ePublishing
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ
NATIONAL DOCUMENTATION CENTRE

Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης

Τόμ. 2016, Αρ. 1

Πρακτικά 6ου Συνεδρίου

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΟΜΕΑΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ Π.Τ.Δ.Ε.
ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

6ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
Υπό την αιγίδα του Υπουργείου Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων
24-26 Ιουνίου 2016

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ISSN: 2529-1157

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:
Παπαδάτος Ιωάννης
Πολυχρονοπούλου Σταυρούλα
Μπαστέα Αγγελική

ΙΟΥΝΙΟΣ 2016

Σχολικός εκφοβισμός / θυματοποίηση και ΔΕΠ-Υ

Κωνσταντία Καφαλούκου

doi: 10.12681/edusc.965

Βιβλιογραφική αναφορά:

Καφαλούκου Κ. (2017). Σχολικός εκφοβισμός / θυματοποίηση και ΔΕΠ-Υ. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, *2016*(1), 428–439. https://doi.org/10.12681/edusc.965

https://epublishing.ekt.gr | **e-Εκδότης:** ΕΚΤ | **Πρόσβαση:** 06/12/2025 09:28:29

Σχολικός εκφοβισμός/ Θυματοποίηση και ΔΕΠ-Υ

Κωνσταντία Καφαλούκου, Δρ. ΕΚΠΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο Σχολικός Εκφοβισμός είναι επαναλαμβανόμενη και με διάρκεια επιθετική συμπεριφορά, που διακρίνεται από πρόθεση, ασσυμετρία δύναμης και έχει σκοπό να προξενήσει πόνο ή δυστυχία στον πιο αδύναμο (Olweus, 1993).

Θυματοποίηση είναι ένα φαινόμενο κατά το οποίο άτομο ή μια ομάδα ανθρώπων βλέπουν τους εαυτούς τους ως προσβεβλημένους κατόπιν επίθεσης, κοινωνικά αποκλεισμένους ή απομονωμένους, παρενοχλημένους, να τελούν υπό απειλή ή φοβισμένους από άλλους στο κοινωνικό τους πλαίσιο (Ortega, Del Rey, & Mora-Merchan, 2004).

Οι εμπλεκόμενοι σε περιστατικά Σχολικού Εκφοβισμού ως θύτες ή ως θύματα αναφέρουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας και χαμηλών σχολικών επιδόσεων (Olweus, 1993).

Η ΔΕΠ-Υ είναι συχνά εμφανιζόμενη διαταραχή μεταξύ των μαθητών σχολικής ηλικίας που εκδηλώνουν προβλήματα συμπεριφοράς. Τα κυρίαρχα συμπτώματά της, η ελλειμματική προσοχή, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα επηρεάζουν πολλές πτυχές της καθημερινότητας στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι σχέσεις με τους συνομηλίκους (Bacchini, Affuso, & Trotta, 2008).

Ο Σχολικός Εκφοβισμός/ Θυματοποίηση είναι εκδηλούμενη παρατηρήσιμη συμπεριφορά με ποικίλη αιτιολογία και συνέπειες αλλά η ΔΕΠ-Υ είναι ψυχοπαθολογική διαταραχή.

Οι μαθητές που έχουν διάγνωση ΔΕΠ-Υ εμπλέκονται συχνότερα σε περιστατικά Σχολικού Εκφοβισμού από συνομηλίκους τους χωρίς αντίστοιχη διάγνωση (Kumpulainen, Rasanen, & Puura, 2001). Τα αγόρια με ΔΕΠ-Υ εμπλέκονται συχνότερα ως θύτες ενώ τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ συχνότερα ως θύματα (Unnever & Cornel, 2003). Οι μαθητές σχολικής ηλικίας με διάγνωση ΔΕΠ-Υ γίνονται λιγότερο αποδεκτοί από συνομηλίκους τους χωρίς διάγνωση.

Εκπαιδευτικοί και γονείς μπορούν να βελτιώσουν τις κοινωνικές σχέσεις μεταξύ των παιδιών και να αντιμετωπίσουν το φαινόμενο Σχολικού Εκφοβισμού/Θυματοποίησης εφόσον αποκτήσουν γνώση των παραμέτρων φτωχών κοινωνικών δεξιοτήτων, ανάρμοστης συμπεριφοράς και μικρού ή ανύπαρκτου

κύκλου φίλων που συνδέεται και με τη ΔΕΠ-Υ και με την εμπλοκή σε περιστατικά Σχολικού Εκφοβισμού/Θυματοποίησης.

Λέξεις-κλειδιά: Σχολικός Εκφοβισμός, Θυματοποίηση, ελλειμματική προσοχή, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα.

BULLYING/ VICTIMIZATION AND ADHD

ABSTRACT

Bullying is an aggressive behavior, which is repeated over time and is characterized by intention, imbalance in strength and intent to inflict pain or misery to a weaker person (Olweus, 1993).

Victimization refers to a phenomenon in which a person or a group of people consider themselves attacked, socially excluded or isolated, harassed or being under threat or scared of others in their social context ((Ortega, Del Rey, & Mora-Merchan, 2004).

Those who are involved in bullying incidents, either as bullies or as victims, report a higher risk of health problems and low academic achievements (Olweus, 1993).

ADHD is a common disorder among school-age students who present behavioral problems. The major symptoms are attention deficit, hyperactivity and impulsivity, which affect many aspects of their daily life as well as their relationships with their peers (Bacchini, Affuso, & Trotta, 2008).

Bullying/Victimization is a behavior that can be observed and has many causes and consequences, but ADHD is a psychopathological disorder.

Pupils who are diagnosed with ADHD are more often involved in incidents of Bullying/ Victimization than their peers without such a diagnosis (Kumpulainen, Rasanen, &Puura, 2001). Boys with ADHD are more often involved as bullies, while girls with ADHD are more often involved as victims (Unnever& Cornel, 2003). Students who are diagnosed with ADHD are more rejected by their peers than students who are not diagnosed.

Teachers and parents can improve the social relationships between children and they can prevent bullying/victimization if they take into consideration the poor social skills, the inappropriate behavior and the small or non-existing number of friends as factors which are connected to both ADHD and involvement in bullying/victimization.

Keywords: Bulling, Victimization, attention deficit, hyperactivity, impulsivity.

ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ/ ΘΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ είναι συχνά εμφανιζόμενη διαταραχή μεταξύ των μαθητών σχολικής ηλικίας που εκδηλώνουν προβλήματα συμπεριφοράς. Τα κυρίαρχα συμπτώματά της, η ελλειμματική προσοχή, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα επηρεάζουν πολλές πτυχές της καθημερινότητας στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι σχέσεις με τους συνομηλίκους (Bacchini, Affuso, & Trotta, 2008).

Ο Σχολικός Εκφοβισμός είναι επαναλαμβανόμενη και με διάρκεια επιθετική συμπεριφορά από έναν ή ομάδα μαθητών προς κάποιον ασθενέστερο μαθητή, που διακρίνεται από πρόθεση, ασσυμετρία δύναμης και έχει σκοπό να προξενήσει πόνο ή δυστυχία στον πιο αδύναμο. Οι εμπλεκόμενοι σε περιστατικά Σχολικού Εκφοβισμού ως θύτες ή ως θύματα αναφέρουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας και χαμηλών σχολικών επιδόσεων (Olweus, 1993· Smith&Brain, 2000). Περιλαμβάνει άμεσες σωματικές ή λεκτικές επιθέσεις ή έμμεσες, όπως ο αποκλεισμός του θύματος ή η διασπορά φημών εις βάρος του θύματος

Ο Σχολικός Εκφοβισμός/ Θυματοποίηση είναι εκδηλούμενη πρατηρήσιμη συμπεριφορά με ποικίλη αιτιολογία και συνέπειες αλλά η ΔΕΠ-Υ είναι ψυχοπαθολογική διαταραχή.

Όμως κάποιες ψυχολογικές παράμετροι των οποίων η ύπαρξη καταγράφεται σε παιδιά που εμπλέκονται σε φαινόμενα σχολικού Εκφοβισμού/ Θυματοποίησης, όπως φτωχές κοινωνικές δεξιότητες, άγχος, κατάθλιψη, χαμηλό αυτοσυναίσθημα απαντώνται συχνά σε παιδιά με διάγνωση ΔΕΠ-Υ (Brownetal., 2001). Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί μηχανισμοί που συνδέουν τη ΔΕΠ-Υ με τον Εκφοβισμό ή τη Θυματοποίηση. Η προκλητική συμπεριφορά που έχει θετική συσχέτιση με τη ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να οδηγήσει τους συνομηλίκους σε επιθετική αντίδραση. Επίσης, η επιθετική συμπεριφορά παιδιού με ΔΕΠ-Υ μπορεί να ενισχυθεί από την αδυναμία του θύματος να αντιδράσει. Όταν η ΔΕΠ-Υ σχετιζεται με βίαιη συμπεριφορά η απόρριψη από τους συνομηλίκους αυξάνεται σημαντικά (Millich&Dodge, 1984· Pope&Bierman, 1999).

Η ΔΕΠ-Υ έχει μέγιστο αντίκτυπο στις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την βέλτιστη αλληλεπίδραση με τους συνομηλίκους. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι συχνά ευερέθιστα, ανήσυχα και επηρεάζονται αρνητικά, όταν έρχονται αντιμέτωπα με αλλαγές στο περιβάλλον. Το σχολικό περιβάλλον διακρίνεται για συνεχώς μεταβαλλόμενα ερεθίσματα και τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σ' αυτό είναι πιο απρόσεκτα και ανήσυχα.

Τόσο ο Εκφοβισμός όσο και η Θυματοποίηση σχετίζονται με τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, όπως απροσεξία, υπερκινητικότητα, επιθετικότητα, εναντιωματική προκλητική συμπεριφορά συμπεριφορά, φτωχές δεξιότητες στρατηγικής επίλυσης προβλημάτων και προσπάθεια για ρύθμιση των συναισθημάτων. Αυτά τα χαρακτηριστικά συνδέονται με την κοινωνική αλληλεπίδραση με συνομηλίκους και συχνά διαιωνίζουν κύκλους της εκφοβιστικής συμπεριφοράς και του κοινωνικού αποκλεισμού. Οι μαθητές σχολικής ηλικίας και των δύο φύλων με διάγνωση ΔΕΠ-Υ γίνονται λιγότερο αποδεκτοί από συνομηλίκους τους χωρίς διάγνωση και έχουν λιγότερες και ασθενέστερες φιλικές σχέσεις γεγονός που τα καθιστά λιγότερο προστατευμένα από τη θυματοποίηση (Bacchini, Affuso, & Trotta, 2008). Στα αγόρια εμφανίζονται συχνότερα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, όπως υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα (Gunnar et al., 2003), συχνότερα εμπλέκονται σε περιστατικά σχολικού Εκφοβισμού και συχνότερα τυγχάνουν κοινωνικής απόρριψης. Ο βαθμός αποδοχής και ο βαθμός απόρριψης από συνομηλίκους προβλέπει την επίδειξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς (Rubinetal., 2006). Συγκεκριμένα υπάρχει αρνητική συσχέτιση της κοινωνικής αποδοχής με την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς και θετική συσχέτιση της απόρριψης από συνομηλίκους και της εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς (Asher&Coie, 1990). Σε έρευνα που διεξήχθη μεταξύ αμερικανών νηπίων (3-5 ετών) ασιατικής και αφρικανικής καταγωγής διαπιστώθηκε ότι τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια με παρορμητική επιθετική συμπεριφορά απορρίπτονται από τους συνομηλίκους τους (Wood,Cowan, & Baker, 2002). Η σχέση ανάμεσα στη θυματοποίηση και την απόρριψη είναι πιο σύνθετη και περίπλοκη. Οι μελέτες συμφωνούν ότι τα θύματα έχουν απορριφθεί περισσότερο από τα παιδιά που δεν είναι θύματα (Cerezo&Ato, 2005), σημειώνοντας θετική συσχέτιση της απόρριψης με τη θυματοποίηση και αναφέρουν ότι είναι τμήματα του ίδιου φαύλου κύκλου χωρίς να έχουν την ίδια δομή (Boivin&Hymel, 1997). Η απόρριψη και η θυματοποίηση επιδρούν στην κοινωνική προσαρμογή (Lopez&DuBois, 2005). Συμπτώματα ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να θεωρούνται, σύμφωνα με τους Bacchini και συν. (2008) ως «... οι

αρνητικοί κοινωνικοί καταλύτες που μπορεί να ενισχύσουν αρνητικές αντιδράσεις από τους γονείς, τους δασκάλους, και τους συνομηλίκους». Τα προβλήματα συμπεριφοράς ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ επιφέρουν αναστάτωση στο σπίτι, στο σχολείο, και στις σχέσεις με τους συνομηλίκους. Οι μαθητές που έχουν διάγνωση ΔΕΠ-Υ εμπλέκονται συχνότερα σε περιστατικά Σχολικού Εκφοβισμού από συνομηλίκους τους χωρίς αντίστοιχη διάγνωση (Kumpulainen, Rasanen, & Puura, 2001) και σημειώνεται ότι εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο εμπλοκής και στους δύο ρόλους (Unnever&Cornell, 2003). Τα αγόρια με ΔΕΠ-Υ εμπλέκονται συχνότερα ως θύτες ενώ τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ συχνότερα ως θύματα (Unnever & Cornel, 2003). Τα τελευταία τριάντα χρόνια τα προσωπικά χαρακτηριστικά καθώς και τα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς έχει βρεθεί ότι σχετίζονται με την εμπλοκή σε περιστατικά σχολικού Εκφοβισμού/ Θυματοποίησης. Τα θύματα είναι δειλά, φοβισμένα, με άγχος, πιο αδύναμα, ανασφαλή ή «κάπως αλλιώτικα» κλαιν εύκολα κι έχουν χαμηλό αυτοσυναίσθημα (Lagerspetzetal., 1982· Olweus, 1994· Boulton&Smith, 1994· Egan&Perry, 1998). Οι θύτες ξεχωρίζουν ανάμεσα στους συνομηλίκους τους, αφού είναι εχθρικοί, διασπαστικοί, επιθετικοί, χωρίς ενσυναίσθηση για τα θύματα και έχουν δυσκολία στη συγκέντρωση (Olweus, 1994· Stephenson&Smith, 1989· Craig, 1998). Τόσο οι θύτες όσο και τα θύματα χαρακτηρίζονται από αδυναμία αποτελεσματικής διαχείρισης των συναισθημάτων τους. Τα παιδιά και οι έφηβοι που βιώνουν μεγαλύτερες δυσκολίες στον έλεγχο των εκτελεστικών λειτουργιών, όπως είναι μαθητές με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συχνά εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς. Συνήθως είναι πιο επιθετικά, θορυβώδη, παραβιάζουν τους κανόνες, είναι ενοχλητικά και ενώ τείνουν να είναι ενεργά οι δραστηριότητά τους δεν είναι προσανατολισμένη σε κοινό σκοπό (Hinshaw etal., 1997· Landau & Moore, 1991). Επίσης, παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να εμπλέκονται σε περιστατικά σχολικού Εκφοβισμού/ Θυματοποίησης σε υψηλότερα ποσοστά θυματοποίησης σε σύγκριση με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ, ενώ άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι παιδιά με ΔΕΠΥ συμμετέχουν σε εκφοβισμό πιο συχνά από ό, τι τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ (Bacchini, Affuso&Trotta, 2008· Kumpulainen, Rasanen&Puura, 2001 ·Taylor et al., 2010).

Διαπιστώνεται αρνητική συσχέτιση μεταξύ θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς και ΔΕΠ-Υ (Brammer & Lee, 2013). Τα αντίποινα και εκδίκηση καθώς και η αντίδραση σ' αυτά έχουν υψηλή συσχέτιση με τα προβλήματα συμπεριφοράς και την υπερκινητικότητα και στα δύο φύλα (Nabuzoka, Ronning&Handegard, 2009). Τα

παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς κι υπερκινητικότητα είναι πιθανότερο να αντιδράσουν στη θυματοποιήσή τους σχεδιάζοντας την εκδίκησή τους ή πληρώνοντας το δράστη με το ίδιο νόμισμα. Αυτή η αντίδραση εμφανίζεται συχνότερα στα αγόρια θύματα από ότι στα κορίτσια. Οι αντιδράσεις των παιδιών με υπερκινητικότητα και προβλήματα συμπεριφοράς δείχνει ότι η αντεπίθεση διαιωνίζει την αδυναμία προσαρμογής ακόμη και περιστασιακών θυμάτων. Οι Kochenderfer&Ladd (1997) διαπίστωσαν ότι η αντεπίθεση (που ενδέχεται να είναι παρορμητική και χωρίς σχεδίαση στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ) όχι μόνο δε συσχετίζεται θετικά με τη μείωση της θυματοποίησης, αλλά αντίθετα βοηθά στην παγίωσή της. Η αντεπίθεση μπορεί να επιδεινώσει ή να κλιμακώσει εχθρικές αντιδράσεις αυξάνοντας την πιθανότητα παιδιά θύματα να εμπλέκονται συχνότερα σε περιστατικά σχολικού Εκφοβισμού. Σε παιδιά ηλικίας τα ερευνητικά δεδομένα σημειώνουν ότι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα που εμπλέκονται σε περιστατικό εκφοβισμού είναι κατά σειρά η πλέον συχνή διαταραχή που καταγράφεται.

Πιο συγκεκριμένα σε παιδιά 8 ετών:

1/3 των θυτών καταγράφονται με ΔΕΠ-Υ

1/5 των θυτών-θυμάτων καταγράφονται με ΔΕΠ-Υ

14,6% των θυμάτων καταγράφονται με ΔΕΠ-Υ

(Kumpulainen, Rasanen, & Puura, 2001).

Συμπτώματα ΔΕΠ-Υ που εμπλέκονται στην συμπεριφορά θύτη είναι η παρορμητική συμπεριφορά, η αδυναμία ελέγχου, η απουσία ενσυναίσθησης και οι επιθετικές αντιδράσεις συχνά λόγω της απογοήτευσης μέσα στο σχολικό περιβάλλον. Η αδυναμία ελέγχου έχει υψηλή συσχέτιση με τον άμεσο σωματικό Εκφοβισμό, την τάση να εμπλέκεται σε καβγάδες και την εξαίρεση από συνομηλίκους. Σε έρευνα τωνUnnever και Cornell (2003) που διεξήχθη σε έξι δημόσια σχολεία στη Roanoke της Βιρτζίνια μελετήθηκε η σχέση συμμετοχής σε περιστατικά Σχολικού Εκφοβισμού/ Θυματοποίησης, επίπεδα ΔΕΠ-Υ και αυτοέλεγχος. Διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση άσκησης εκφοβισμού και χαμηλών επιπέδων αυτοελέγχου σε μαθητές με ΔΕΠ-Υ υπό φαρμακευτική αγωγή ενώ δεν σημειώθηκε συσχέτιση των χαμηλών επιπέδου αυτοελέγχου με τη θυματοποίηση. Όμως, οι μαθητές του δείγματος με ΔΕΠ-Υ και φαρμακευτική αγωγή ανεξάρτητα από τα επίπεδα αυτοελέγχου ανέφεραν σε ποσοστό 34% θυματοποίηση μία με δύο φορές το μήνα ενώ οι συνομήλικοι του δείγματος χωρίς διάγνωση ΔΕΠ-Υ ανέφεραν θυματοποίηση

σε ποσοστό 22% μία με δύο φορές το μήνα. Η επιθετική συμπεριφορά που εκδηλώνουν συχνά τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ οδηγεί τους συνομηλίκους τους να τα αγνοούν ή να τα απορρίπτουν. Ο θυμός από την απόρριψη οδηγεί σε νέες επιθετικές, εκφοβιστικές αντιδράσεις (Dodge, 1993) που παγιώνουν ρόλο και συμπεριφορά θύτη. Η απόρριψη οδηγεί τους θύτες σε αντίδραση με θυμό και στη συναναστροφή με παιδιά που έχουν ανάλογα χαρακτηριστικά και θέση στο κοινωνιόγραμμα της τάξης και στην ενίσχυση δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς μέσα στην αποκλίνουσα ομάδα (Rubin et al., 2006). Η συμμετοχή σε τέτοιες ομάδες είναι προγνωστικός δείκτης εκδήλωσης επιθετικών ενεργειών συχνότερα (Snyder et al., 1997).

Η προκλητική και ανεπαρκής συμπεριφορά που συχνά χαρακτηρίζει παιδί με ΔΕΠ-Υ οδηγεί τους συμμαθητές να μην συμμετέχουν στις ίδιες ομάδες στις οποίες συμμετέχουν παιδιά με ΔΕΠ-Υ ή ακόμη να αντιδρούν θυμωμένα και καθιστά τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντικείμενα χλευασμού και θύματα (Fabes, Hanish, Martin & Eisenberg, 2002). Επιπρόσθετα η παρορμητική, αντιδραστική συμπεριφορά έχει θετική συσχέτιση με μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες (Sansonetal., 2002). Ακόμη, η ελλειμματική προσοχή δημιουργεί αίσθημα ανεπάρκειας στο σχολείο και μείωση της αυτοεκτίμησης και το παιδί έχει χαμηλό αυτοσυναίσθημα πριν ακόμη θυματοποιηθεί. Ωστόσο η θυματοποίηση ενισχύει τη μειωμένη αυτοεκτίμηση και οδηγεί τα ήδη «αδύναμα» παιδιά στην κυριαρχία του φόβου της επικείμενης θυματοποίησης επιτείνοντας το αίσθημα ανασφάλειας και τη μειωμένη προσοχή τους.

Οι έρευνες της ψυχολογίας, της ψυχιατρικής, των νευροεπιστημών και της εκπαίδευσης δείχνουν ότι υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ των ιδιαίτερων προσωπικών χαρακτηριστικών, της κλινικής κατάστασης, της επίδρασης των κοινωνικών πλαισίων (οικογένεια, σχολείο, κοινωνία ευρύτερα) και των εμπειριών εκφοβισμού ή θυματοποίησης (Hymel&Swearer, 2015). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι απαραίτητο αρχικά να αντιμετωπίσουν με τη συνδρομή ψυχιάτρου τα κλινικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και τα πλαίσια στα οποία ζουν και κινούνται να αναπτύξουν δραστηριότητες πρόληψης και αντιμετώπισης συμμετοχής τους σε επεισόδια Σχολικού Εκφοβισμού/ Θυματοποίησης με οποιονδήποτε ρόλο. Έχει αποδειχθεί ότι εάν οι εκπαιδευτικοί - ανεξάρτητα από τη συμμετοχή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε πρόγραμμα θεραπείας από ειδικούς-εφαρμόσουν με σταθερότητα και επιμονή τις απλές τεχνικές διαχείρισης συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ (τεχνική μικρών βημάτων, «ρουτίνα» (πρόγραμμα) δράσεων, σαφείς οδηγίες, ομάδα υποστήριξης συνομηλίκων…) και υιοθετήσουν με τη σχολική κοινότητα πρόγραμμα πρόληψης και

παρέμβασης για Σχολικό Εκφοβισμό/ Θυματοποίηση, οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ που εμπλέκονται σε περιστατικά Σχολικού Εκφοβισμού/ Θυματοποίησης είτε με το ρόλο του θύτη είτε με του θύματος ή με το ρόλο θύτη – θύματος θα μειώσουν την παγίωση μη επιθυμητών συμπεριφορών καθώς και τις αρνητικές συνέπειες της εμπλοκής των μαθητών. Επίσης, η προσπάθεια υποστηρικτικού δικτύου συνομηλίκων που εμπεριέχεται στα προγράμματα πρόληψης και αντιμετώπισης του Σχολικού Εκφοβισμού/ Θυματοποίησης είναι πολύ σημαντικό να αποτελεί μέλημα των εκπαιδευτικών για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ώστε να αποφεύγεται η παγίωση συμμετοχής τους σε περιστατικά Σχολικού Εκφοβισμού/ Θυματοποίησης (Andersen etal., 2015).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Andersen, L., Labriola, M., Andersen J.h., Lund,T., & Hansen, C.D. (2015).Bullied at school, bullied at work: a prospective study. *BMC Psychology, 3* ,35.

Asher, S.R & Coie, J.D. (1990). *Peer Rejection in Childhood*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bacchini, D., Affuso, G., & Trotta, T. (2008). Temperament, ADHD and peer relations among schoolchildren: the mediating role of school bullying. *Aggressive Behavior, 34*(5), 447-459.

Boivin, M., & Hymel, S. (1997). Peer experiences and social self-perceptions: A sequential model. *Developmental Psychology, 33*, 135-145.

Boulton, M.J., & Smith, P.K. (1994). Bully/victim problems in middle school children: Stability, self–perceived competence. *British Journal of Developmental Psychology, 12*, 315-325.

Brammer, W.A., & Lee, S.S. (2013). Prosociality and Negative Emotionality Mediate the Association of Serotonin Transporter Genotype With Childhood ADHD and ODD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 42*(6), 809–819.

Brown, T. A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R., & Mancill,R.B. (2001). Current and Lifetime Comorbidity of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders in a Large Clinical Sample. *Journal of Abnormal Psychology,110* (4), 585-599.

Cerezo, F., & Ato,M. (2005). Bullying in Spanish and English pupils: A sociometric perspective using the BULL-S questionnaire. *Educational Psychology, 25* (4), 353–367.

Craig, W.M., (1998). The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety and aggression in elementary school children. *Personality and Individual Differences, 24*(1), 123-130.

Dodge, K.A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Reviews of Psychology, 44*, 559-584.

Egan, S.K., & Perry, D.G. (1998). Does low self-regard invite victimization*? Developmental Psychology, 34*, 199-309.

Fabes, R. A., Hanish, L. D., Martin, C. L., & Eisenberg, N. (2002). Young children's negative emotionality and social isolation: A latent growth curve analysis. *Merrill Palmer Quarterly, 48*, 284-307.

Gunnar, M. R., Sebanc, A. M., Tout, K., Donzella, B., & van Dulmen, M. M. (2003). Peer rejection, temperament, and cortisol activity in preschoolers. *Developmental Psychobiology, 43*, 346 –368.

Hinshaw, S. P., March, J. S., Abikoff, H., Arnold, L. E., Cantwell, D. P.,Conners, C. K., . . . Wigal, T. (1997). Comprehensive assessment of childhood attention-deficit hyperactivity disorder in the context of a multisite, multimodal clinical trial. *Journal of Attention Disorders, 1*, 217–234.

Hymel, S., & Swearer, S.M. (2015). Four Decades of Research on School Bullying. *American Psychological Association, 70* (4), 293–299.

Kumpulainen, K., Rasanen, E., & Puura, K. (2001). Psychiatric disorders and the use of mental health services among children involved in bullying. *Aggressive Behavior, 27,* 102-110.

Lagerspetz, K.M.J., Björkqvist, K., Berts, M., & King, E. (1982). Group aggression among school children in three schools. *Scandinavian Journal of Psychology, 23,* 45–52.

Landau, S., & Moore, L.A. (1991). Social skill deficits in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review, 20,* 235-251.

Lopez, C., & DuBois, D. L. (2005). Peer victimization and rejection: Investigation of an integrative model of effects on emotional, behavioral, and academic adjustment in early adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(1), 25-36.

Millich,R., & Dodge, K. (1984). Social information processing in child psychiatry population. Journal of Abnormal Child Psychology, 12, 471-489.

Nabuzoka D., Rønning J.A., & Handegård B.H. (2009) Exposure to bullying, reactions and psychological adjustment of secondary school students. *Educational Psychology, 29,* (7), 849–866.

Olweus, D. (1993). *Bullying at school*. : What we know and what we can do. Oxford: Blackwell.

Olweus, D. (1994). Annotation: Bullying at school - Basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*(7), 1171-1190.

Ortega, R., Del Rey, R., & Mora-Merchán, J. A. (2004). SAVE model: An anti-bullying intervention in Spain. In P. K. Smith, D. Pepler, & K. Rigby (Eds.), *Bullying in schools: How successful can interventions be?* (pp. 167–185). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Pope, A.W., & Bierman, K.L. (1999). Predicting adolescent peer problems and antisocial activities: The relative roles of aggression and dysregulation. *Developmental Psychology, 35*, 335-346.

Rubin, K.H., Bukowski, W., Parker, J. (2006). Peer interactions, relations, and groups. In: N. Eisenberg, W. Damon, R.M. Lerner (eds), Handbook of Child Psychology (6th edition): Vol. 3, *Social, Emotional, and Personality Development* (pp 571–645). Hoboken: Wiley

Sanson, A., Nicholson, J., Ungerer, J., Zubrick, S., Wilson, K., Ainley, J., ... & Sawyer, M. (2002). Introducing the longitudinal study of Australian children. https://works.bepress.com/john_ainley/110

Smith, P.K., & Brain, P. (2000). Bulling in schools: Lessons of two decades of research. *Aggressive behavior, 26*, 1-9.

Snyder, C. R., Hoza, B., Pelham, W. E., Rapoff, M., Ware, L., Danovsky, M., Highberger, L.,

Rubinstein, H., & Stahl, K. (1997). The development and validation of the Children's Hope Scale. *Journal of Pediatric Psychology, 22* (3), 399-421.

Stephenson, P., & Smith, D. (1989). Bullying in the junior school. In D.P. Tattum, & D.A. Lane (Eds.*), Bullying in schools* (pp.45-57). England: Trendham Books Limited.

Taylor, L. A., Saylor, C., Twyman, K., & Macias, M. (2010). Adding insult to injury: bullying experiences of youth with attention deficit hyperactivity disorder. *Children's Health Care, 39*(1), 59-72.

Unnever, J. & Cornell, D., (2003). Bullying, self-control, and ADHD. *Journal of Interpersonal Violence, 18*(2), 129-147.

Wood, J.J., Cowan, P.A., & Baker, B.L. (2002). Behavior problems and peer rejection in preschool boys and girls. *Journal of Genetic Psychology, 163*, 72-88.