών, των γονιών όπως και

την προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων ΔΑΦ (πίνακας 11).

Πίνακας 11

Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την υποκλίμακα θυματοποίησης εαυτού και ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά στοιχεία και τα στοιχεία σχετικά με την κατάσταση υγείας των εφήβων και των γονέων, την προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και τη βαρύτητα συμπτωματολογίας ΔΑΦ των εφήβων

	β ⁺	SE ⁺⁺	b‡	t
Συνολική Βαθμολογία Βαρύτητας ΔΑΦ-SCQ	0,34	0,15	0,23	2,25*
Προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη	-3,75	0,70	-0,54	-5,39***
Αριθμός Συννοσηρών Διαταραχών	1,87	0,86	0,17	2,17*

Σημείωση. Για το παραπάνω μοντέλο βρέθηκε $F(3,72)=37,63$, $p<.001$, $R^2=.59$

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ‡τυποποιημένος συντελεστής εξάρτησης

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Η βαρύτητα των συμπτωμάτων ΔΑΦ, η προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και ο αριθμός συννοσηρών διαταραχών βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την υποκλίμακα θυματοποίησης εαυτού. Συγκεκριμένα:

- Βαρύτερη συμπτωματολογία ΔΑΦ σχετιζόταν με σημαντικά συχνότερη θυματοποίηση, $\beta=0,34$, $t(72)=2,25$, $p=.028$.
- Υψηλότερη προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη σχετιζόταν με σημαντικά λιγότερο συχνή θυματοποίηση, $\beta=-3,75$, $t(72)=-5,39$, $p<.001$.
- Περισσότερες συννοσηρές διαταραχές στους μαθητές σχετιζόταν με σημαντικά συχνότερη θυματοποίηση, $\beta=1,87$, $t(72)=2,17$, $p=.033$.

- Η προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, συγκριτικά με τη βαρύτητα συμπτωματολογίας ΔΑΦ σχετιζόταν περισσότερο με τη θυματοποίηση, συγκρίνοντας τους τυποποιημένους συντελεστές εξάρτησης.

Διαμεσολαβητικός ρόλος της συνολικής προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση βαρύτητας συμπτωματολογίας Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος και θυματοποίησης

Ακολούθως εξετάστηκε ο διαμεσολαβητικός ρόλος της συνολικής προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ και θυματοποίησης με τη μέθοδο των Baron και Kenny (1986).

Υπήρξε σημαντική σχέση της βαρύτητας των συμπτωμάτων ΔΑΦ με τη συνολική προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, $F(1,74)=59,23$, $p<,001$, $R^2=0,45$, όπως φαίνεται στον πίνακα 12. Βαρύτερη συμπτωματολογία ΔΑΦ σχετιζόταν με σημαντικά λιγότερη προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, $\beta=-0,14$, $t(72)=-7,70$, $p<,001$.

Πίνακας 12

Αποτελέσματα μονοπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και ανεξάρτητη τη βαρύτητα συμπτωματολογίας ΔΑΦ

	β ⁺	SE ⁺⁺	b [‡]	t
Συνολική Βαθμολογία Βαρύτητας ΔΑΦ-SCQ	-0,14	0,02	-0,67	-7,70***

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ‡τυποποιημένος συντελεστής εξάρτησης

* $p<,05$ ** $p<,01$ *** $p<,001$

Επίσης, η συνολική προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη σχετιζόταν σημαντικά με τη θυματοποίηση του εαυτού, $F(1,74)=88,49$, $p<,001$, $R^2=0,55$, όπως φαίνεται στον πίνακα 13. Υψηλότερη προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη σχετιζόταν με σημαντικά λιγότερο συχνή θυματοποίηση, $\beta=-5,17$, $t(72)=-9,41$, $p<,001$.

Πίνακας 13

Αποτελέσματα μονοπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη θυματοποίηση εαυτού και ανεξάρτητη τη συνολική προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη

	β	SE	b	t
Συνολική προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη	-5,17	0,55	-0,74	-9,41***

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ‡τυποποιημένος συντελεστής εξάρτησης
* $p<,05$ ** $p<,01$ *** $p<,001$

Στη συνέχεια έγινε ιεραρχική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη θυματοποίηση εαυτού. Στο πρώτο βήμα εισήχθη η βαρύτητα συμπτωματολογίας ΔΑΦ και στο δεύτερο η συνολική προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη. Τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα 14. Και στα δύο βήματα λήφθηκε υπόψη ο αριθμός συννοσηρών διαταραχών, καθώς βρέθηκε να σχετίζεται με τη θυματοποίηση στην ανωτέρω πολυπαραγοντική ανάλυση (Πίνακας 11). Στο πρώτο βήμα, η βαρύτητα συμπτωματολογίας ΔΑΦ, λαμβάνοντας υπόψη των αριθμό συννοσηρών διαταραχών, αποτελούσε σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για τη θυματοποίηση, $\beta=0,84$, $p<,001$, $R^2=0,44$. Στο δεύτερο βήμα η συνολική προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, λαμβάνοντας υπόψη των αριθμό συννοσηρών διαταραχών, είχε σημαντική επίδραση στη θυματοποίηση, $\beta=-3,75$, $p<,001$ και η βαρύτητα συμπτωματολογίας ΔΑΦ διατήρησε τη σημαντικότητά της, $\beta=0,34$, $p=,028$. Συνολικά, στο 2^ο βήμα, οι ανεξάρτητες μεταβλητές

εξηγούσαν το 59% της μεταβλητότητας της θυματοποίησης, $R^2=,59$. Συνεπώς, υπάρχει μερική διαμεσολάβηση της συνολικής προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ - θυματοποίησης, η οποία βάσει του κριτηρίου του Sobel ήταν σημαντική, $p<,001$ (Γράφημα 6).

Πίνακας 14

Αποτελέσματα ιεραρχικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη θυματοποίηση και ανεξάρτητες τη βαρύτητα συμπτωματολογίας ΔΑΦ και τη συνολική προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη

		$\beta+$	SE++	$b\ddagger$	t	F ($\beta\epsilon 1, \beta\epsilon 2$)	P	R ²
1	Συνολική Βαθμολογία Βαρύτητας ΔΑΦ-SCQ	0,84	0,14	0,57	6,15***	F(2,73)=30,30	<.001	0.44
2	Συνολική Βαθμολογία Βαρύτητας ΔΑΦ- SCQ	0,34	0,15	0,23	2,25*	F(3,72)=37,63	<.001	0.59
	Συνολική προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη	-3,75	0,70	-0,54	-5,39***			

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη τον αριθμό συννοσηρών διαταραχών

++τυπικό σφάλμα ‡τυποποιημένος συντελεστής εξάρτησης * $p<,05$ ** $p<,01$ *** $p<,001$

Συζήτηση

Σκοπό της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η εξέταση του πιθανού διαμεσολαβητικού ρόλου της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση μεταξύ της βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ και της θυματοποίησης εφήβων με Αυτισμό Υψηλής Λειτουργικότητας. Περαιτέρω στόχοι αποτέλεσαν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ όπως και της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης με τη θυματοποίηση έφηβων με ΥΛΑ. Αναδείχτηκε ο διαμεσολαβητικός ρόλος της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση μεταξύ της βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ και της θυματοποίησης των εφήβων με ΥΛΑ. Επίσης, εντοπίστηκε σημαντική σχέση μεταξύ της βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ καθώς και της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης με τη θυματοποίηση.

Όσον αφορά τη σχέση της βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ με τη θυματοποίηση, βρέθηκε ότι η βαρύτερη συμπτωματολογία ΔΑΦ σχετίζεται με τη συχνότερη βίωση εκφοβιστικών συμπεριφορών, το οποίο επιβεβαιώνει την πρώτη ερευνητική υπόθεση. Η βαρύτερη συμπτωματολογία ΔΑΦ εντείνει τη θυματοποίηση των νεαρών ατόμων με ΔΑΦ όπως και με ΥΛΑ πιο συγκεκριμένα, όπως υποστηρίζεται από ορισμένες μελέτες και από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης (Cappadocia et al., 2012; Chou et al., 2019; Zablotzky et al., 2014). Σε συγχρονική έρευνα που πραγματοποίησε ο Zablotzky και οι συνεργάτες του (2014), στην οποία συμμετείχαν 1221 γονείς παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ, φάνηκε ότι παιδιά και έφηβοι με ΔΑΦ, ανεξαρτήτως ηλικίας, με βαρύτερη συμπτωματολογία αυτιστικών συμπτωμάτων είχαν αυξημένο κίνδυνο να αποτελέσουν θύματα όπως και θύματα-θύτες εκφοβιστικών συμπεριφορών. Αντίστοιχα,

στη μελέτη του Chou και των συνεργατών του (2019), με δείγμα 219 εφήβων με ΥΛΑ ηλικίας 11-18 ετών και των γονέων αυτών, διαπιστώθηκε ότι τα σοβαρότερα επικοινωνιακά και κοινωνικά ελλείμματα των εφήβων με ΥΛΑ σχετιζόταν με την μεγαλύτερη πιθανότητα να καταστούν θύματα καθώς και θύματα-θύτες εκφοβισμού.

Το συγκεκριμένο ερευνητικό εύρημα ωστόσο έρχεται σε αντίθεση με άλλες έρευνες που υποστηρίζουν ότι η ηπιότερη συμπτωματολογία ΔΑΦ σχετίζεται με τη μειωμένη πιθανότητα θυματοποίησης (Rowley et al., 2012; Sterzing et al., 2012). Η Rowley και οι συνεργάτες της (2012) κατέδειξαν ότι παιδιά με ΔΑΦ, ηλικίας 10-12 ετών, με ηπιότερες επικοινωνιακές και κοινωνικές δυσκολίες αποτελούσαν συχνότερα στόχους εκφοβισμού σε μη ειδικές σχολικές δομές συγκριτικά με παιδιά με ΔΑΦ με σοβαρότερες κοινωνικές και επικοινωνιακές δυσκολίες, σύμφωνα με τις αναφορές των δασκάλων των παιδιών. Το εύρημα αυτό σύμφωνα με τους ερευνητές μπορεί να εξηγηθεί λόγω της πιθανά συχνότερης κοινωνικής συνδιαλλαγής των παιδιών με ΔΑΦ που παρουσιάζουν ηπιότερα επικοινωνιακά και κοινωνικά ελλείμματα με τους συνομηλίκους τους, γεγονός το οποίο εντείνει την πιθανότητα θυματοποίησής τους. Εναλλακτικά, παιδιά με ΔΑΦ με ηπιότερα επικοινωνιακά και κοινωνικά ελλείμματα είναι πιθανό να αντιλαμβάνονται καλύτερα τον εκφοβισμό, ιδιαίτερα τις πιο έμμεσες μορφές αυτού και ως εκ τούτου να αναφέρουν συχνότερα περιστατικά εκφοβισμού συγκριτικά με παιδιά με βαρύτερες επικοινωνιακές και κοινωνικές δυσκολίες (Rowley et al., 2012). Ο τύπος της εκπαιδευτικής δομής (ειδική, μη ειδική) σύμφωνα με τους ερευνητές είχε ιδιαίτερη σημασία καθώς η αρνητική σχέση μεταξύ βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ και θυματοποίησης εντοπίστηκε μόνο σε μαθητές που φοιτούσαν σε μη ειδικές σχολικές

δομές. Ωστόσο στην παρούσα μελέτη αναδείχθηκε η θετική σχέση μεταξύ βαρύτητας συμπτωμάτων της ΔΑΦ και της θυματοποίησης σε μη ειδικές σχολικές δομές.

Αναφορικά με τη σχέση της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης των εφήβων με ΥΛΑ και της θυματοποίησης αυτών, φάνηκε ότι η μεγαλύτερη προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη των εφήβων με ΥΛΑ σχετιζόταν με τη μειωμένη θυματοποίηση τους, εύρημα το οποίο επιβεβαιώνει τη δεύτερη ερευνητική υπόθεση. Το συγκεκριμένο εύρημα επιβεβαιώνεται από αρκετές έρευνες, οι οποίες υποστηρίζουν ότι όσο περισσότερη υποστήριξη λαμβάνουν οι έφηβοι με ΔΑΦ από τους γονείς και τους συμμαθητές τους τόσο λιγότερο συχνά αποτελούν θύματα εκφοβιστικών συμπεριφορών (Humphrey & Symes, 2010a; Symes & Humphrey, 2010; Wright, 2017a) . Η παρούσα μελέτη ωστόσο εξέτασε τη συνολική υποστήριξη που λαμβάνουν έφηβοι με ΥΛΑ, συμπεριλαμβανομένης της υποστήριξης που λαμβάνουν από τους φίλους τους, την οικογένειά τους καθώς και άλλα σημαντικά πρόσωπα στη ζωή τους, όπως παραδείγματος χάριν θα μπορούσαν να αποτελούν οι θεραπευτές τους (Mössler et al., 2019), αναδεικνύοντας έτσι την σημασία της υποστήριξης που πιθανά δέχονται οι έφηβοι με ΥΛΑ και από άλλες πηγές, πέραν της οικογένειας και των συνομηλίκων τους.

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ της βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ των εφήβων με ΥΛΑ και της υποστήριξης που λαμβάνουν, φάνηκε ότι η βαρύτερη συμπτωματολογία ΔΑΦ των εφήβων με ΥΛΑ σχετιζόταν με τη χαμηλότερη προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη τους, αποτέλεσμα το οποίο συνάδει με την τρίτη ερευνητική υπόθεση. Το αποτέλεσμα αυτό είναι ανάλογο με το εύρημα της μελέτης του Hedley και των συνεργατών του (2017), οι οποίοι εξετάζοντας ένα δείγμα 76 εφήβων και ενηλίκων ατόμων ηλικίας 17- 56 ετών, κατέληξαν ότι η συμπτωματολογία ΔΑΦ των

ατόμων σχετιζόταν αρνητικά με την προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και συγκεκριμένα με τη διάσταση αυτής που αφορούσε την αντιλαμβανόμενη προθυμία του κοινωνικού περιγύρου για συναναστροφή με τα άτομα με ΔΑΦ.

Από την ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας δεν προέκυψε κάποια έρευνα, η οποία να εξετάζει τη σχέση μεταξύ της βαρύτητας των συμπτωμάτων της ΔΑΦ και της κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν έφηβοι με ΔΑΦ. Η απουσία σχετικών ερευνών πιθανώς σχετίζεται με την εστίαση των ερευνητών στην υποστήριξη που λαμβάνει η οικογένεια των ατόμων με ΔΑΦ και την σημαντική επίδραση αυτής στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή τους, συγκριτικά με την υποστήριξη που λαμβάνουν τα ίδια τα άτομα με ΔΑΦ (Humphrey & Symes, 2010a; Lovell & Wetherell, 2016; Marsack & Samuel, 2017). Έρευνες ωστόσο που έχουν διεξαχθεί σε παιδικό πληθυσμό με ΔΑΦ έχουν αναδείξει την αρνητική σχέση μεταξύ της βαρύτητας της συμπτωματολογίας της ΔΑΦ και της κοινωνικής λειτουργικότητας των παιδιών, η οποία περιλαμβάνει διάφορες κοινωνικές διαστάσεις, συμπεριλαμβανομένης της διάστασης της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης (de Vries & Geurts, 2015; Kuhlthau et al., 2010).

Τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΑΦ γίνονται συνήθως αντιληπτά από τους συνομηλίκους τους ως διαφορετικά και απορρίπτονται από το κοινωνικό τους περίγυρο, λόγω των ελλειμμάτων που συνθέτουν την κλινική τους εικόνα, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών, επικοινωνιακών και συμπεριφορικών τους δυσκολιών. Ως απότοκο της κοινωνικής απόρριψής τους, παιδιά και οι έφηβοι με ΔΑΦ αντιμετωπίζουν δυσκολία στη σύναψη ουσιαστικών σχέσεων που θα μπορούσαν δυνητικά να τους παρέχουν υποστήριξη (Humphrey & Symes, 2010a, 2010b; Petrina et al., 2014; Schroeder et al., 2014; Symes & Humphrey, 2010; Zweers et al., 2017). Παράλληλα λόγω των

κοινωνικών τους ελλειμμάτων, αντιμετωπίζουν δυσκολία στη σύναψη ουσιαστικών σχέσεων με το εκπαιδευτικό προσωπικό (δασκάλους), με τις σχέσεις τους με αυτούς να κρίνονται ως περισσότερο συγκρουσιακές και λιγότερο στενές, συγκριτικά με τις αντίστοιχες των συνομηλίκων τους τυπικής ανάπτυξης ή με κάποια άλλη νευροαναπτυξιακή διαταραχή (όπως νοητική υστέρηση) (Blacher et al., 2014; Emam & Farrell, 2009; Zee et al., 2020). Τέλος, δεδομένου ότι η συνοχή της οικογένειας των νεαρών ατόμων με ΔΑΦ κρίνεται ως χαμηλή, σύμφωνα με υπάρχουσες έρευνες, είναι πιθανό να μην λαμβάνουν επίσης την υποστήριξη που έχουν ανάγκη από το οικογενειακό τους περιβάλλον (Higgins et al., 2005; Merkaš & Brajša-Žganec, 2011; Walton, 2019).

Αναφορικά με το διαμεσολαβητικό ρόλο της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση μεταξύ της βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ των εφήβων με ΥΛΑ και της θυματοποίησης τους, φάνηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη, όπως γινόταν αντιληπτή από τους ίδιους τους εφήβους, μεσολαβούσε στη σχέση αυτή, επιβεβαιώνοντας έτσι την τέταρτη ερευνητική υπόθεση. Πιο συγκεκριμένα, η βαρύτερη συμπτωματολογία της ΔΑΦ σχετιζόταν με τη μειωμένη προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη των εφήβων με ΥΛΑ, η οποία με τη σειρά της σχετιζόταν με τη συχνότερη θυματοποίηση τους. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων ΔΑΦ ωστόσο εξακολουθούσε να αποτελεί ένα σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα, με τους εφήβους με βαρύτερα συμπτώματα ΔΑΦ να παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα θυματοποίησης.

Η επιβεβαίωση της διαμεσολάβησης της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση μεταξύ της βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ και της θυματοποίησης των εφήβων με ΥΛΑ, αναδεικνύει το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, ως προστατευτικό παράγοντα για τη βίωση

εκφοβιστικών συμπεριφορών. Από την άλλη, αναδεικνύεται ο επιβαρυντικός ρόλος της βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ, καθώς αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για τη βίωση εκφοβισμού, παρά την επίδραση της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης. Φαίνεται ότι η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού δικτύου εν μέρει αμβλύνει την επίδραση της συμπτωματολογίας ΔΑΦ στη θυματοποίηση των εφήβων με ΥΛΑ. Παρόλα αυτά, τα συμπτώματα ΔΑΦ των εφήβων με ΥΛΑ, συμπεριλαμβανομένων των επικοινωνιακών, κοινωνικών και συμπεριφορικών τους δυσκολιών, εξακολουθούν να εντείνουν την πιθανότητα της θυματοποίησής τους. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, δεν προέκυψε κάποια έρευνα που να εξετάζει το διαμεσολαβητικό ρόλο της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση μεταξύ της βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ και της θυματοποίησης εφήβων με ΔΑΦ. Ωστόσο μία σειρά ερευνών υποστηρίζει τη θετική σχέση της βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ με τη θυματοποίηση των εφήβων (Cappadocia et al., 2012; Liu et al., 2022; Zablotsky et al., 2014). Έρευνες επίσης έχουν καταδείξει την αρνητική σχέση μεταξύ βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ και προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης (de Vries & Geurts, 2015; Hedley et al., 2017). Έρευνες τέλος έχουν δείξει την αρνητική σχέση μεταξύ της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και της θυματοποίησης (Humphrey & Symes, 2010a; Wright, 2017a). Η ύπαρξη αυτών των τριών σχέσεων (1.σημαντική σχέση μεταξύ ανεξάρτητης μεταβλητής και εξαρτημένης, 2.σημαντική σχέση ανεξάρτητης μεταβλητής με το διαμεσολαβητικό παράγοντα και 3.σημαντική σχέση του διαμεσολαβητικού παράγοντα με την εξαρτημένη μεταβλητή) αποτέλεσε το έναυσμα για την εξέταση του διαμεσολαβητικού ρόλου της προσλαμβανόμενης

κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ και της θυματοποίησης, που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Όσον αφορά τη σχέση κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών και σχετιζόμενων με την υγεία και θεραπεία των εφήβων και των γονέων τους, τα ερευνητικά ευρήματα της παρούσας μελέτης επαλήθευσαν εν μέρει τις ερευνητικές υποθέσεις που έγιναν. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι ο αριθμός των συννοσηρών διαταραχών των εφήβων με ΥΛΑ σχετιζόταν θετικά με την συχνότερη θυματοποίησή τους. Όπως προκύπτει από την υπάρχουσα βιβλιογραφία, η συννοσηρότητα των παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ καθιστά αυτά περισσότερο ευάλωτα στη βίωση κάποιας εκφοβιστικής συμπεριφοράς (Forrest et al., 2020; Zablotsky et al., 2013, 2014). Πιο συγκεκριμένα, το εύρημα αυτό βρίσκεται σε αντιστοιχία με την έρευνα του Zablotsky και των συνεργατών του (2014) οι οποίοι κατέληξαν ότι παιδιά και έφηβοι με ΔΑΦ, ανεξαρτήτως ηλικίας, με περισσότερες συννοσηρές διαταραχές, και συγκεκριμένα με δύο ή περισσότερες διαταραχές, βίωναν συχνότερα εκφοβισμό συγκριτικά με αυτά που είχαν διαγνωστεί χωρίς κάποια συννοσηρή διαταραχή. Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές παιδιά και έφηβοι με ΔΑΦ με μία, δύο ή περισσότερες συννοσηρές διαταραχές αποτελούσαν συχνότερα θύματα εκφοβιστικών ενεργειών ενώ ταυτόχρονα προέβαιναν συχνότερα και σε αυτές (θύματα – θύτες) σε σχέση με αυτά χωρίς κάποια συννοσηρή διαταραχή (Zablotsky et al., 2014). Η σημαντική σχέση μεταξύ της συννοσηρότητας και της θυματοποίησης παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ αναδεικνύεται και από τη μελέτη της Forrest και των συνεργατών της (2020) οι οποίοι συμπέραναν ότι παιδιά και έφηβοι με ΔΑΦ που δεν είχαν θυματοποιηθεί ποτέ είχαν 59% μικρότερη πιθανότητα να έχουν διαγνωστεί με μία συννοσηρή διαταραχή συγκριτικά με παιδιά και εφήβους που θυματοποιούνταν συχνά.

Αναφορικά με τη σχέση μεταξύ της παρακολούθησης των θεραπευτικών προγραμμάτων των εφήβων με ΥΛΑ τον προηγούμενη χρονιά και της θυματοποίησης τους, βρέθηκε ότι έφηβοι με ΥΛΑ, οι οποίοι τον προηγούμενο χρόνο είχαν παρακολουθήσει τα θεραπευτικά προγράμματα τους με συνέπεια συγκριτικά με τους εφήβους με ΥΛΑ, που δεν είχε χρειαστεί να λάβουν κάποια θεραπεία αποτελούσαν συχνότερα στόχους εκφοβιστικών συμπεριφορών. Αντιθέτως, έφηβοι με ΥΛΑ που λάμβαναν εν μέρει ή και καθόλου τις θεραπείες τους δεν θυματοποιούνταν συχνότερα συγκριτικά με τους εφήβους που δεν χρειαζόντουσαν κάποια θεραπεία ή λάμβαναν όλες τις θεραπείες που είχαν ανάγκη.

Λαμβάνοντας υπόψη τη στατιστικά σημαντική θετική σχέση μεταξύ της βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ και της θυματοποίησης των εφήβων με ΥΛΑ, όπως και τη στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του αριθμού των συννοσηρών διαταραχών και της θυματοποίησης τους, που αναδείχτηκαν στην παρούσα μελέτη, μπορεί να υποθεθεί ότι οι έφηβοι εκείνοι που παρακολουθούσαν συνεπώς το θεραπευτικό τους πρόγραμμα πιθανά να παρουσίαζαν βαρύτερη συμπτωματολογία ΔΑΦ και μεγαλύτερο αριθμό συννοσηρών διαταραχών με αποτέλεσμα να βιώνουν συχνότερη θυματοποίηση. Γενικότερα η συμμόρφωση των γονέων με τη θεραπεία των τέκνων τους με ΔΑΦ έχει συσχετιστεί σε ένα αριθμό ερευνών με τη διάγνωση των τέκνων τους (Ασπεργκερ-ΥΛΑ ή ΔΑΦ), με το βαθμό έκπτωσης της λειτουργικότητάς τους όπως και με την ύπαρξη συννοσηρών διαταραχών (Carr et al., 2016; Logan et al., 2014; Moore & Symons, 2009).

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε μη στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ύπαρξης παράλληλης στήριξης και της θυματοποίησης των εφήβων με ΥΛΑ.

Οι έφηβοι δηλαδή, με και χωρίς παράλληλη στήριξη θυματοποιούνταν με την ίδια συχνότητα, ένα εύρημα το οποίο έρχεται σε αντίθεση με την ερευνητική υπόθεση που έγινε. Το αποτέλεσμα αυτό πιθανώς σχετίζεται με τον τρόπο λειτουργίας της παράλληλης στήριξης στη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση στην Ελλάδα. Βάσει των καθηκόντων και των υποχρεώσεων των επαγγελματιών που αναλαμβάνουν το έργο της παράλληλης στήριξης, είναι πιθανό να έχουν υπό την επίβλεψή τους περισσότερων του ενός μαθητών, εφόσον προκύψει ανάγκη σύμφωνα με τους διευθυντές των σχολικών δομών (Ν. 4823/2021, Υ.Α. 48275/Δ3/2019). Επίσης, δύναται να υποστηρίζουν τους μαθητές για μειωμένες διδακτικές ώρες και όχι για το σύνολο των διδακτικών ωρών, εφόσον αυτό οριστεί βάσει των εκπαιδευτικών αναγκών τους από τις αρμόδιες αρχές των ΚΕΔΑΣΥ (Περιφερειακό Κέντρο Εκπαιδευτικού Σχεδιασμού Κρήτης, 2021). Ως πιθανή συνέπεια της περιορισμένης χρονικά ή κατακερματισμένης επίβλεψης των μαθητών δύναται να αποτελεί η θυματοποίηση των μαθητών αυτών που λαμβάνουν παράλληλη στήριξη. Συνεπώς, η ύπαρξη παράλληλης στήριξης μπορεί να μην επηρεάζει τη συχνότητα βίωσης εκφοβιστικών συμπεριφορών, καθώς όπως και στην περίπτωση απουσίας αυτής, δύναται να μην υπάρχει επαρκής επίβλεψη από το εκπαιδευτικό προσωπικό που θα μπορούσε να λειτουργήσει ως ένα σημαντικός αποτρεπτικός παράγοντας για τη θυματοποίηση των εφήβων (Hebron & Humphrey, 2014; Zidi et al., 2021). Προς αυτήν την κατεύθυνση συνηγορεί και το εύρημα των Hebron και Humphrey (2014), οι οποίοι κατέληξαν ότι παιδιά και έφηβοι με ΔΑΦ οι οποίοι λάμβαναν πιο περιορισμένη υποστήριξη από την ομάδα εκπαιδευτικών και θεραπειών (School Action Plus), είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να βιώσουν εκφοβισμό συγκριτικά με τα παιδιά και εφήβους που λάμβαναν περισσότερη

υποστήριξη, εξατομικευμένη με βάση τις ανάγκες τους (Statement of Special Educational Needs), πιθανά λόγω της χαμηλότερης υποστήριξης και επίβλεψης από το προσωπικό.

Δεν εντοπίστηκε ακόμα στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας των εφήβων με ΥΛΑ και της θυματοποίησής τους, αποτέλεσμα το οποίο αποκλίνει από την ερευνητική υπόθεση που έγινε όπως και από τα ευρήματα μίας σειράς ερευνών που υποστηρίζουν ότι νεαρά άτομα με ΔΑΦ βιώνουν συχνότερα εκφοβισμό κατά την πρώιμη εφηβεία σε σχέση με τη μέση και ύστερη εφηβεία (Matthias et al., 2021; Zablotsky et al., 2013). Το αποτέλεσμα αυτό ωστόσο έρχεται σε συμφωνία με τα ευρήματα άλλων ερευνών, οι οποίες εξετάζοντας την επίδραση της ηλικίας στη θυματοποίηση ατόμων με ΔΑΦ κατά την εφηβική ηλικία, καταλήγουν ότι δεν υπάρχει σημαντική ηλικιακή διαφορά μεταξύ των εφήβων που είχαν αποτελέσει στόχους εκφοβισμού και αυτών που δεν είχαν (Fink et al., 2018; Liu et al., 2022; Sterzing et al., 2012).

Επίσης, δεν επιβεβαιώθηκε η σχέση μεταξύ της ύπαρξης ψυχικής διαταραχής στους γονείς και της θυματοποίησης των εφήβων τέκνων τους με ΥΛΑ. Το εύρημα αυτό δεν συνάδει με την ερευνητική υπόθεση που τέθηκε όπως και με την έρευνα της Cappadocia και των συνεργατών της (2012) οι οποίοι έδειξαν ότι παιδιά και έφηβοι με ΔΑΦ που είχαν γίνει στόχοι εκφοβιστικών ενεργειών είχαν 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν κάποιο γονέα με βαρύτερα προβλήματα ψυχικής υγείας, συγκριτικά με παιδιά και εφήβους που δεν είχαν αποτελέσει στόχους.

Η μη εύρεση στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ των προβλημάτων ψυχικής υγείας και της θυματοποίησης των τέκνων τους πιθανά να οφείλεται στον τρόπο εξέτασης των προβλημάτων στην παρούσα έρευνα, καθώς αυτή πραγματοποιήθηκε με

μία ερώτηση προς τους γονείς για την ύπαρξη κάποιας διαταραχής, και όχι με την χορήγηση κάποιας κλίμακας για την εξέταση της συμπτωματολογίας τους, κλινικής και υποκλινικής, όπως έγινε στην έρευνα της Cappadocia και των συνεργατών της (2012). Εναλλακτικά είναι πιθανό να μην εντοπίστηκε η σχέση αυτή λόγω της μειωμένης αναφοράς των γονέων των διαγνωσμένων διαταραχών τους, λόγω του στίγματος που συνοδεύει αυτή (Bharadwaj et al., 2017), το οποίο δύναται να εξηγεί και το μικρό ποσοστό των συμμετεχόντων γονέων που ανέφερε κάποια διαγνωσμένη διαταραχή (6,7%) συγκριτικά με τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών των γονέων νεαρών ατόμων με ΔΑΦ (Schnabel et al., 2020).

Ένα εύρημα τέλος που δεν αναμενόταν, βάσει της εξέτασης των προγενέστερων ερευνών, ήταν η διαφορά στη συχνότητα θυματοποίησης των εφήβων με ΥΛΑ ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα τους. Πιο συγκεκριμένα έφηβοι, με πατέρα απόφοιτο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης θυματοποιούνταν συχνότερα συγκριτικά με εφήβους, με πατέρα απόφοιτο πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψε μία μόνο έρευνα, του Chou και των συνεργατών του (2019), η όποια εντόπισε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου της μητέρας (και όχι του πατέρα) και της θυματοποίησης των εφήβων με ΥΛΑ, με το ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο να σχετίζεται με τη μειωμένη θυματοποίησή τους. Στην πλειοψηφία ωστόσο των ερευνών δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου των γονέων και της θυματοποίησης των τέκνων τους με ΔΑΦ (Forrest et al., 2020; Liu et al., 2022; Matthias et al., 2021). Ως εκ τούτου κρίνεται αναγκαία η διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών για τη

διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου των γονέων και της θυματοποίησης των τέκνων τους, όπως και της φοράς της σχέσης αυτής.

Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα συνεισφέρει στην υπάρχουσα βιβλιογραφία για τη θυματοποίηση εφήβων με ΥΛΑ καθώς ανέδειξε το διαμεσολαβητικό ρόλο της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση μεταξύ της βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ και της θυματοποίησης αυτών. Υπογραμμίζεται έτσι ο σημαντικός ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει η κοινωνική υποστήριξη ως προστατευτικός παράγοντας για τη βίωση εκφοβισμού, επιδρώντας εν μέρει στη επίδραση που ασκεί η βαρύτητα των συμπτωμάτων ΔΑΦ. Εξετάστηκε και επιβεβαιώθηκε επίσης η σχέση μίας σειράς μεταβλητών, που προέκυψαν κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, με τη θυματοποίηση των εφήβων με ΥΛΑ σε ένα ελληνικό δείγμα, σχέσεις που μάλιστα είχαν εξεταστεί σε δείγματα νεαρών ατόμων με ΔΑΦ κυρίως και όχι με ΥΛΑ.

Τα ερευνητικά ευρήματα που προέκυψαν δύνανται να αξιοποιηθούν για τη διαμόρφωση προγραμμάτων πρόληψης και παρέμβασης προκειμένου να εξαλειφθεί το φαινόμενο του εκφοβισμού. Σε ατομικό επίπεδο τα προγράμματα αυτά μπορούν να εστιάσουν στην ενίσχυση των δεξιοτήτων των εφήβων με ΥΛΑ, στον επικοινωνιακό, κοινωνικό και συμπεριφορικό τομέα. Παράλληλα είναι σημαντικό αυτά να εστιάζουν στην ενίσχυση των σχέσεων των εφήβων με ΥΛΑ με τον κοινωνικό τους περίγυρο, όπως με τους γονείς, τους φίλους και άλλα σημαντικά πρόσωπα στη ζωή τους, καθώς αυτές μπορούν να αποτελέσουν σημαντικές πηγές υποστήριξης.

Περιορισμοί

Βασικό περιορισμό της παρούσας έρευνας συνιστά ο συγχρονικός της σχεδιασμός, ο οποίος δεν επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων ως προς την αιτιότητα των σχέσεων μεταξύ των υπό εξέταση μεταβλητών. Λόγω του συγχρονικού χαρακτήρα της μελέτης επίσης παρέχεται ένδειξη και όχι ένα ασφαλές συμπέρασμα για τη διαμεσολάβηση της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση μεταξύ της βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ και της θυματοποίησης, λόγω της μη δυνατότητας εξακρίβωσης της χρονικής αλληλουχίας των μεταβλητών. Ακόμα, περιορισμό της έρευνας αυτής αποτελεί το μικρό της δείγμα, από συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές της Ελλάδας, καθώς δεν καθίσταται δυνατή η γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων στον εφηβικό πληθυσμό με ΥΛΑ της Ελλάδας ευρύτερα. Η διαδικτυακή χορήγηση των ερωτηματολογίων, για την ανεύρεση του μεγαλύτερου δυνατού δείγματος, επέτρεψε την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων μόνο από τους εφήβους και τους γονείς αυτών που ήταν εξοικειωμένοι με την χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή και είχαν πρόσβαση στο διαδίκτυο. Τέλος, περιορισμό της παρούσας έρευνας αποτελεί η χρήση μη σταθμισμένων εργαλείων στον εφηβικό πληθυσμό με ΥΛΑ, για την εξέταση της προσλαμβανόμενης κοινωνικής τους υποστήριξης και της θυματοποίησής τους.

Προτάσεις

Θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο να πραγματοποιηθούν περαιτέρω έρευνες, ιδιαίτερα προοπτικές, με μεγαλύτερα, αντιπροσωπευτικά δείγματα, για τη διερεύνηση και επιβεβαίωση των εξεταζόμενων μεταβλητών της παρούσας έρευνας (όπως της βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ και της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης),

καθώς και άλλων μεταβλητών που προέκυψαν από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, ως αιτιολογικών παραγόντων για τη θυματοποίηση εφήβων με ΥΛΑ. Η διεξαγωγή επίσης προοπτικών ερευνών κρίνεται αναγκαία και για την εξέταση και επαλήθευση του διαμεσολαβητικού ρόλου της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση μεταξύ της βαρύτητας της συμπτωματολογίας ΔΑΦ και της θυματοποίησης, μίας σχέσης που δεν είχε εντοπιστεί σε προγενέστερες έρευνες. Σημαντική θεωρείται επίσης η διεξαγωγή ερευνών για τη μελέτη του φαινομένου του εκφοβισμού, όπως και των παραγόντων που είναι πιθανό να εντείνουν ή να αμβλύνουν αντίστοιχα την εκδήλωση του, με τη χρήση σταθμισμένων εργαλείων σε ελληνικό εφηβικό πληθυσμό με ΥΛΑ.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Adams, R. E., Fredstrom, B. K., Duncan, A. W., Holleb, L. J., & Bishop, S. L. (2014). Using Self- and Parent-Reports to Test the Association Between Peer Victimization and Internalizing Symptoms in Verbally Fluent Adolescents with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(4), 861–872. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1938-0>
- Alizadeh Maralani, F., Mirnasab, M., & Hashemi, T. (2019). The Predictive Role of Maternal Parenting and Stress on Pupils' Bullying involvement. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(17), 3691–3710. <https://doi.org/10.1177/0886260516672053>
- Álvarez-García, D., García, T., & Núñez, J. C. (2015). Predictors of school bullying perpetration in adolescence: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 23, 126–136. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.05.007>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

- Andreou, A. (2016). Associations and predictors of assertiveness and non-assertiveness in children and adolescents: The role of child characteristics and parenting practices. *Gnosis.Library.Ucy.Ac.Cy*, 246.
- Asperger, H. (1944). Die “Autistischen psychopathen” im Kindesalter. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 117(1), 76–136.
- Atik, G., & Güneri, O. Y. (2013). Bullying and victimization: Predictive role of individual, parental, and academic factors. *School Psychology International*, 34(6), 658–673.
<https://doi.org/10.1177/0143034313479699>
- Azevedo Da Silva, M., Gonzalez, J. C., Person, G. L., & Martins, S. S. (2020). Bidirectional Association Between Bullying Perpetration and Internalizing Problems Among Youth. *Journal of Adolescent Health*, 66(3), 315–322.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.09.022>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.51.6.1173>
- Barrera, M. (1986). Distinctions Between Social Support Concepts, Measures, and Models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413–445.
<https://doi.org/10.1007/BF00922627>
- Bauer, N. S., Herrenkohl, T. I., Lozano, P., Rivara, F. P., Hill, K. G., & Hawkins, J. D. (2006). Childhood Bullying Involvement and Exposure to Intimate Partner Violence. *Pediatrics*, 118(2), e235–e242. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2509>

- Bauminger, N., Shulman, C., & Agam, G. (2003). Peer Interaction and Loneliness in High-Functioning Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(5), 489–507. <https://doi.org/10.1023/A:1025827427901>
- Benedict, F. T., Vivier, P. M., & Gjelsvik, A. (2015). Mental health and bullying in the United States among children aged 6 to 17 years. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(5), 782–795. <https://doi.org/10.1177/0886260514536279>
- Bettencourt, A., Farrell, A., Liu, W., & Sullivan, T. (2013). Stability and change in patterns of peer victimization and aggression during adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 42(4), 429–441. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.738455>
- Bhandari, R., Paliwal, J. K., & Kuhad, A. (2020). Neuropsychopathology of Autism Spectrum Disorder: Complex Interplay of Genetic, Epigenetic, and Environmental Factors. In M. M. Essa & M. W. Qoronfleh (Eds.), *Personalized Food Intervention and Therapy for Autism Spectrum Disorder Management* (pp. 97–141). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-30402-7_4
- Bharadwaj, P., Pai, M. M., & Suziedelyte, A. (2017). Mental health stigma. *Economics Letters*, 159, 57–60. <https://doi.org/10.1016/j.econlet.2017.06.028>
- Biswas, T., Scott, J. G., Munir, K., Thomas, H. J., Huda, M. M., Hasan, Md. M., David de Vries, T., Baxter, J., & Mamun, A. A. (2020). Global variation in the prevalence of bullying victimisation amongst adolescents: Role of peer and parental supports. *EClinicalMedicine*, 20, 100276. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100276>

- Blacher, J., Howell, E., Lauderdale-Littin, S., DiGennaro Reed, F. D., & Laugeson, E. A. (2014). Autism spectrum disorder and the student teacher relationship: A comparison study with peers with intellectual disability and typical development. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(3), 324–333. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.12.008>
- Blacher, J., Howell, E., Lauderdale-Littin, S., DiGennaro Reed, F. D., & Laugeson, E. A. (2014). Autism spectrum disorder and the student teacher relationship: A comparison study with peers with intellectual disability and typical development. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(3), 324–333. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.12.008>
- Bleuler, E. (1912). *The theory of schizophrenic negativism* (W.A. White, Trans.). Journal of Nervous and Mental Disease.
- Bowes, L., Arseneault, L., Maughan, B., Taylor, A., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2009). School, Neighborhood, and Family Factors Are Associated With Children’s Bullying Involvement: A Nationally Representative Longitudinal Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5), 545–553. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819cb017>
- Brock, S., Nickerson, A., O’Malley, M., & Chang, Y. (2006). Understanding Children Victimized by Their Peers. *Journal of School Violence*, 5, 3–18. https://doi.org/10.1300/J202v05n03_02
- Buelga, S., Martínez–Ferrer, B., & Cava, M. (2017). Differences in family climate and family communication among cyberbullies, cybervictims, and cyber bully–victims in adolescents. *Computers in Human Behavior*, 76, 164–173. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.07.017>

- Burgess, S., & Turkstra, L. S. (2010). Quality of communication life in adolescents with high-functioning autism and Asperger syndrome: A feasibility study. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 41*(4), 474–487. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2010/09-0007\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2010/09-0007))
- Campbell, J. M., & Barger, B. D. (2011). Middle School Students' Knowledge of Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 41*(6), 732–740. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1092-x>
- Campbell, J. M., Ferguson, J. E., Herzinger, C. V., Jackson, J. N., & Marino, C. A. (2004). Combined descriptive and explanatory information improves peers' perceptions of autism. *Research in Developmental Disabilities, 25*(4), 321–339. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2004.01.005>
- Cappadocia, M. C., Weiss, J. A., & Pepler, D. (2012). Bullying experiences among children and youth with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42*(2), 266–277. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1241-x>
- Carr, T., Shih, W., Lawton, K., Lord, C., King, B., & Kasari, C. (2016). The relationship between treatment attendance, adherence, and outcome in a caregiver-mediated intervention for low-resourced families of young children with autism spectrum disorder. *Autism, 20*(6), 643–652. <https://doi.org/10.1177/1362361315598634>
- Catone, G., Marotta, R., Pisano, S., Lennox, B., Carotenuto, M., Gritti, A., Pascotto, A., & Broome, M. R. (2017). Psychotic-like experiences in help-seeking adolescents: Dimensional exploration and association with different forms of bullying victimization – A developmental social psychiatry perspective. *International Journal of Social Psychiatry, 63*(8), 752–762. <https://doi.org/10.1177/0020764017733765>

- Chamberlain, B., Kasari, C., & Rotheram-Fuller, E. (2007). Involvement or isolation? The social networks of children with autism in regular classrooms. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *37*(2), 230–242. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0164-4>
- Charalampous, K., Demetriou, C., Tricha, L., Ioannou, M., Georgiou, S., Nikiforou, M., & Stavrinides, P. (2018). The effect of parental style on bullying and cyber bullying behaviors and the mediating role of peer attachment relationships: A longitudinal study. *Journal of Adolescence*, *64*, 109–123. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.02.003>
- Charania, S. N., Danielson, M. L., Claussen, A. H., Lebrun-Harris, L. A., Kaminski, J. W., & Bitsko, R. H. (2022). Bullying Victimization and Perpetration Among US Children with and Without Tourette Syndrome. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *43*(1), 23–31. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000975>
- Cho, S., Glassner, S., & Lee, J. M. (2019). Impact of low self-control, parental involvement, and peer relationships on changes of bullying perpetration over time: A latent growth curve model of a sample of South Korean adolescents. *Children and Youth Services Review*, *104*, 104397. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104397>
- Choi, B., & Park, S. (2021). Bullying Perpetration, Victimization, and Low Self-esteem: Examining Their Relationship Over Time. *Journal of Youth and Adolescence*, *50*(4), 739–752. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01379-8>
- Chou, W.-J., Hsiao, R. C., Ni, H.-C., Liang, S. H.-Y., Lin, C.-F., Chan, H.-L., Hsieh, Y.-H., Wang, L.-J., Lee, M.-J., Hu, H.-F., & Yen, C.-F. (2019). Self-Reported and Parent-Reported School Bullying in Adolescents with High Functioning Autism Spectrum Disorder: The Roles of Autistic Social Impairment, Attention-Deficit/Hyperactivity and

- Oppositional Defiant Disorder Symptoms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), E1117. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071117>
- Chu, P. S., Saucier, D. A., & Hafner, E. (2010). Meta-Analysis of the Relationships Between Social Support and Well-Being in Children and Adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(6), 624–645. <https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.6.624>
- Chudal, R., Tiiri, E., Brunstein Klomek, A., Ong, S. H., Fossum, S., Kaneko, H., Kolaitis, G., Lesinskiene, S., Li, L., Huong, M. N., Praharaj, S. K., Sillanmäki, L., Slobodskaya, H. R., Srabstein, J. C., Wiguna, T., Zamani, Z., Sourander, A., Akhondzadeh, S., Fung, D. S. S., ... the Eurasian Child Mental Health Study (EACMHS) Group. (2021). Victimization by traditional bullying and cyberbullying and the combination of these among adolescents in 13 European and Asian countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01779-6>
- Cook, C. R., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T. E., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*, 25(2), 65–83. <https://doi.org/10.1037/a0020149>
- Cosgrove, V. E., Rhee, S. H., Gelhorn, H. L., Boeldt, D., Corley, R. C., Ehringer, M. A., Young, S. E., & Hewitt, J. K. (2011). Structure and Etiology of Co-occurring Internalizing and Externalizing Disorders in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(1), 109–123. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9444-8>
- Craig, W., & Pepler, D. (2007). Understanding Bullying: From Research to Practice. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 48, 86–93. <https://doi.org/10.1037/cp2007010>

- Cresswell, L., Hinch, R., & Cage, E. (2019). The experiences of peer relationships amongst autistic adolescents: A systematic review of the qualitative evidence. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *61*, 45–60. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2019.01.003>
- de Bruyn, E. H., Cillessen, A. H. N., & Wissink, I. B. (2010). Associations of Peer Acceptance and Perceived Popularity With Bullying and Victimization in Early Adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, *30*(4), 543–566. <https://doi.org/10.1177/0272431609340517>
- de Giambattista, C., Ventura, P., Trerotoli, P., Margari, M., Palumbi, R., & Margari, L. (2019). Subtyping the Autism Spectrum Disorder: Comparison of Children with High Functioning Autism and Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *49*(1), 138–150. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3689-4>
- de Vries, M., & Geurts, H. (2015). Influence of Autism Traits and Executive Functioning on Quality of Life in Children with an Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*(9), 2734–2743. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2438-1>
- Demaray, M., & Malecki, C. (2003). Perceptions of the Frequency and Importance of Social Support by Students Classified as Victims, Bullies, and Bully/Victims in an Urban Middle School. *School Psychology Review*, *32*, 471–489.
- Diehl, J. J., Tang, K., & Thomas, B. (2021). High-Functioning Autism (HFA). In F. R. Volkmar (Ed.), *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (pp. 2334–2338). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-91280-6_344
- Emam, M. M., & Farrell, P. (2009). Tensions experienced by teachers and their views of support for pupils with autism spectrum disorders in mainstream schools. *European*

Journal of Special Needs Education, 24(4), 407–422.

<https://doi.org/10.1080/08856250903223070>

Espelage, D., & Swearer, S. (2003). Research on School Bullying and Victimization: What Have We Learned and Where Do We Go From Here? *School Psychology Review*, 32, 365–383. <https://doi.org/10.1080/02796015.2003.12086206>

Eun, J. D., Paksarian, D., He, J.-P., & Merikangas, K. R. (2018). Parenting style and mental disorders in a nationally representative sample of US adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(1), 11–20. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1435-4>

Fanti, K., & Kimonis, E. (2013). Dimensions of Juvenile Psychopathy Distinguish “Bullies,” “Bully-Victims,” and “Victims.” *Psychology of Violence*, 3, 396.

<https://doi.org/10.1037/a0033951>

Feldman, R. S. (2010). *Εξελικτική Ψυχολογία: Δια βίου ανάπτυξη* (Z. Αντωνοπούλου, & Μ. Κουλεντιάνου, Trans.). Gutenberg.

Fink, E., Olthof, T., Goossens, F., van der Meijden, S., & Begeer, S. (2018). Bullying-related behaviour in adolescents with autism: Links with autism severity and emotional and behavioural problems. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 22(6), 684–692. <https://doi.org/10.1177/1362361316686760>

Fletcher-Watson, S., & Happé, F. (2019). *Autism: A new introduction to psychological theory and current debate* (pp. xiii, 194). Routledge/Taylor & Francis Group.

<https://doi.org/10.4324/9781315101699>

Ford, R., King, T., Priest, N., & Kavanagh, A. (2017). Bullying and mental health and suicidal behaviour among 14- to 15-year-olds in a representative sample of Australian children.

Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 51(9), 897–908.

<https://doi.org/10.1177/0004867417700275>

Forrest, D. L., Kroeger, R. A., & Stroope, S. (2020). Autism Spectrum Disorder Symptoms and Bullying Victimization Among Children with Autism in the United States. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(2), 560–571. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04282-9>

Georgiou, S. N. (2008). Parental style and child bullying and victimization experiences at school. *Social Psychology of Education*, 11(3), 213–227. <https://doi.org/10.1007/s11218-007-9048-5>

Georgiou, S. N., & Stavrinides, P. (2008). Bullies, Victims and Bully-Victims: Psychosocial Profiles and Attribution Styles. *School Psychology International*, 29(5), 574–589. <https://doi.org/10.1177/0143034308099202>

Georgiou, S. N., Charalambous, K., & Stavrinides, P. (2020). Mindfulness, impulsivity, and moral disengagement as parameters of bullying and victimization at school. *Aggressive Behavior*, 46(1), 107–115. <https://doi.org/10.1002/ab.21876>

Georgiou, S. N., Ioannou, M., & Stavrinides, P. (2017). Parenting styles and bullying at school: The mediating role of locus of control. *International Journal of School & Educational Psychology*, 5(4), 226–242. <https://doi.org/10.1080/21683603.2016.1225237>

Georgiou, S., & Stavrinides, P. (2012). Social-Psychological Profiles of Early Adolescents Involved in Bullying Activities. *International Journal of Criminology and Sociology*, 1. <https://doi.org/10.6000/1929-4409.2012.01.5>

Ghaziuddin, M., & Mountain-Kimchi, K. (2004). Defining the Intellectual Profile of Asperger Syndrome: Comparison with High-Functioning Autism. *Journal of Autism and*

Developmental Disorders, 34(3), 279–284.

<https://doi.org/10.1023/B:JADD.0000029550.19098.77>

Giovazolias, T., Kourkoutas, E., Mitsopoulou, E., & Georgiadi, M. (2010). The relationship between perceived school climate and the prevalence of bullying behavior in Greek schools: Implications for preventive inclusive strategies. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 2208–2215. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.437>

Gjevik, E., Eldevik, S., Fjæran-Granum, T., & Sponheim, E. (2011). Kiddie-SADS Reveals High Rates of DSM-IV Disorders in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(6), 761–769.

<https://doi.org/10.1007/s10803-010-1095-7>

Gladden, R., Vivolo-Kantor, A., Hamburger, M., & Lumpkin, C. (2014). *Bullying Surveillance Among Youths: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements, Version 1.0*. Centers for Disease Control and Prevention.

Gower, A. L., & Borowsky, I. W. (2013). Associations Between Frequency of Bullying Involvement and Adjustment in Adolescence. *Academic Pediatrics*, 13(3), 214–221.

<https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.02.004>

Guy, A., Lee, K., & Wolke, D. (2017). Differences in the early stages of social information processing for adolescents involved in bullying. *Aggressive Behavior*, 43(6), 578–587.

<https://doi.org/10.1002/ab.21716>

Habashy Hussein, M. (2013). The social and emotional skills of bullies, victims, and bully–victims of Egyptian primary school children. *International Journal of Psychology*, 48(5), 910–921. <https://doi.org/10.1080/00207594.2012.702908>

- Hammig, B., & Jozkowski, K. (2013). Academic Achievement, Violent Victimization, and Bullying Among U.S. High School Students. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7), 1424–1436. <https://doi.org/10.1177/0886260512468247>
- Hanish, L., & Guerra, N. (2004). Aggressive Victims, Passive Victims, and Bullies: Developmental Continuity or Developmental Change? *Merrill-Palmer Quarterly*, 50, 17–38. <https://doi.org/10.1353/mpq.2004.0003>
- Harrowell, I., Hollén, L., Lingam, R., & Emond, A. (2017). Mental health outcomes of developmental coordination disorder in late adolescence. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 59(9), 973–979. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13469>
- Hebron, J., & Humphrey, N. (2014). Exposure to bullying among students with autism spectrum conditions: A multi-informant analysis of risk and protective factors. *Autism*, 18(6), 618–630. <https://doi.org/10.1177/1362361313495965>
- Hedley, D., Uljarević, M., Foley, K.-R., Richdale, A., & Trollor, J. (2018). Risk and protective factors underlying depression and suicidal ideation in Autism Spectrum Disorder. *Depression and Anxiety*, 35(7), 648–657. <https://doi.org/10.1002/da.22759>
- Hedley, D., Uljarević, M., Wilmot, M., Richdale, A., & Dissanayake, C. (2017). Brief Report: Social Support, Depression and Suicidal Ideation in Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(11), 3669–3677. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3274-2>
- Heikkilä, H.-K., Väänänen, J., Helminen, M., Fröjd, S., Marttunen, M., & Kaltiala-Heino, R. (2012). Involvement in bullying and suicidal ideation in middle adolescence: A 2-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(2), 95–102. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0327-0>

- Heiman, T., Olenik-Shemesh, D., & Eden, S. (2015). Cyberbullying involvement among students with ADHD: Relation to loneliness, self-efficacy and social support. *European Journal of Special Needs Education, 30*(1), 15–29.
<https://doi.org/10.1080/08856257.2014.943562>
- Hemphill, S. A., Kotevski, A., Herrenkohl, T. I., Bond, L., Kim, M. J., Toumbourou, J. W., & Catalano, R. F. (2011). Longitudinal consequences of adolescent bullying perpetration and victimisation: A study of students in Victoria, Australia. *Criminal Behaviour and Mental Health, 21*(2), 107–116. <https://doi.org/10.1002/cbm.802>
- Higgins, D. J., Bailey, S. R., & Pearce, J. C. (2005). Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism, 9*(2), 125–137. <https://doi.org/10.1177/1362361305051403>
- Holfeld, B., Stoesz, B., & Montgomery, J. (2019). Traditional and Cyber Bullying and Victimization Among Youth With Autism Spectrum Disorder: An Investigation of the Frequency, Characteristics, and Psychosocial Correlates. *Journal on Developmental Disabilities, 24*(2), 61–76.
- Hombrados-Mendieta, M. I., Gomez-Jacinto, L., Dominguez-Fuentes, J. M., Garcia-Leiva, P., & Castro-Travé, M. (2012). Types of Social Support Provided by Parents, Teachers, and Classmates During Adolescence. *Journal of Community Psychology, 40*(6), 645–664.
<https://doi.org/10.1002/jcop.20523>
- Hosozawa, M., Bann, D., Fink, E., Elsdén, E., Baba, S., Iso, H., & Patalay, P. (2021). Bullying victimisation in adolescence: Prevalence and inequalities by gender, socioeconomic status and academic performance across 71 countries. *EClinicalMedicine, 41*, 101142.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101142>

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley Pub. Co.

<http://books.google.com/books?id=qO2RAAAAIAAJ>

Howlin, P. (2003). Outcome in High-Functioning Adults with Autism with and Without Early Language Delays: Implications for the Differentiation Between Autism and Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(1), 3–13.

<https://doi.org/10.1023/A:1022270118899>

Huh, S.-Y., Kim, S.-G., Lee, J.-S., Jung, W.-Y., Choi, B.-S., & Kim, J.-H. (2019). A study on the school violence experience of children with attention-deficit hyperactivity disorder in the context of bullying. *Asia-Pacific Psychiatry*, 11(3), e12353.

<https://doi.org/10.1111/appy.12353>

Humphrey, N., & Hebron, J. (2015). Bullying of children and adolescents with autism spectrum conditions: A ‘state of the field’ review. *International Journal of Inclusive Education*, 19(8), 845–862. <https://doi.org/10.1080/13603116.2014.981602>

Humphrey, N., & Lewis, S. (2008). ‘Make me normal’: The views and experiences of pupils on the autistic spectrum in mainstream secondary schools. *Autism*, 12(1), 23–46.

<https://doi.org/10.1177/1362361307085267>

Humphrey, N., & Symes, W. (2010a). Perceptions of social support and experience of bullying among pupils with autistic spectrum disorders in mainstream secondary schools. *European Journal of Special Needs Education*, 25(1), 77–91.

<https://doi.org/10.1080/08856250903450855>

Humphrey, N., & Symes, W. (2010b). Responses to bullying and use of social support among pupils with autism spectrum disorders (ASDs) in mainstream schools: A qualitative

- study: Bullying and use of social support among pupils with autism spectrum disorders (ASDs) in mainstream schools: a qualitative study. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 10(2), 82–90. <https://doi.org/10.1111/j.1471-3802.2010.01146.x>
- Humphrey, N., & Symes, W. (2011). Peer interaction patterns among adolescents with autistic spectrum disorders (ASDs) in mainstream school settings. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 15(4), 397–419. <https://doi.org/10.1177/1362361310387804>
- Ivarsson, T., Broberg, A. G., Arvidsson, T., & Gillberg, C. (2005). Bullying in adolescence: Psychiatric problems in victims and bullies as measured by the Youth Self Report (YSR) and the Depression Self-Rating Scale (DSRS). *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5), 365–373. <https://doi.org/10.1080/08039480500227816>
- Jansen, D. E., Veenstra, R., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Reijneveld, S. A. (2011). Early risk factors for being a bully, victim, or bully/victim in late elementary and early secondary education. The longitudinal TRAILS study. *BMC Public Health*, 11(1), 440. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-440>
- Joshi, G., Petty, C., Wozniak, J., Henin, A., Fried, R., Galdo, M., Kotarski, M., Walls, S., & Biederman, J. (2010). The Heavy Burden of Psychiatric Comorbidity in Youth with Autism Spectrum Disorders: A Large Comparative Study of a Psychiatrically Referred Population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(11), 1361–1370. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0996-9>
- Juvonen, J., Wang, Y., & Espinoza, G. (2013). Physical Aggression, Spreading of Rumors, and Social Prominence in Early Adolescence: Reciprocal Effects Supporting Gender

Similarities? *Journal of Youth and Adolescence*, 42(12), 1801–1810.

<https://doi.org/10.1007/s10964-012-9894-0>

Kaland, N., Callesen, K., Møller-Nielsen, A., Mortensen, E. L., & Smith, L. (2008).

Performance of Children and Adolescents with Asperger Syndrome or High-functioning Autism on Advanced Theory of Mind Tasks. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(6), 1112–1123. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0496-8>

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

Kanner, L., & Lesser, L. I. (1958). Early Infantile Autism. *Pediatric Clinics of North America*, 5(3), 711–730. [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(16\)30693-9](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(16)30693-9)

Karaminis, T., Sideridis, G., & Stavrakaki, S. (2019). *Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης*

Επικοινωνιακών Ικανοτήτων (EAEI) SCQ The Social Communication Questionnaire (Greek Edition).

Kasari, C., Chamberlain, B., & Bauminger, N. (2001). Social emotions and social

relationships: Can children with autism compensate? In J. A. Burack, T. Charman, N. Yirmiya, & P. R. Zelazo (Eds.), *The development of autism: Perspectives from theory and research* (pp. 309–323). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Kelly, E. V., Newton, N. C., Stapinski, L. A., & Teesson, M. (2018a). Prospective associations

between personality and bullying among Australian adolescents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(2), 173–180.

<https://doi.org/10.1177/0004867417726583>

Kelly, E. V., Newton, N. C., Stapinski, L. A., Slade, T., Barrett, E. L., Conrod, P. J., &

Teesson, M. (2015). Suicidality, internalizing problems and externalizing problems

- among adolescent bullies, victims and bully-victims. *Preventive Medicine*, 73, 100–105.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.01.020>
- Kelly, R., O'Malley, M.-P., & Antonijevic, S. (2018b). 'Just trying to talk to people ... It's the hardest': Perspectives of adolescents with high-functioning autism spectrum disorder on their social communication skills. *Child Language Teaching and Therapy*, 34(3), 319–334. <https://doi.org/10.1177/0265659018806754>
- Kennedy-Behr, A., Rodger, S., & Mickan, S. (2013). Aggressive interactions during free-play at preschool of children with and without developmental coordination disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2831–2837.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.05.033>
- Killer, B., Bussey, K., Hawes, D. J., & Hunt, C. (2019). A meta-analysis of the relationship between moral disengagement and bullying roles in youth. *Aggressive Behavior*, 45(4), 450–462. <https://doi.org/10.1002/ab.21833>
- Kirchhofer, S. M., Orm, S., Haukeland, Y. B., Fredriksen, T., Wakefield, C. E., & Fjermestad, K. W. (2022). A systematic review of social support for siblings of children with neurodevelopmental disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 126, 104234.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2022.104234>
- Kjellström, J., Modin, B., & Almquist, Y. B. (2017). Support From Parents and Teachers in Relation to Psychosomatic Health Complaints Among Adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 27(2), 478–487. <https://doi.org/10.1111/jora.12281>
- Klin, A., Danovitch, J., Merz-Beyus, A., & Volkmar, F. (2007). Circumscribed Interests in Higher Functioning Individuals With Autism Spectrum Disorders: An Exploratory Study.

Research and Practice for Persons with Severe Disabilities, 32, 89–100.

<https://doi.org/10.2511/rpsd.32.2.89>

Kloosterman, P. H., Kelley, E. A., Parker, J. D. A., & Craig, W. M. (2014). Executive functioning as a predictor of peer victimization in adolescents with and without an Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(3), 244–254.

<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.12.006>

Knox, E., & Conti-Ramsden, G. (2007). Bullying in young people with a history of specific language impairment (SLI). *Educational & Child Psychology*, 24, 130–141.

Kochel, K. P., Ladd, G. W., Bagwell, C. L., & Yabko, B. A. (2015). Bully/victim Profiles' differential risk for worsening peer acceptance: The role of friendship. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 41, 38–45.

<https://doi.org/10.1016/j.appdev.2015.05.002>

Kokkinos, C. M., & Kipritsi, E. (2012). The relationship between bullying, victimization, trait emotional intelligence, self-efficacy and empathy among preadolescents. *Social Psychology of Education*, 15(1), 41–58.

<https://doi.org/10.1007/s11218-011-9168-9>

Koyanagi, A., Oh, H., Carvalho, A. F., Smith, L., Haro, J. M., Vancampfort, D., Stubbs, B., & DeVylder, J. E. (2019). Bullying Victimization and Suicide Attempt Among Adolescents Aged 12–15 Years From 48 Countries. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(9), 907–918.e4.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.018>

Kuhlthau, K., Orlich, F., Hall, T. A., Sikora, D., Kovacs, E. A., Delahaye, J., & Clemons, T. E.

(2010). Health-Related Quality of Life in Children with Autism Spectrum Disorders: Results from the Autism Treatment Network. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(6), 721–729.

<https://doi.org/10.1007/s10803-009-0921-2>

- Lai, M.-C., Kasseh, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., Szatmari, P., & Ameis, S. H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 819–829.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30289-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5)
- Lamb, J., Pepler, D., & Craig, W. (2009). Approach to bullying and victimization. *Canadian Family Physician Médecin de Famille Canadien*, 55, 356–360.
- Lee, J., Hong, J. S., Tan, K., Pinerós-Leano, M., & Baek, S. A. (2021). Bullying Victimization Profiles of School-Aged Adolescents and Associations With Weight Statuses: A Latent Class Analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(23–24), NP12949–NP12972.
<https://doi.org/10.1177/0886260520905087>
- Lereya, S. T., Samara, M., & Wolke, D. (2013). Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim: A meta-analysis study. *Child Abuse & Neglect*, 37(12), 1091–1108. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.001>
- Li, J., Sidibe, A. M., Shen, X., & Hesketh, T. (2019). Incidence, risk factors and psychosomatic symptoms for traditional bullying and cyberbullying in Chinese adolescents. *Children and Youth Services Review*, 107, 104511.
<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2019.104511>
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In N. Lin, A. Dean & W. M. Ensel (Eds.), *Social Support, Life Events, and Depression*. (1st ed., pp.7-12). (1st ed., pp.7-12). Academic Press.
- Lin, N., Ensel, W. M., Simeone, R. S., & Kuo, W. (1979). Social Support, Stressful Life Events, and Illness: A Model and an Empirical Test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(2), 108–119. <https://doi.org/10.2307/2136433>

- Liu, J., Guo, S., Weissman, R., & Liu, H. (2021). Investigating factors associated with bullying utilizing latent class analysis among adolescents. *School Psychology International*, 42(1), 11–32. <https://doi.org/10.1177/0143034320967061>
- Liu, T.-L., Wang, P.-W., Hsiao, R. C., Ni, H.-C., Liang, S. H.-Y., Lin, C.-F., Chan, H.-L., Hsieh, Y.-H., Wang, L.-J., Lee, M.-J., Chou, W.-J., & Yen, C.-F. (2022). Multiple types of harassment victimization in adolescents with autism spectrum disorder: Related factors and effects on mental health problems. *Journal of the Formosan Medical Association*. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2022.03.005>
- Locke, J., Ishijima, E. H., Kasari, C., & London, N. (2010). Loneliness, friendship quality and the social networks of adolescents with high-functioning autism in an inclusive school setting: Loneliness, friendship quality and the social networks of adolescents with high-functioning autism in an inclusive school setting. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 10(2), 74–81. <https://doi.org/10.1111/j.1471-3802.2010.01148.x>
- Logan, S. L., Carpenter, L., Leslie, R. S., Hunt, K. S., Garrett-Mayer, E., Charles, J., & Nicholas, J. S. (2014). Rates and Predictors of Adherence to Psychotropic Medications in Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(11), 2931–2948. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2156-0>
- Lovell, B., & Wetherell, M. A. (2016). The psychophysiological impact of childhood autism spectrum disorder on siblings. *Research in Developmental Disabilities*, 49–50, 226–234. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.11.023>
- Magklara, K., Skapinakis, P., Gkatsa, T., Bellos, S., Araya, R., Stylianidis, S., & Mavreas, V. (2012). Bullying behaviour in schools, socioeconomic position and psychiatric morbidity:

- A cross-sectional study in late adolescents in Greece. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-8>
- Mañano, C., Normand, C. L., Salvas, M.-C., Moullec, G., & Aimé, A. (2016). Prevalence of School Bullying Among Youth with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Autism Research*, 9(6), 601–615. <https://doi.org/10.1002/aur.1568>
- Malecki, C., & Demaray, M. (2003). What Type of Support Do They Need? Investigating Student Adjustment as Related to Emotional, Informational, Appraisal, and Instrumental Support. *School Psychology Quarterly*, 18, 231–252. <https://doi.org/10.1521/scpq.18.3.231.22576>
- Mannion, A., & Leader, G. (2013). Comorbidity in autism spectrum disorder: A literature review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(12), 1595–1616. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.09.006>
- Marsack, C., & Samuel, P. (2017). Mediating Effects of Social Support on Quality of Life for Parents of Adults with Autism. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 47(8), 2378–2389. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3157-6>
- Matthias, C., LaVelle, J. M., Johnson, D. R., Wu, Y.-C., & Thurlow, M. L. (2021). Exploring Predictors of Bullying and Victimization of Students with Autism Spectrum Disorder (ASD): Findings from NLTS 2012. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(12), 4632–4643. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04907-y>
- Merkaš, M., & Brajša-Žganec, A. (2011). Children with Different Levels of Hope: Are There Differences in Their Self-esteem, Life Satisfaction, Social Support, and Family Cohesion? *Child Indicators Research*, 4(3), 499–514. <https://doi.org/10.1007/s12187-011-9105-7>

- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., & Leichtweis, R. N. (2015). Role of Social Support in Adolescent Suicidal Ideation and Suicide Attempts. *Journal of Adolescent Health, 56*(3), 286–292. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.265>
- Mohammadi, M. R., Ahmadi, N., Khaleghi, A., Zarafshan, H., Mostafavi, S.-A., Kamali, K., Rahgozar, M., Ahmadi, A., Hooshyari, Z., Alavi, S. S., Shakiba, A., Salmanian, M., Molavi, P., Sarraf, N., Hojjat, S. K., Mohammadzadeh, S., Amiri, S., Arman, S., & Ghanizadeh, A. (2019). Prevalence of Autism and its Comorbidities and the Relationship with Maternal Psychopathology: A National Population-Based Study. *Archives of Iranian Medicine, 22*(10), 546–553.
- Montes, G., & Halterman, J. S. (2007). Bullying among children with autism and the influence of comorbidity with ADHD: A population-based study. *Ambulatory Pediatrics: The Official Journal of the Ambulatory Pediatric Association, 7*(3), 253–257. <https://doi.org/10.1016/j.ambp.2007.02.003>
- Moore, S. E., Norman, R. E., Suetani, S., Thomas, H. J., Sly, P. D., & Scott, J. G. (2017). Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Psychiatry, 7*(1), 60–76. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i1.60>
- Moore, T. R., & Symons, F. J. (2009). Adherence to Behavioral and Medical Treatment Recommendations by Parents of Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 39*(8), 1173–1184. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0729-0>
- Mössler, K., Gold, C., Aßmus, J., Schumacher, K., Calvet, C., Reimer, S., Iversen, G., & Schmid, W. (2019). The Therapeutic Relationship as Predictor of Change in Music

- Therapy with Young Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(7), 2795–2809. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3306-y>
- Mustanski, B., Newcomb, M. E., & Garofalo, R. (2011). Mental Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Youths: A Developmental Resiliency Perspective. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 23(2), 204–225. <https://doi.org/10.1080/10538720.2011.561474>
- Mutluer, T., Aslan Genç, H., Özcan Morey, A., Yapici Eser, H., Ertinmaz, B., Can, M., & Munir, K. (2022). Population-Based Psychiatric Comorbidity in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 856208. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.856208>
- Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simons-Morton, B., & Scheidt, P. (2001). Bullying Behaviors Among US Youth: Prevalence and Association With Psychosocial Adjustment. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 285(16), 2094–2100.
- Nocentini, A., Fiorentini, G., Di Paola, L., & Menesini, E. (2019). Parents, family characteristics and bullying behavior: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 45, 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.07.010>
- Noterdaeme, M., Wriedt, E., & Höhne, C. (2009). Asperger's syndrome and high-functioning autism: Language, motor and cognitive profiles. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(6), 475–481. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0057-0>
- Olweus, D. (1978). *Aggression in the schools: Bullies and whipping BOYS*, D. Olweus. Washington, Hemisphere Publ. Corp., 1978. No. of pages: xiii 4 + 218. *European Journal of Social Psychology*, 10(1), 101–101. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420100124>

- Olweus, D. (1994). Bullying at School: Basic Facts and Effects of a School Based Intervention Program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 35, 1171–1190. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01229.x>
- Olweus, D. (1999). Sweden. In P. K. Smith, Y. Morita, J. Junger-Tas, D. Olweus, R. Catalano, & P. Slee (Eds.), *The nature of school bullying: A cross-national perspective* (1st ed., pp.7-12). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315812397>
- Orue, I., & Calvete, E. (2019). Psychopathic Traits and Moral Disengagement Interact to Predict Bullying and Cyberbullying Among Adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(11), 2313–2332. <https://doi.org/10.1177/0886260516660302>
- Park, H. R., Lee, J. M., Moon, H. E., Lee, D. S., Kim, B.-N., Kim, J., Kim, D. G., & Paek, S. H. (2016). A Short Review on the Current Understanding of Autism Spectrum Disorders. *Experimental Neurobiology*, 25(1), 1–13. <https://doi.org/10.5607/en.2016.25.1.1>
- Park, I., Gong, J., Lyons, G., Hirota, T., Takahashi, M., Kim, B., Lee, S., Kim, Y., Lee, J., & Leventhal, B. (2020). Prevalence of and Factors Associated with School Bullying in Students with Autism Spectrum Disorder: A Cross-Cultural Meta-Analysis. *Yonsei Medical Journal*, 61, 909–922. <https://doi.org/10.3349/ymj.2020.61.11.909>
- Petrina, N., Carter, M., & Stephenson, J. (2014). The nature of friendship in children with autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(2), 111–126. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.10.016>
- Pichel, R., Foody, M., O’Higgins Norman, J., Feijóo, S., Varela, J., & Rial, A. (2021). Bullying, Cyberbullying and the Overlap: What Does Age Have to Do with It? *Sustainability*, 13(15), 8527. <https://doi.org/10.3390/su13158527>

- Piske, F. H. R., & Mun, R. U. (2022). Bullying and its socioemotional implications in the education of gifted students. In F. H. R., Piske & K. H., Collins (Eds.), *Identifying, Preventing and Combating Bullying in Gifted Education* (1st ed., pp.13-14). Information Age Publishing.
- Planche, P., & Lemonnier, E. (2012). Children with high-functioning autism and Asperger's syndrome: Can we differentiate their cognitive profiles? *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 939–948. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.12.009>
- Pouwels, J. L., Lansu, T. A. M., & Cillessen, A. H. N. (2016). Participant roles of bullying in adolescence: Status characteristics, social behavior, and assignment criteria. *Aggressive Behavior*, 42(3), 239–253. <https://doi.org/10.1002/ab.21614>
- Reiss, A. L. (2009). Childhood developmental disorders: An academic and clinical convergence point for psychiatry, neurology, psychology and pediatrics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1–2), 87–98. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02046.x>
- Rey, J. & International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. (2012). *IACAPAP textbook of child and adolescent mental health*. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. <http://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health>
- Rieffe, C., Camodeca, M., Pouw, L. B. C., Lange, A. M. C., & Stockmann, L. (2012). Don't anger me! Bullying, victimization, and emotion dysregulation in young adolescents with ASD. *European Journal of Developmental Psychology*, 9(3), 351–370. <https://doi.org/10.1080/17405629.2012.680302>

- Rose, C. A., Stormont, M., Wang, Z., Simpson, C. G., Preadt, J. L., & Green, A. L. (2015a). Bullying and Students With Disabilities: Examination of Disability Status and Educational Placement. *School Psychology Review*, 44(4), 425–444. <https://doi.org/10.17105/spr-15-0080.1>
- Rose, C. A., Espelage, D. L., Monda-Amaya, L. E., Shogren, K. A., & Aragon, S. R. (2015b). Bullying and Middle School Students With and Without Specific Learning Disabilities: An Examination of Social-Ecological Predictors. *Journal of Learning Disabilities*, 48(3), 239–254. <https://doi.org/10.1177/0022219413496279>
- Rowley, E., Chandler, S., Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Loucas, T., & Charman, T. (2012). The experience of friendship, victimization and bullying in children with an autism spectrum disorder: Associations with child characteristics and school placement. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(3), 1126–1134. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2012.03.004>
- Rubin, K. H., Bukowski, W. M., & Parker, J. G. (2006). Peer Interactions, Relationships, and Groups. In *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development, Vol. 3, 6th ed* (pp. 571–645). John Wiley & Sons, Inc.
- Rueger, S. Y., Malecki, C. K., & Demaray, M. K. (2008). Relationship Between Multiple Sources of Perceived Social Support and Psychological and Academic Adjustment in Early Adolescence: Comparisons Across Gender. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(1), 47. <https://doi.org/10.1007/s10964-008-9368-6>
- Rutter, M., Anthony, B., & Lord, C. (2003). *The Social Communication Questionnaire Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.

- Samson, A. C., Huber, O., & Gross, J. J. (2012). Emotion regulation in Asperger's syndrome and high-functioning autism. *Emotion, 12*(4), 659–665. <https://doi.org/10.1037/a0027975>
- Sánchez-Queija, I., García-Moya, I., & Moreno, C. (2017). Trend Analysis of Bullying Victimization Prevalence in Spanish Adolescent Youth at School. *Journal of School Health, 87*(6), 457–464. <https://doi.org/10.1111/josh.12513>
- Sansosti, F. J., Powell-Smith, K. A., & Cowan, R. J. (2010). *High-functioning autism/Asperger syndrome in schools: Assessment and intervention* (pp. xiv, 257). Guilford Press.
- Santrock, J. W. (2014). *Adolescence* (5th ed.). McGraw-Hill Education.
- Scheithauer, H., Hayer, T., Petermann, F., & Jugert, G. (2006). Physical, verbal, and relational forms of bullying among German students: Age trends, gender differences, and correlates. *Aggressive Behavior, 32*(3), 261–275. <https://doi.org/10.1002/ab.20128>
- Schnabel, A., Youssef, G. J., Hallford, D. J., Hartley, E. J., McGillivray, J. A., Stewart, M., Forbes, D., & Austin, D. W. (2020). Psychopathology in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Autism, 24*(1), 26–40. <https://doi.org/10.1177/1362361319844636>
- Schwartz, D. (2000). Subtypes of Victims and Aggressors in Children's Peer Groups. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*(2), 181–192. <https://doi.org/10.1023/A:1005174831561>
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric Disorders in Children With Autism Spectrum Disorders: Prevalence, Comorbidity, and Associated Factors in a Population-Derived Sample. *Journal of the*

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47(8), 921–929.

<https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318179964f>

Smith, P. K., & Morita, Y. (1999). Introduction. In P. K. Smith, Y. Morita, J. Junger-Tas, D.

Olweus, R. Catalano, & P. Slee (Eds.), *The nature of school bullying: A cross-national perspective* (1st ed., pp.1-4). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315812397>

South, M., Ozonoff, S., & McMahon, W. M. (2005). Repetitive Behavior Profiles in Asperger

Syndrome and High-Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(2), 145–158. <https://doi.org/10.1007/s10803-004-1992-8>

Speirs, S., Yelland, G., Rinehart, N., & Tonge, B. (2011). Lexical processing in individuals with high-functioning autism and Asperger's disorder. *Autism*, 15(3), 307–325.

<https://doi.org/10.1177/1362361310386501>

Sreckovic, M., Hume, K., & Able, H. (2017). Examining the Efficacy of Peer Network

Interventions on the Social Interactions of High School Students with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 47(8), 2556–2574.

<https://doi.org/10.1007/s10803-017-3171-8>

Stapinski, L. A., Araya, R., Heron, J., Montgomery, A. A., & Stallard, P. (2015). Peer

victimization during adolescence: Concurrent and prospective impact on symptoms of depression and anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping*, 28(1), 105–120.

<https://doi.org/10.1080/10615806.2014.962023>

Sterzing, P. R., Shattuck, P. T., Narendorf, S. C., Wagner, M., & Cooper, B. P. (2012).

Bullying Involvement and Autism Spectrum Disorders: Prevalence and Correlates of Bullying Involvement Among Adolescents With an Autism Spectrum Disorder. *Archives*

of Pediatrics & Adolescent Medicine, 166(11), 1058–1064.

<https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2012.790>

Stice, E., Ragan, J., & R, P. (2004). Prospective Relations Between Social Support and Depression: Differential Direction of Effects for Parent and Peer Support. *Journal of Abnormal Psychology*, 155–159.

Stichter, J. P., Herzog, M. J., Visovsky, K., Schmidt, C., Randolph, J., Schultz, T., & Gage, N. (2010). Social Competence Intervention for Youth with Asperger Syndrome and High-functioning Autism: An Initial Investigation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(9), 1067–1079. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0959-1>

Storch, E., Larson, M., Ehrenreich-May, J., Arnold, E., Jones, A., Renno, P., Fujii, C., Lewin, A., Mutch, P., Murphy, T., & Wood, J. (2012). Peer Victimization in Youth with Autism Spectrum Disorders and Co-occurring Anxiety: Relations with Psychopathology and Loneliness. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24.

<https://doi.org/10.1007/s10882-012-9290-4>

Symes, W., & Humphrey, N. (2010). Peer-group indicators of social inclusion among pupils with autistic spectrum disorders (ASD) in mainstream secondary schools: A comparative study. *School Psychology International*, 31(5), 478–494.

<https://doi.org/10.1177/0143034310382496>

Tharp-Taylor, S., Haviland, A., & D'Amico, E. J. (2009). Victimization from mental and physical bullying and substance use in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 34(6), 561–567. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.012>

- Timmermanis, V., & Wiener, J. (2011). Social Correlates of Bullying in Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Canadian Journal of School Psychology, 26*(4), 301–318. <https://doi.org/10.1177/0829573511423212>
- Toblin, R. L., Schwartz, D., Hopmeyer Gorman, A., & Abou-ezzeddine, T. (2005). Social–cognitive and behavioral attributes of aggressive victims of bullying. *Journal of Applied Developmental Psychology, 26*(3), 329–346. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2005.02.004>
- Tokunaga, R. S. (2010). Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Computers in Human Behavior, 26*(3), 277–287. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2009.11.014>
- Trejos-Herrera, A. M., Bahamón, M. J., Alarcón-Vásquez, Y., Vélez, J. I., & Vinaccia, S. (2018). Validity and Reliability of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Colombian Adolescents. *Psychosocial Intervention, 27*(1), 56–63. <https://doi.org/10.5093/pi2018a1>
- Tsilika, E., Galanos, A., Polykandriotis, T., Parpa, E., & Mystakidou, K. (2019). Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Greek Nurses. *Canadian Journal of Nursing Research, 51*(1), 23–30. <https://doi.org/10.1177/0844562118799903>
- Twyman, K. A., Saylor, C. F., Saia, D., Macias, M. M., Taylor, L. A., & Spratt, E. (2010). Bullying and Ostracism Experiences in Children With Special Health Care Needs. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 31*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181c828c8>

- van den Bedem, N. P., Dockrell, J. E., van Alphen, P. M., Kalicharan, S. V., & Rieffe, C. (2018). Victimization, Bullying, and Emotional Competence: Longitudinal Associations in (Pre)Adolescents With and Without Developmental Language Disorder. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(8), 2028–2044.
https://doi.org/10.1044/2018_JSLHR-L-17-0429
- van Dijk, A., Poorthuis, A. M. G., & Malti, T. (2017). Psychological processes in young bullies versus bully-victims. *Aggressive Behavior*, 43(5), 430–439.
<https://doi.org/10.1002/ab.21701>
- van Engeland, H., & Buitelaar, J. K. (2008). Autism Spectrum Disorders. In *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 759–781). John Wiley & Sons, Ltd.
<https://doi.org/10.1002/9781444300895.ch46>
- van Noorden, T. H. J., Haselager, G. J. T., Cillessen, A. H. N., & Bukowski, W. M. (2015). Empathy and involvement in bullying in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(3), 637–657. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0135-6>
- Van Wijngaarden-Cremers, P. J. M., van Eeten, E., Groen, W. B., Van Deurzen, P. A., Oosterling, I. J., & Van der Gaag, R. J. (2014). Gender and Age Differences in the Core Triad of Impairments in Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(3), 627–635.
<https://doi.org/10.1007/s10803-013-1913-9>
- Veenstra, R., Lindenberg, S., Oldehinkel, A. J., De Winter, A. F., Verhulst, F. C., & Ormel, J. (2005). Bullying and victimization in elementary schools: A comparison of bullies,

- victims, bully/victims, and uninvolved preadolescents. *Developmental Psychology*, 41(4), 672–682. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.672>
- Vera Cruz, G. (2014). The Effect of Sex Knowledge, Parent–Child Attachment, and Family Characteristics on Intimate Relationship Satisfaction of Mozambican Students. *Sexuality & Culture*, 18(1), 1–15. <https://doi.org/10.1007/s12119-013-9170-9>
- Vernberg, E. M., Jacobs, A. K., & Hershberger, S. L. (1999). Peer victimization and attitudes about violence during early adolescence. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(3), 386–395. <https://doi.org/10.1207/S15374424jccp280311>
- Wainscot, J., Sutcliffe, P., Tantam, D., Naylor, P., & Williams, J. (2008). Relationships with peers and use of the school environment of mainstream secondary school pupils with Asperger syndrome (High-Functioning Autism): A case-control Study. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, ISSN 1577-7057, Vol. 8, N^o. 1, 2008, Pags. 25-38, 8.
- Walton, K. M. (2019). Leisure time and family functioning in families living with autism spectrum disorder. *Autism*, 23(6), 1384–1397.
<https://doi.org/10.1177/1362361318812434>
- Wang, K., Chen, Y., Zhang, J., and Oudekerk, B.A. (2020). *Indicators of School Crime and Safety: 2019* (NCES 2020-063/NCJ 254485). National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education, and Bureau of Justice Statistics, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice. Washington, DC.
- Wang, W., Brittain, H., McDougall, P., & Vaillancourt, T. (2016). Bullying and school transition: Context or development? *Child Abuse & Neglect*, 51, 237–248.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.004>

- Waterhouse, L., Wing, L., Spitzer, R., & Siegel, B. (1992). Pervasive developmental disorders: From DSM-III to DSM-III-R. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22(4), 525–549. <https://doi.org/10.1007/BF01046326>
- Wilson, A., Yendork, J. S., & Somhlaba, N. Z. (2017). Psychometric Properties of Multidimensional Scale of Perceived Social Support among Ghanaian Adolescents. *Child Indicators Research*, 10(1), 101–115. <https://doi.org/10.1007/s12187-016-9367-1>
- Wise, A. E., Smith, B. C., Armelie, A. P., Boarts, J. M., & Delahanty, D. L. (2019). Age moderates the relationship between source of social support and mental health in racial minority lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Health Psychology*, 24(7), 888–897. <https://doi.org/10.1177/1359105316686667>
- World Health Organization. (2019). Neurodevelopmental disorders. In *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1516623224>
- Wright, M. F. (2017a). Cyber Victimization and Depression among Adolescents with Autism Spectrum Disorder: The Buffering Effects of Parental Mediation and Social Support. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(1), 17–25. <https://doi.org/10.1007/s40653-017-0169-5>
- Wright, M. F. (2017b). Cyber Victimization and Depression Among Adolescents With Intellectual Disabilities and Developmental Disorders: The Moderation of Perceived Social Support. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 10(2), 126–143. <https://doi.org/10.1080/19315864.2016.1271486>

- Yoon, S. H., Choi, J., Lee, W. J., & Do, J. T. (2020). Genetic and Epigenetic Etiology Underlying Autism Spectrum Disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), 966. <https://doi.org/10.3390/jcm9040966>
- Zablotsky, B., Bradshaw, C. P., Anderson, C. M., & Law, P. (2014). Risk factors for bullying among children with autism spectrum disorders. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 18(4), 419–427. <https://doi.org/10.1177/1362361313477920>
- Zablotsky, B., Bradshaw, C. P., Anderson, C., & Law, P. A. (2013). The association between bullying and the psychological functioning of children with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 34(1), 1–8. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31827a7c3a>
- Zee, M., de Bree, E., Hakvoort, B., & Koomen, H. M. Y. (2020). Exploring relationships between teachers and students with diagnosed disabilities: A multi-informant approach. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 66, 101101. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2019.101101>
- Zeidan, J., Fombonne, E., Scolah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1002/aur.2696>
- Zidi, M., Al-Shalaki, T., Al-Saif, T., Al-Dossary, S., Hamed, D., & Helal, I. (2021). Teachers and bully teenagers in the Saudi society. *International Journal of ADVANCED AND APPLIED SCIENCES*, 8, 2021. <https://doi.org/10.21833/ijaas.2021.11.010>
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support.

Journal of Personality Assessment, 55(3–4), 610–617.

<https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674095>

Zweers, I., Scholte, R., & Didden, R. (2017). Bullying Among Youth with Autism Spectrum Disorders. In J. B. Leaf (Ed.), *Handbook of Social Skills and Autism Spectrum Disorder: Assessment, Curricula, and Intervention* (pp. 45–61). Springer International Publishing.

https://doi.org/10.1007/978-3-319-62995-7_4

Zych, I., Farrington, D. P., Llorent, V. J., Ribeaud, D., & Eisner, M. P. (2021). Childhood Risk and Protective Factors as Predictors of Adolescent Bullying Roles. *International Journal of Bullying Prevention*, 3(2), 138–146. <https://doi.org/10.1007/s42380-020-00068-1>

Zych, I., Ttofi, M. M., & Farrington, D. P. (2016). Empathy and Callous–Unemotional Traits in Different Bullying Roles: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(1), 3–21. <https://doi.org/10.1177/1524838016683456>

N. 4823/2021. Αναβάθμιση του σχολείου, ενδυνάμωση των εκπαιδευτικών και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 136/Α/3-8-2021).

Περιφερειακό Κέντρο Εκπαιδευτικού Σχεδιασμού Κρήτης. (2021). *Ο θεσμός της Παράλληλης Στήριξης στα σχολεία Γενικής Αγωγής και Εκπαίδευσης* (Αρ. Πρωτ.: Φ2/2628/6-12-2021).

Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2012). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Πεδίο.

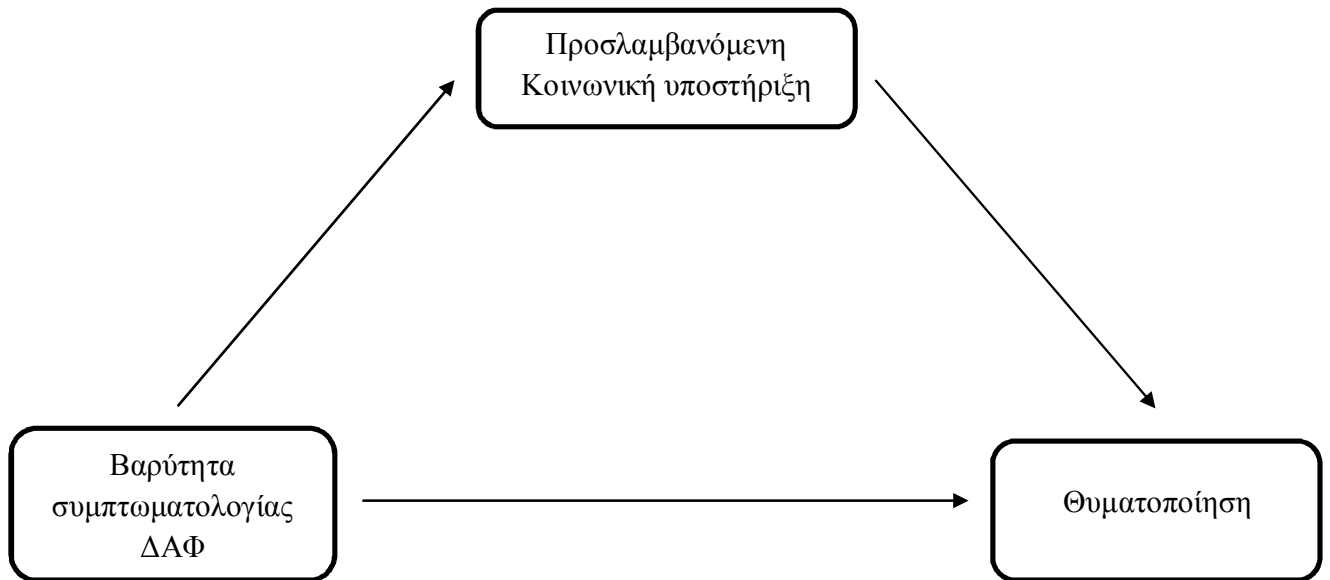
Ταγκούλη, Ε., & Παπανικολάου, Α. (2020). Διαταραχή φάσματος Αυτισμού στα παιδιά και στους εφήβους. In Γ. Α. Κολαίτης, & Συν. (Eds.), *Σύγχρονη Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία* (1st ed., pp.149-151). Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Υ.Α. 48275/Δ3/2019. *Τροποποίηση της 27922/Γ6/8-3-2007 υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 449/τ.Β΄/2007). Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 1088/Β΄/2-4-2019).*

Παράρτημα

Γράφημα 1

Σχήμα διαμεσολάβησης βάση ερευνητικής υπόθεσης



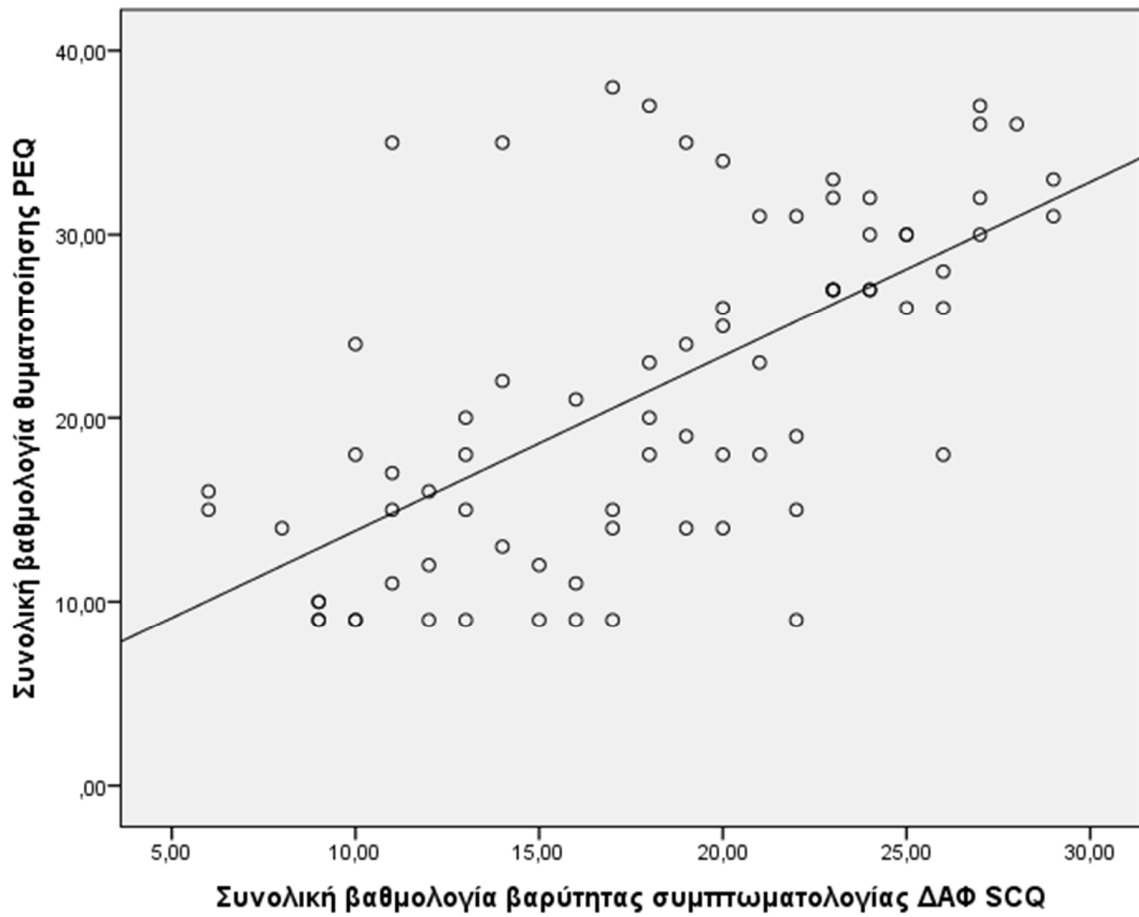
Γράφημα 2

Πηγές συλλογής δεδομένων



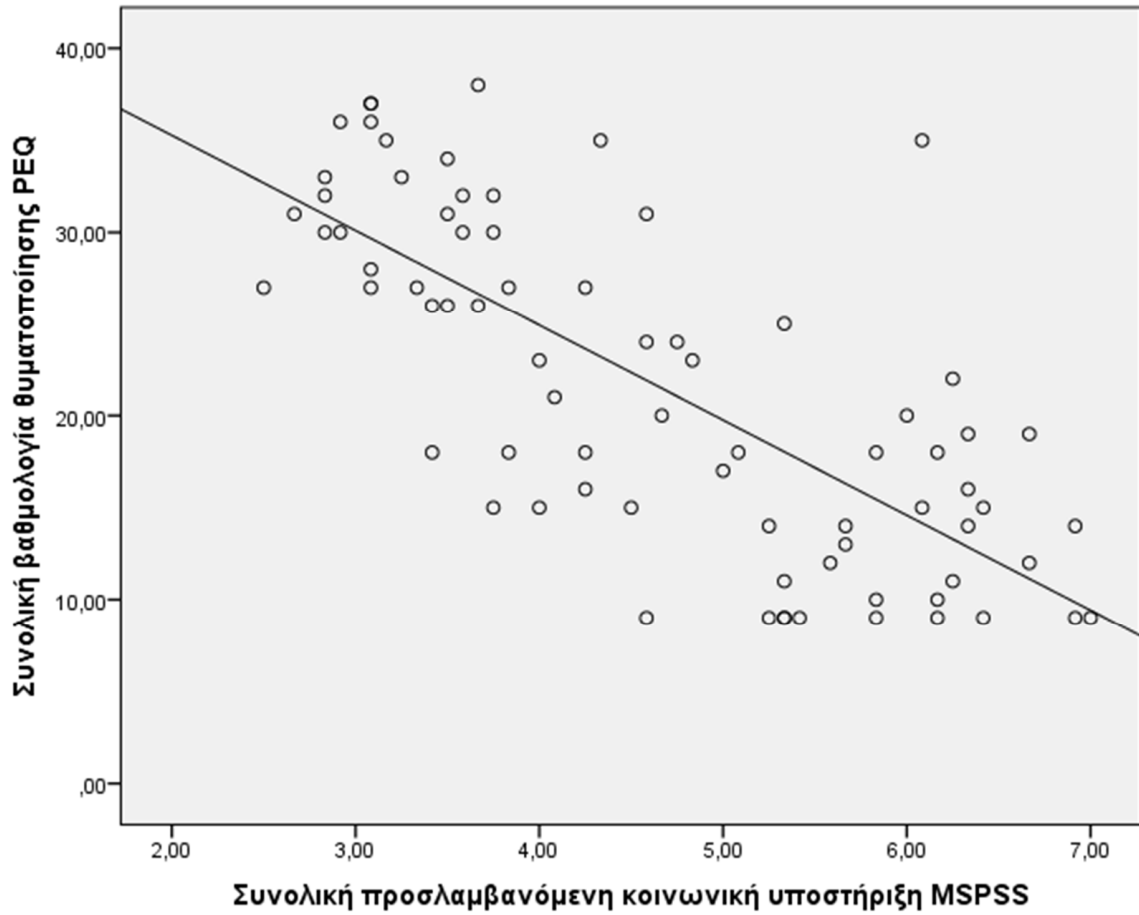
Γράφημα 3

Συσχέτιση μεταξύ βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ και θυματοποίησης εαυτού



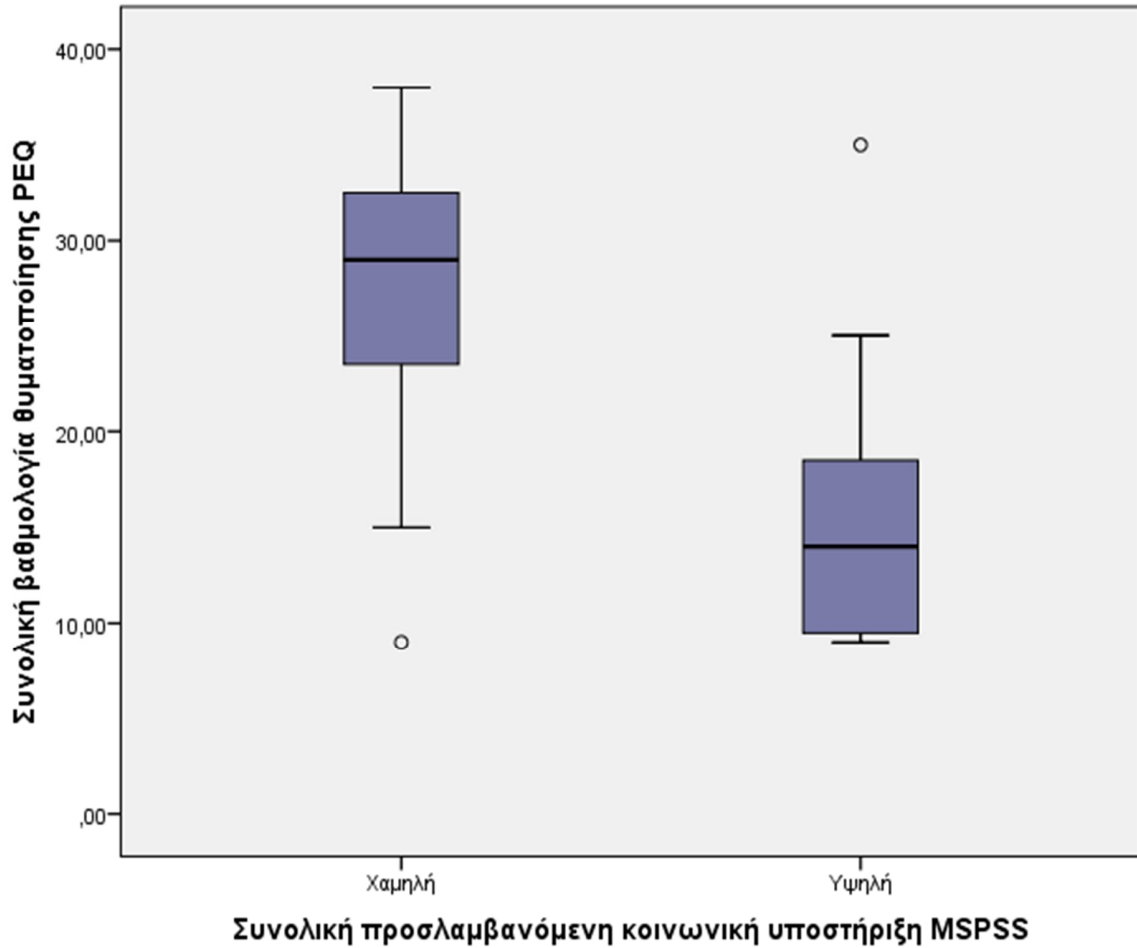
Γράφημα 4

Συσχέτιση μεταξύ προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και θυματοποίησης εαυτού



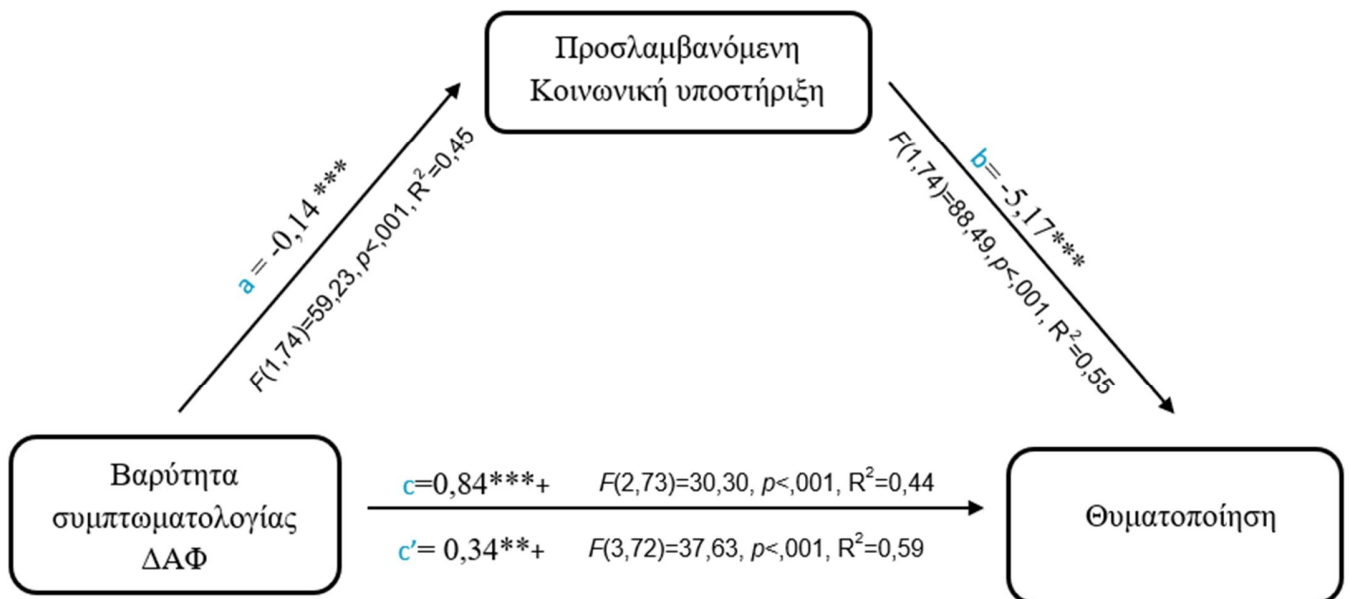
Γράφημα 5

Βαθμολογία θυματοποίησης εαυτού ανάλογα με το επίπεδο προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης



Γράφημα 6

Σχήμα διαμεσολάβησης της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση μεταξύ βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ και θυματοποίησης εαυτού



a επίδραση της βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ στην προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη
b επίδραση της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη θυματοποίηση **c** άμεση επίδραση της βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ στη θυματοποίηση **c'** συνολική επίδραση της βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ στη θυματοποίηση

* $p<,05$ ** $p<,01$ *** $p<,001$ +συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη τον αριθμό συννοσηρών διαταραχών

Πίνακας 7

Συντελεστής συσχέτισης του *Spearman* της υποκλίμακας της θυματοποίησης εαυτού με το ερωτηματολόγιο βαρύτητας συμπτωματολογίας ΔΑΦ και με την πολυδιάστατη κλίμακα προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και τις υποκλίμακες της

	Συνολική Βαθμολογία Θυματοποίησης-PEQ
Συνολική Βαθμολογία Βαρύτητας ΔΑΦ-SCQ	,65***
Κοινωνική υποστήριξη από σημαντικό άλλο	-,64***
Κοινωνική υποστήριξη από φίλους	-,59***
Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια	-,72***
Συνολική κοινωνική υποστήριξη	-,73***

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$