



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**  
**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2015- 2016**

**ΘΕΜΑ: Κατάθλιψη και Θυματοποίηση σε παιδιά με ή χωρίς Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες.**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**της**  
**Τσιούτρα Ελένης**  
**(ΑΜ : 2896)**

**Επιβλέπων Καθηγητής: Ηλίας Κουρκούτας.**  
**Συνεπόπτης Καθηγητής: Θεόδωρος Γιοβαζολιάς.**

**Ρέθυμνο, Σεπτέμβρης 2016-2017**

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ Θεωρητική μελέτη του θέματος« Κατάθλιψη » .....	8
1.Σύντομος ορισμός της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη ως ψυχοκοινωνικό φαινόμενο .....	8
1.2 Διάκριση μεταξύ φυσιολογικής και παθολογικής κατάστασης .....	9
1.3 Ιστορική αναδρομή της κατάθλιψης .....	10
1.4 Ιστορικό ταξινόμησης της κατάθλιψης και εννοιολογικές προσεγγίσεις της κατάθλιψης	11
1.5 Ταξινομητικά, ερμηνευτικά μοντέλα της κατάθλιψης και κριτικά σχόλια .....	14
1.6 Διάγνωση/Αξιολόγηση της καταθλιπτικής διαταραχής στα παιδιά και στους εφήβους....	16
1.7 Συννοσηρότητα της Κατάθλιψης με άλλες διαταραχές .....	18
1.8 Διαφορές στην εκδήλωση της κατάθλιψης ανάλογα με το φύλο.....	20
1.9 Επιδημιολογία της κατάθλιψης σε παιδιά και σε εφήβους. ....	23
1.10Είδη Καταθλιπτικών Διαταραχών σε Παιδιά σε Εφήβους.....	25
1.10.1 Διαταραχή Προσαρμογής με Καταθλιπτική Διάθεση .....	25
1.10.2 Δυσθυμική Διαταραχή.....	26
1.10.3Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ). ....	26
1.11 Μοντέλα ερμηνείας και παράγοντες που συνδέονται με την ανάπτυξη της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους.....	27
1.11.1 Γενετικοί παράγοντες. ....	27
1.11.2 Οικογενειακό Περιβάλλον και ευρύτερο περιβάλλον .....	28
1.11.3 Στρεσογόνο γεγονός της καθημερινής ζωής .....	29
1.11.4 Αρνητικό γνωστικό μοντέλο σκέψης (negative cognitive style).....	30
1.11.5 Βιολογικοί παράγοντες.....	31
1.12 Η κατάθλιψη σε παιδιά και ο στιγματισμός .....	32
1.13 Κατάθλιψη σε Παιδιά με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες .....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	38
Μέρος πρώτο Θεωρητική Μελέτη του θέματος« Σχολικός Εκφοβισμός » .....	38
2.1 Ιστορική Αναδρομή του σχολικού εκφοβισμού.....	38
2.2. Εννοιολογικός προσδιορισμός του σχολικού εκφοβισμού .....	40

2.3. Ψυχοκοινωνικά Χαρακτηριστικά των θυτών.....	46
2.4. Ψυχοκοινωνικά Χαρακτηριστικά των θυμάτων.....	47
2.5. Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των θυτών/θυμάτων.....	49
2.6. Μορφές Εκφοβισμού.....	50
2.6.1. Σωματικός Εκφοβισμός (physical bullying).....	50
2.6.2. Λεκτικός Εκφοβισμός (verbal bullying).....	51
2.6.3. Εκφοβισμός με τη χρήση μη λεκτικής επικοινωνίας (non-verbal bullying).....	51
2.6.4. Οπτικός εκφοβισμός (visual bullying) .....	51
2.6.5. Ψυχολογικός Εκφοβισμός ( Psychological Bullying) .....	51
2.6.6. Εργασιακός Εκφοβισμός ( Workplace Bullying).....	52
2.6.7. Κοινωνικός εκφοβισμός (relational and Social bullying) .....	52
2.6.8. Εκβιασμός.....	53
2.6.9. Κυβερνο-εκφοβισμός- Cyberbullying (KE).....	53
2.6.10. Σεξουαλικός Εκφοβισμός ( Sexual Harassment).....	56
2.6.11. Ρατσιστικός Εκφοβισμός ( Racial Bullying).....	59
2.6.12. Ομοφοβικός Εκφοβισμός (homophobic bullying) .....	60
2.7. Παράγοντες Κινδύνου στην εμφάνιση και στην επιδείνωση του σχολικού εκφοβισμού. 63	
2.7.1. Ατομικοί παράγοντες.....	63
2.7.2. Οικογενειακοί Παράγοντες .....	64
2.7.3. Σχολικοί Παράγοντες .....	65
2.7.4. Κοινωνικοί Παράγοντες .....	66
2.8. Θυματοποίηση και διαφοροποιήσεις βάσει φύλου .....	67
2.9. Θυματοποίηση και ο παράγοντας της ηλικίας .....	70
2.10. Συνέπειες του σχολικού εκφοβισμού .....	71
2.10.1. Επιπτώσεις του εκφοβισμού στη ψυχική υγεία και στη σωματική υγεία των παιδιών και των εφήβων .....	72
2.10.2. Επιπτώσεις του εκφοβισμού στη κοινωνική ζωή των παιδιών και των εφήβων.....	73
2.10.3. Επιπτώσεις του εκφοβισμού στην ακαδημαϊκή πορεία των παιδιών και των εφήβων .....	74
2.11. Ο σχολικός εκφοβισμός στον Ελλαδικό χώρο .....	75
2.12. Θυματοποίηση και παιδιά με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες Μελέτες για τη σύνδεση της κατάθλιψης και εκφοβισμού σε παιδιά με ΕΕΑ .....	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ Μέρος δεύτερο .....	84
2.13. Κατάθλιψη και Θυματοποίηση .....	84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ .....	89
« Ερευνητικό Μέρος » Α' μέρος .....	89

3.Μεθοδολογία της έρευνας.....	89
3.1 Στόχοι και σκοποί της παρούσας έρευνας.....	89
3.2. Υποθέσεις της έρευνας.....	89
3.3. Το δείγμα της έρευνας.....	90
3.4. Διαδικασία χορήγησης δεδομένων.....	90
3.5. Μέσα συλλογής δεδομένων .....	91
« Ερευνητικό μέρος » Β' μέρος Αποτελέσματα της έρευνας .....	93
3.6. Παρουσίαση αποτελεσμάτων από το νομό Χανίων και το νομό Λαρίσης .....	93
3.7. Συζήτηση.....	103
3.8. Περιορισμοί της έρευνας.....	109
3.9. Προτάσεις παρέμβασης.....	110
3.10. Θεραπεία- Τρόποι Αντιμετώπισης της Κατάθλιψης των Παιδιών και των Εφήβων ...	112
3.10.1. Γνωστικό-Συμπεριφορική Θεραπεία. ....	112
3.10.2. Φαρμακευτική Αγωγή .....	113
3.10.3. Διαπροσωπική θεραπεία.....	113
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ .....	115
4. Παράρτημα.....	115
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	118
5. Βιβλιογραφία.....	118

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία διερευνά το φαινόμενο της θυματοποίησης και του σχολικού εκφοβισμού καθώς και τη συσχέτιση της κατάθλιψης με το φαινόμενο του εκφοβισμού σε μαθητές με ή χωρίς ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (ΕΕΑ). Αναφορικά με το ερευνητικό μέρος της εργασίας, αυτό μελετά την επικράτηση του εκφοβισμού και της κατάθλιψης σε δύο αστικές περιοχές (των Χανίων και της Λάρισας) και τη σύνδεση των τύπων εκφοβισμού με την ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε μαθητές δημοτικού με ή και χωρίς εκπαιδευτικές ανάγκες. Αναλυτικότερα, η χορήγηση των μέσων συλλογής δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε δημόσια δημοτικά σχολεία των Χανίων και της Λάρισας, όπου οι μαθητές συμπλήρωσαν δύο ερωτηματολόγια, το Ερωτηματολόγιο Βιωμάτων με τους Συνομηλίκους και την κλίμακα Children's Depression Inventory (CDI). Σχετικά με το δείγμα της έρευνας αυτό αποτελείται από 192 παιδιά δημοτικού εκ των οποίων τα 22 είναι παιδιά που λαμβάνουν πρόσθετη μαθησιακή στήριξη μέσα στο πλαίσιο μιας τυπικής τάξης ή σε ξεχωριστά τμήματα, τμήματα ένταξης (ΤΕ). Σχετικά με την τυπική τάξη, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι και στις δύο πόλεις δεν υπάρχουν μεγάλα ποσοστά θυματοποίησης στο σύνολο. Ωστόσο, στη μεταβλητή "θύματα" υπερτερούσαν τα αγόρια. Ο δείκτης της κατάθλιψης, επίσης, δεν αναδείχθηκε ως υψηλός. Τα αγόρια εμφάνισαν μεγαλύτερο δείκτη κατάθλιψης στο σύνολο και τα κορίτσια υψηλότερο δείκτη κατάθλιψης ως θύματα/θύτες. Σχετικά με τα τμήματα ένταξης αυτά παρουσίασαν αυξημένες τιμές στις μεταβλητές της κατάθλιψης και του εκφοβισμού συγκριτικά με τα τυπικά τμήματα, χωρίς αυτές οι τιμές να είναι στατιστικά σημαντικές όσο αφορά τη διάσταση του εκφοβισμού. Μεταξύ των τμημάτων ένταξης οι τιμές της κατάθλιψης στους μαθητές των δύο φίλων ήταν υψηλότερες από τις αντίστοιχες της θυματοποίησης. Κλείνοντας, είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι το μικρό δείγμα των παιδιών δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων της εν λόγω έρευνας.

**Λέξεις-Κλειδιά :** θυματοποίηση, σχολικός εκφοβισμό, κατάθλιψη, μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες μαθητές χωρίς ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εν λόγω πτυχιακή εργασία μελετά τη σχέση της θυματοποίησης και της εμπλοκής των παιδιών στον σχολικό εκφοβισμό, καθώς και τη συσχέτιση της θυματοποίησης με την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε παιδιά δημοτικού που ανήκουν τόσο σε τυπικά τμήματα (ΤΤ) όσο και σε τμήματα ένταξης (ΕΑ). Τα δύο πρώτα τμήματα της εργασίας αποτελούν το θεωρητικό μέρος, όπου αναλύονται οι έννοιες της θυματοποίησης και των καταθλιπτικών συνδρόμων σε παιδιά και εφήβους και τέλος διερευνάται η σύνδεση της κατάθλιψης με τη θυματοποίηση. Το τρίτο και τελευταίο μέρος αποτελείται από το ερευνητικό μέρος.

Αναλυτικότερα, στη θεματική του **πρώτου κεφαλαίου** συγκαταλέγεται η εκδήλωση του καταθλιπτικού συμπτώματος σε παιδιά και εφήβους και η διαφοροποίησή της από το αίσθημα της μελαγχολίας. Αρχικά, προσπαθείτε να γίνει μια σύντομη ιστορική αναδρομή του όρου της κατάθλιψης. Στη συνέχεια επιχειρείται η προσέγγιση του όρου << κατάθλιψη >>, ο προσδιορισμός των μορφών του καταθλιπτικού συναισθήματος που εκδηλώνονται στα παιδιά και τους εφήβους, το είδος των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και η διαφοροποίηση αυτών από την συμπτωματολογία της κατάθλιψης των ενηλίκων. Ακόμη, γίνεται αναφορά στην αιτιολογία της εμφάνισης της συγκεκριμένης μορφής της διαταραχής και στις επιπτώσεις αυτής. Στο τέλος του κεφαλαίου γίνεται λόγος για την κατάθλιψη των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (ΕΕΑ).

Στο **δεύτερο κεφάλαιο** γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης του όρου του σχολικού εκφοβισμού. Αρχικά, γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή του όρου του σχολικού εκφοβισμού και στη συνέχεια παρατίθενται διάφοροι ορισμοί που κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί στη προσπάθεια να πλαισιώσουν το φαινόμενο αυτό. Εν συνεχεία, δίνεται έμφαση στα χαρακτηριστικά του εκείνα του εκφοβισμού, τα οποία τον διαφοροποιούν από τις άλλες μορφές βίας και επιθετικότητας. Γίνεται αναφορά στους διάφορους τύπους εκφοβισμού που μπορούν να λάβουν μορφή και υποτυπώνεται το προφίλ των παιδιών που συμμετέχουν στο φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού ( θύτες, θύματα, θύτες/θύματα). Επιπλέον, γνωστοποιούνται οι αιτιολογικοί παράγοντες που ενδέχεται να συντελέσουν στην εκδήλωση και την εξάπλωση του φαινομένου αυτού και τέλος επισημαίνονται οι επιπτώσεις της θυματοποίησης στις διάφορες πτυχές της ζωής των παιδιών ( ψυχική κατάσταση, κοινωνική

ζωή, ακαδημαϊκή πορεία).. Επιπροσθέτως, γίνεται αναφορά στη θυματοποίηση των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ( ΕΕΑ), για τον σχολικό εκφοβισμό στον ελλαδικό χώρο και τέλος αναπτύσσεται η σύνδεση της κατάθλιψης με το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού σε παιδιά με ή χωρίς εκπαιδευτικές ανάγκες .

Στο **τρίτο** και τελευταίο **κεφάλαιο** και συγκεκριμένα στο πρώτο μέρος αυτού παρουσιάζονται τα μεθοδολογικά εργαλεία του ερευνητικού μέρους. Πιο αναλυτικά, επισημαίνονται οι στόχοι και οι υποθέσεις της έρευνας, το δείγμα, τα μέσα συλλογής δεδομένων και η διαδικασία χορήγησης των μέσων της έρευνας. Στο δεύτερο μέρος του τρίτου κεφαλαίου η προσοχή επικεντρώνεται στα αποτελέσματα της έρευνας και προτάσσεται συζήτηση σχετικά με αυτά. Ολοκληρώνοντας, παρουσιάζονται εν συντομία κάποιοι τρόποι παρέμβασης, για τη πρόληψη και τη μείωση του εκφοβισμού στα σχολεία και παρατίθενται διάφορες μορφές θεραπειών που μπορούν αν φανούν αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης των παιδιών

Η συγκεκριμένη εργασία διεκπεραιώνεται με τους περιορισμούς της έρευνας, την παράθεση της βιβλιογραφίας και το παράρτημα, όπου και παρατίθενται οι δύο κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν για τη πραγματοποίηση της έρευνας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### Θεωρητική μελέτη του θέματος

#### « Κατάθλιψη »

##### 1.Σύντομος ορισμός της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη ως ψυχοκοινωνικό φαινόμενο

Η κατάθλιψη αποτελεί μια από τις πιο κοινές μορφές ψυχοπαθολογίας παγκοσμίως και θεωρείται ένα σύγχρονο ψυχοκοινωνικό φαινόμενο, καθώς οι προσωπικές εμπειρίες και ικανότητες του αναπτυσσόμενου παιδιού αλληλοεπιδρούν με τις κοινωνικές συνθήκες (Stark, 1999. Koscijew, 2012. Frost & McClean, 2014). Η εκδήλωση της κατάθλιψης στα παιδιά θεωρείται ιδιαίτερα περίπλοκη και δύσκολη στο να ανιχνευθεί. Ερευνητικά δεδομένα έχουν υποστηρίξει ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι σχετικά σπάνιες κατά την παιδική ηλικία, ωστόσο, τα ποσοστά της αυξάνονται σημαντικά κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Οι καταθλιπτικές διαταραχές μπορεί να είναι επαναλαμβανόμενες, χρόνιες και συσχετίζονται συνήθως με σημαντικά προβλήματα (Reynolds & Johnston, 1994).

Η κατάθλιψη αποτελεί μια διαταραχή εσωτερίκευσης, όπως ακριβώς και οι αγχώδεις διαταραχές και πρόκειται για μια συναισθηματική κατάσταση κατά την οποία το άτομο βιώνει παρατεταμένα αισθήματα μελαγχολίας, θλίψης και δυσφορίας απέναντι σε ένα ισχυρό στρεσογόνο ή τραυματικό γεγονός (Frommer, 1968. Garber & Rao, 2014. Graham, 1974 Pearce, 1974, 1977. Weinberg et al., 1973). Πιο αναλυτικά, όταν αναφερόμαστε στον όρο κατάθλιψη, με την έννοια της διαταραχής, μιλούμε για παρατεταμένα συναισθήματα θλίψης ή μελαγχολίας, τα οποία συνυπάρχουν με αισθήματα ψυχικής καταπόνησης (distress), αδυναμίας συγκέντρωσης, απώλεια συναισθηματικής αντιδραστικότητας, μειωμένης όρεξης για φαγητό, ύπνο, διασκέδαση και ευερεθιστότητα. Επακόλουθο αυτών είναι το άτομο να καθίσταται μη λειτουργικό απέναντι στις απαιτήσεις της καθημερινότητάς του (Γρηγοριάδου, 1997. Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010. Σικλαφίδου, Ζελενή & Λειβαδίτης, 2006).



## 1.2 Διάκριση μεταξύ φυσιολογικής και παθολογικής κατάστασης

Ένα από τα πιο σοβαρά και κρίσιμα ζητήματα στο χώρο της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής είναι το πώς προσεγγίζεται η ψυχική λειτουργία ή δυσλειτουργία, με άλλα λόγια το τι ορίζεται ως φυσιολογικό και παθολογικό, πώς αυτό ενσωματώνεται σε μια συμπεριφορά και πώς εν τέλει πώς η συμπεριφορά αυτή ταξινομείται (Ninnis, 2016).

Η δυσκολία ορισμού του παθολογικού και η διαφοροποίηση του με αυτό που θεωρείται φυσιολογικό δε σημαίνει ότι παραγκωνίζεται η σημαντικότητα της ύπαρξης μιας διαταραχής. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου το παιδί και ο έφηβος ενδέχεται να εμφανίσει μια διαταραχή είτε νοητική είτε ψυχική (Κοντοπούλου, 2007). Το ζήτημα σε κάθε περίπτωση είναι η προσέγγιση και κατανόηση των διαταραχών στο πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας του παιδιού και του πλαισίου, καθώς επίσης και η μη ψυχιατρικοποίηση, η οποία μας στερεί από μια ολιστική κατανόηση της ατομικής διαταραχής, η οποία εντάσσεται μέσα στα συστήματα των σχέσεων (relational dynamic system models).

Διαφορετικές κοινωνικά πολιτισμικά πλαίσια προσεγγίζουν διαφορετικά το φυσιολογικό και το παθολογικό. Σύμφωνα με τον Kleemann (1980) τα συναισθήματα που βιώνουμε είναι πανανθρώπινα. Η διαφοροποίηση μεταξύ των διαφορετικών πολιτισμών και κοινωνιών έγκειται στον τρόπο που η κάθε κοινωνία προσεγγίζει το συναίσθημα ή τη ψυχική δυσλειτουργία. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών, όσο και οι ψυχολογικές θεωρίες προκύπτουν κυρίως από έρευνες των δυτικών πολιτισμών (Πολεμικός, Καϊλα & Καλαβάσης, 2011).

Οι διαχωριστές γραμμές μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού είναι πολύ λεπτές και ορίζεται μέσα σε συγκεκριμένες κοινωνικές, πολιτικοοικονομικές και πολιτιστικές συνιστώσες. Μπορούμε να αντιληφθούμε ότι αυτό που ορίζεται ως αποκλίνον ή φυσιολογικό έχει οριστεί από την κοινωνία, στην οποία το υποκείμενο επιβιώνει. Το τι ορίζεται ως παθητικό ή ως αποκλίνον επίσης ίσως είναι ένας τρόπος αποκλεισμού όσων ατόμων πρέπει να ελεγχθούν, εφόσον ο πληθυσμός και το άτομο, σύμφωνα με τον Foucault (1997), μετατρέπεται σε πολιτικό και οικονομικό πρόβλημα. Στο σημείο αυτό θα μπορούσαμε να αναφερθούμε σε ένα συνηθισμένο ζήτημα που διαρθρώνει ο Foucault στις φιλοσοφικές

βάσεις της ψυχιατρικής και της ψυχολογίας, «το πρόβλημα της υποκειμενικότητας». Το πρόβλημα της υποκειμενικότητας δείχνει την αδυναμία διαχωρισμού της ψυχιατρικής γνώσης από τις λειτουργικές πρακτικές της και τις επιπτώσεις που αυτός επιφέρει στο μετασχηματισμό των μορφών ύπαρξης και των υποκειμένων (Ninnis, 2016).

### 1.3 Ιστορική αναδρομή της κατάθλιψης

Ο όρος κατάθλιψη συνιστά στις μέρες μας μια από τις πιο διαδεδομένες διαταραχές της διάθεσης. Η κατάθλιψη ως έννοια υπήρχε ήδη από την αρχαιότητα και ακολούθησε μια μακρά πορεία, ως ότου αυτή να διαδοθεί και να γίνει προσιτή στο ευρύ κοινό. Σύμφωνα με τους Σικλαφίδου, Ζελενή και Λειβαδίτης (2006), η ετυμολογία του όρου προήλθε από τη λατινική λέξη *de primere*, δηλαδή, πιέζω προς τα κάτω. Ο όρος αυτός χρησιμοποιήθηκε στην αστρονομία και στην αρχιτεκτονική και αργότερα έλαβε μια πιο ποιητική χρήση στην ηθική και στην θεολογία.

Κατά τη περίοδο της αρχαιότητας, ο Ιπποκράτης το 400 π.Χ. ( 4<sup>ο</sup> με 5<sup>ο</sup> αιώνας) χρησιμοποίησε τον όρο *μελαγχολία* ως απόπειρα να εξηγήσει το καταθλιπτικό συναίσθημα. Η μελαγχολία αποτελούσε συνέπεια της περίσσειας μαύρης χολής και συνδέονταν με συμπτώματα ατολμίας, μειωμένης διάθεσης για φαγητό και ύπνο. (Καραπέτσας Α.Β. και Ζυγούρης Ν. Χ., 2006. Σικλαφίδου, Ζελενή & Λειβαδίτης, 2006.).

Κατά την εποχή του Μεσαίωνα ( 5<sup>ο</sup> με 15<sup>ο</sup> αιώνας μ.Χ.) , η μελαγχολία θεωρήθηκε τιμωρία των θεών για όσους δε μπορούσαν να ελέγξουν τα πάθη τους, οι πάσχοντες θεωρούνταν άπιστοι και περιθωριοποιούνταν. Κυριαρχούσαν μυστικές και θεολογικές ιδέες που προσπαθούσαν να εξηγήσουν την υπόσταση της ψυχής, η οποία θεωρούνταν θεόσταλη. Η αποδιοργάνωση της ψυχής συσχετίστηκε με το λάθος και την τύχη και εμφανίζονταν, όταν το άτομο απομακρύνονταν από αυτό που θεωρούνταν ηθικό (HiCow, 2011. López-Muñoz, Rubio, Molina, García-García, Álamo, 2009).

Τον 14<sup>ο</sup> με 15<sup>ο</sup> αιώνα, κατά την αναγεννησιακή περίοδο, η κατάθλιψη θεωρήθηκε συνώνυμο της δημιουργίας, της μεγαλοφυίας και της δημιουργικότητας, λαμβάνοντας έτσι μια ρομαντική διάσταση (HiCow, 2011).

Ο όρος μελαγχολία ήταν ευρέως αποδεκτός στην Ευρώπη μέχρι τον 17<sup>ο</sup> αιώνα και σταδιακά άρχισε να παίρνει τη θέση του ο όρος κατάθλιψη (*depression*). Την περίοδο εκείνη,

(17<sup>ος</sup> με 19<sup>ος</sup> αιώνας) κατά την οποία η ψυχολογία αποτέλεσε ανεξάρτητη πειραματική επιστήμη, γίνονταν προσπάθειες μέσω πειραμάτων, να εξετάσουν τη λειτουργία και τη δομή του εγκεφάλου, καθώς ο ψυχισμός συνιστούσε λειτουργία του εγκεφάλου και ότι ξέφευγε από αυτόν έπρεπε να τεθεί υπό έλεγχο (Δαφέρμος, 2011. HiCow, 2011).

Έπειτα, στις αρχές του 20 αιώνα, οι Freud και Abraham, υπό το πρίσμα του έντονου ενδιαφέροντος της ψυχιατρικής για τις νευρώσεις, χρησιμοποίησαν διάφορες ψυχαναλυτικές έννοιες, οι οποίες χρησιμοποιούνται μέχρι και στις μέρες, μας για να σκιαγραφήσουν την κατάθλιψη και τα αίτια αυτής (HiCow, 2011. Καζολέα- Ταβουλάρη, 2001). Τη περίοδο που γεννήθηκαν οι νευρώσεις κυριαρχούσαν συγκρούσεις και αντιθέσεις τόσο εσωτερικές (συνειδητές – ασυνείδητες) όσο και εξωτερικές (κοινωνικές συγκρούσεις). Αναλυτικότερα, ο ψυχισμός από τη μια, συμφωνά με τον Φρόιντ, προσπαθούσε να εναρμονιστεί μέσα από την προσπάθεια του Εγώ να ‘‘συμφιλιωθεί’’ ή να συμβιβαστεί μέσα από τις συγκρούσεις που ενυπήρχαν μεταξύ των ασυνείδητων ενστίκτων, των ενορμήσεων και των κοινωνικών επιταγών, από την άλλη η πάλη των τάξεων (σύμφωνα με τη θεωρία του Μαρξ), δημιουργούσε συγκρούσεις και κοινωνικές ανισότητες, επηρεάζοντας και την ψυχοσύνθεση των υποκειμένων.

Επομένως, αυτό που ορίζεται ως ψυχική διαταραχή, όπως για παράδειγμα η κατάθλιψη, καθιερώθηκε, εφόσον έγινε αποδεκτή η εσωτερική οργάνωση της ψυχικής υπόστασης των ατόμων και άρα αυτή αποτελεί λογικό απότοκο της ίδιας ύπαρξης των υποκειμένων (Ehrenberg, 2013).

#### **1.4 Ιστορικό ταξινόμησης της κατάθλιψης και εννοιολογικές προσεγγίσεις της κατάθλιψης**

Η κατάθλιψη των παιδιών για αρκετό καιρό αποτέλεσε πεδίο αμφισβήτησης. Ακόμη, και σήμερα ερευνητές στο χώρο της παιδοψυχολογίας και της παιδοψυχιατρικής ισχυρίζονται ότι τα παιδιά δεν εμφανίζουν κατάθλιψη. Η μελέτη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά και στους εφήβους αναπτύσσεται συνεχώς όλο και πιο πολύ.

Από τη δεκαετία του 1980 και μετά το ενδιαφέρον για τη μελέτη της κατάθλιψης αυξήθηκε σημαντικά, ωστόσο, υπάρχουν πολλά ερωτήματα προς εξέταση όσο αναφορά τη συσχέτιση αυτής και των συμπτωμάτων της με το αναπτυξιακό στάδιο των παιδιών και των

εφήβων. Μολονότι, τα παιδιά ακολουθούν μια κανονική εξελικτική πορεία, μπορεί αυτή να διαφοροποιείται στο κάθε παιδί. Η διαφοροποίηση αυτή μπορεί να συσχετίζεται με την ιδιαιτερότητα των χαρακτηριστικών που το κάθε παιδί διαθέτει ανάλογα με το εξελικτικό στάδιο στο οποίο βρίσκεται, όπως επίσης και με το άμεσο περιβάλλον του παιδιού (Κοντοπούλου, 2007. Μουλλά, 2007. Σιαπάτη- Τελιούση, 2007).

Αρκετοί μελετητές που ασχολήθηκαν με την αναδίφηση του εννοιολογικού προσδιορισμού της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους στο παρελθόν και εξέφρασαν διαφορετικές γνώμες για αυτόν.

Σύμφωνα με τον Spitz (1946) και Wolf (1946) το βρέφος εμφανίζει ένα είδος κατάθλιψης επονομαζόμενο ως ανακλητική κατάθλιψη και παρουσιάζεται εξαιτίας του αποχωρισμού του από τη μητέρα του. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, το βρέφος εξαιτίας του αποχωρισμού του από τη μητέρα, στην προσπάθειά του να αντιδράσει, εμφανίζει κάποιες διαταραχές κατά τη φυσιολογική του ανάπτυξη.

Επίσης, ο Spitz, (1946) χρησιμοποίησε τον όρο «ιδρυματισμός» (hospitalism), για να προσεγγίσει την χρόνια συναισθηματική στέρηση που βιώνουν τα παιδιά που διαμένουν σε ιδρύματα. Η κλινική εικόνα των παιδιών αυτών περιλαμβάνει διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του πεπτικού ή ακόμη και δερματικές παθήσεις. Ακόμη, τα παιδιά ελλοχεύουν τον κίνδυνο να εκδηλώσουν και άλλα συμπτώματα, όπως είναι η επιθυμία για απόσυρση, η μειωμένη όρεξη για φαγητό και ύπνο, ευαισθησία σε κρυολογήματα και λοιμώξεις, μειωμένη εκφραστικότητα, και ψυχοκινητική καθυστέρηση (Lyman & Kigin, 1994).

Έρευνες του Tronick σε βρέφη από 2 ως 20 εβδομάδων υποστήριξαν την εκδήλωση συμπτωμάτων παρόμοιων με αυτών της κατάθλιψης. Η μειωμένη συναισθηματική επαφή των βρεφών με τις μητέρες τους, ακόμη και για διάστημα λίγων λεπτών προκαλεί σε αυτά διάφορες συναισθηματικές καταστάσεις όπως μελαγχολία, δυσφορία, ανησυχία και απόσυρση (Johnson, Hayes, Tiffany, Field, Schneiderman & McCabe, 2009).

Εν αντιθέσει, η κλασσική ψυχαναλυτική θεωρία και άλλες ψυχαναλυτικές θεωρίες υποστήριξαν ότι τα παιδιά δεν γίνεται να εμφανίζουν κλινική κατάθλιψη, δεδομένου ότι το υπερεγώ τους δεν έχει ακόμη διαμορφωθεί πλήρως και συνεπώς δε μπορούν να βιώσουν το αίσθημα της ενοχής, αλλά ούτε και να τρέψουν τα επιθετικά συναισθήματα προς τον εαυτό τους, προϋποθέσεις σημαντικές για την εκδήλωση της κατάθλιψης. (Sadler & Joffe, 1965. Wilmshurst, 2011). Ψυχαναλυτές όπως ο Sandler και Joffe (1965) υποστήριξαν την ύπαρξη της κατάθλιψης σε παιδιά, θεωρώντας ότι αυτή αποτελεί μια ψυχοδυναμική διαδικασία που

σχετίζεται με την έλλειψη ευμάρειας και ευχαρίστησης, που προκαλείται λόγω του βιώματος της απώλειας .

Άλλοι ερευνητές ισχυρίζονται ότι τα παιδιά αποτελούν «ανώριμες δομές προσωπικότητας» και άρα δεν είναι δυνατόν να βιώνουν καταθλιπτικά συμπτώματα, καθώς αυτά δε βιώνουν ακραίες μορφές στη διάθεση τους και επομένως ακραίες αλλαγές στα συναισθήματά τους. (Digdon & Gotlib, 1985)

Τη δεκαετία του 1960 κατά τους Carlson & Cantwell (1980) ( όπως αναφέρεται στο Wilmshurst, 2011) ήρθε στην επιφάνεια η θεωρία της «συγκεκαλυμμένης κατάθλιψης». Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, τα παιδιά και οι έφηβοι εμφανίζουν κατάθλιψη, εκδηλώνοντας συμπεριφορές όπως είναι η παραβατικότητα, σκηνές εκδραμάτισης, τάση να ψεύδονται κ.α. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα γίνονται λιγότερα εμφανή, συγκριτικά με άλλα συμπτώματα της διαταραχής.

Αργότερα, κατά τη δεκαετία του 1980 καθιερώθηκαν οι « σύνθετες διαταραχές». Βάσει αυτού, σύμφωνα με τους Rutter, Tizard, & Whitmore (1981) ( όπως αναφέρεται στο Wilmshurst, 2011) αναγνωρίστηκε η ύπαρξη διαφόρων χαρακτηριστικών διαταραχών στα παιδιά ( όπως η διαταραχή διαγωγής ή διαταραχή με χαρακτηριστικά νευρωτικού τύπου) και αποτέλεσε πρόσφορο έδαφος για την διερεύνηση της συννοσηρότητας των διαταραχών μεταξύ αυτών και της κατάθλιψης.

Κάποιες μελέτες που διερευνούν την παιδική κατάθλιψη εστιάζουν την προσοχή τους στη μεθόριος γραμμή μεταξύ άγχους και κατάθλιψης. Αυτό το όριο που χωρίζει την κατάθλιψη με το άγχος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην κατανόηση της παιδικής ψυχοπαθολογίας των παιδιών και εφήβων (Μουλλά, 2007).

Υποστηρίζεται ότι οι αγχώδεις διαταραχές , όπως ακριβώς και η κατάθλιψη εμφανίζουν συννοσηρότητα στα παιδιά και στους ενήλικες. Αυτό σημαίνει ότι όσα παιδιά εμφανίζουν κάποιο καταθλιπτικό σύνδρομο παρουσιάζουν αύξηση του αρνητικού συναισθήματος και μείωση του θετικού συναισθήματος. Αντιθέτως, παιδιά με αγχώδεις διαταραχές εκδηλώνουν αύξηση του αρνητικού συναισθήματος, δίχως όμως να παρουσιάζουν μείωση του αρνητικού συναισθήματος (Kring, Davison, Neale & Johson, 2010).

## 1.5 Ταξινομητικά, ερμηνευτικά μοντέλα της κατάθλιψης και κριτικά σχόλια

Η παιδική κατάθλιψη αναγνωρίστηκε επίσημα ως σημαντική ψυχική διαταραχή στα παιδιά το 1970. (at the National Institute of Mental Health Conference on Depression in Childhood). Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) και συγκεκριμένα το DSM-III (1980), η διάγνωση της παιδική και εφηβικής κατάθλιψης είναι παρόμοια με εκείνη των ενηλίκων. Με κάποιες πολύ μικρές προσποιήσεις εξίσου στο DSM – III –R (1987) και στο DSM – IV (1994) υπάρχουν εξίσου τα ίδια διαγνωστικά κριτήρια με αυτά που θεσπίστηκαν το 1980. (APA, 1994. Harrison, Fulkerson & Beebe, 1998. Mash & Barkley, 1987).

Στη πιο προτελευταία έκδοση του DSM, το DSM – IV- TR (2000), οι διαταραχές της διάθεσης ταξινομούνται ως δυο καταστάσεις την κατάθλιψη και τη μανία και αντίστοιχα οι διαταραχές ορίζονται ως μονοπολική κατάθλιψη και διπολική κατάθλιψη. Η ίδια έκδοση ορίζει ακόμη τρεις κατηγορίες καταθλιπτικών διαταραχών στα παιδιά και του εφήβους. Τη διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση, τη δυσθυμική διαταραχή και τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. (APA, 2000. Wilmshurst, 2011).

Σχετικά με τα προβλήματα που αφορούν την ψυχική υγεία των παιδιών υπάρχουν πολλές αντιδράσεις όσο αφορά την διάγνωση, την εγκυρότητα αυτής και τη θεραπευτική αγωγή. Ειδικότερα, οι Clark, Watson & Reynolds (1995) (όπως αναφέρεται στους Πολεμικός, Καϊλα & Καλαβάσης, 2011) υποστηρίζουν ότι η συννοσηρότητα που εμφανίζουν οι ψυχικές διαταραχές, η μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ των διάφορων μορφών της ίδιας κατάστασης που χαρακτηρίζεται ως παθολογική, ο μεγάλος αριθμός περιπτώσεων που χαρακτηρίζονται «μη προσδιοριζόμενων αλλιώς» και ο μεγάλος αριθμός συμπτωμάτων που δε συγκαταλέγονται σε καμία κατηγορία του DSM, οδηγούν στην αμφισβήτηση του κατηγορικού αυτού μοντέλου. Το μοντέλο αυτό έχει ως σκοπό την διάγνωση μιας κατάστασης και την ταξινόμηση μιας συμπεριφοράς, όπου το παθολογικό ορίζεται ως απόκλιση από το στατιστικό μέσο όρο, τις νόρμες και το ιδανικό.

Επίσης, όπως αναφέρει και ο Scheff (2009) δεν είναι τυχαίο ότι η κατηγοριοποίηση των ψυχιατρικών δυσλειτουργιών στο DSM μπορεί να επιβεβαιώνει τις ψυχιατρικές πρακτικές, αλλά όχι ωστόσο με εμπειρικά ευρήματα. Αυτά μάλιστα έρχονται σε ασυμφωνία

με την κατάταξη και την οργάνωση των ψυχικών δυσλειτουργιών και με τα ίδια τα συμπτώματα των ασθενών. Ακόμη, ερευνητές κοινωνικών επιστήμων ισχυρίζονται πως τα κριτήρια που ορίζει το DSM συμφωνούν περισσότερο με τις πολιτικές που εξυπηρετούν την ψυχιατρική και λιγότερο με τα συμπτώματα αυτά καθαυτά.

Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν διαφορετικές και αντικρουόμενες απόψεις για αυτό το θέμα. Κάποιοι τίθενται υπέρ του κατηγορικού μοντέλου- DSM, ότι οι ανθρώπινες συμπεριφορές και ο ψυχικός πόνος είναι ποιοτικά και ποσοτικά μετρήσιμοι και ότι αυτό που θεωρείται ως διαταραχή διαφοροποιείται από αυτό που ορίζεται ως φυσιολογικό. Άλλοι πάλι υποστηρίζουν ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις από άτομο σε άτομο στον τρόπο εκδήλωσης των συμπτωμάτων, στη σοβαρότητα αυτών και ότι είναι δύσκολο να βρεθεί ένας ορισμός που να περισυλλέγει όλο το εύρος των συμπεριφορών. Έτσι, θα μπορούσαμε να πούμε πως το φυσιολογικό και το παθολογικό δεν αποτελούν δύο διαφορετικές και διακριτές μεταξύ τους έννοιες, αλλά ένα συνεχές και συνεπώς να ορίσουμε ως δυσλειτουργία ή διαταραχή –με μια πιο εκτεταμένη έννοια - μια συμπεριφορά ή ένα συναίσθημα που καθιστά κάποιον μη λειτουργικό στη καθημερινότητά του και θέτει σε κίνδυνο τον ίδιο ή τους άλλους (Πολεμικός, Καΐλα & Καλαβάσης, 2011).

Όπως ήδη έχει αναφερθεί υπάρχουν πολλές αντικρουόμενες απόψεις όσα αφορά το DSM. Αρκετοί υποστηρίζουν ότι θα έπρεπε να υπάρχει ένα διαφορετικό εργαλείο για τη μέτρηση του ψυχικού πόνου, δεδομένου ότι οι παθήσεις της ψυχής δεν είναι πλήρως αποσαφηνισμένες από τους επιστήμονες. Αρκετοί επαγγελματίες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας εκφράζουν βαθύ προβληματισμό για τον τρόπο που μια ψυχική δυσλειτουργία ταξινομείται και κατηγοριοποιείται, αλλά και για τον αντίκτυπο έχει η ταξινόμηση αυτή στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Hearing Voices, 2013). Ενδεχομένως να απαιτείται μια πιο κριτική ματιά σχετικά με το πώς ταξινομείται ο ψυχικός πόνος, με το πώς κατηγοριοποιείται η ψυχική υπόσταση και συνεπώς οι ίδιες οι υποκειμενικότητες που πάσχουν

Επίσης, είναι αναγκαίο να λαμβάνονται υπόψη το κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο του υποκειμένου, οι υποκειμενικές διαφορές στην εκδήλωση ενός καταθλιπτικού συνδρόμου, όπως και διαφορές σχετιζόμενες με το φύλο και τη προδιάθεση. Επιπλέον, η εφηβική ηλικία, αποτελεί μια ιδιαίτερα ευαίσθητη περίοδο, όπου πολλές αλλαγές συντελούνται στον ψυχισμό και στη σωματική κατάσταση των εφήβων, ένας κρίσιμος παράγοντας προς αξιολόγηση, προτού οποιαδήποτε συμπεριφορά ταξινομηθεί.

## 1.6 Διάγνωση/Αξιολόγηση της καταθλιπτικής διαταραχής στα παιδιά και στους εφήβους

Η κατάθλιψη ως αλλαγή της συναισθηματικής κατάστασης και της διάθεσης συσχετίζεται με διάφορες φυσιολογικές, ψυχοκινητικές, συναισθηματικές, γνωστικές και σωματικές αλλαγές. Πιο ειδικά, κάποιες από αυτές τις αλλαγές που υφίσταται το άτομο κατά τη φάση αυτή είναι η απώλεια ενέργειας και βάρους και η μειωμένη όρεξη για διασκέδαση. Άλλα προβλήματα, επίσης, σχετιζόμενα με την φυσιολογική συμπεριφορά είναι η δυσκολία στη συγκέντρωση ή στην ανάκληση πληροφοριών, το έντονο άγχος, οι αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό και η μια αίσθηση απελπισίας για το μέλλον. Αυτού του είδους η διάθεση επηρεάζει τις γνωστικές, συναισθηματικές και σωματικές (ορμονικές) λειτουργίες του οργανισμού και συνθέτουν, θα μπορούσαμε να πούμε, την κλινική εικόνα ενός ατόμου με καταθλιπτική διάθεση (Cooper, Goswami & Sahakian, 2009).

Αξίζει να αναφέρουμε πως υπάρχουν ατομικές διαφορές στην εκδήλωση και στην εμφάνιση της κατάθλιψης, όπως το αναπτυξιακό στάδιο του κάθε παιδιού, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του, την ψυχοκοινωνική του κατάσταση και το άμεσο περιβάλλον μέσα στο οποίο το παιδί μεγαλώνει και συναναστρέφεται. Γιαυτό, θα είναι σκόπιμο αυτή να συσχετίζεται με όλους αυτούς τους παράγοντες.

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις ανακαλύπτονται στο παιδί συναισθήματα μελαγχολίας. Συνήθως παρατηρείται σε αυτά μια αίσθηση ευθύνης για αυτό που συμβαίνει και την πεποίθηση ότι αποτελούν βάρος. Η υπεραυπνία και η μειωμένη όρεξη αυξάνονται κατά τη διάρκεια της εφηβείας και οι αυτοκτονικές τάσεις αυξάνονται στη μέση φάση της εφηβείας και στο τέλος αυτής. Μεταξύ όμως των εφήβων και των παιδιών υπάρχουν εξίσου διαφορές στην εκδήλωση του καταθλιπτικού συναισθήματος (Golse & Messerschmitt, 1987).

Σύμφωνα μελέτες των Kashani, Rosenberg & Reid, 1989. Kovacs & Gatsonis, 1987. Kovacs et al., 2003. Mitchell, McCauley, Burke & Moss, 1988. Ryan et al., 1987. Weiss et al., 1992 (όπως αναφέρεται στους Abela & Hankin, 2008) ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι οι σωματικές ενοχλήσεις σε παιδιά νεαρής ηλικίας μειώνονται καθώς μεγαλώνουν. Μελέτη όμως των van der Veeka, Nobelb & Derkx (2012) έδειξε ότι οι σωματικές ενοχλήσεις μεσολαβούνται με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους.



Τα παιδιά που βρίσκονται στη προσχολική και νηπιακή φάση της ζωής τους, συνήθως εκφράζουν τα συναισθήματά τους με ένα μη λεκτικό τρόπο. Σπανίως δηλώνουν αισθήματα υποκειμενικής ανικανότητας και δυσφορίας και συνήθως μοιάζουν να έχουν μια μελαγχολική εμφάνιση και διάθεση (Clarson & Kashani, 1988. Ryanetal., 1987.).

Τα παιδιά της σχολικής ηλικίας αλλά και οι έφηβοι εκδηλώνουν συμπτώματα ίδια περίπου με αυτά των ενήλικων, ωστόσο είναι πιθανότερο να παρουσιάζουν ευερεθιστότητα, απάθεια, έλλειψη ενδιαφέροντος, να δείχνουν μη συνεργατικοί και εκδηλώνουν παράπονα σχετικά το σώμα τους και τη φυσική τους κατάσταση (Kashani, Holcomb & Orvaschel, 1987. Kashani, Rosenberg & Reid, 1989. Ryanetal., 1987). Είναι πιθανόν να εμφανίζουν μια τάση απόσυρσης και να απομακρύνονται από τους φίλους. Οι έφηβοι ενδέχεται ακόμη να κάνουν εκτεταμένη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών προκειμένου να αισθανθούν καλύτερα. Αρκετές μελέτες των Carlson & Kashani, 1988. Kovacs, Obrosky & Sherrill, 2003. Ryanetal., 1987. Weiss & Garber (2003) (όπως αναφέρονται στους Mash & Barkley, 2006) ισχυρίζονται ότι τα καταθλιπτικά παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν νευροπλαχνικά συμπτώματα, συγκριτικά με μικρότερα παιδιά που βιώνουν κατάθλιψη.

Το ενδιαφέρον για την κατάθλιψη των ενηλίκων οδήγησε στην κατασκευή ψυχομετρικών εργαλείων και ερωτηματολογίων αξιολόγησης της παιδικής και της εφηβικής κατάθλιψης. Οι πιο γνωστές κλίμακες μέτρησης που χρησιμοποιούνται είναι 1) η κλίμακα αυτό-αναφοράς της κατάθλιψης για τα παιδιά ( Depression Self- Rating Scale for Children – DSRS- Birlson, 1981- Birlson, Huston, Grey Buchannon & Wolf, 1987), 2) η κλίμακα κατάθλιψης για εφήβους του Reynolds ( Reynolds Adolescent Depression Scale -RADS- Reynolds, 1987, 1989β- Reynolds & Coats, 1986), 3) η κλίμακα για τα παιδιά του Reynolds ( Reynolds Child Depression Scale –RCDS- Reynolds, 1989α- Reynolds, Anderson & Bartell, 1985- Reynolds & Graves, 1989), 3) η κλίμακα παιδικής κατάθλιψης (Children’s Depression Scale CDS- Lang & Tisher & Lang, 1983), 4) η λίστα καταθλιπτικών επιθέτων για νέους ( Youth Depression Adjective Checklist – C-DACL- Sokoloff & Lubin, 1983), 5) η λίστα παιδικής συμπεριφοράς ( Child Behavior Checklist – CBCL- Achenbach, 1991α, 1991 β Achenbach & Endelbrock, 1983) ( Καΐλα –Καλαβάσης, 2011).

Σχετικά με την κλίμακα Achenbach χρησιμοποιείται από τους ειδικούς, με σκοπό την αξιολόγηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων του παιδιού. Εάν τα καταθλιπτικά συμπτώματα που ένα παιδί εκδηλώσει παρουσιάσουν ομοιογένεια μεταξύ τους, τότε αυτά ορίζονται ως σύνδρομο. Πιο αναλυτικά, τα σύνδρομα μπορούν να χωριστούν σε δύο

κατηγορίες αναλόγως της στάσης/ συμπεριφοράς που επιδεικνύει το παιδί. Αν ένα παιδί δείχνει να φοβάται ή τείνει να είναι ενοχικός και εκφράζει συναισθήματα ανικανότητας, τότε το σύνδρομο άγχους/ κατάθλιψης τον χαρακτηρίζει καλύτερα. Αν πάλι προτιμά να αποσύρεται και επιθυμεί συχνά να μένει μόνο του, τότε στην περίπτωση αυτή, τα συμπτώματα αυτά εμπίπτουν στο σύνδρομο απόσυρσης κατάθλιψης. Η κλίμακα Achenbach περιλαμβάνει πιθανά συμπτώματα και για τα δύο σύνδρομα. (Wilmshurst, 2011).

Ολοκληρώνοντας, οι γονείς οφείλουν να είναι σε επιφυλακή και να δείχνουν ιδιαίτερη σημασία στα σημάδια που ενοχοποιούν την κατάθλιψη, Τέτοια σημάδια είναι όταν το παιδί ή ο έφηβος εμφανίσει συχνά αισθήματα λύπης, κοινωνικής απομόνωσης, δυσκολίες στη συγκέντρωση, εάν νιώθει ενοχές και διαθέτει χαμηλή αυτό εκτίμηση, εάν εκφράζει συχνά παράπονα για πονοκεφάλους και στομαχόπονους, εάν παρουσιάζει αυξημένο θυμό, ευερεθιστότητα και εχθρότητα, εάν απέχει από σχολικές και προσωπικές συναντήσεις, εάν εκδηλώνει ιδέες αυτοκτονικότητας και τέλος εάν παρατηρείται σε αυτούς μεγάλη αλλαγή στις διατροφικές του προτιμήσεις και στον ύπνο (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2013). Η περίοδος της εφηβείας είναι μια κρίσιμη περίοδος, όπου το παιδί βιώνει έντονες αλλαγές στο σώμα του και στη διάθεσή του. Οι γονείς μέσα από τον διάλογο και την ανοιχτή επικοινωνία με τα παιδιά μπορούν να ανιχνεύσουν πολύ σημαντικά πράγματα για την ψυχοσύνθεση του παιδιού τους (Μπίμπου & Κιοσέογλου, 2001).

Τα προαναφερθέντα συμπτώματα δε συνάγουν κατ' αποκλειστικότητα ότι το παιδί πάσχει από κατάθλιψη, όταν όμως παρατηρούνται αρκετά από αυτά και δη για μεγάλο χρονικό διάστημα, κινούν υποψίες για την εκδήλωση κάποιου καταθλιπτικού συνδρόμου, το οποίο είτε μπορεί να υποθάλπει μια κατάσταση ή μπορεί να συννοσηρεί με άλλες διαταραχές πχ. διαταραχή αγωγής ή ΔΕΠΥ ή διαταραχή άγχους.

### **1.7 Συννοσηρότητα της Κατάθλιψης με άλλες διαταραχές**

Είναι αρκετά πιθανόν η κατάθλιψη να εμφανίζεται μαζί με άλλες διαταραχές. Η πιθανότητα αυτή μάλιστα είναι αυξημένη στα παιδιά συγκριτικά με τον ενήλικο πληθυσμό. (Cantwell, 1993). Αναφορικά, υπάρχει ένα ποσοστό 20-80%, σύμφωνα με το οποίο η κατάθλιψη να συνυπάρχει με κάποια άλλη διαταραχή εσωτερίκευσης ή και εξωτερίκευσης (Angold & Costello, 1993). Η συννοσηρότητα, σύμφωνα με τους Kovacs, Goldstone &

Gatsonis (1993) επηρεάζει τη διάρκεια των συμπτωμάτων, τη διάθεση για αυτοκτονική συμπεριφορά και ακόμη και την ίδια τη θεραπεία της κατάθλιψης.

Το 30 -75% των νέων με κατάθλιψη, αντιμετωπίζει και κάποια αγχώδη διαταραχή. (Kovacs, 1989). Σύμφωνα με τους Brady & Kendall, (1992) το άγχος και η κατάθλιψη συνδέονται μεταξύ τους, ωστόσο, όμως υπάρχουν και σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ τους, γεγονός πολύ σημαντικό για τη διάκριση μεταξύ αυτών. Η συννοσηρότητα των δύο αυτών διαταραχών ποικίλλει αναλόγως του είδους της διαταραχής, των συμπτωμάτων της και της διάρκειας αυτής. Η φοβία ενός ατόμου ή ενός παιδιού για μια κατάσταση ή ένα γεγονός ενδέχεται να τον οδηγήσει σε δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές ή σε μειωμένες κοινωνικές δραστηριότητες και στη συνέχεια αυτό να αποτελέσει έναν παράγοντα επικινδυνότητας για την ψυχοκοινωνική του κατάσταση.

Κάποιες αγχώδεις διαταραχές ενδέχεται να προκαλούν αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μέσω της επίδρασης κοινών περιβαλλοντικών καταστάσεων. Από βιολογικής σκοπιάς ένα άτομο μπορεί να εμφανίζει μια προδιάθεση για ευαλωτότητα και στις δύο διαταραχές (αναλόγως βέβαια των διαταραχών που αντιμετωπίζει), όπου διαφορετικοί μηχανισμοί εμπλέκονται κάθε φορά. Έτσι, επικαλυπτόμενα χαρακτηριστικά να υποβόσκουν διαφορετικές μεταξύ τους διαταραχές (Cummings, Caporino & Kendall, 2013).

Όσο αφορά τη συννοσηρότητα στα συμπτώματα των διάφορων διαταραχών, σύμφωνα με τους Kashani, Carlson et al (1987), οι έφηβοι με κατάθλιψη κατά 75% διαθέτουν κάποια αγχώδη διαταραχή και αντιμετωπίζουν προβλήματα πρόσληψης τροφής. Η μελέτη των Stice, Burton & Shaw (2005) διερεύνησε την συννοσηρότητα της κατάθλιψης με τη βουλιμία και τη κατάχρηση ουσιών. Η έρευνα τους αναφέρει ότι η κατάθλιψη μπορεί να αποτελέσει κρίσιμο παράγοντα για την εκδήλωση βουλιμικής παθολογίας, δεδομένου ότι άτομα με κατάθλιψη καταναλώνουν σημαντική ποσότητα τροφής, ώστε να ξεχαστούν από τα αρνητικά συναισθήματα που τους κάνουν να μελαγχολούν και μέσω του εμετού έπειτα βιώνουν ανακούφιση από το στρες, καθώς με τον τρόπο αυτό ξέρουν ότι δε θα αυξήσουν το βάρος τους ( Leon, Fulkerson, Perry & Early- Zald, 1995. Stice, Peresnell, Spangler, 2002).

Διαφορετικές έρευνες αναπτύσσουν ότι η βουλιμία ως διαταραχή προκαλεί αύξηση της κατάθλιψης, καθώς η κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων τροφής είναι δυνατόν να δημιουργήσει συναισθήματα ενοχής, ντροπής και έντονης δυσαρέσκειας ( Cameron, Killen & Taylor, 2000). Σχετικά με τη συννοσηρότητα της κατάθλιψης με τη βουλιμία, τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι στα κορίτσια η μια διαταραχή αποτελεί κίνδυνο για

την ανάπτυξη της άλλης. Σχετικά, για τη κατάχρηση ουσιών, όμως, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κατάθλιψη ενδέχεται να ενισχύσει κάποιο καταθλιπτικό σύνδρομο.

Αναφορικά με τη κατάχρηση ουσιών, στην ίδια μελέτη αναφέρονται έρευνες, οι οποίες συσχετίζουν την κατάθλιψη με τα την επιρρεπή χρήση ουσιών, καθώς αυτές προσδίνουν συναισθήματα ευφορίας. (Newcomb & Bentler, 1988). Παρόλα αυτά, σύμφωνα με τους Costa, Jessor & Turbin ( 1999) δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που να υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε χρήση ουσιών.

Η κατάθλιψη μπορεί επίσης να συνδέεται και με διαταραχές εξωτερίκευσης, όπως οι διαταραχές αγωγής και ΔΕΠΥ. Παιδιά με ΔΕΠΥ (κυρίως κατά την περίοδο της εφηβείας ) μπορεί να εκδηλώσουν Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή ( ΜΚΔ) κατά 20-50 %.

Συνήθως, οι καταθλιπτικές διαταραχές σε παιδιά με ΔΕΠΥ εμφανίζονται μετά την έναρξη αυτής και τα αίτια της ποικίλλουν. Περιβαλλοντικοί, ψυχοκοινωνικοί και βιολογικοί παράγοντες οφείλονται για τη συννοσηρότητα των διαταραχών αυτών. Είναι προφανές ότι η κατάθλιψη δυσχεραίνει τη κατάσταση και τη λειτουργικότητα των παιδιών με ΔΕΠΥ, επηρεάζει και δυσκολεύει την ανάπτυξη και τη δημιουργία σχέσεων. Μιλώντας τώρα για την έκφραση και την εκδήλωση των συμπτωμάτων, η ευερεθιστότητα και η ανηδονία αποτελούν συμπτώματα της διαταραχής παιδιών με ΔΕΠΥ, ωστόσο αποτελούν και τα βασικά συμπτώματα για τη διάγνωση της κατάθλιψης σε παιδιά, οπότε η διάκριση μεταξύ των δύο διαταραχών δεν είναι ιδιαίτερα εύκολη. Ωστόσο, αν παρατηρείται αυτοκτονικός ιδεασμός ή παρατεταμένα αρνητικά συναισθήματα στα παιδιά, τότε αυτό συνηγορεί στην συνύπαρξη κάποιου καταθλιπτικού συνδρόμου (Κούμουλα, 2012).

### **1.8 Διαφορές στην εκδήλωση της κατάθλιψης ανάλογα με το φύλο**

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (1994) η κατάθλιψη είναι σχεδόν η ίδια στα αγόρια και στα κορίτσια. Η βιβλιογραφία δεν έχει δείξει διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σχετικά με την εκδήλωση της προεφηβικής μονοπολικής κατάθλιψης. Όμως, πρόσφατες μελέτες έχουν καταδείξει αρκετές διαφορές στα ποσοστά της κατάθλιψης μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών.

Στο πλαίσιο ερευνητικών μελετών, σύμφωνα με μελέτες που είχαν ως κριτήριο τη διάγνωση της κατάθλιψης στα δύο φύλα, τα σκορ/ τιμές της μέσης κλίμακας βαθμολογίας

της κατάθλιψης ήταν μεγαλύτερα στα κορίτσια συγκριτικά με τα αγόρια κατά τη διάρκεια της εφηβείας, αλλά και μεγαλύτερα από τα κορίτσια κατά την περίοδο της προεφηβικής φάσης (Goodyer, 2001). Επίσης, παρατηρήθηκαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια, τόσο στην εφηβική ηλικία όσο και στην ενήλικη ζωή. Μάλιστα, ο επιπολασμός της διαταραχής της κατάθλιψης στα κορίτσια είναι διπλάσιος έναντι των αγοριών. Πάντως, η συχνότητα εμφάνισης και στα δύο φύλα δεν έδειξε εμφανίζεται πριν την ηλικία των 12 ετών (Cooper, Goswami, Sahakian, 2009. Galambos, Leadbeater & Barker, 2010. Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Μιλώντας για την εκδήλωση των συμπτωμάτων, αρκετές μελέτες έχουν υποστηρίξει διαφορετικά και αντικρουόμενα μεταξύ τους ευρήματα. Όπως αναφέρεται στους Mash, Russell & Barkley (2006) τα κορίτσια εκδηλώνουν καταθλιπτικά συμπτώματα σοβαρότερης μορφής, τα οποία είναι περισσότερο επίπονα. Άλλοι υποστηρίζουν ότι τα κορίτσια συγκριτικά με τα αγόρια εμφανίζουν ένα διαφορετικό μοτίβο συμπτωμάτων και αυτό οφείλεται στο διαφορετικό τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνονται και αντιδρούν τα δύο φύλα κατά την περίοδο της εφηβείας. Μελέτες φανερώνουν ότι μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών δεν εντοπίζονται διαφοροποιήσεις. Παρόλα αυτά, τα συμπτώματα μπορούν να διαφοροποιηθούν σε συνάρτηση με το αναπτυξιακό στάδιο του κάθε παιδιού (Anderson et al., Lewinsohn et al., 2003).

Ως προς τη συμπτωματολογία της κατάθλιψης, ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι η υπεραυπνία και η μείωση της όρεξης αυξάνεται κυρίως στα κορίτσια κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Σχετικά με τις αυτοκτονικές τάσεις έχει υποστηριχθεί ότι αυτές αυξάνονται στα κορίτσια κατά τη μέση φάση της εφηβικής ηλικίας, ενώ στα αγόρια στο τέλος αυτής (Abela & Hankin, 2008). Ακόμη, στη μέση φάση της εφηβείας τα κορίτσια εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης από τα αγόρια. Τα κορίτσια τείνουν, επίσης, να παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα άγχους και φόβου, ενώ τα αγόρια δείχνουν να έχουν μεγαλύτερες ανησυχίες και να τις εκφράζουν περισσότερο (Dwivedi & Harper, 2004).

Ενδιαφέρουσες μελέτες φανερώνουν πως η καταθλιπτική διαταραχή αυξάνεται κατά την εφηβεία και κυρίως προς το τέλος αυτής. Στη φάση αυτή μάλιστα εντοπίζονται και οι μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Στην έρευνα των Hankin, Abramson, Moffitt, Silva, McGee & Angell (1998) δε παρουσιάστηκαν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, όσο αφορά τη σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τα αποτελέσματα της έρευνας, όμως, παρουσίασαν ότι η έναρξη της κατάθλιψης ήταν πιο πιθανόν να ξεκινήσει μεταξύ

των ηλικιών 15 με 18 ετών. Μάλιστα, μεταξύ αυτών των ηλικιών παρατηρείται μεγαλύτερη ευπάθεια σε καταθλιπτικά σύνδρομα, λόγω των αυξημένων ποσοστών κατάθλιψης και των αυξημένων καταθλιπτικών κρουσμάτων που εμφάνισαν αυτές οι ηλικίες.

Η έρευνα του Hankin (2009) έδειξε ότι κατά τη μέση φάση της εφηβείας, τα ποσοστά της κατάθλιψης αυξάνονται δραματικά και παρατηρούνται και οι μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Η έρευνα για να διερευνήσει τη διαφορά μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών στην εκδήλωση της κατάθλιψης, εστίασε στις διαφορές μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών όσο αφορά την γνωστική ευπάθεια σε αλληλεπίδραση με το στρες κατά την πάροδο του χρόνου. Πιο αναλυτικά, τα πορίσματα της έρευνας δείξαν ότι κορίτσια παρουσιάζουν μεγαλύτερη γνωστική ευαισθησία και ότι αυτή είναι πιο ευπαθείς στο στρες μέχρι την ενηλικίωση. Η έρευνα προσπαθώντας να ανιχνεύσει ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς εμπλεκόμενους στις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σχετικά με την εκδήλωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, εστίασε στους γνωστικούς μηχανισμούς που αλληλοεπιδρούν συνδυαστικά με το άγχος. Αν και τα αποτελέσματα της έρευνας δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, τα κορίτσια φάνηκε να στοχάζονται περισσότερο, να έχουν έντονα καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα και να διαθέτουν αρνητικό γνωστικό μοντέλο σκέψης. Αντίθετα, τα αγόρια, φάνηκε να εκτίθεντο περισσότερο σε δυσλειτουργικές συμπεριφορές.

Παρόμοιες έρευνες δείξαν ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων όσο αναφορά και τη γνωστική ευαλωτότητα, με αυτή να είναι πιο αυξημένη στα κορίτσια. (Hankin, 2010. Rubenstein, Hamilton, Stange, Flynn, Abramson & Alloy, 2015).

Συμπερασματικά, η καταγραφή της έκφρασης της κατάθλιψης ανάμεσα στα δύο φύλα δεν είναι ιδιαίτερα εύκολη και τα ερευνητικά δεδομένα έρχονται σε αντίφαση μεταξύ τους, όσο αφορά την σοβαρότητα και τη διαφορετικότητα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Φαίνεται πως δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ως προς την κλινική εικόνα των δύο φύλων που πάσχουν από κατάθλιψη. Παρόλα αυτά, η βιβλιογραφία φαίνεται να συμφωνεί στο ότι η αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων παρατηρείται από τη μέση φάση της εφηβείας και αυξάνεται στο τέλος αυτής. Σημαντικό ρόλο σε αυτό διαδραματίζουν ο διαφορετικός τρόπος σκέψης και δράσης των δύο φύλων, αλλά και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε παιδιού.

Σημαντικές είναι, επίσης, οι ορμονικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη περίοδο της εφηβείας, η διαφορετική ανάπτυξη των κοριτσιών και ο τρόπος που αυτός επιδρά στη ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση (έμμηνος ρύση).

Οι κοινωνικές και οι πολιτισμικές πτυχές μέσα στην κοινωνία στην οποία ο/η έφηβος εντάσσεται είναι σημαντικός παράγοντας προς εξέταση, δεδομένου ότι η κάθε κοινωνία διαμορφώνει τους ρόλους που το κάθε φύλο υιοθετεί. Διαφορετικές κοινωνίες, ακόμη, ενστερνίζονται διαφορετικές αντιλήψεις περί κατάθλιψης. Η κάθε κοινωνία διαχειρίζεται τα συμπτώματα με διαφορετικό τρόπο, επηρεάζει συμπεριφορές για το πώς οι ειδικοί θα αξιολογήσουν τα συμπτώματα και συνεπώς για το πώς τα ίδια τα υποκείμενα θα περιγράψουν τα συμπτώματά τους (Choi, 2002. Okazaki, 2000).

### **1.9 Επιδημιολογία της κατάθλιψης σε παιδιά και σε εφήβους**

Οι περισσότερες μελέτες, όπως ήδη έχει αναφερθεί, συγκλίνουν στο ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης εμφανίζονται στο μέσο και στο τέλος της εφηβείας. Αρκετές έρευνες, επίσης, έχουν αποδείξει διαφορές στην εκδήλωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης λόγω πολιτιστικών, κοινωνικοοικονομικών ιδιαιτεροτήτων και διαφοροποιήσεων του φύλου.

Σύμφωνα με τους Garber & Kelly (2002) και Lewinsohn et al., (2000) (όπως αναφέρεται στους Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010), μελέτες έχουν δείξει ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να εκδηλώνονται και τέσσερα με οκτώ χρόνια μετά την αρχική διάγνωση.

Ερευνητικά αποτελέσματα έχουν φανερώσει ότι τα ποσοστά επικράτησης αυξάνονται στη εφηβεία σε σχέση με την παιδική ηλικία και ακόμη μεγαλύτερη αύξηση παρατηρείται στο τέλος της εφηβείας. Παιδιά που βρίσκονται στη σχολική ηλικιακή φάση (9-12 ετών) διαθέτουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη έναντι μικρότερων ηλικιακά παιδιών (Costello et al., 2003).

Η κατάθλιψη εμφανίζεται σε λιγότερο από 1 τοις εκατό στα παιδιά που βρίσκονται στη προσχολική ηλικία και 2 με 3 τοις εκατό σε παιδιά σχολική ηλικία (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Τα παιδιά ηλικίας 3 με 6 χρονών ενδέχεται να εμφανίσουν κάποιο καταθλιπτικό σύνδρομο, το οποίο όμως συνδέεται κυρίως με παραμέληση κακοποίηση (Kashani & Carlson, 1987), ενώ τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, σύμφωνα με τους Kashani, Ray & Carlson (1984) έχουν 0,9% πιθανότητες να εμφανίσουν Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ), αν και παλαιότερες μελέτες των ίδιων δεν κατέδειξαν παρόμοια ευρήματα.

Όσο αφορά τους εφήβους, τα ποσοστά κατάθλιψης είναι παρόμοια με αυτά των ενηλίκων, ενώ τα κορίτσια, κυρίως ηλικίας 13- 15 ετών διαθέτουν διπλάσια πιθανότητα να βιώσουν καταθλιπτικά συμπτώματα. (Speier, Sherak, Hirsch, Cantwell, 1995).

Ενδιαφέρουσες μελέτες υποστήριξαν ότι σε παιδιά που παρατηρήθηκαν εκπαιδευτικές δυσκολίες κατά τη σχολική τους επίδοση, τα ποσοστά εμφάνισης κάποιου καταθλιπτικού τύπου σύνδρομο ήταν μεγαλύτερα. Μεγαλύτερα, ακόμη, ποσοστά κατάθλιψης εμφανίστηκαν σε παιδιά που είχαν λάβει φροντίδα από υπηρεσίες ψυχικής υγείας. (Weinberg, Rutman, Sullivan, Penick & Dietz, 1973).

Τόσο τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών, όσο και τα ποσοστά επικράτησης συσχετίζονται με συγκεκριμένους μεθόδους, με συγκεκριμένα ψυχομετρικά εργαλεία και τεστ αξιολόγησης της κατάθλιψης και βασίζονται στις εκάστοτε αντιλήψεις των ερευνητών και της κοινότητας για το τι ορίζεται ως κατάθλιψη. Συνεπώς, διεγείρονται αρκετά ερωτήματα, όπως το κατά πόσα τα ποσοστά επικράτησης των ερευνών αυτών μπορούν εν τέλει να γενικευτούν.

Στην εποχή μας, η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης είναι αρκετά μεγάλη, δεδομένου ότι 1 στους 11 ενήλικες θα παρουσιάσει κάποιο καταθλιπτικό σύνδρομο καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Έρευνες δείχνουν πως άτομα με σωματικά νοσήματα διαθέτουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης (10% σε εξωτερικούς ασθενείς και έως 15% σε νοσηλεύομενους) Ακόμη, οι πιθανότητες εμφάνισης ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου υπολογίζεται στο 10–25% στις γυναίκες και σε 5–12% στους άνδρες. Παράλληλα η υποτροπιάζουσα κατάθλιψη κυμαίνεται σε ποσοστά 4–16% και 2–8%, αντιστοίχως (Γρηγοριάδου, 1999. Κιούλος & Μπεργιαννάκη, 2014).



## **1.10 Είδη Καταθλιπτικών Διαταραχών σε Παιδιά σε Εφήβους**

Η κατάθλιψη θεωρείται μια διαταραχή της διάθεσης, όπου εμφανίζει ένα εκτενές φάσμα στην εκδήλωση των συμπτωμάτων της με ποιοτικές διαφοροποιήσεις, κυρίως στα παιδιά και στους εφήβους.

Οι κυριότερες διαταραχές της διάθεσης χωρίζονται σε δύο κύριες κατηγορίες : στην κατάθλιψη και στη μανία ,σύμφωνα με το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών. Όταν μιλάμε με τον όρο κατάθλιψη αναφερόμαστε σε επίμονα αρνητικά συναισθήματα, ενώ με ο όρος μανία χρησιμοποιείται για να εκφράσει μια κατάσταση ευφορίας που χαρακτηρίζει τη ψυχική κατάσταση κάποιου. Χαρακτηρίζεται από υπερβολική αυτοπεποίθηση, έντονη ενεργητικότητα καθώς και διάσπαση προσοχής. Κατά τη φάση αυτή, το άτομο χαρακτηρίζεται από θετικά συναισθήματα, καθώς όμως η μανία αυξάνεται τότε το άτομο διακατέχεται από δυνατά αισθήματα έντονου ενθουσιασμού και μεγαλείου που δυσκολεύουν την καθημερινότητά του και τις σχέσεις του. (Lewis & Rudolph, 2014. Pinel, 2011). Συνεπώς, στη πρώτη κατάσταση το άτομο θεωρείται ότι βιώνει μια μονοπολική κατάθλιψη, ενώ όταν η κατάθλιψη εναλλάσσεται με τη μανία, τότε το φαινόμενο αυτό κατονομάζεται διπολική διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη. Αναλόγως και στα παιδιά ενδέχεται να υπάρχει ένα τέτοιο ευρύ φάσμα συναισθημάτων, όπου στο κάθε παιδί θα εκδηλώνεται διαφορετικά.

Τα καταθλιπτικά σύνδρομα θεωρούνται ότι αντιστοιχούν με τις σπουδαιότερες διαταραχές της ψυχικής δυσλειτουργίας των παιδιών και των εφήβων. Σύμφωνα με την καινούργια έκδοση του DSM 5 τα είδη των καταθλιπτικών διαταραχών είναι τρία. Η διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση, η δυσθυμική διαταραχή και η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (ΜΚΔ).

### **1.10.1 Διαταραχή Προσαρμογής με Καταθλιπτική Διάθεση**

Κάποιος χαρακτηρίζεται ότι πάσχει από διαταραχή προσαρμογής της διάθεσης, όταν έρθει αντιμέτωπος με ένα στρεσογόνο γεγονός ή πρόσωπο, όπου το άτομο αντιδρά σε αυτό, εντός τριών μηνών από την παρουσία αυτού. Η διάρκεια αυτής της καταθλιπτικής κατάστασης όπως χαρακτηρίζεται διαρκεί έως 6 μήνες. Εάν ωστόσο συνεχιστεί, τότε

ενδέχεται το παιδί ή ο έφηβος να χαρακτηρίζεται από κάποια άλλη διαταραχή καταθλιπτικού τύπου. Η Διαταραχή Προσαρμογής με Καταθλιπτική Διάθεση είναι ουσιαστικά μια φυσιολογική αντίδραση του ατόμου απέναντι σε δύσκολες καταστάσεις. Μερικές φορές μπορεί να συνδυάζεται και με συναισθηματικές αντιδράσεις όπως άγχος, σωματικές ενοχλήσεις, αλλαγές στη συμπεριφορά (Lewis & Rudolph, 2014. Wilmshurst, 2011).

### **1.10.2 Δυσθυμική Διαταραχή**

Σύμφωνα με το DSM –IV-TR από δυσθυμική διαταραχή μπορούν να χαρακτηριστούν όσα παιδιά και έφηβοι τουλάχιστον για ένα χρόνο εμφανίζουν ευερεθιστότητα για τουλάχιστον δύο μήνες. Κλινική μελέτη των Kashani, Allan, Beck, Bledsoe&Reid (1997) υποστήριξαν την ύπαρξη δυσθυμικής κατάθλιψης σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Οκτώ παιδιά βρέθηκαν ότι ανταποκρίνονταν στα κριτήρια του DSM για τη δυσθυμική διαταραχή.

Στην παιδική ηλικία ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της δυσθυμικής διαταραχής ορίζεται ως ο χωρισμός των γονέων και η γονική απώλεια. Κάποιες έρευνες έχουν δείξει ότι σε πληθυσμούς εφηβικής και παιδικής ηλικίας που έπασχαν από κατάθλιψη υποτροπίασαν μέσα σε 5 χρόνια, αλλά και 30-50% υποτροπής κατά την ενήλικη ζωή τους (Lewis & Rudolph, 2014. Wilmshurst, 2011).

### **1.10.3 Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ)**

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή προκύπτει εάν ένα άτομο περάσει ένα καταθλιπτικό επεισόδιο διάρκειας τουλάχιστον δύο εβδομάδων. Σύμφωνα με το DSM- IV-TR ένα παιδί θεωρείται ότι πάσχει από μείζων καταθλιπτική διαταραχή, εάν παρουσιάσει μια διάθεση ευερεθιστότητας σε συνδυασμό με τα εξής συμπτώματα : συχνές σκέψεις αυτοκτονίας, ενοχικότητα, αίσθηση ανικανότητας αδυναμία συγκέντρωσης και εστίασης της προσοχής ( γνωστικά/συναισθηματικά συμπτώματα), ατονία ή υπερδιέγερση, κούραση και αδράνεια (ψυχοκινητικά/συμπεριφορικά συμπτώματα), διαταραχές στην πρόληψη τροφής και διαταραχές ύπνου (νευροφυτικά/νευροβλαστικά συμπτώματα). Το DSM υποστηρίζει ότι θα πρέπει να εμφανίζονται σε ένα παιδί ή σε ένα έφηβο τουλάχιστον τέσσερα από τα επτά προαναφερθέντα συμπτώματα, τα οποία θα παρατηρούνται σχεδόν καθημερινά. ( Lewis & Rudolph, 2014. Wilmshurst, 2011).

## **1.11 Μοντέλα ερμηνείας και παράγοντες που συνδέονται με την ανάπτυξη της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους**

Υπάρχουν αρκετές θεωρίες, η κάθε μια από τις οποίες δίνουν μια διαφορετική εξήγηση για την εκδήλωση της κατάθλιψης. Το παιδί μεγαλώνει σε ένα σύστημα που μεταβάλλεται και αλλάζει συνεχώς, επομένως πολλοί παράγοντες μπορούν να συμβάλλουν στην εκδήλωση και στην ανάπτυξη της κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένων των δημογραφικών στοιχείων, της κληρονομικότητας, της γνωστικής ικανότητας του κάθε παιδιού, του οικογενειακού, του κοινωνικού και του σχολικού περιβάλλοντος του παιδιού, και των καθημερινών στρεσογόνων γεγονότων της καθημερινής ζωής. Οι παράγοντες αυτοί μοιάζουν να επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο την έναρξη και την φύση των καταθλιπτικών διαταραχών (Koplewicz & Klass, 1993. Koscijew, 2012. Mash, Russell&Barkley, 2010).

### **1.11.1 Γενετικοί παράγοντες**

Ένα παιδί ή και ένας έφηβος διαθέτει αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσει κάποιο καταθλιπτικό σύνδρομο, εάν υπάρχει στην οικογένεια ιστορικό κληρονομικότητας. Μάλιστα, εάν ένας από τους γονείς αντιμετωπίζει ήδη κάποιας διαταραχή της κατάθλιψης, τότε το παιδί έχει μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, ενώ εάν και οι δύο γονείς χαρακτηρίζονται ως καταθλιπτικοί, τότε ο κίνδυνος αυξάνεται (Lewis & Rodolph, 2014. Merikangasetal., 1988). Συγκεκριμένα, παιδιά καταθλιπτικών γονέων είναι τρεις φορές πιο πιθανό να εκδηλώσουν ένα Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο (ΜΚΔ), το ποσοστό μάλιστα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους κυμαίνεται από 15- 45%. Μελέτες που έχουν γίνει σε διδύμους και σε υιοθετημένα παιδιά έχουν αποδείξει ότι ο γενετικό παράγοντας είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην εκδήλωση των διαταραχών της διάθεσης, συμπεριλαμβανομένης και της κατάθλιψης (Birmaher et al., 1996. Frost & McClean, 2014).

Όμως και το περιβάλλον στο οποίο το παιδί ή ο έφηβος μεγαλώνει δε πρέπει να αγνοείται. Διάφορες έρευνες υποστηρίζουν ότι συγκεκριμένες περιβαλλοντικές συνιστώσες (πχ. στρες) απαιτούνται για την εκδήλωση των κληρονομήσιμων διαταραχών. Ένα παιδί με γενετική προδιάθεση σύμφωνα με τον Kendler, (1995) (όπως αναφέρεται στους Birmaher et al., 1996), είναι πιο ευπαθές σε δυσμενείς περιβαλλοντικές συνθήκες συγκριτικά με παιδιά με χαμηλή γενετική προδιάθεση. Ακόμη, μέσα σε δυσμενή και αγχώδη οικογενειακά περιβάλλοντα, τα νεογνά γονέων με Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή είναι πολύ πιθανό να εκδηλώσουν δυσθυμία (Birmaher et al., 1996. Frost & McClean, 2014).

### 1.11.2 Οικογενειακό Περιβάλλον και ευρύτερο περιβάλλον

Το οικογενειακό περιβάλλον, επίσης, είναι ένας σημαντικός παράγοντας επικινδυνότητας που μπορεί να αυξήσει την ευπάθεια κατάθλιψης των παιδιών και των εφήβων. Οι οικογενειακές συγκρούσεις, η κακή οικονομική κατάσταση, η απουσία ενός ή και των δύο γονέων, η κακοποίηση και η παραμέληση του παιδιού, το διαζύγιο, ο θάνατος ενός συγγενικού προσώπου ή ο θάνατος των γονέων μπορεί να τραυματίσουν την ευαίσθητη ψυχική διάθεση των παιδιών (Frost & McClean, 2014. Reynolds & Johnston, 1994).

Μελέτες έχουν δείξει ότι το οικογενειακό περιβάλλον, όταν αυτό συνίσταται από καταθλιπτικούς γονείς, χαρακτηρίζεται από διαμάχες και συγκρούσεις μέσα στο σπίτι και από έντονα προβλήματα επικοινωνίας. Η κακοποίηση είναι παρούσα και το περιβάλλον θεωρείται ότι είναι λιγότερο υποστηρικτικό για το παιδί/ έφηβο. Η μητρική κατάθλιψη, η απουσία κάποιου γονέα, η αντικοινωνικότητα των γονέων και άλλοι παράγοντες σχετιζόμενοι με το οικογενειακό περιβάλλον είναι ιδιαίτερα κρίσιμοι στην εμφάνιση Μείζων Καταθλιπτικής Διαταραχής (ΜΚΔ) και άλλων διαταραχών που είναι πιθανόν να συννοσηρούν με ΔΕΠΥ (Johnson, Cohen, Kasen, Smailes & Brook, 2001. Johnston & Mash, 2001. Pattersonetal., 2000. Pfiffner, McBurnett & Rathouz, 2001).

Το πώς ένα μη υποστηρικτικό περιβάλλον μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για την εκδήλωση ενός καταθλιπτικού τύπου συνδρόμου δεν είναι ακόμη σαφές. Ωστόσο, προς επίρρωση αυτού, έχουν υποτεθεί διάφοροι μηχανισμοί, μεταξύ των παιδιών και των γονιών, οι οποίοι μπορούν να συσχετιστούν με την μετέπειτα εκδήλωση της κατάθλιψης των παιδιών. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τους Garber & Hilsman (1992) (όπως αναφέρεται στους Birmaheretal., 1996) η πρόωμη διαταραγμένη αλληλεπίδραση μεταξύ της μητέρας και του παιδιού, είναι πιθανόν να δημιουργήσει στο παιδί άγχος, σημαντικός παράγοντας που μπορεί να αποτελέσει δυνητικά μια μορφή ευπάθειας για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επιπλέον, οι οικογενειακοί διαπληκτισμοί και οι καθημερινές συγκρούσεις αναμένεται να δημιουργήσουν έντονο στρες, το οποίο μπορεί να πυροδοτήσει μια μορφή κατάθλιψης μελλοντικά στα παιδιά. Συμπληρωματικά, οι γονείς δύναται να μη συμβουλεύουν τα παιδιά τους για το πώς να αντιμετωπίζουν τις στρεσογόνο καταστάσεις της ζωής και να αδιαφορούν όταν βλέπουν ότι αυτά αποφεύγουν δύσκολα και αγχώδες γεγονότα, με συνέπεια τα παιδιά να μη μπορούν να διαχειριστούν το άγχος τους, να εγκαταλείπουν κάθε προσπάθεια που τους δημιουργεί έντονο στρες και το άγχος χρονικά να συσσωρεύεται. Είναι πολύ πιθανόν, όμως, και τα ίδια παιδιά που εμφανίζουν κάποια καταθλιπτική διαταραχή να αναπαράγουν ή να προκαλούν τα ίδια διαμάχες και στρεσογόνο καταστάσεις

μέσα στο σπίτι, με αποτέλεσμα να αναδημιουργείται συνεχώς μια δυσλειτουργική κατάσταση για όλους (Lewis & Rodolph, 2014. Stark, 1990)

Η έκθεση των παιδιών σε βίαια οικογενειακά επεισόδια και η κακοποίηση των ίδιων των παιδιών συνδέεται συναισθηματικά και ψυχολογικά με διάφορες αγχώδεις διαταραχές, όπως το μετατραυματικό στρες και επίσης και με την κατάθλιψη. (Arditti, 2015).

Η κακοποίηση των παιδιών δεν είναι τυχαία, μπορεί να έχει οποιαδήποτε μορφή σωματική, συναισθηματική/ψυχολογική και διαπράττονται από τον γονέα ή τον φροντιστή του παιδιού. Η γελιοποίηση του παιδιού, η άσκηση συνεχούς κριτικής, η απόρριψη του, η μη έκφραση συναισθημάτων αγάπης ζεστασιάς και αποδοχής, η αγνόηση των αναγκών ( συναισθηματικών και μη) του παιδιού αποτελούν παραδείγματα συναισθηματικής κακοποίησης που αλλάζουν του παιδιού για τον εαυτό του και δυσχεραίνουν την ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές στρεσογόνο συνθήκες. Τα αίτια της κακοποίησης και της κακομεταχείρισης των παιδιών ποικίλλουν. Η οικονομική αβεβαιότητα, οι βίαιες καθημερινές καταστάσεις, η αποξένωση των μεγαλουπόλεων συνιστούν μερικά παραδείγματα της σύγχρονης κοινωνικής πραγματικότητας (Lewis & Rodolph, 2014. Πήττα & Σταύρου, 2015).

Ερευνητικά αποτελέσματα έχουν αποδείξει ότι η κακοποίηση συσχετίζεται συχνά με την εμφάνιση της κατάθλιψης. Μάλιστα, σύμφωνα με τους Brown et al., (1999) και Heneghan et al, (2013) (όπως αναφέρεται στους Πήττα & Σταύρου, 2015) παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση έχουν τριπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ) κατά τη διάρκεια της εφηβείας και μεγαλύτερες πιθανότητες επίσης να εκδηλώσουν κατάθλιψη στην μετέπειτα ενήλικη ζωή τους.

### **1.11.3 Στρεσογόνο γεγονός της καθημερινής ζωής**

Το καθημερινό στρες και ειδικά το χρόνιο στρες σε συνδυασμό με τις καθημερινές συναισθηματικές δυσκολίες έχει συνδεθεί με καταθλιπτικά συμπτώματα. Αναλυτικότερα, μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε καταθλιπτικούς ενήλικες, χρησιμοποιώντας διάφορες μεθοδολογικές τεχνικές, υποστήριξαν ότι το 60-70% αυτών είχαν βιώσει καθημερινά στρεσογόνο γεγονότα πριν την έναρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων της Μείζων Καταθλιπτικής Διαταραχής (ΜΚΔ). Στρεσογόνο γεγονότα είναι συγκεκριμένα γεγονότα, όπως το διαζύγιο, η απόρριψη των παιδιών από τους γονείς ή από τους συνομηλίκους τους, η κακή σχολική επίδοση στο σχολείο, μια ερωτική απογοήτευση, ο θάνατος ενός γνωστού προσώπου. Μάλιστα, μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες με μειωμένη γονική

φροντίδα, όπου είχαν βιώσει την απώλεια ενός γονέα παρουσίασαν μειωμένη αυτό-εκτίμηση και αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη. Η έκθεση, επίσης, ενός υποκειμένου σε ένα αυτοκτονικό επεισόδιο (ειδικά εάν έχει ιστορικό κατάθλιψης) τριπλασιάζει τον κίνδυνο για την εκδήλωση μια Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (ΜΚΔ). Σε αυτό βέβαια, συνεπικουρούν και άλλες συνιστώσες, όπως το είδος της σχέσης που είχε το θύμα με το θύτη. Μελέτες που έχουν γίνει σε παιδιά και σε εφήβους που διαγνώστηκαν ως καταθλιπτικοί βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και των στρεσογόνων γεγονότων της καθημερινής ζωής. (Birmaher et al., 1996. Frost & McClean, 2014. Schween & Saklofske, 1999. Wilmshurst, 2011).

Ο σύγχρονος καταναλωτικός τρόπος ζωής, ως ένα ευρύτερο πλαίσιο μέσα στο οποίο ζούμε και μας επηρεάζει, μας οδηγεί σε μια καθημερινότητα έντονου στρες. Ο ανταγωνισμός, ο ατομικισμός, τα υψηλά ποσοστά ανεργίας, η καθημερινή εκμετάλλευση, ο παραγκωνισμός των κοινωνικών προβλημάτων και η αναγωγή αυτών σε μια κατάσταση παθολογικοποίησης έχουν οδηγήσει σε μια κατάσταση ψυχολογικής αποσύνδεσης και κατάπτωσης, όπου επικρατούν συναισθήματα φόβου, άγχους όχι μόνο για το μέλλον, αλλά και για την καθημερινή επιβίωση. Συνακόλουθα αυτών είναι ένας ανορθολογικός τρόπος σκέψης και δράσης σε ζητήματα της καθημερινότητας. Οι άνθρωποι αποξενώνονται και βυθίζονται σε έναν υπαρξιακό κατακερματισμό που τους διχάζει. Οι έφηβοι αρχίζουν να προβληματίζονται για τα πράγματα γύρω τους, για τον κόσμο και αποκτούν συνείδηση των καταστάσεων. Η ανακάλυψη των κοινωνικών διαστάσεων, των κοινωνικών αλλαγών και των ανισοροπιών, η επιβίωση και η καθημερινή συναστροφή μέσα σε αυτή την κοινωνική παρακμή μας καταπιέζει, μας αποξενώνει και διαμορφώνει τη διάθεση και τον τρόπο σκέψης. Η κατάθλιψη ίσως να αποτελεί μια μορφή διαμαρτυρίας απέναντι σε αυτή την ασφυκτική κανονικότητα (Cappelliez & Flynn, 1993. Koscijew, 2012. Φασόλης, 2015)

#### **1.11.4 Αρνητικό γνωστικό μοντέλο σκέψης (negative cognitive style)**

Τα καταθλιπτικά άτομα εμφανίζουν ένα αρνητικό τρόπο σκέψης τόσο για τους εαυτούς τους και για τον κόσμο γύρω τους όσο και για το μέλλον τους, σύμφωνα με τη θεωρία του Beck. Αναλυτικότερα, παρουσιάζουν επιλεκτική προσοχή, εστιαζόμενοι κυρίως σε αρνητικά συμβάντα της καθημερινής ζωής, διαθέτουν αισθήματα αβοηθητότητας και απελπισίας (Sameroff, Lewis & Miller, 2000).

Οι αρνητικές αποδόσεις για τα καθημερινά συμβάντα και οι αρνητικές πεποιθήσεις έχουν συσχετιστεί με την επιτάχυνση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Άτομα που

διαθέτουν ένα αρνητικό γνωστικό μοντέλο σκέψης και έχουν εκτεθεί σε αρνητικά στρεσογόνα γεγονότα, διαθέτουν αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση κατάθλιψης. Σύμφωνα με το αρνητικό γνωστικό μοντέλο, τα άτομα παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, υψηλή τάση για αυτό-κριτικότητα και μειωμένη ικανότητα ελέγχου των αρνητικών σκέψεων (Ingram & Price, 2010. Wolfe & Mash, 2006)

Οι γνωστικές θεωρίες συνδέονται με τα μοντέλα διάθεσης στρες για να κατανοήσουν την κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, όσοι έρχονται αντιμέτωποι με στρεσογόνο γεγονός εκτιμούν το τόσο το ίδιο το στρες όσο και τις συνέπειες αυτού αρνητικά. Τα άτομα αυτά, συνεπώς, έχει αποδειχθεί ότι είναι πιθανότερο να θεωρηθούν καταθλιπτικά, συγκριτικά με άτομα που δε διαθέτουν παρόμοιες γνωστικές πεποιθήσεις με αυτούς. Διάφορες μελέτες έχουν αποδείξει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των αρνητικών γνωστικών πεποιθήσεων με την χαμηλή αυτοεκτίμηση, την μελαγχολική διάθεση, αλλά και το στρες. Ωστόσο, αποτελέσματα μελετών δεν έχουν αποδείξει ότι οι αρνητικές γνωστικές καταστάσεις συμβάλλουν στην πρόγνωση της κατάθλιψης. Στο σημείο αυτό μπορούμε να αναφερθούμε και στη θεωρία του Seligman, σύμφωνα με την οποία η χαμηλή αυτοεκτίμηση συνδέεται με αισθήματα αβοηθητότητας, τα υποκείμενα θεωρούν πως όταν ένα συμβάν είναι αρνητικό, τότε αυτό είναι και μη-ελέγξιμο τόσο για τους άλλους, όσο και για εκείνους (Masten, 2007. Schwa & Saklofske, 1999 ).

Υπάρχουν κάποιες έρευνες που υποστηρίζουν ότι το αρνητικό γνωστικό μοντέλο συμβάλλει στην έκφραση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και ειδικότερα σε βαριά κλινικά συμπτώματα. Ωστόσο, άλλες έρευνες δεν επιβεβαιώνουν κάτι τέτοιο. Ο τρόπος με τον οποίο το αρνητικό γνωστικό μοντέλο λειτουργεί στα παιδιά και στους εφήβους δεν είναι πλήρως κατανοητός, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία. Παρόλα αυτά, έρευνες δείχνουν ότι οι σημαντικοί άλλοι, η απόρριψη και άλλες μη ελέγξιμες στρεσογόνες καταστάσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της κατάθλιψης (Birmaher et al., 1996. Ingram, 2009. Masten, 2007).

### **1.11.5 Βιολογικοί παράγοντες**

Σύμφωνα με το βιολογικό μοντέλο, τα συναισθήματα που βιώνουμε καθημερινά ελέγχονται από συγκεκριμένα και εκτεταμένα νευρωνικά κυκλώματα του εγκεφάλου μας και συγκεκριμένα συσχετίζονται με περιφερικές αποκρίσεις του αυτόνομου, ενδοκρινικού και κινητικού συστήματος. Αναλυτικότερα, σπουδαίος είναι ο ρόλος της αμυγδαλής, του υποθαλάμου και του εγκεφαλικού στελέχους σε αυτές τις διεργασίες (Frost & McClean, 2014. Χατζάκη, 2007)

Σχετικά με την κατάθλιψη φαίνεται – βάσει των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που έχουν παρασκευαστεί γι' αυτή- ότι επικράτησε η θεωρία των μονοαμινών και των βιογενών αμινών για την εξήγηση του νευρωνικού της υποστρώματος. Σύμφωνα, λοιπόν, με τη θεωρία των μονοαμινών και των βιογενών αμινών φαίνεται πως η κατάθλιψη οφείλεται στην ένδεια των ορισμένων νευροδιαβιβαστών, όπως είναι η ντοπαμίνη, η σεροτονίνη, ακετυλοχολίνη και νοραδρεναλίνη. Όσο αφορά τη μανία, αυτή προκύπτει εξαιτίας της αυξημένης ενεργοποίησης αυτών των νευρώνων (Mash, Russell & Barkley, 2006. Χατζάκη, 2007).

Μια διαφορετική θεωρία, επιχειρώντας τη σύνδεση της βιολογικής θεωρίας με τις περιβαλλοντικές επιδράσεις, πρότεινε το μοντέλο προδιάθεσης- άγχους . Αναλυτικότερα, υποστηρίζει ότι τόσο οι γενετικοί όσο και οι τραυματικές εμπειρίες της ζωής ευαισθητοποιούν τα νευρωνικά συστήματα κατά τη παιδική ηλικία. Η παιδική ηλικία είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ανάπτυξη του εγκεφάλου. Τα τραυματικά, ακόμη, ερεθίσματα καθορίζουν την ευαλωτότητα στα αγχογόνα ερεθίσματα μελλοντικά. Τα αγχογόνα ερεθίσματα θεωρείται ότι προκαλούν μείωση των νέων νευρώνων στον ιππόκαμπο. Ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει πως οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν αύξηση της κορτιζόλης του ορού και του ελκτικού παράγοντα της κορτικοτροπίνης ( CRH), όπως επίσης και μειωμένες αντιδράσεις σε δοκιμασίες δεξαμεθαζίνης (DST). Ωστόσο, σε παιδιά δεν έχουν παρατηρηθεί παρόμοια ευρήματα. Συγκεκριμένα, οι διαφοροποιήσεις στην κορτιζόλη μεταξύ καταθλιπτικών και μη καταθλιπτικών παιδιών ήταν ελάχιστες. Κάποιοι βέβαια υποστηρίζουν ότι αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο εγκέφαλος στα παιδιά δεν είναι ακόμη πλήρως ανεπτυγμένος στις ηλικίες αυτές (Mash, Russell & Barkley, 2006. Χατζάκη, 2007)

### **1.12 Η κατάθλιψη σε παιδιά και ο στιγματισμός**

Οι ψυχικές δυσλειτουργίες στιγματίζονται εύκολα λόγω του δυτικού ορθολογισμού και φόβου για την τρέλα (Παναγιωτοπούλου, 2015). Αυτό που απέχει απ' ότι θεωρείται κοινωνικά ως 'φυσιολογικό' περιβάλλει και αυτό που ορίζεται ως ψυχική διαταραχή.

Ο όρος στίγμα αναφέρεται στο πάσχων σώμα-συστατικό της φθαρμένης ταυτότητας, στο στιγματισμένο υποκείμενο, το οποίο αδυνατεί να ανταποκριθεί στις κοινωνικές προσδοκίες και στα κανονιστικά πρότυπα. Τα πρότυπα αυτά συσχετίζονται με διάφορες κοινωνικές κατηγοριοποιήσεις, όπως η κοινωνική τάξη, το κοινωνικό φύλο, η κοινωνική συμπεριφορά. Η αδυναμία εκπλήρωσης αυτών των απαιτήσεων στο πλαίσιο των κοινωνικών συναντήσεων ισοδυναμεί με την αμφισβήτηση, την απόρριψη και την αλλοτρίωση του



υποκειμένου, με συνέπειες στη δημιουργία και στη διαμόρφωση της κοινωνικής του ταυτότητας (Goffman, 2001).

Μάλιστα, σύμφωνα με τον Travers (1994) ( όπως αναφέρεται στον Goffman, 2001) συγκροτείται μια ιδεολογική πλατφόρμα που αποσκοπεί στη δικαιολόγηση της κατωτερότητας των υποκειμένων που πάσχουν. Υπάρχουν τρία είδη στίγματος, αυτά που συσχετίζονται με την εξωτερική εμφάνιση, εκείνα που αφορούν τις εσωτερικές λειτουργίες του υποκειμένου και τέλος ο τρόπος με τον οποίο κάποιος χρησιμοποιεί το σώμα του και καταφέρνει να ελέγξει και να πειθαρχήσει αυτό και τα συναισθήματά του.

Γύρω από την έννοια του στιγματισμού και της περιθωριοποίησης διεγείρονται πολλά ερωτήματα, όπως το τι ορίζεται ως κοινωνικά αποδεκτό, πως προσδιορίζεται εννοιολογικά το αποκλίνον και τι συνιστά αυτό.

Η έρευνα των Martin, Pescosolido, Olafsdottir & Mcleod (2007) σχεδιάστηκε με σκοπό τη διερεύνηση των κοινωνικών αντιδράσεων απέναντι σε παιδιά με προβλήματα (ψυχικής) υγείας. Χρησιμοποίησαν ένα γενικό μοντέλο που να ανταποκρίνεται σε διάφορα σενάρια στιγματισμού, όπως είναι η ελλειμματική προσοχή, η υπερκινητικότητα (ADHD), η κατάθλιψη, το άσθμα και άλλα προβλήματα που μπορούν να προκύψουν μέσα στο φάσμα της αναπτυξιακής εξέλιξης ενός παιδιού. Τα ευρήματα των ερευνών έδειξαν ότι παιδιά με κατάθλιψη και υπερκινητικότητα στιγματίζονται πιο συχνά, ενώ μετά ακολουθούν παιδιά που εμπλέκονται σε καθημερινούς καυγάδες και παιδιά με σωματικές αναπηρίες. Ακόμη, όσα παιδιά χαρακτηρίζονταν από κάποια ψυχική διαταραχή θεωρούνταν πιο επικίνδυνα συγκριτικά με τα παιδιά που η κατάστασή τους οφείλονταν σε σωματική ασθένεια ή σε μια "φυσιολογική" κατάσταση. Τα αποτελέσματα της μελέτης υποστήριξαν, επίσης, ότι οι έφηβοι συγκριτικά με τα μικρότερα παιδιά τείνουν να στιγματίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό.

Μια άλλη μελέτη, αυτή των Coleman, Walker, Lee, Friesen & Squire (2009) υποστήριξε ότι ο στιγματισμός συσχετίζεται έντονα αναλογικά με τον τρόπο που τα παιδιά προσεγγίζουν τα αίτια των ψυχικών διαταραχών. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συγκεκριμένα, δείξαν πως η κατάθλιψη είναι σημαντικός προγνωστικός δείκτης επικύρωσης των πεποιθήσεων για τον στιγματισμό.

Παράλληλα, μια ενδεικτική έρευνα των Pescosolido, Perry, Martin, McLeod & Jensen (2007) υποστήριξε το στίγμα διεγείρει έντονους προβληματισμούς όσο αφορά την ορθή ή μη λήψη φαρμακευτικής αγωγής σε παιδιά με ψυχικές δυσλειτουργίες. Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες είναι επίσης οι κοινοτικές απαντήσεις για το πώς αντιλαμβάνονται το στίγμα και το πώς

πιστεύουν ότι αυτό επιδρά στα παιδιά. Τα ερωτήματα ( σε κοινοτικό επίπεδο) που εξέτασαν είναι κατά πόσο το στίγμα συνδέεται με τη λήψη ή μη υπηρεσιών ψυχικής φροντίδας, όπως επίσης και με την προθυμία χρήσης φαρμακευτικής αγωγής. Οι ερωτηθέντες στη πλειοψηφία υποστήριξαν ότι οι γιατροί υπερχορηγούν φάρμακα σε παιδιά για κοινά προβλήματα συμπεριφοράς (σε ποσοστό 86%) και ότι τα ψυχιατρικά φάρμακα επηρεάζουν την ανάπτυξη των παιδιών (68%). Ακόμη, το 47% των ερωτηθέντων υποστήριξε ότι το στίγμα επιδρά στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια της εφηβείας και ότι οι αρνητικές συνέπειες ενδέχεται να ενυπάρχουν μέχρι και την ενηλικίωση. Συνοπτικά, οι παραπάνω έρευνες αποδεικνύουν αφενός την ύπαρξη του στιγματισμού σε παιδιά με ιδιαιτερότητες ( κατάθλιψη, υπερκινητικότητα) και αφετέρου το ρόλο του στίγματος στην κοινωνική απόρριψη ενός παιδιού. .

Ακόμη, ο καθημερινός λόγος, ως φορέας μετάδοσης μηνυμάτων μεταδίδει νοήματα και αναπαράγει στερεότυπα που προσδίδουν ετικέτες και στιγματίζουν. Ετικέτες και ταξινομήσεις μπορεί να πληγώσουν ανεπανόρθωτα την ψυχή ενός παιδιού. Η κοινωνική απομόνωση, αισθήματα αμφισβήτησης, ντροπής και αναξιότητας είναι απόρροια του στιγματισμού που δυσχεραίνουν την ενσωμάτωση και τη θεραπεία των παιδιών που πάσχουν.

### **1.13 Κατάθλιψη σε Παιδιά με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες**

Στην κατηγορία των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες εμπίπτουν όσα παιδιά εμφανίζουν μαθησιακές δυσκολίες, παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές, με αισθητηριακές δυσκολίες, νοητικές ανεπάρκειες και χρόνια προβλήματα υγείας, παιδιά με συμπεριφορικά προβλήματα, καθώς επίσης και παιδιά θύματα κακοποίησης και ενδοοικογενειακής βίας. *Πιο ειδικά παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και αναπηρία Ν. 3699/2008, «θεωρούνται όσοι μαθητές για ολόκληρη ή ορισμένη περίοδο της σχολικής τους ζωής εμφανίζουν σημαντικές δυσκολίες μάθησης εξαιτίας αισθητηριακών, νοητικών, γνωστικών, αναπτυξιακών προβλημάτων, ψυχικών και νευρολογικών διαταραχών οι οποίες, επηρεάζουν την διαδικασία της προσαρμογής και μάθησης. Στους μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες συγκαταλέγονται ιδίως όσοι παρουσιάζουν νοητική αναπηρία, αισθητηριακές αναπηρίες όρασης, αισθητηριακές αναπηρίες ακοής, κινητικές αναπηρίες, χρόνια μη ιάσιμα νοσήματα, διαταραχές ομιλίας-λόγου, ειδικές μαθησιακές δυσκολίες όπως δυσλεξία, δυσγραφία, δυσσαριθμησία, δυσαναγνωσία, δυσορθογραφία, σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα, διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (φάσμα αυτισμού), ψυχικές διαταραχές*

*και πολλαπλές αναπηρίες. Οι μαθητές με σύνθετες γνωστικές συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες, με παραβατική συμπεριφορά λόγω κακοποίησης, γονεϊκής παραμέλησης και εγκατάλειψης ή λόγω ενδοοικογενειακής βίας, ανήκουν στα άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες».*

Τα παιδιά αυτά λόγω των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, εμφανίζουν δυσκολίες κοινωνικής και συναισθηματικής φύσεως, που δυσκολεύουν την καθημερινότητά τους. Τα αρνητικά συναισθήματα, η μειωμένη αυτοεικόνα, το άγχος, η χαμηλή κοινωνικότητα, η απομόνωση και η απόσυρση ή ακόμη και ο αυτό-στιγματισμός σκιαγραφούν τον ψυχισμό των παιδιών αυτών. Τα συναισθήματα αυτά γεννιούνται, όχι μόνο λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν, αλλά και από το πώς οι άλλοι τους βλέπουν και τους αντιμετωπίζουν (Frye-Myers, 2005).

Τα παιδιά με κινητικές δυσκολίες, όπως και τα παιδιά με μαθησιακές και συναισθηματικές δυσκολίες-μια ανομοιογενή ομάδα διαταραχών θα λέγαμε -αντιμετωπίζουν μια σειρά από ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Τα παιδιά αυτά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην αντίληψη, στη συγκέντρωση, στην αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς και των κινήτρων, συναισθηματικές, γλωσσικές δυσκολίες και μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες. Το προφίλ των παιδιών αυτών χαρακτηρίζεται ως παθητικό και η συμπεριφορική τους εικόνα περιγράφεται ως απαθής, επιθετική και εσωστρεφής. Χαρακτηρίζονται για τα αρνητικά τους συναισθήματα και το έντονο άγχος και παρουσιάζουν μειωμένη αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση, συγκριτικά με τα υπόλοιπα παιδιά. Το άγχος που βιώνουν είναι ιδιαίτερα αυξημένο, κυρίως κατά την εφηβεία και μπορεί να οφείλεται στη μειωμένη γνωστική επεξεργασία που διαθέτουν. Σύμφωνα με τη θεωρία απόδοσης, τα παιδιά με μαθησιακές διαταραχές τείνουν να κατηγορούν τον εαυτό τους για την αποτυχία τους. Για παράδειγμα, θεωρούν ότι η χαμηλή τους ικανότητα είναι υπαίτια για την αποτυχία τους και όχι για παράδειγμα η μειωμένη προσπάθεια που μπορεί να κατέβαλλαν. Αναλόγως αντιδρούν εν όψει των επιτυχημένων προσπαθειών τους, αποδίδοντας την επιτυχία τους στην τύχη (Κρόκου & Μουταβέλης, 2009. Παντελιάδου & Μπότσα, 2007).

Παιδιά είτε με εμφανής σωματικές αναπηρίες, όπως κινητικές, νοητικές ή αισθητηριακές αναπηρίες (βαρηκοΐα, κώφωση, τυφλότητα) αντιμετωπίζουν εξίσου σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Τα παιδιά αυτά δε μπορούν να μιμηθούν τους άλλους και αντιμετωπίζουν δυσκολία στο να ακολουθήσουν τα υπόλοιπα παιδιά στις σχολικές, (μαθησιακές και αθλητικές) δραστηριότητες, με αποτέλεσμα να απομονώνονται, να

αισθάνονται κατώτεροι και ανάξιοι λόγω της ανεπάρκειά τους, καθώς παιδιά και κυρίως οι έφηβοι ασχολούνται με τα κυρίαρχα πρότυπα ομορφιάς και με το σώμα τους και επιλέγουν κάποιες φορές τις παρέες τους με βάση εξωτερικά κριτήρια (Παντελιάδου & Μπότσα, 2007).

Συμπερασματικά, η μειωμένη επίδοση των παιδιών αυτών σε καθημερινές ασχολίες, η σύγκριση τους με τα υπόλοιπα παιδιά, η χαμηλή κοινωνική αλληλεπίδραση με τους συνομηλίκους τους και το άγχος για την εικόνα τους, για το πως δείχνουν και το πως τους αντιμετωπίζουν οι άλλοι, τους γεννούν αισθήματα εσωστρέφειας, μοναξιάς, αβοηθητότητας, κατωτερότητας και άλλοτε συναισθηματικής ανωριμότητας (Πολυχρονοπούλου, 2003. Sacks & Corn, 1996). Τα συναισθήματα αυτά αναλόγως της έντασης, της προδιάθεσης, των εμπειριών και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της προσωπικότητά του κάθε παιδιού αποτελούν παράγοντα επικινδυνότητας για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι ο υποστηρικτικός ρόλος των γονέων και η συνεργασία γονέων και εκπαιδευτικών μπορούν να βοηθήσουν στην εξομάλυνση των δυσκολιών.

Διάφορες μελέτες έχουν διερευνήσει τη συναισθηματική κατάσταση των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και συγκεκριμένα τη συσχέτιση αυτής με την εμφάνιση κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, οι Huntington & Bender (1993) εξέτασαν την συναισθηματική υγεία σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες. Τα ευρήματά τους δείξαν μια θετική συσχέτιση των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες με τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης και τάσεων αυτοκτονικότητας. Παρόμοια μελέτη είναι αυτή των Bender, Rosenkrans & Crane (1999), οι οποίοι εξέτασαν το ίδιο από την οπτική όμως της ανθεκτικότητας του κινδύνου ανάπτυξης καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ο κίνδυνος αυτός προκύπτει λόγω των αυξημένων καταθλιπτικών συμπτωμάτων που διαθέτουν τα παιδιά σε συνδυασμό με άλλες συνιστώσες όπως η ευπάθεια, γνωστικά και κοινωνικά ελλείματα, απόρροια των ιδιαιτεροτήτων των παιδιών αυτών. Τα ευρήματα της έρευνας απέδειξαν τον αυξημένο κίνδυνο που διαθέτουν τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες για εμφάνιση κατάθλιψης και αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Ενδιαφέρουσα είναι και η μελέτη των Kam, Greenberg & Kusché (2004). Η έρευνα επικεντρώθηκε στην συναισθηματική και στη κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών με ειδικές ανάγκες. Η έρευνα χρησιμοποίησε εναλλακτικούς τρόπους σκέψης, υποστηρίζοντας την εσωτερική και συναισθηματική αυτορρύθμιση και την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, αποσκοπώντας στη καλύτερη προσαρμογή των

παιδιών αυτών στο σχολικό περιβάλλον. Τα ευρήματα της έρευνας δείξαν μεταξύ των άλλων μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Πολλές έρευνες από διαφορετικές χώρες έχουν δείξει μια ταυτόχρονη συσχέτιση της κατάθλιψης με τη θυματοποίηση που προκύπτει από τον εκφοβισμό. Η συσχέτιση αυτή αφορά τόσο τα θύματα, όσο και τους θύτες. Ερευνητές υποστηρίζουν ότι η θυματοποίηση είναι προγενέστερη των διάφορων συναισθηματικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Μελέτες από την άλλη υποδεικνύουν ότι τα προβλήματα εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης είναι προγενέστερα των θυμάτων του εκφοβισμού. Ο εκφοβισμός, δηλαδή, μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης και η κατάθλιψη μπορεί να προδιαθέτει τους εφήβους σε εκφοβισμό. Όλο και αυξανόμενες έρευνες φανερώνουν ότι ο εκφοβισμός αυξάνει τον κίνδυνο κατάθλιψης και ότι η σοβαρότητα των περιστατικών εκφοβισμού προβλέπει την ένταση αυτής (Kaltiala-Heino & Fröjd, 2011. Kaltiala-Heino & Marttunen, 2010. Rigby, 2000 ).

Οι Gladstone et al., (2006) μελέτησαν ενήλικο πληθυσμό που έχει διαγνωστεί με κατάθλιψη και έχουν εκτεθεί στον εκφοβισμό κατά την παιδική ηλικία, για να εξετάσουν τα χαρακτηριστικά που συνδέονται με την έκθεση σε εκφοβιστικά επεισόδια. Πάνω από το ένα τέταρτο των ανδρών και των γυναικών ανέφεραν ότι έχουν υποστεί κάποιες μορφές εκφοβισμού, η οποία ήταν μάλιστα σοβαρή και τραυματική. Η εμπειρία εκφοβισμού κατά την παιδική ηλικία έδειξε να συσχετίζεται με υψηλά επίπεδα συναισθηματικής ανησυχίας και άγχους, με κοινωνική φοβία και με αγοραφοβία.

Ακόμη, η μελέτη των Fekkes et al (όπως αναφέρεται στους Gladstone et al., 2006) φανέρωσε ότι η θυματοποίηση συσχετίζεται με ψυχοκοινωνικά συμπτώματα, με συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους και ότι η σχέση θυματοποίησης και κατάθλιψης είναι αμοιβαία, καθώς η κατάθλιψη και το άγχος προέβλεπαν ακόλουθη θυματοποίηση από εκφοβισμό.

Στο επόμενο κεφάλαιο θα αναφερθούν αναλυτικά οι διάφορες μορφές εκφοβισμού, τα αίτια και οι συνέπειες αυτών, τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των θυμάτων, των θυτών και των θυμάτων/ θυτών και θα γίνει μια απόπειρα σύνδεσης της κατάθλιψης και της θυματοποίησης ως απόρροια του εκφοβισμού

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### Μέρος πρώτο

#### Θεωρητική Μελέτη του θέματος

#### « Σχολικός Εκφοβισμός »

##### 2.1 Ιστορική Αναδρομή του σχολικού εκφοβισμού

Ο εκφοβισμός μεταξύ των παιδιών σχολικής ηλικίας αποτελεί ένα συχνό και παλαιό φαινόμενο στο χώρο του σχολείου. Είναι γεγονός ότι πολλά παιδιά συχνά και συστηματικά απειλούνται και προσβάλλονται ( λεκτικά/ σωματικά ) από άλλα παιδιά. Πολλοί ενήλικες μάλιστα έχουν ανάλογες προσωπικές εμπειρίες από τα σχολικά τους χρόνια. Όπως κάθε κοινωνικό φαινόμενο, έτσι και ο σχολικός εκφοβισμός αποτελεί μια δυναμική κατάσταση που συμπορεύεται με τις ευρύτερες κοινωνικές μεταβολές και συνθήκες και η κατανόηση του συμπορεύεται με την εκάστοτε ιστορική περίοδο (Huesmann, 1994. Smith, 2014).

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένα αυξανόμενο κοινωνικό ενδιαφέρον σε διάφορες χώρες του κόσμου για τη μελέτη και τη διερεύνηση του φαινομένου του σχολικού εκφοβισμού. Αν και ο σχολικός εκφοβισμός αποτελούσε πάντα ένα κοινωνικό ζήτημα που προκαλούσε ανησυχίες και προβληματισμούς, η εμπειρική έρευνα ξεκίνησε μόλις το 1970 στη Σουηδία. Μάλιστα, τα τελευταία 30 χρόνια υπήρχε μια διεθνής ανησυχία σχετικά με το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού. Οι έρευνες για τη μελέτη του φαινομένου αυτού ξεκίνησαν στη Σκανδιναβία, την Αγγλία και την Ιαπωνία. Στις μέρες μας οι έρευνες είναι ενεργές σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες, όπως επίσης στην Αυστραλία, τη Νέα Ζηλανδία, τον Καναδά, τις Ηνωμένες Πολιτείες, την Ιαπωνία και τη Νότια Κορέα (Elamé, 2013. Monks & Coyne, 2011. Pepler & Rubin, 1991).

Το έντονο κοινωνικό ενδιαφέρον για το ζήτημα της θυματοποίησης/εκφοβισμού ξεκίνησε στη Σουηδία στα τέλη του 1960 και στις αρχές του 1970. Η λέξη που χρησιμοποιείται στη Σκανδιναβία για να περιγράψει το φαινόμενο του εκφοβισμού είναι ο όρος mobbing στη Δανία και στη Νορβηγία (αντίστοιχα mobbning στη Σουηδία και στη Φιλανδία). Ο όρος αυτός εισήχθη στη σουηδική κοινότητα από τον φυσικό Heinemann υπό το πλαίσιο φυλετικών διακρίσεων και επικράτησε υποδηλώνοντας ποικίλα και διαφορετικά μηνύματα και υπαινιγμούς (Jimerson, Swearer & Espelage, 2010. Monks & Coyne, 2011).

Στην εθολογία, ο όρος mobbing περιγράφει τη μαζική επίθεση μιας ομάδας ζώων εναντίων μιας άλλης διαφορετικού είδους. Ο Loren 'στο 1968 (όπως αναφέρεται στους Jimerson, Swearer & Espelage, 2010) χρησιμοποίησε τον όρο mobbing για να χαρακτηρίσει μια πράξη σχολικής τάξης ή μια ομάδα στρατιωτών που εναντιώνονται εις βάρος ενός υποκειμένου. Επίσης, το mobbing χρησιμοποιείται στην Κοινωνική Ψυχολογία (σε κάποιες χώρες) για να περιγράψει μια ομάδα ανθρώπων που έχουν ένα κοινό στόχο ή μια κοινή δραστηριότητα. Ως όρος, το mobbing, στην καθημερινή σκανδιναβική γλώσσα αποκτά μια διαφορετική ερμηνεία. Συνήθως χρησιμοποιείται για να δηλώσει μια μεγάλη και ανώνυμη ομάδα που εμπλέκεται σε πειράγματα και σε παρενοχλήσεις ή αλλιώς την ομαδική επίθεση απέναντι σε ένα άτομο. Πιο αναλυτικά, ο όρος αυτός ελεύθερα υπονοεί τη συστηματική και επαναλαμβανόμενη παρενόχληση ενός υποκειμένου ( μπορεί και ομάδας) από ένα ή περισσότερα άτομα ( συνήθως, αλλά όχι απαραίτητα από συνομήλικους). Ωστόσο, αρκετοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν ότι το mobbing δεν είναι ιδιαίτερα χρήσιμος ορισμός για να περιγράψει το φαινόμενο του εκφοβισμού (Jimerson, Swearer & Espelage, 2010. Smith, 2013).

Το mobbing και ο εκφοβισμός παρόλα αυτά ορίστηκαν υπό τους όρους των σωματικών και των λεκτικών συμπεριφορών. Αν και δεν ενδέχεται να μην έχει ιδιαίτερη σημασία για το θύμα εάν αυτός/ αυτή θυματοποιείται από ένα ή περισσότερα άτομα, ερευνητικά δεδομένα στην Bergen από τον Olweus παρείχαν ευρήματα ότι η μεγαλύτερη αναλογία των μαθητών θυματοποιούνταν από ένα μαθητή. Μάλιστα, ο Olweus καθηγητής ψυχολογίας που ασχολήθηκε με τη μελέτη του εκφοβισμού στις αρχές του 1970 απέρριψε τον όρο mobbing, υποστηρίζοντας ότι ο εκφοβισμός πραγματοποιείται περισσότερο από ένα μεμονωμένο άτομο, παρά από ομάδα ατόμων. Έρευνες μάλιστα έχουν δείξει ότι στις περισσότερες περιπτώσεις τα θύματα του εκφοβισμού απειλούνται από μια μικρή ομάδα ατόμων δύο ή τριών ατόμων έχοντας ένα αρχηγό, ενώ το 25-40% των θυμάτων έχουν αναφέρει ότι θυματοποιούνται από έναν κυρίως μαθητή. ( Jimerson, Swearer & Espelage, 2010. Smith, 2013. Smith, 2014).

Αξίζει να αναφερθεί ότι στις αρχές του 1970 στην Ιαπωνία δόθηκε έμφαση στις σωματικές πράξεις βίας και υιοθετήθηκε ο όρος injime, ο οποίος ανταποκρίνεται σε γενικές γραμμές στον όρο του εκφοβισμού. Πιο αναλυτικά, ο Moritato 1985 προσδιόρισε τον όρο injime ισχυρίζοντας ότι αυτός αποτελεί ένα τύπο επιθετικής συμπεριφοράς, όπου κάποιος που έχει κυρίαρχη θέση σε μια ομάδα προκαλεί ψυχικό ή και σωματικό πόνο σε κάποιον άλλον εντός της ομάδας (Smith, 2014. The Japanese Society Research Institute, 2001)

## 2.2. Εννοιολογικός προσδιορισμός του σχολικού εκφοβισμού

Διαφορετικές ορολογίες χρησιμοποιούνται για να πλαισιώσουν το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού. Ο πιο διαδεδομένος όρος είναι το bullying που χρησιμοποιείται στην Αγγλία και σε όσες χώρες επικρατεί η αγγλική γλώσσα. Όπως ήδη προαναφέρθηκε, ο όρος mobbing και injime χρησιμοποιείται αναλογικά στη Σκανδιναβία και στην Ιαπωνία. Άλλες ονομασίες είναι το bullisimo, το intimidation και το harcèlement, σύμφωνα με την ιταλική, καναδική και γαλλική γλώσσα αντιστοίχως (Elamé, 2013). Ο ορισμοί αυτοί ενδέχεται να εμφανίζουν διαφοροποιήσεις ως προς την εκδήλωση του εκφοβισμού και τα χαρακτηριστικά που αυτός λαμβάνει, καθώς τα πολιτισμικά πλαίσια διαφοροποιούνται. Συνεπώς, οι συμπεριφορές των θυτών και των θυμάτων, όσο και οι αντιλήψεις γύρω από το τι ορίζεται ως εκφοβισμός διαφοροποιούνται εξίσου σε συνάρτηση με τη πολιτισμική ταυτότητα της εκάστοτε χώρας ή εποχής (Schott & Søndergaard, 2014. Smith, Kwak & Toda, 2016 ).

Αν και δεν υπάρχει ένας και μοναδικός ορισμός που να περιγράφει και να καθορίζει τι συνιστά ο σχολικός εκφοβισμός, η επικρατούσα αντίληψη στις δυτικές τουλάχιστον κοινωνίες ορίζει ότι ο σχολικός εκφοβισμός είναι οι επαναλαμβανόμενες και σκόπιμες επιθετικές πράξεις ενάντια σε κάποιον που δυσκολεύεται να αμυνθεί. Οι διαφοροποιήσεις των εκάστοτε ορισμών που δίνονται για ορίσουν το φαινόμενο του εκφοβισμού, συσχετίζονται με τα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά, τις μορφές, τη συχνότητα, την ένταση, τις συμπεριφορές και τα μέσα που το πλαισιώνουν κάθε φορά. (Dupper, 2013. Ευρωπαϊκή Καμπάνια κατά του σχολικού εκφοβισμού, 2012. Smith., Morita, Junger-Tas, Olweus, Catalano & Slee, 2000)

Ο ορισμός που διατυπώνει ο Olweus- πρωτοπόρος στη διερεύνηση του σχολικού εκφοβισμού- θεωρείται κεντρικός για την ερμηνεία της θυματοποίησης. Συγκεκριμένα, υποστηρίζει ότι ένα άτομο θυματοποιείται, όταν αυτός/ αυτή εκτίθεται επανειλημμένα και για μεγάλο χρονικό διάστημα σε αρνητικές πράξεις από ένα ή περισσότερα άτομα. Οι αρνητικές πράξεις αναφέρονται συνοπτικά σε αυτό που εν γένει ορίζεται ως επιθετική συμπεριφορά. Πιο ειδικά, πρόκειται για σκόπιμες διαμάχες, προσβολές ή τραυματισμούς απέναντι σε κάποιο πρόσωπο. Οι αρνητικές πράξεις είναι δυνατό να πάρουν διάφορες μορφές όπως χειρονομίες, γκριμάτσες, χλευασμοί, κ.α. Συγκεκριμένα, ένας μαθητής θυματοποιείται όταν ένας άλλος μαθητής ή μια ομάδα μαθητών εκφράζει άσχημα και δυσάρεστα λόγια, τον/την κοροϊδεύουν ή τον/την αποκαλούν με κακόβουλα σχόλια, όταν τον/την χτυπούν, κλοτσούν,



παραμερίζουν ή τον/την απειλούν, όταν λένε ψέματα ή διαδίδουν ψευδείς φήμες ή στέλνουν κακόβουλα σημειώματα με σκοπό να τον/την αντιπαθήσουν οι υπόλοιποι συμμαθητές, όταν τον/την αγνοούν ή τον/την αποκλείουν από τα δρώμενα και από τις υπόλοιπες ομάδες. Ο ορισμός που προτείνει ο Olweus δίνει έμφαση στη επιθετική/προσβλητική πράξη, η οποία εκτελείται σκοπίμως και πραγματοποιείται κατ' επανάληψη στη διάρκεια του χρόνου. Εστιάζει περισσότερο στη συμπεριφορά του εκφοβιστή, την οποία την και χαρακτηρίζει ως αρνητική (Gillham & Thomson, 1996. Pepler & Rubin, 1991).

Παρόμοιος με τον ορισμό που δίνει ο Olweus είναι και αυτός του Farrington, ο οποίος ορίζει τον εκφοβισμό ως μια απειλή, προσβολή ή επίθεση ψυχολογική, φυσική ή λεκτική που επαναλαμβάνεται από τα ίδια παιδιά για μεγάλο χρονικό διάστημα και έχει πρόθεση να προκαλέσει φόβο και ανησυχία στο θύμα. Μάλιστα, σύμφωνα με τον Farrington ο εκφοβισμός περιλαμβάνει επίσης μια ανισορροπία ισχύος, με το πιο δυνατό παιδί να επιτίθεται στο πιο αδύναμο ή ευάλωτο. Οι Tattum και Tattum υποστηρίζουν ότι ο εκφοβισμός είναι μια εκούσια και συνειδητή επιθυμία να προκληθεί βλάβη σε κάποιο άτομο, ώστε να του δημιουργηθούν αισθήματα πίεσης. Ο δράστης δηλαδή έχει επίγνωση της πράξης του και θεωρείται ότι κινείται 'προμελετημένα'. Έτσι, λοιπόν, όποιος έχει συνείδηση της πράξης του και επιχειρεί να πράξει με τέτοιο τρόπο που να προκαλέσει βλάβη, τότε αυτός χαρακτηρίζεται ως νταή ή αλλιώς bully (Lines, 2008. Rigby, 2002). Ωστόσο, είναι σκόπιμο να αναφερθεί ότι αρκετοί είναι εκείνοι που έχουν επιχειρήσει να προσβάλλουν ή να βλάψουν κάποιον συνειδητά και ακόμη η επιθυμία αυτή δε συγκρίνεται και δεν εξομοιώνεται πάντοτε με την πράξη. Σε μια έρευνα, μάλιστα του Rigby σε σχολεία της Αυστραλίας, το 73% των αγοριών και το 60% των κοριτσιών δήλωσαν ότι κάποιες φορές αισθάνθηκαν τη επιθυμία να βλάψουν κάποιον. Η επιθυμία για βλάβη είναι αρκετά ευρεία και εκτεταμένη. Την άποψη, όμως, των Tattum και Tattum φαίνεται ότι ασπάστηκε -με κάποιες διαφοροποιήσεις- και το συμβούλιο της Σκωτίας για την Έρευνα στην Εκπαίδευση (The Scottish Council for Research in Education). Ο εκφοβισμός είναι μια σκόπιμη και συνειδητή επιθυμία να βλάψουμε, να απειλήσουμε ή να εκφοβίσουμε κάποιον (Ευρωπαϊκή Καμπάνια κατά του σχολικού εκφοβισμού, 2012. Rigby, 2002. Smith., Morita, Junger-Tas, Olweus, Catalano & Slee, 2000).

Ένας άλλος συνοπτικός ορισμός είναι η συστηματική χρήση εξουσίας κατά τους Smith & Sharp (1994) (όπως αναφέρεται στον Smith, 2013). Αναλυτικότερα, υποστηρίζουν ότι το bullying είναι η προσβολή μεταξύ ισοδύναμων, στις κοινωνικές σχέσεις για παράδειγμα, μεταξύ ομότιμων που διατηρούν σχέσεις εξουσίας και ελέγχου. Ο ορισμός αυτός επικεντρώνεται στους τρόπους με τον οποίους η δύναμη μπορεί να γίνει καταχρηστική

(Rigby, 2002) Παρομοίως, ο Besag διατυπώνει ότι το bullying είναι μια επαναλαμβανόμενη επιθετική συμπεριφορά, λεκτική, κοινωνική, φυσική, ψυχολογική από αυτούς που διαθέτουν ισχύ απέναντι σε εκείνους που δεν έχουν ισχύ, έχοντας ως σκοπό να προκαλέσουν δυσφορία και πόνο για δική τους ευχαρίστηση και ικανοποίηση. Ο Roland, επίσης, κατά τον οποίον η θυματοποίηση θεωρείται μια μορφή ψυχολογικής ή σωματικής βίας, η οποία διαπράττεται από ένα πρόσωπο ή ομάδα απέναντι σε ένα τρίτο πρόσωπο, ανίκανο να αμυνθεί. Από την άλλη, ο Menesini ορίζει το bullying ως μια ύπουλη και επίμονη επιθετική συμπεριφορά, η οποία βασίζεται στην εχθρική πρόθεση ενός ή περισσότερων παιδιών. Οι Frey & Horpe-Graff αντιλαμβάνονται διαφορετικά την επιθετικότητα, ότι δηλαδή αυτή δεν έχει ξεκάθαρο στόχο, δεν είναι ούτε διαμεσολαβητική, ούτε προϊόν αντίδρασης. Αναλυτικότερα, ισχυρίζονται ότι ο εκφοβισμός είναι μια κυρίαρχη επιθετικότητα από ένα παιδί, το οποίο χωρίς να έχει κάποιο συγκεκριμένο στόχο, χλευάζει, χειροδικεί, εκφοβίζει και κοροϊδεύει ένα άλλο παιδί ( Elamé, 2013. Ευρωπαϊκή Καμπάνια κατά του σχολικού εκφοβισμού, 2012. Gillham & Thomson, 1996. Rigby, 2002. ).

Ο Blaya, διευθυντής του Ευρωπαϊκού παρατηρητηρίου βίας των σχολείων, ισχυρίζεται ότι οι διαφοροποιήσεις που υπάρχουν στους ορισμούς σχετικούς με τον εκφοβισμό οφείλονται στην έμφαση που δίνουν κάποιοι συγγραφείς στην ηθελημένη πρόθεση του υποκειμένου/ θύτη να βλάψει. Διακρίνει δύο ειδών μορφών εκφοβισμού. Τον αντιδραστικό, ως αντίδραση στην επίθεση ή στην ενόχληση και στην ενεργητική που αποσκοπεί στην επίτευξη κοινωνικής ή υλικής αναγνώρισης. Πέραν, όμως, της σπουδαιότητας που έχει η πρόθεση κάποιου να βλάψει, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν επίσης και οι κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνιστώσες στην εκδήλωση του φαινομένου. Η συμπεριφορά των παιδιών αλλάζει αναλόγως των πολιτισμικών αντιλήψεων της κάθε κοινωνίας. Πολλοί είναι αυτοί άλλωστε που πιστεύουν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της πολιτισμικής ταυτότητας και του εκφοβισμού, καθώς αυτός εκδηλώνεται μέσα στην κοινωνία και τα παιδιά εκτίθεντο σε προκαταλήψεις, στερεότυπα, κοινωνικές αναπαραστάσεις της πολιτισμικής πραγματικότητας. (Elamé, 2013. Jimerson, Swearer & Espelage, 2010. Smith, Kwak & Toda, 2016)

Ξαναγυρίζοντας στον ορισμό που πρότεινε ο Olweus, ένα κριτήριο που πρόσθεσε ο ίδιος στον ορισμό του είναι το κριτήριο της επανάληψης. Μάλιστα, ο Olweus και ο Roland για να χαρακτηριστεί μια πράξη ή μια κατάσταση ως εκφοβισμός, θα πρέπει να αυτή να διαρκεί τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα για ένα μήνα. Απεναντίας, σύμφωνα με τον

Lowenstein, η προσβολή πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον έξι μήνες (Elamé, 2013. Rigby, 2002)

Φαίνεται, όμως, πως δε συμφωνούν όλοι με το γεγονός ότι ο εκφοβισμός είναι μια επαναλαμβανομένη διαδικασία. Για παράδειγμα, ο Randal και οι Stephenson και Smith υποστηρίζουν ότι ο εκφοβισμός ε χρειάζεται να είναι μακροχρόνια ή είναι πιθανό να αποτελεί μεμονωμένο περιστατικό. Για τους λόγους αυτούς ο Olweus και ο Menesini διατύπωσαν πέντε κριτήρια τα οποία διαφοροποιούν το φαινόμενο του εκφοβισμού από άλλες μορφές βίας. Το πρώτο κριτήριο είναι η σκοπιμότητα. Ο εκφοβιστής σκόπιμα προσπαθεί να βλάψει τους άλλους, δηλαδή η πράξη του δεν είναι μια αυθόρμητη συμπεριφορά που εκδηλώνεται ύστερα από μια στιγμή θυμού. Η συχνότητα είναι το δεύτερο κριτήριο. Η σχέση θύτη και θύματος χαρακτηρίζεται είναι παρατεταμένη στο χρόνο και τα επεισόδια του εκφοβισμού επαναλαμβάνονται χρονικά. Η συμμετρία εξουσίας, η ανισότητα εξουσίας μεταξύ θύτη και θύματος, με τον πρώτο να υπερτερεί έναντι του δευτέρου αποτελεί το τρίτο κριτήριο. Η κοινωνική φύση του φαινομένου και οι διαφορετικές μορφές που μπορεί αυτό να λάβει αποτελούν το τέταρτο και το πέμπτο κριτήριο. Οι φίλοι του εκφοβιστή ή οι θεατές είναι πιθανόν να ενισχύσουν τη συμπεριφορά του και έτσι να τη νομιμοποιήσουν (Elamé, 2013. Rigby, 2002).

Έρευνα στη Γερμανία και συγκεκριμένα σε δύο γερμανικά ομοσπονδιακά κράτη έδειξε βάση της συχνότητας των αυτό-αναφορών των διαφόρων μορφών εκφοβισμού, ότι 12,1% των μαθητών εκφοβίζει τους άλλους, το 11,1% έχουν εκφοβιστεί στο παρελθόν και το 2,3% έχουν υπάρξει θύματα/θύτες (Scheithauer, Hayer, Petermann & Jugert, 2006).

Το ζήτημα του σχολικού εκφοβισμού χρήζει σημαντικής ανησυχίας σε διάφορες χώρες του κόσμου. Μια έρευνα των Analitis, Velderman, Ravens-Sieberer, Detmar, Erhart, Herdman, Berra, Alonso & Rajmil (2009) η οποία μελέτησε την επικράτηση των θυμάτων του bullying σε έντεκα Ευρωπαϊκές χώρες και τη συσχέτιση με κοινωνικογραφικούς, σωματικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, μετρώντας και την κοινωνική αποδοχή σε 16.210 παιδιά και εφήβους, έδειξε ότι το 20,6% του συνόλου του δείγματος είχε θυματοποιηθεί στο παρελθόν, με το ποσοστό να ποικίλλει από 10,5% στην Ουγγαρία έως 29,6% στο Ηνωμένο Βασίλειο. Σχεδόν στις περισσότερες χώρες η θυματοποίηση των παιδιών συσχετιζόταν με παράγοντες όπως η νεαρή ηλικία, τα προβλήματα υγείας και ψυχικής υγείας και η κακή κοινωνική υποστήριξη. Σύμφωνα με τις αναφορές, η πιθανότητα θυματοποίησης των παιδιών ήταν υψηλή σε χώρες όπως η Αυστρία, η Ολλανδία, η Ισπανία,

το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ελβετία και χαμηλότερη στη Γαλλία, την Ελλάδα και την Ουγγαρία. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο KIDSCREEN που θεωρείται ένα διαπολιτισμικό μέτρο αξιολόγησης της υγείας και της ποιότητας ζωής των παιδιών (Sieberer, Gosch, Rajmil, Erhart, Bruil, Duer, Auquier, Power, Abel, Czemy, Mazur, Czimbalmos, Tountas, Hagquist, Kilroe & European KIDSCREEN Group, 2014).

Έρευνες έχουν δείξει ότι ο εκφοβισμός επηρεάζει την ευημερία και τη λειτουργικότητα των νέων και των παιδιών και αποτελεί προγνωστικό δείκτη κινδύνου διαφόρων διαταραχών στα παιδιά και στους εφήβους. Φιλανδικοί έφηβοι ηλικίας 14-16 χρονών συμμετείχαν σε μια μελέτη για τον εκφοβισμό και τη θυματοποίηση σε συνάρτηση με συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, διατροφικές διαταραχές και χρήση ουσιών. Το 9% των κοριτσιών και το 17% των αγοριών εμπλέκονταν σε εβδομαδιαία βάση σε περιστατικά εκφοβισμού. Το άγχος, η κατάθλιψη και τα ψυχοσωματικά συμπτώματα ήταν εξίσου συχνά μεταξύ των θυτών/θυμάτων, τόσο στους θύτες, όσο και στα θύματα. Η χρήση ουσιών ήταν πιο συχνή στους θύτες και ακολουθούσαν τα θύματα/ θύτες και οι διατροφικές διαταραχές φάνηκε να εκδηλώνονται κυρίως στα κορίτσια, ανεξαρτήτως του ρόλου και του είδους του εκφοβισμού και στα αγόρια σε όσους ήταν θύτες/ θύματα (Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000).

Μιλώντας στις διαταραχές πρόσληψης τροφής και διασύνδεση αυτών με τον εκφοβισμό, οι Janssen, Craig, Boyce & Pickett (2004) μελέτησαν τις συμπεριφορές εκφοβισμού με τη παχυσαρκία канаδών παιδιών (αγοριών και κοριτσιών) σχολικής ηλικίας. Τα αποτελέσματα των ερευνών τους φανερώσανε ότι τα παχύσαρκα παιδιά έχουν αυξημένες πιθανότητες να είναι θύματα και θύτες συγκριτικά με τα υπόλοιπα παιδιά της ίδιας ηλικίας που είχαν φυσιολογικό βάρος. Ακόμη, αγόρια ηλικίας 15-16 χρονών με αυξημένο βάρος ήταν πιθανότερο να εκδηλώσουν εκφοβιστική συμπεριφορά από τους υπόλοιπους συμμαθητές. Αναλυτικότερα, υπήρχαν σημαντικές συσχετίσεις με τον έμμεσο εκφοβισμό, όπως διάδοση φημών, απομόνωση, αλλά και σπρωξίματα και κλωτσιές. Ευρήματα σχετικά τη σεξουαλική παρενόχληση δεν υπήρχαν. Ο επιπολασμός των παχύσαρκων παιδιών ολοένα και αυξάνεται και οι κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις των παιδιών λόγω του αυξημένου βάρους είναι υπαρκτές. Η σχέση των διαφόρων μορφών εκφοβισμού με την παχυσαρκία δεν είναι πλήρως αποσαφηνισμένη. Παρόλα αυτά, η θυματοποίηση των παιδιών αυτών μοιάζει να εμποδίζει την ήδη επιβαρυσμένη κοινωνική και ψυχολογική τους ανάπτυξης, τόσο βραχυπρόθεσμα, όσο και μακροπρόθεσμα.

Μια ενδιαφέρουσα έρευνα των Vaillancourt, McDougall, Hymel, Krygsman, Miler, Stiver & Davis (2008) διερευνά κατά πόσο οι ορισμοί που έχουν δοθεί από τους ερευνητές έρχονται σε συμφωνία και σε συνέπεια με τις απόψεις των παιδιών και των εφήβων σχετικά με το τι θεωρούν ότι είναι ο εκφοβισμός. Οι ορισμοί που έδωσαν οι μαθητές δε περιλάμβαναν συνιστώσες όπως είναι η επανάληψη (6%), η ασυμμετρία εξουσίας (26%) και η πρόθεση (1.7%). Ωστόσο, τα περισσότερα παιδιά (92%) τόνισαν την ύπαρξη αρνητικής συμπεριφοράς στη προσπάθεια ορισμού του φαινομένου του εκφοβισμού. Τα παιδιά μικρότερης ηλικίας, στον ορισμό που έδωσαν, εστίασαν περισσότερο στις σωματικές και λεκτικές επιθέσεις και στη παρενόχληση, ενώ η κοινωνική επιθετικότητα αναφέρθηκε περισσότερο από εφήβους και κυρίως από κορίτσια. Σημαντικό εύρημα της έρευνας ήταν ότι σε όσα παιδιά δόθηκε κάποιος ορισμός, αυτά ανέφεραν ότι είχαν θυματοποιηθεί λιγότερο, εν αντιθέσει με τα παιδιά που έπρεπε να ορίσουν από μόνα τους τον εκφοβισμό. Ωστόσο, στα αγόρια που είχε δοθεί κάποιος ορισμός περί εκφοβισμού παρατηρήθηκαν ότι δήλωσαν υψηλότερα ποσοστά αναφοράς θυματοποίησης.

Η θυματοποίηση και η επιθετικότητα διαφοροποιείται αναλόγως των πολιτισμικών και κοινωνικοπολιτικών συνθηκών και επηρεάζεται από το σχολικό και οικογενειακό περιβάλλον. Η βιβλιογραφία είναι περιορισμένη σχετικά με τις διαφορές μεταξύ θυτών και θυμάτων βάσει εθνικοτήτων. Έρευνα του Junger (1990) έδειξε ότι δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των θυμάτων μεταξύ Ολλανδίας, Σουρινάμ, Μαρόκου και Γερμανίας. Ωστόσο, μια μελέτη στις ΗΠΑ διαπίστωσε ότι τα παιδιά Αφρικανών και Αμερικάνων είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να θυματοποιηθούν συγκριτικά με παιδιά μεταναστών από την Ισπανία. Μια άλλη μελέτη στην Αυστρία φανέρωσε παρόμοια αποτελέσματα. Τα αυστριακά παιδιά ήταν θύματα και θύτες σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα παιδιά μεταναστών από χώρες όπως η Γιουγκοσλαβία, την Τουρκία και το Κουρδιστάν. Στην Αγγλία από την άλλη, παιδιά από διαφορετική εθνική καταγωγή, κυρίως από Ασία, δέχονταν σε σημαντικότερο βαθμό ρατσιστικές απειλές και ρατσιστικά ονόματα από τους υπόλοιπους συμμαθητές τους.

Μελέτη του Siann (1994) σε μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης μαρτύρησε ότι όσα παιδιά ανήκαν σε εθνικές μειονότητες είχαν περισσότερες πιθανότητες να πέσουν θύματα εκφοβισμού (Smith, Thompson & Bhatti, 2012).

Η κατανόηση της συμπεριφοράς, της συναισθηματικής λειτουργικότητας και των κοινωνικών συσχετίσεων έχει μεγάλη σημασία για τον εντοπισμό των παιδιών που κινδυνεύουν να θυματοποιηθούν, αλλά και για την ανάπτυξη και βελτίωση έγκαιρων και

στοχευμένων παρεμβάσεων. Οι Junonen, Graham & Schuster (2003) διερευνήσαν τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα των θυτών, θυμάτων και θυτών/θυμάτων και βρήκαν ότι τα θύματα/θύτες ήταν η πιο ταραγμένη ομάδα. Η ομάδα αυτή παρουσίαζε δυσκολίες στο σχολείο, στις σχέσεις και με τους υπόλοιπους συμμαθητές της τάξης, οι θύτες ήταν ψυχολογικά ισχυρότερη και δείξαν να διαθέτουν υψηλό κοινωνικό κύρος, ενώ τα θύματα ήταν συναισθηματικά ευάλωτα, αναξιοπαθούντα και κοινωνικά περιθωριοποιημένα και απομονωμένα.

Οι Smith, Polenik, Nakasita & Jones (2012) επίσης εξέτασαν το προφίλ συμπεριφοράς, αλλά και τη συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα των παιδιών στις δύο μορφές εκφοβισμού (άμεση και έμμεση) σε παιδιά 7-11 χρονών. Οι θύτες φάνηκε να εμφανίζουν υψηλά ποσοστά κοινωνικής απόρριψης. Σχετικά με τον άμεσο εκφοβισμό οι θύτες παρουσίασαν αυξημένες κοινωνικές και συναισθηματικές δυσκολίες, ενώ η έμμεση ομάδα παρουσίασε αδυναμία στην αυτό-αντίληψη.

Πολλές έρευνες που διερευνούν τη φύση του σχολικού εκφοβισμού, έχουν επικεντρωθεί μεταξύ των άλλων στα ατομικά χαρακτηριστικά (ψυχικά-συναισθηματικά, σωματικά) των θυμάτων και των θυτών, τα οποία προκύπτουν από διάφορες πλευρές της ζωής των παιδιών οικογένεια, σχολείο και κοινωνία. Μεταξύ των θυτών, των θυμάτων και των θυμάτων/δραστών υπάρχει ετερογένεια ως προς τα χαρακτηριστικά. Κανένα από τα χαρακτηριστικά δεν ξεχωρίζει ή δεν υπερτερεί έναντι των άλλων, ούτε αποτελεί ταμπέλα για την κάθε κατηγορία. Είναι σημαντικό, ακόμη, να σημειωθεί ότι η ταυτοποίηση των χαρακτηριστικών αυτών δεν αποτελούν στερεότυπα αυτών, αλλά αναφέρονται κάποια ενδεικτικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα που έχουν παρατηρηθεί ότι επικρατούν σε κάθε κατηγορία. (Garrett, 2003. Rubin, Bukowski & Laursen, 2011. Sanders & Phye, 2004. Vernberg & Biggs, 2010).

### **2.3. Ψυχοκοινωνικά Χαρακτηριστικά των θυτών**

Οι δράστες ή οι θύτες των εκφοβιστικών επεισοδίων έχει αποδειχθεί ότι είναι κοινωνικά ανταγωνιστικοί, δημοφιλείς και επιθυμούν να εξουσιάζουν τους υπόλοιπους συμμαθητές. Από κάποιους υποστηρίζεται ότι οι νέοι χρησιμοποιούν την εξουσία για να αποκτήσουν κοινωνική αναγνωσιμότητα, ώστε να μπορούν να ασκούν έλεγχο. Τα παιδιά που είναι ιδιαίτερα δημοφιλή μπορούν μέσω της επιθετικής συμπεριφοράς να νομιμοποιήσουν τις επιθετικές τους πράξεις. Ερευνητές, επίσης, έχουν αναφέρει ότι οι δράστες εσκεμμένα

εκφοβίζουν τα θύματα μπροστά σε άλλα παιδιά, επιθυμώντας με τον τρόπο αυτό να επιδείξουν την υπεροχή τους. Ωστόσο, αξίζει να τονιστεί ότι οι θύτες μπορεί να εκδηλώνουν βίαιες συμπεριφορές υπό συνθήκες πίεσης ή απειλής από τους υπολοίπους συμμαθητές ή από την παρέα στην οποία ανήκουν. Από την άλλη, έρευνες αναφέρουν ότι η επιθετικότητα που εκδηλώνει ένα παιδί είναι αντιστρόφως ανάλογη της κοινωνικής του αποδοχής από τους συμμαθητές του (Garrett, 2003. Jordan, 2007. Lines, 2008. Noorden, Haselage, Cillessen & Bukowski, 2015. Romain, 2012. )

Έρευνες έχουν αναφέρει ότι οι θύτες παρουσιάζουν γρήγορο θυμό, επιθετική συμπεριφορά και συνήθως ερμηνεύουν τις συμπεριφορές των άλλων ως επιθετικές. Από την άλλη, ερευνητές έχουν αναφέρει ότι οι θύτες που νοιώθουν χαμηλή αυτοεκτίμηση χρησιμοποιούν στρατηγικές που δεν εμπεριέχουν το στοιχείο της βιαιότητας ή της επιθετικότητας. Μπορεί να χρησιμοποιήσουν, για παράδειγμα, συναισθηματική χρήση της γλώσσας προκειμένου να υπερισχύσουν ή να επιτεθούν. Η στάση αυτή ενδέχεται να προκύπτει λόγω της ανατροφής των παιδιών αυτών σε περιβάλλον με χαμηλή γονική υποστήριξη ή σε βίαια περιβάλλοντα. Επιπλέον, όσο αφορά τα αγόρια θύτες, αυτοί έχουν χαρακτηριστεί ως κοινωνικοί, με χαμηλή συναισθηματική εμπάθεια, χωρίς όμως χαμηλή γνωστική ενσυναίσθηση (Dulmus & Sowers, 2004. Jordan, 2007. Noorden, Haselage, Cillessen & Bukowski, 2015. Romain, 2012)

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι θύτες τείνουν να εμφανίζουν χαμηλή επίδοση στο σχολείο και να παρουσιάζουν παραβατικές συμπεριφορές. Το bullying στα σχολεία αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της μετέπειτα συμπεριφοράς των παιδιών. Μελέτη του Olweus (1999) έδειξε ότι το 60% των παιδιών που είχαν χαρακτηριστεί ως θύτες από τους καθηγητές και τους συμμαθητές τους, διέπραξαν τουλάχιστον ένα έγκλημα μέχρι την ηλικία των 24 χρόνων (Garrett, 2003. Jordan, 2007).

#### **2.4. Ψυχοκοινωνικά Χαρακτηριστικά των θυμάτων**

Υποστηρίζεται ότι υπάρχουν δύο ειδών θυμάτων. Εκείνα που χαρακτηρίζονται ως «προκλητικά» θύματα και εκείνα που δε προκαλούν με τη συμπεριφορά τους, που συνιστούν και τον πιο συχνό τύπο θυμάτων. Τα προκλητικά θύματα τείνουν να είναι υπερκινητικά και ευερέθιστα. Η συμπεριφορά τους και η στάση τους είναι πιθανόν να οδηγήσει στη συνέχιση κάποιου εκφοβιστικού επεισοδίου, καθώς μια επιθετική απάντηση σε ένα εκφοβιστικό περιστατικό ή επεισόδιο ενδέχεται να ενισχύσει τη συμπεριφορά του θύτη. Απεναντίας, τα παθητικά και υποτακτικά θύματα χαρακτηρίζονται κυρίως από άγχος, αισθήματα

ανασφάλειας και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Όταν ένα θύμα αγνοήσει τη συμπεριφορά του θύτη και δε συμμορφωθεί στη στάση του, τότε η μείωση μιας μελλοντικής επίθεσης είναι πιο πιθανή (Juvonen & Graham, 2001 Winkler, 2005).

Έρευνες έχουν δείξει ότι τα θύματα του σχολικού εκφοβισμού συγκριτικά με τους δράστες ή με τα παιδιά που δεν έχουν θυματοποιηθεί εμφανίζονται περισσότερο παθητικοί και ανήσυχοι, να διαθέτουν μειωμένες ψυχολογικές δεξιότητες και υψηλό γενικευμένο άγχος- ειδικότερα υψηλό κοινωνικό άγχος. Μάλιστα, κάποιες έρευνες υποστηρίζουν ότι τα παιδιά αυτά είναι πιο πιθανό να βλέπουν τους εαυτούς τους ως ανιαρούς, και ανάξιους. Τα θύματα του σχολικού εκφοβισμού αναφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά μοναξιάς και χαμηλότερα ποσοστά αυτοεκτίμησης. Σχετικά με την αυτοεκτίμηση, έρευνες έχουν δείξει ότι και άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση είναι πιθανόν να θυματοποιηθούν. Ωστόσο, παιδιά με χαμηλότερη αυτοεκτίμηση έχουν αναφέρει -σε αυτοαναφορές- εκτεταμένο εκφοβισμό και έχουν εμφανίσει υψηλά επίπεδα στρες. Επιπλέον, το χαρακτηριστικό γνώρισμα της υψηλής αυτοεκτίμησης έχει ως αποτέλεσμα μια πιο δυναμική στάση απέναντι στον δράστη, ενώ η χαμηλή αυτοεκτίμηση συνήθως συνοδεύεται με πιο επιθετικές συμπεριφορές προς τον θύτη (Jordan, 2007. Juvonen&Graham, 2001. Sanders & Phye, 2004. Smith , Polenik, Nakasita & Jones, 2012).

Μιλώντας για τις κοινωνικές και ακαδημαϊκές δεξιότητες των θυμάτων, σύμφωνα με τους Smith και Sharp (1994) (όπως αναφέρεται στους Juvonen & Graham, 2001), τα θύματα του εκφοβισμού έχουν περιορισμένες κοινωνικές δεξιότητες, χαμηλότερη κοινωνική νοημοσύνη και περιορισμένες δεξιότητες διαχείρισης της επιθετικής συμπεριφοράς. Εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά ακαδημαϊκού ανταγωνισμού και αυτό-αξιολόγησης. Ακόμη, διαθέτουν αυξημένο άγχος κατά τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις τους, ενισχύοντας άλλοτε επιθετικές και βίαιες συμπεριφορές από τους συνομήλικους τους (Jordan, 2007. Winkler, 2005).

Τα θύματα του εκφοβισμού υποστηρίζεται ότι προέρχονται συνήθως από υπερπροστατευτικό περιβάλλον και συνήθως τα παθητικά αρσενικά θύματα διαθέτουν μια πολύ στενή σχέση με τους γονείς και κυρίως με τις μητέρες τους. Τα παιδιά που αναπτύσσουν σχέσεις εξάρτησης με τους γονείς ή που με μεγαλώνουν σε περιβάλλον όπου οι γονείς χαρακτηρίζονται ως αποκρουστικοί, δυσκολεύονται στο να λύσουν μόνα τους τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και συνεπώς δε μπορούν να υιοθετήσουν τις απαραίτητες δεξιότητες για την επίλυση διαμαχών. Επακόλουθο αυτών, η δημιουργία συναισθημάτων αβοηθητότητας



και ευαλωτότητας που καθιστά τα παιδιά αυτά εύκολα θύματα (Junonen & Graham, 2001. Lowenstei, 1977. Sanders & Phye, 2004).

Τέλος, παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, παιδιά με φυσικές δυσκολίες, αναπηρίες, παιδιά εθνικών μειονοτήτων και παιδιά που δε πληρούν τα στερεότυπα των δύο φύλων αποτελούν ομάδα κινδύνου και είναι πιθανότερο συγκριτικά με τους υπόλοιπους συμμαθητές να θυματοποιηθούν λόγω της διαφορετικότητάς τους ( Junonen & Graham, 2001. Lowenstei, 1977).

## **2.5. Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των θυτών/θυμάτων**

Η κατηγορία θύτες/θύματα δεν αποτελεί μια διακεκριμένη κατηγορία και σε αυτή ανήκουν όσα παιδιά εναλλάσσονται μεταξύ του ρόλου του θύματος και του θύτη. Δηλαδή οι μαθητές συνήθως μπορεί να είναι εξίσου και θύματα και θύτες. Σε κάποιες περιπτώσεις έχει αποδειχθεί βάσει ερευνών ότι τα παιδιά που θυματοποιούνται περισσότερο είναι και τα πιο επιθετικά μεταξύ των συμμαθητών τους. Διαχρονικές μελέτες έχουν εστιάσει στα συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα τα οποία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του θύτη/θύματος. Τα παιδιά αυτά έχουν υποτεθεί ότι έχουν αρνητικές πεποιθήσεις γι' αυτούς και για τους άλλους και ότι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν διατηρούνται μακροχρόνια, μέχρι δηλαδή και την ενηλικίωση τους (Cook, William, Guerra, Kim & Sadek, 2010. Jordan, 2007. Psalti, 2012. Sanders & Phye, 2004). Πιο συγκεκριμένα, έχει αποδειχθεί ότι τα παιδιά που εμπίπτουν στην κατηγορία των θυμάτων/θυτών είναι περισσότερο πιθανό να αναφέρουν σωματικές ενοχλήσεις και να εκδηλώνουν ψυχοσωματικά συμπτώματα, διαταραχές πρόληψης της τροφής, έντονο άγχος, να δυσκολεύονται στην αλληλεπίδραση με άλλους συμμαθητές, να αποδοκιμάζονται και να απομονώνονται από αυτούς. Ακόμη, σύμφωνα με μελέτη των Haynie και των συνεργατών (2002) ( όπως αναφέρεται στον Jordan, 2007) οι θύτες/θύματα στην έρευνά τους παρουσίασαν αυξημένα επίπεδα αποκλίνουσας συμπεριφοράς, καταθλιπτικών συμπτωμάτων, σχολική και κοινωνική απορρύθμιση, προβλήματα συμπεριφοράς και μειωμένο αυτοέλεγχο συγκριτικά με τις υπόλοιπες κατηγορίες, των θυτών και των θυμάτων.

## 2.6. Μορφές Εκφοβισμού

Ο σχολικός εκφοβισμός, όπως και ο εκφοβισμός εν γένει μπορεί να πάρει διάφορες μορφές και διαστάσεις ανάλογα με τα μέσα που χρησιμοποιήσει ο θύτης για να εκφοβίσει και να βλάψει το θύμα. Οι μορφές της επιθετικότητας μπορεί να είναι είτε άμεσες, είτε έμμεσες. Ο άμεσος εκφοβισμός γίνεται πρόσωπο- με-πρόσωπο. Πρόκειται δηλαδή για μια ευθεία σύγκρουση, όπως για παράδειγμα είναι η απομόνωση ενός θύματος. Από την άλλη, ο έμμεσος εκφοβισμός είναι συγκαλυμμένος, δύσκολα διακριτός και εκδηλώνεται με τρόπο πλάγιο ή ύπουλο, όπως η διάδοση φημών. Συνήθως, απαιτεί τη συνεργασία δύο ή περισσότερων ατόμων για την πραγματοποίησή του (Bjorkvist, Lagerspetz & Kaukiainen, 1992. Garandean & Cillesen, 2006). Ο εκφοβισμός παίρνει μορφή με ένα από τους παραπάνω τρόπους. Ωστόσο, μπορεί να εκδηλώνεται και συνδυαστικά. Οι τύποι εκφοβισμού με τους οποίους μπορεί να εκδηλωθεί μια εκφοβιστική συμπεριφορά είναι οι ακόλουθοι : Ο σωματικός, ο λεκτικός, ο μη λεκτικός, ο οπτικός, ο ψυχολογικός, εργασιακός, κοινωνικός, ηλεκτρονικός, ρατσιστικός, σεξουαλικός και ομοφοβικός εκφοβισμός και ο εκβιασμός (Duncan, 1999. Kuykendall, 2012. Motiuk, 2014. Smith, 2013).

### 2.6.1. Σωματικός Εκφοβισμός (physical bullying)

Ο σωματικός εκφοβισμός είναι ίσως από τις πιο αναγνωρισμένες μορφές εκφοβισμού. Πρόκειται για μια μορφή βίας, η οποία εκδηλώνεται μέσω της φυσικής βίας, όπως γρονθοκοπήματα, κλωτσιές, σπρωξιές, τρικλοποδιές, σεξουαλική παρενόχληση, τραβήγματα μαλλιών. Ο σωματικός εκφοβισμός μπορεί επίσης να περιλαμβάνει και έμμεσες συμπεριφορές, κατά τις οποίες ο δράστης στερεί από τα θύματα τα προσωπικά τους αντικείμενα. Αναλυτικότερα, τέτοιες συμπεριφορές περιλαμβάνουν υλικές ζημιές, όπως το άρπαγμα ή και φθορά της ατομικής ιδιοκτησίας (κλοπές, άρπαγμα ενός αντικειμένου χωρίς την άδεια του/της κατόχου). Οι συμπεριφορές αυτές βέβαια συσχετίζονται και με το αναπτυξιακό στάδιο του θύτη. Για παράδειγμα, τα σπρωξίματα, οι κλωτσιές και τα χτυπήματα εκτελούνται συνήθως από μικρότερα ηλικίας παιδιά. Καθώς ο σωματικός εκφοβισμός απαιτεί πολύ ενέργεια και είναι εξουθενωτικός, συνήθως οι δράστες δρουν με συνεργεία ή αναλόγως οι επιθέσεις τους είναι μικρής διάρκειας (Kuykendall, 2012. Rigby, 2008. You, Lee & Kim, 2015).

### **2.6.2 Λεκτικός Εκφοβισμός (verbal bullying)**

Ο λεκτικός εκφοβισμός είναι η πιο διαδεδομένη μορφή εκφοβισμού. Τα παιδιά χρησιμοποιούν απρεπή και κακόβουλα σχόλια για το χρώμα, τα ρούχα, για τη διαφορετικό εθνικό και πολιτιστικό υπόβαθρο, για το διαφορετικό σεξουαλικό προσανατολισμό ή για την κοινωνική ή οικονομική κατάσταση άλλων παιδιών. Τα μηνύματα αυτά μπορούν να μεταδοθούν πρόσωπο με πρόσωπο είτε με βωμολοχίες, παρατσούκλια, προσβλητικές προσφωνήσεις, απειλές και προσβολές, είτε μέσω σημειωμάτων και ηλεκτρονικών μέσων, όπως είναι απειλητικά μηνύματα στο κινητό και στον υπολογιστή. Μια εξελιγμένη μορφή του λεκτικού εκφοβισμού είναι το cyberbullying, ο ηλεκτρονικός δηλαδή εκφοβισμός. (Duncan, 1999. Espelage & Swearer, 2003. Kuykendall, 2012. Reid, Mosen & Rivers, 2004).

### **2.6.3. Εκφοβισμός με τη χρήση μη λεκτικής επικοινωνίας (non-verbal bullying)**

Η μη λεκτική χρήση επικοινωνίας πραγματοποιείται μέσω χειρονομιών, όπως είναι οι γκριμάτσες, οι χυδαίες χειρονομίες, το επίμονο ή έντονο βλέμμα που εκφράζει απειλή, τα αγγίγματα χωρίς τη θέληση του άλλου και συνήθως εκφράζουν επιθετική διάθεση (Duncan, 1999. Rigby, 2008a. Smith, 2012).

### **2.6.4. Οπτικός εκφοβισμός (visual bullying)**

Σε αυτή τη μορφή εκφοβισμού περιλαμβάνονται συμπεριφορές όπως είναι η κυκλοφορία σημειωμάτων, εικόνων, σκίτσων με κακοήθες ή προσβλητικό, και κακόβουλο περιεχόμενο, καθώς επίσης και η τοποθέτηση προσβλητικών μηνυμάτων σε χώρους, όπου είναι προσβάσιμοι και εμφανείς από άλλους. Η ανάρτηση σημειωμάτων ενδέχεται γίνουν πάνω στο ίδιο το θύμα, όπως για παράδειγμα, στην πλάτη του θύματος ή στην τσάντα του. Η χρήση του γκράφιτι με προσβλητική επίσης σημειολογία σε περίοπτους χώρους του σχολείου ή της γειτονιάς μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εναλλακτική λύση (Olweus, 1999b).

### **2.6.5. Ψυχολογικός Εκφοβισμός ( Psychological Bullying)**

Ο ψυχολογικός εκφοβισμός πραγματοποιείται μέσα από πράξεις που σκοπό έχουν να προκαλέσουν ντροπή, ταπείνωση, ψυχική αναστάτωση και δυσφορία στο θύμα. Τέτοιες πράξεις είναι ο αποκλεισμός ενός προσώπου από μια ομάδα, ένα επίμονο και απειλητικό βλέμμα, η διάδοση κακόβουλων φημών, η απειλή για χτύπημα, ο εξαναγκασμός του θύματος να κάνει κάτι παρά τη θέλησή του/της, η στέρηση των προσωπικών αντικειμένων του θύματος κ.α. Τέτοιες συμπεριφορές αποσκοπούν στο να εμπλακεί το θύμα σε καυγάδες, να χρειαστεί να ζητήσει βοήθεια από άλλους ή να χρειαστεί να παρακαλέσει το δράστη. Καθώς

ο ψυχολογικός εκφοβισμός δεν απαιτεί ιδιαίτερη σωματική ενέργεια, αυτός μπορεί να συνεχίζεται να εκδηλώνεται επανειλημμένα για μεγάλο χρονικό διάστημα (Richards & Freeman, 2012. Kuykendall, 2012).

### **2.6.6. Εργασιακός Εκφοβισμός ( Workplace Bullying)**

Ο εργασιακός εκφοβισμός αποτελεί μια ειδική μορφή εκφοβισμού, διότι επιτρέπει τους δράστες να δεσμευτούν σε ένα συγκεκριμένο τύπο εκφοβισμού. Το σχολείο για παράδειγμα θεωρείται ένας εργασιακός χώρος, όπου και εκδηλώνονται εκφοβιστικά επεισόδια. Αποτελεί μια διακριτική μορφή εκφοβισμού και για το λόγο αυτό δεν είναι εύκολο να ανιχνευθεί και να εντοπιστεί και αυτό γιατί εκδηλώνεται με πλάγιους και ύπουλους τρόπους, εφόσον οι δράστες προτιμούν να μείνουν ανώνυμοι για να μη χάσουν τη δουλειά τους, να μη τιμωρηθούν ή να μην αποβληθούν από το σχολείο. Πιο συγκεκριμένα, παραδείγματα εργασιακού εκφοβισμού μπορεί να είναι η αδικαιολόγητη κριτική, η προκατειλημμένη ερμηνεία κανόνων, ασαφείς οδηγίες και απόκρυψη σημαντικών πληροφοριών από το θύμα που συσχετίζονται με την εργασία και η απομόνωση του θύματος από άλλους συναδέλφους (Einarsen, Hoel, Zapf & Cooper, 2011. Richards & Freeman, 2012. Kuykendall, 2012. Mata, 2012)

### **2.6.7. Κοινωνικός εκφοβισμός (relational and Social bullying)**

Ο κοινωνικός αποκλεισμός αναφέρεται σε εκείνη τη μορφή εκφοβισμού που έχει ως πρόθεση να προσβάλλει τη διαπροσωπική και τη κοινωνική θέση του θύτη και συνήθως πραγματοποιείται από περισσότερο από ένα δράστες. Αναλυτικότερα, σκοπός είναι η απομάκρυνση και η απομόνωση ενός παιδιού από μια παρέα και ο σταδιακός αποκλεισμός του. Πολλές φορές αυτό μπορεί να συμβεί και μέσω της χειραγώγησης των υπόλοιπων συμμαθητών από τον δράστη, ώστε να εναντιωθούν στο θύμα. Τέτοιες συμπεριφορές μπορεί να είναι η υποτίμηση του θύματος, βάζοντάς τον να κάνει αγγαρείες, η επίμονη αγνόηση ενός παιδιού, κάνοντας τον να αισθάνεται ανύπαρκτος και ασήμαντος και ο αποκλεισμός του θύματος από διάφορες ομαδικές δραστηριότητες. Ο κοινωνικός εκφοβισμός μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε άμεσα, είτε έμμεσα. Στην έμμεση μορφή ο/οι δράστης/ες χρησιμοποιούν πάγιους τρόπους για να επιτεθούν, όπως το κουτσομπολιό ή τη διάδοση φημών ή άλλους παρόμοιους τρόπους, ώστε να καταστρέψουν τις κοινωνικές και τις διαπροσωπικές σχέσεις του θύματος. Στον άμεσο εκφοβισμό έχουμε μια ευθεία σύγκρουση, όπου τα πρόσωπα που επιτίθεντο είναι εμφανή (Crea, 2007. Fitzpatrick & Bussey, 2011. Neal, 2008. Smith, 2012).

### 2.6.8. Εκβιασμός

Ο εκβιασμός ως μορφή εκφοβισμού περιλαμβάνει εξαναγκασμούς και απειλές. Οι δράστες χρησιμοποιούν τον εκβιασμό ως μέσο για να εκφοβίζουν το θύμα τους, με σκοπό να αποσπάσουν εκούσια από αυτό χρήματα ή και προσωπικά αντικείμενα. Στη περίπτωση των παιδιών, οι δράστες μπορεί να εξαναγκάσουν το θύμα να τους παραχωρήσει το φαγητό τους, το χαρτζιλίκι τους, το κινητό τους ή άλλα αντικείμενα (Byrne, 1999).

### 2.6.9. Κυβερνο-εκφοβισμός- Cyberbullying (KE)

Το cyberbullying συγκαταλέγεται στο τέταρτο κύμα έρευνας του εκφοβισμού και έφερε νέες εξελίξεις και ευκαιρίες στα προγράμματα έρευνας αυτού. Με την άνοδο της τεχνολογίας οι ερευνητές έχουν δείξει ενδιαφέρον για το θέμα του εκφοβισμού στον κυβερνοχώρο. Το ζήτημα του εκφοβισμού μέσω διαδικτύου ή αλλιώς το cyberbullying διέγειρε τις ανησυχίες των ερευνητών περίπου το 2000. Δεν είναι σαφείς οι λόγοι που οδήγησαν τον εκφοβισμό να πάρει μορφή μέσω του διαδικτύου. Κάποιοι, βέβαια, ισχυρίζονται ότι οι θύτες του συγκεκριμένου εκφοβισμού αποτελούν θύματα του παραδοσιακού εκφοβισμού, οι οποίοι είναι αδύναμοι να ανταποκριθούν πρόσωπο με πρόσωπο και χρησιμοποιούν ένα απρόσωπο μέσο για να ανταποδίδουν την οργή τους (Slonje, Smith & Frisé, 2012. Smith, 2014. Smith, 2012).

Προσδιορίζοντας τον όρο cyberbullying, αυτός πρόκειται για έναν ηλεκτρονικό εκφοβισμό, που πραγματοποιείται μέσω της τεχνολογίας της πληροφορίας και των επικοινωνιών. Συγκεκριμένα, ο θύτης επανειλημμένα χρησιμοποιεί το διαδίκτυο, τα κινητά τηλέφωνα ή άλλες συσκευές με πρόσθεση να βλάψει ή να φέρει σε δύσκολη θέση ή σε ψυχική αναστάτωση ένα άλλο πρόσωπο. Σύμφωνα με Συμβούλιο Πρόληψης της εγκληματικότητας το cyberbullying περιλαμβάνει παρενόχληση και διάδοση φημών για ένα άτομο μέσω email, chatrooms, μηνύματα κειμένου, άμεσα μηνύματα ή ιστοσελίδες κοινωνικής δικτύωσης. Οι βιβλιογραφικοί όροι που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν αυτό το είδος του εκφοβισμού είναι κυβερνο-εκφοβισμός (KE) (cyberbullying, ηλεκτρονικός εκφοβισμός (electronic bullying)), διαδικτυακός εκφοβισμός (Internet bullying/ online bullying), ή τεχνολογικός εκφοβισμός. Ωστόσο, οι μορφές του cyberbullying επεκτείνονται σημαντικά, καθώς τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης διευρύνονται συνεχώς. Υπολογίζεται μάλιστα, ότι το 20% θυματοποιούνται κάποια στιγμή κατά την εφηβική τους ηλικία (Αντωνιάδου & Κόκκινος, 2013. Dooley, Pyzalski & Cross, 2009).

Πρώιμες μορφές εκφοβισμού θεωρούταν τα κακόβουλα και απειλητικά μηνύματα που στέλνονται μέσω κινητού τηλεφώνου και email. Σήμερα, οι μορφές που μπορεί να λάβει ο ηλεκτρονικός εκφοβισμός ποικίλλει. Οι πιο συνήθεις μορφές είναι η διαδικτυακή παρακολούθηση (cyberstalking), που ορίζεται ως η παρακολούθηση μέσω συσκευών ηλεκτρονικής επικοινωνίας, ο αποκλεισμός (exclusion) ενός ατόμου από μια ομάδα σε ένα blog ή σε μια οποιαδήποτε διαδικτυακή ομιλία, το flaming, το φλόγισμα, δηλαδή μηνύματα με προσβλητικό περιεχόμενο που έχει ως σκοπό να δημιουργήσει αρνητικά συναισθήματα στον αποδέκτη, η βιντεοσκοπήση εκφοβιστικών σκηνών και η δημοσίευση αυτών (happyslapping), η υποκλοπή και η χρήση προσωπικών δεδομένων (λογαριασμού ή κινητής τηλεφωνίας (impersonationή masquerade), εξαπάτηση μέσω απόσπασης ευαίσθητων πληροφοριών και η δημοσίευση αυτών (trickery), η συκοφάντηση με χρήση κακόβουλων, ανήθικων σχόλιων και μέσω ανάρτησης προσωπικών υλικών στο διαδίκτυο (denigration), η δημοσιοποίηση προσωπικών στοιχείων (φωτογραφιών και βίντεο) και η αποστολή τους σε άλλα άτομα (outing) (Kowalski & Fedina, 2011. Smith, 2014. Smith, 2012).

Όπως ήδη έχουμε αναφέρει στον ορισμό του εκφοβισμού, αυτό που τον διαφοροποιεί μεταξύ των άλλων από την επιθετικότητα, είναι η επανάληψη και η ασυμμετρία της εξουσίας, αν και κάποιοι διαφωνούν ως προς τη σημασία της επανάληψης. Ωστόσο, οι δύο αυτές έννοιες είναι λιγότερες ευδιάκριτες κατά τον εκφοβισμό μέσω του διαδικτύου. Από τη μια, η επανάληψη ενδέχεται να μη βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο του εκφοβιστή λόγω της χρήσης της τεχνολογίας και από την άλλη η ασυμμετρία της εξουσίας δε περιλαμβάνει την σωματική ικανότητα, αλλά διαφορετικά κριτήρια, όπως είναι η ανωνυμία και η καλή γνώση των τεχνολογικών μέσων. Πιο ειδικά, οι Vandebosch και Van Cleemput (2008) βρήκαν ότι οι μαθητές που διέθεταν καλές τεχνολογικές ικανότητες, είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν αποκλίνουσες διαδικτυακές εμπειρίες. Σχετικά με την ανωνυμία, έρευνες έχουν δείξει ότι τα περισσότερα θύματα δεν γνώρισαν τον εκφοβιστή τους, γεγονός που καθιστά δύσκολη την αποτελεσματική ανταπόκριση του θύματος στο εκάστοτε επιθετικό επεισόδιο. (Menesini, Nocentini, Palladino, Frisén, Berne, Ortega-Ruiz, Calmaestra, Scheithauer, Schultze-Krumbholz, Luik, Naruskov, Blaya, Berthaud & Smith, 2012. Rey, Elipe & Ortega-Ruiz, 2012. Slonje, Smith & Frisén, 2012)

Υποστηρίζεται ότι η συμμετοχή των εμπλεκόμενων (θυτών και θυμάτων) στον εκφοβισμό επηρεάζεται βάσει των προσωπικών τους χαρακτηριστικών. Θεωρείται, μάλιστα, ότι τα χαρακτηριστικά αυτά σκιαγραφούν ένα συγκεκριμένο προφίλ, βάσει των οποίων οι εμπλεκόμενοι χαρακτηρίζονται ως θύτες και θύματα. Λέγοντας λίγα λόγια για τα

χαρακτηριστικά των εμπλεκόμενων στο κυβερνοεκφοβισμό, υποστηρίζεται ότι αυτή συσχετίζεται με τη την αυτοεκτίμηση και συγκεκριμένα με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, τόσο στους θύτες όσο και στα θύματα. Ωστόσο, η χαμηλή αυτοεκτίμηση των θυμάτων δεν είναι ακόμη βέβαιη (Μακρή- Μπότσαρη, 2001α. Hinduja & Patchini, 2009, όπως αναφέρεται στο Αντωνιάδου & Κόκκινος, 2013). Ακόμη, η κοινωνική αναστολή, η απομόνωση και η χαμηλή δημοτικότητα των παιδιών έχει συσχετιστεί με τη συχνή χρήση του διαδικτύου και κατ' επέκταση με το φαινόμενο του ηλεκτρονικού εκφοβισμού. Τα άτομα αυτά είναι πιθανόν να παρουσιάζουν μέσα από το διαδίκτυο μια διαφορετική εικόνα του εαυτού τους από αυτή που ισχύει στην πραγματικότητα ( Midyanto & Griffiths, 2011).

Αν και το ενδιαφέρον της θυματοποίησης των παιδιών με σύνδρομο ADHD και Asperger μέσω διαδικτύου είναι περιορισμένο -ερευνητικά , οι Kowalski και Fedina (2011) ανακάλυψαν ότι παιδιά με ΔΕΠΥ και με Asperger εμφανίζουν υψηλά ποσοστά θυματοποίησης, τόσο μέσω του παραδοσιακού εκφοβισμού, όσο και μέσω του διαδικτύου. Ακόμη, βρήκαν ότι όσα παιδιά δεν εμπλέκονταν στο εκφοβισμό είχαν υψηλότερα ποσοστά ψυχολογικής και σωματικής υγείας σε σχέση με τα παιδιά που εμπλέκονταν σε αυτόν.

Η επίδραση του φύλου και της ηλικίας είναι σημαντική στη συμμετοχή εκφοβιστικών συμπεριφορών. Υπάρχουν ερευνητές που ισχυρίζονται ότι ο κυβερνοεκφοβισμός είναι συχνότερος στα κορίτσια , καθώς αυτά χρησιμοποιούν τον έμμεσο εκφοβισμό συχνότερα συγκριτικά με τα αγόρια. Άλλες έρευνες, ωστόσο, δεν υποστηρίζουν τον παραπάνω ισχυρισμό και δίνουν διαφορετικά αποτελέσματα (Ybarra & Mitchell 2004. Limber, 2007). Μια έρευνα του Li (2006) στον Καναδά για το cyberbullying στα σχολεία και τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς αυτό, έδειξε ότι ένας στους τέσσερις μαθητές ήταν θύματα του cyberbullying. Αναφορικά με τους θύτες, αυτοί παρενοχλούσαν περισσότερο από τρεις φορές τα θύματα τους. Σχετικά με τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων τα αγόρια ήταν πιο πιθανόν να είναι θύτες συγκριτικά με τα κορίτσια .Σχετικά με την ηλικία των εμπλεκόμενων στον εκφοβισμό μέσω του διαδικτύου αυτή αυξάνεται με το πέρας της ηλικίας κυρίως στην εφηβεία σε ηλικίες 15-16χρονών (Ybarra, Mitchell, Finkelhor, & Wolak, 2007) (όπως αναφέρεται στους Αντωνιάδου & Κόκκινος, 2013).

Πολλές έρευνες εστιάζουν στις επιπτώσεις του ηλεκτρονικού εκφοβισμού στα άτομα που εμπλέκονται σ'αυτόν. Μια έρευνα των Ortega, Elipe, Mora-Merchán, Genta, Brighi, Guarini, Smith, Thompson & Tippett (2012) βρήκε ο συναισθηματικός αντίκτυπος των θυτών του ηλεκτρονικού εκφοβισμού συσχετίζεται σημαντικά με το είδος του εκφοβισμού. Ο

άμεσος εκφοβισμός και ο ηλεκτρονικός εκφοβισμός μέσω κινητού συσχετίζονταν με συγκεκριμένο συναισθηματικό προφίλ. Αντίστοιχη συσχέτιση υπήρξε μεταξύ του ηλεκτρονικού εκφοβισμού και του έμμεσου εκφοβισμού. Αναφορικά με τον συναισθηματικό αντίκτυπο του cyberbullying, ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι τα θύματα που είχαν εκφοβιστεί συναισθηματικά μέσω του διαδικτύου εξέφραζαν μια ποικιλία συναισθημάτων, όπως θυμός, λύπη, άγχος, φόβο, μοναξιά, κατάθλιψη, ντροπή και απογοήτευση, τα οποία μπορεί να διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ακόμη, κάποιοι ερευνητές βρήκαν ότι ο ηλεκτρονικός εκφοβισμός συνδέεται εντονότερα με συμπεριφορές όπως είναι ο αυτοτραυματισμός και η αυτοκτονικότητας συγκριτικά με τον παραδοσιακό εκφοβισμό (Slonje, Smith & Frisé, 2012).

#### **2.6.10. Σεξουαλικός Εκφοβισμός ( Sexual Harassment)**

Καθημερινά και με αμέτρητους τρόπους παιδιά και έφηβοι παρενοχλούνται και θυματοποιούνται σε διάφορα περιβάλλοντα. Η φυλή, το φύλο, οι σεξουαλικές προτιμήσεις μπορεί να αποτελέσουν αιτία θυματοποίησης. Γυναίκες και κορίτσια αποτελούν συχνά στις μέρες μας θύματα trafficking, βιασμού και φόνου με κίνητρο το φύλο και τη σεξουαλικότητά τους. Πολλές έρευνες έχουν μάλιστα έχουν δείξει ότι οι άνδρες που εκδηλώνουν βία στις γυναίκες τείνουν να επιδοκιμάζουν τις παραδοσιακές και πατριαρχικές απόψεις για την ανδρική υπεροχή και ισχύ, το μισογυνισμό και τις στερεοτυπικές αντιλήψεις για τα δύο φύλα. Η σεξουαλική παρενόχληση αποτυπώνει την έμφυλη δομή της εξουσίας που αποτυπώνει τις σχέσεις μεταξύ των δύο φύλων (Shute, Owens&Slee, 2007. Strauss, 2012).

Η σεξουαλική επίθεση και παρενόχληση στα σχολεία είναι διαδεδομένη. Ο σεξουαλικός εκφοβισμός μπορεί να πραγματοποιηθεί με ποικίλους τρόπους και αυξάνεται κυρίως με την είσοδο των νέων στο γυμνάσιο. Υποτιμητικά λόγια ή αστεία για τη σεξουαλική διάθεση ενός υποκειμένου, μηνύματα με σεξουαλικό και προσβλητικό περιεχόμενο και σεξουαλικές επιθέσεις ( σωματικής και λεκτικές) είναι μερικά παραδείγματα σεξουαλικού εκφοβισμού. Οι νέοι και οι έφηβοι εξερευνούν νέους κοινωνικούς ρόλους, αναζητούν κύρος και υπόληψη μεταξύ των συμμαθητών, παράγοντες που κινητοποιούν την επιθετικότητα (Land, 2003. Pellegrini, 2010).

Σύμφωνα με τον Duncan (2010) οι σεξουαλικές ταυτότητες που σχηματίζουν οι νέοι κατά την εφηβική ηλικιακή φάση παίζουν σημαντικό ρόλο στην παραγωγή ειδών συμπεριφοράς που εμπλέκονται στον εκφοβισμό. Η σεξουαλική παρενόχληση διαφοροποιεί τα όρια μεταξύ των φύλων και της ιεραρχίας. Τα αγόρια κατά κύριο λόγο είτε δεσμεύονται,



είτε συμμορφώνονται σε αυτή. Ένα αγόρι για παράδειγμα μπορεί να επιτεθεί σένα κορίτσι με σκοπό να ενισχύσει την αρρενωπότητα του απέναντι στα άλλα παιδιά, καθώς θεωρείται ότι ένα κορίτσι μπορεί να βελτιώσει ή να αυξήσει την ανδρικότητα ενός αγοριού. Από την άλλη, αρκετές κοπέλες είναι εκείνες που θεωρούν πως η σεξουαλική παρενόχληση αποτελεί ένα μέρος του να είσαι γυναίκα και προκύπτει λόγω τη φυσικής διάδρασης που χαρακτηρίζει τις σχέσεις των αγοριών και των κοριτσιών (Duncan, 1999.Land, 2003. Pellegrini, 2010).

Ο ορισμός της σεξουαλική παρενόχλησης είναι ασαφής λόγω της αμφισημίας που περιβάλλει τους όρους της και συνεπώς είναι δύσκολο να οριστεί. Κάποιοι μπορεί να ορίζουν τη σεξουαλική παρενόχληση με κριτήρια τα πόσο απειλητική ή όχι καθίσταται μια συμπεριφορά. Άλλοι μπορεί να την ορίζουν με βάση ποιες συμπεριφορές θεωρούν αποδεκτές. Όμως, ως σεξουαλική παρενόχληση μπορεί να οριστεί μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά (βασιζόμενη στο φύλο) από ένα πρόσωπο με ισχύ απέναντι σένα άλλο. Αναφερόμενοι στο σχολικό περιβάλλον, η ισχύ μπορεί να είναι είτε επίσημη, είτε ανεπίσημη, να προέρχεται είτε από καθηγητές, είτε από μαθητές, καθώς οι μαθητές μπορεί να αποτελέσουν στόχο σεξουαλικής παρενόχλησης τόσο από μαθητές όσο και από καθηγητές, δασκάλους και διάφορους άλλους φορείς, τόσο εντός όσο και εκτός του σχολείου. Για να θεωρηθεί μια τέτοια συμπεριφορά ανεπιθύμητη, θα πρέπει αρχικά να συσχετίζεται με το φύλο, να είναι σεξουαλική, επίμονη, διάχυτη και προσβλητική, με τέτοιο τρόπο που να δημιουργεί ένα εχθρικό περιβάλλον και να επεμβαίνει στην εκπαιδευτική διαδικασία και στην ικανότητα των παιδιών να μάθουν και να εμπλακούν στις σχολικές δραστηριότητες. Η παρενόχληση λόγω φύλου διαθέτει πολλές μορφές και μπορεί να πραγματοποιηθεί λεκτικά, σωματικά ή και ηλεκτρονικά. Ενδέχεται να είναι σεξουαλική κακοποίηση, σεξουαλική επίθεση ή παρενόχληση ή και βιασμός. Αυτό που διαφοροποιεί τη σεξουαλική παρενόχληση από το bullying είναι το στοιχείο εκείνο που τη διαφοροποιεί. Η σεξουαλική παρενόχληση, δηλαδή, δηλοί ότι το φύλο, η σεξουαλική ταυτότητα και ο σεξουαλικός προσανατολισμός είναι εκείνος που διαδραμάτισε τον κύριο ρόλο στη θυματοποίηση του υποκειμένου (Qureshi, 2013.Rivers & Duncan, 2013.Strauss, 2012).

Η σεξουαλική παρενόχληση είναι εφικτό να πραγματοποιηθεί και μέσω διαδικτύου (cyberharassment) είτε με μεμονωμένα επεισόδια και συμβάντα, είτε με επεισόδια που επαναλαμβάνονται. Σημαντικό κριτήριο για τη σεξουαλική παρενόχληση μέσω Internet και διαφοροποιητικό στοιχείο συγκριτικά με την κατά πρόσωπο παρενόχληση είναι η ανωνυμία, που αποσκοπεί στον εκφοβισμό όσων δουν τα μηνύματα. Η σεξουαλική παρενόχληση μέσω διαδικτύου γίνεται μέσω επικοινωνίας με ηλεκτρονικά μέσα με σκοπό ένα άτομο να βλάψει

και να εκμεταλλευτεί ένα υποκείμενο, σωματικά, σεξουαλική και συναισθηματικά. Ειδικότερα, ο σεξουαλικός εκφοβισμός μέσω διαδικτύου περιλαμβάνει ανήθικα, υποτιμητικά και επιθετικά μηνύματα ή σχόλια για το σώμα και τη σεξουαλική ζωή ενός/μια μαθητή/μαθήτρια και αποστέλλονται ατομικά μέσω μηνυμάτων ή και ομαδικά σε διάφορες ιστοσελίδες, websites, blogs, chatrooms. Αξίζει να αναφερθεί ότι στη σεξουαλική παρενόχληση συγκαταλέγεται επίσης και η διακίνηση πορνογραφικού υλικού (Qureshi, 2013. Strauss, 2012).

Μια μελέτη των DeSouza και Ribeiro (2005) σε σχολεία της Βραζιλίας φανέρωσε ότι ο εκφοβισμός αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για τη σεξουαλική παρενόχληση, τόσο των κοριτσιών όσο και των αγοριών και ότι ακόμη τα αγόρια εκφοβίζουν και παρενοχλούν σεξουαλικά περισσότερο τους συμμαθητές τους συγκριτικά με τα κορίτσια. Επιπλέον, όσα αγόρια είχαν χαμηλό σκορ στην κλίμακα που αφορούσε το σεξισμό και όσοι πίστευαν ότι θα τιμωρηθούν από τους καθηγητές τους ήταν λιγότερο πιθανό να εκφοβίσουν τους συμμαθητές τους συγκριτικά με τα αγόρια που σκόραραν υψηλά και πίστευαν ότι δε θα τιμωρηθούν από τους δασκάλους τους.

Μια άλλη Αυστραλιανή μελέτη των Shute, Owens και Slee (2007) υποστήριξε ότι η λεκτική και η έμμεση θυματοποίηση είναι εξολοκλήρου σεξουαλική και αποτελούν καθημερινά φαινόμενα εντός του σχολικού πλαισίου, ενώ μιλώντας για τις συνέπειες της σεξουαλικής παρενόχλησης, αυτές είναι δυσμενείς και είναι ιδιαίτερος κρίσιμες στο θηλυκό φύλο κυρίως στη γυμνασιακή ηλικία (Gruber & Fineran, 2007. Qureshi, 2013. Sanchez, Robertson, Lewis, Rosenbluth, Bohman & Casey, 2008).

Για τη διερεύνηση και την αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών σημαντικό είναι να λαμβάνεται υπόψιν η συχνότητα των περιστατικών αυτών, το είδος των μηνυμάτων που αποστέλλονται, το πλαίσιο όσο και οι διαπροσωπικές δυναμικές που υποστηρίζουν τη σχέση μεταξύ του θύματος και του θύτη. Δεδομένου ότι οι επιπτώσεις της σεξουαλικής παρενόχλησης είναι δυσμενείς για την υγεία των παιδιών και κυρίως των κοριτσιών και καθώς ο εκφοβισμός και η παρενόχληση υπάρχουν ανεξέλεγκτα στα σχολεία, οι υπηρεσίες υποστήριξης και η εκπαιδευτική κατάρτιση του σχολικού προσωπικού, των δασκάλων και των γονέων κρίνονται απαραίτητες (Gruber & Fineran, 2008. Gruber & Fineran, 2007. Sanchez, Robertson, Lewis, Rosenbluth, Bohman & Casey, 2008).

### 2.6.11. Ρατσιστικός Εκφοβισμός ( Racial Bullying)

Το bullying αποτελεί ένα ευρέως διαδεδομένο ζήτημα, ωστόσο, για τον ρατσιστικό εκφοβισμό εντός της σχολικής κοινότητας γνωρίζουμε ελάχιστα πράγματα. Αν και πολλές ακαδημαϊκές έρευνες έχουν ασχοληθεί με το ζήτημα του ρατσισμού, εντούτοις το ιστορικό πλαίσιο που συσχετίζεται με αυτόν δεν έχει διαλευκανθεί πλήρως. Ένα αρκετά μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας βασίζεται σε αυτοαναφορές περιστατικών εκφοβισμού. Προσδιορίζοντας τον όρο ‘‘ρατσιστικός εκφοβισμός’’ αυτός αναφέρεται σε ένα εύρος συμπεριφοράς, τόσο σωματικής όσο και ψυχολογικής, η οποία απορρίπτει ένα πρόσωπο εξαιτίας του χρώματος, της εθνικότητας, της κουλτούρας ή του εθνικού του στάτους (Misawa, 2010. Qureshi, 2013).

Ο Troyna και Mather ήταν από τους πρώτους ερευνητές που ασχολήθηκαν με τη φύση της ρατσιστικής παρενόχλησης και της θυματοποίησης στα σχολεία και υποστήριξαν ότι υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση ρατσιστικών επιθέσεων, οι οποίοι μπορούν να κατανοηθούν μόνο μέσω των κοινωνικών διαδικασιών. Ο ρατσιστικός εκφοβισμός πράγματι μπορεί να λάβει ποικίλες μορφές. Μπορεί να είναι προσωπική και άμεση, όπως η προσφώνηση ρατσιστικών ονομάτων (που και αποτελεί και τη πιο συχνή μορφή), μπορεί να είναι επίσης και κοινωνική διαχωρίζοντας και απομονώνοντας ένα άτομο ή και ολόκληρες ομάδες (Qureshi, 2013).

Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι οι προσφωνήσεις ρατσιστικών ονομάτων είναι η πιο διαδεδομένη μορφή ρατσιστικού εκφοβισμού στα σχολεία και αντανakλά ρατσιστικές αντιλήψεις και νοοτροπίες που προέρχονται από την οικογένεια, από το ίδιο το σχολικό περιβάλλον και από την κοινότητα εν γένει. Οι Smith, Thompson και Whitney (1993) ανακάλυψαν σε μια έρευνά τους ότι τα ρατσιστικά παρατσούκλια προσφωνούνταν σε μεγαλύτερο βαθμό και σε μεγαλύτερη συχνότητα σε παιδιά προερχόμενα από την Ασία, αλλά σε κανένα από τα λευκά παιδιά του σχολείου. Μάλιστα, υποστηρίχθηκε ότι οι ρατσιστικές προσφωνήσεις και τα παρατσούκλια ήταν ιδιαίτερα επιζήμιες για τα παιδιά που θυματοποιούνταν και αποτελούσε βασικό παράγοντα για τη δημιουργία αντιπάθειας και εχθρότητας μεταξύ των παιδιών. Ερευνητικά δεδομένα των Tolsmaa, Deurzenb, Starck και Veenstra, (2013) έδειξαν ότι η επικράτηση του ρατσιστικού εκφοβισμού εξαρτιόνταν από το επίπεδο της εθνικής πολυμορφίας της τάξης, με τα επίπεδα να αυξάνονται με την αύξηση των επιπέδων της εθνικής πολυμορφίας. Ακόμη, παιδιά από το Μαρόκο και την Τουρκία ήταν περισσότερο πιθανό να δεχθούν ρατσιστική επίθεση εν συγκρίσει με τα παιδιά από την Ολλανδία, σύμφωνα με τις αναφορές των θυμάτων. Έρευνες σε παιδιά ηλικίας 12-13 ετών έχουν δείξει ότι η εχθρικότητα και ο εκφοβισμός είναι υπαρκτός σε καθημερινή βάση στα

σχολεία. Άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι οι ρατσιστικές συμπεριφορές γίνονται αποδεκτές από το σχολικό περιβάλλον και κάποιες άλλες φανερώνουν ότι αρκετά παιδιά δεν αναφέρουν τα περιστατικά στους δασκάλους, καθώς φοβούνται την αντίδρασή τους. Είναι πιθανόν οι δάσκαλοι, οι καθηγητές και όσοι εργάζονται στα σχολεία να ενισχύουν (συνειδητά ή μη) ρατσιστικές συμπεριφορές αναπαράγοντας με το λόγο τους και με τη δράση τους μη ρεαλιστικά στερεότυπα (Qureshi, 2013. Strauss, 2012).

### **2.6.12. Ομοφοβικός Εκφοβισμός (homophobic bullying)**

Ο εκφοβισμός αποτελεί μια πραγματικότητα στις περισσότερες κοινωνίες. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι θύτες τείνουν να εκφοβίζουν άτομα που εμφανίζονται περισσότερο ευάλωτα ή μοιάζουν «διαφορετικά». Στόχος φαίνεται να αποτελούν και όσοι/όσες εμφανίζουν διαφορετικές σεξουαλικές προτιμήσεις από τις συνηθισμένες ή όσοι/όσες δεν έχουν ανακαλύψει ακόμη τη σεξουαλική τους ταυτότητα. Το ίδιο ισχύει και στο πλαίσιο τα σχολικής κοινότητας. Όσα παιδιά θεωρούνται ετερόφυλοι, αμφίφυλοι από τους υπόλοιπους συμμαθητές τους, αποτελούν στόχο των θυτών. Οι θύτες αυτοί ορίζονται ως ομοφοβικός και τα επεισόδια που δημιουργούνται ονομάζονται ομοφοβικά επεισόδια. Οι δράστες εκφοβιστικών επεισοδίων έχουν ως στόχο ένα ευάλωτο ομοφυλόφιλο ή διαφορετικό φυσιολογικά μαθητή και χρησιμοποιούν προσβλητικούς όρους ή τον όρο «ομοφυλόφιλος» υποτιμητικά για προκαλέσουν ταπείνωση ψυχική δυσφορία. Συνεπώς, ομοφοβικός εκφοβισμός έχει τη μορφή σωματικής, λεκτικής και ψυχολογικής παρενόχλησης και επίθεσης απέναντι σε άτομα με διαφορετικές σεξουαλικές προτιμήσεις (Meyer, 2009. Norman, 2004. Norman & Calvin, 2006. Rivers & Duncan, 2013).

Οι εκφοβιστικές πράξεις εις βάρος ατόμων με διαφορετική σεξουαλικότητα στηρίζονται σε αρνητικά στερεότυπα και σε προκαταλήψεις και δημιουργούν και κατοχυρώνουν ηγεμονικές φυσιολογικές αρρενωπότητας και θηλυκότητας, ετεροσεξουαλικές ταυτότητες και ετεροσεξουαλικές ιεραρχίες (Meyer, 2009. Renold, 2002. Rivers, 2011).

Ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι υπάρχουν πολλά κρούσματα παρενόχλησης στα σχολεία που έχουν τη μορφή σωματικών και λεκτικών και σωματικών μορφών ετεροσεξουαλικότητας και ομοφοβίας τόσο σε αγόρια, όσο και σε κορίτσια. Το ζήτημα της ομοφοβίας αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο και χρήζει σοβαρής ανησυχίας για τους μαθητές, τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς, καθώς το ζήτημα της ομοφοβίας έχει λάβει διάχυτες διαστάσεις (Hong & Garbarino, 2012. Renold, 2002. Rivers, 2011. Walton, 2008).

Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι η ετεροφυλόφιλη νεολαία ή αλλιώς προσδιοριζόμενη ως LGBT είναι ιδιαίτερος ευάλωτη στη θυματοποίηση και στην επιθετικότητα από συνομήλικους τους. Το ένα τρίτο των παιδιών του γυμνασίου στις Η.Π.Α θυματοποιούνται. Από αυτούς πάνω από το 85% των νέων θυματοποιούνται λεκτικά λόγω του σεξουαλικού τους προσανατολισμού, το 44% παρενοχλούνται σωματικά για τον ίδιο λόγο και το 90% έχουν ακούσει τους συνομήλικους τους να χρησιμοποιούν την λέξη «γκέι» υποτιμητικά (Stathatos, Watson & Sulkowski, 2016). Σύμφωνα με τον Berrill (1992) και Gross, Aurand και Adessa (1988) (όπως αναφέρεται στον Rivers, 2011) η επικράτηση των γκέι, των λεσβιών και των αμφίφυλων νέων στις Η.Π.Α ποικίλλει από το 33% στο 49%. Επιπλέον, το 50% των γκέι ανδρών, το 12% των λεσβιών ηλικίας 12-14 ετών είχαν εμπειρίες θυματοποίησης στο λύκειο και το 59% των γκέι ανδρών και το 21% των λεσβιών ηλικίας 14-18 ετών είχαν αντίστοιχες εμπειρίες κατά τη εφηβικής τους ηλικία. Ο Thurlow (2001) ακόμη υποστήριξε ότι τα αγόρια θυματοποιούνται περισσότερο από τα κορίτσια, ενώ η ομοφοβική λεκτική βία διαθέτει μεγάλη επικράτηση. Παρόμοια, έρευνα στην Πορτογαλία έδειξε ότι οι ομοφυλόφιλοι εκφοβίζονται περισσότερο συγκριτικά με τους ετεροφυλόφιλους συμμαθητές τους. Τα αγόρια, επίσης, είναι συχνότερα θύματα ομοφοβικών επιθέσεων εν συγκρίσει με τα κορίτσια (António & Moleiro, 2015).

Σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη των νέων που διαθέτουν διαφορετική σεξουαλικότητα από τη συνηθισμένη, οι Pilkington και D'Augelli (1995) (όπως αναφέρεται στον Rivers, 2011) ισχυρίστηκαν το 43% των αγοριών και το 54% των κοριτσιών αναφέρουν ότι γνωρίζουν τουλάχιστον ένα φίλο που είχε δεχθεί επίθεση λόγω των σεξουαλικών τους προσανατολισμού. Ένα ποσοστό 36% και 27% ανέφεραν ότι φοβόντουσαν ότι θα χάσουν κάποιο φίλο τους λόγω των σεξουαλικών τους προτιμήσεων, ενώ ένα ποσοστό του 28% μεταξύ των αγοριών και του 19% των κοριτσιών εξέφρασαν ότι η ανάγκη και η επιθυμία τους να ανοιχτούν για να εκφράσουν τη σεξουαλικότητά τους εξαρτιόνταν από το φόβο για τυχόν σωματική βία εναντίων τους

Οι Berlan, Corliss, Field, Goodman & Austin (2010) ανακάλυψαν ότι οι ομοφυλόφιλοι άνδρες και ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν ότι είναι θύματα εκφοβισμού. Ομοίως, οι ετερόφυλες γυναίκες και οι αμφίφυλες γυναίκες και λεσβίες ήταν πιθανότερο να δηλώσουν ότι έχουν εκφοβιστεί συγκριτικά με τα ετεροφυλόφιλα θηλυκά. Επίσης, τα γκέι αρσενικά ήταν λιγότερο πιθανό να αναφέρουν ότι έχουν εκφοβιστεί άλλα παιδιά σε σχέση με τα ετεροφυλόφιλα αγόρια. Οι αμφίφυλες γυναίκες ήταν πιθανότερο, όμως, να αναφέρουν ότι εκφοβίζαν άλλους συγκριτικά με τις ετεροφυλόφιλα κορίτσια.

Οι Birkett, Espelage & Koenig (2009) υποστήριξαν σε μια έρευνα τους ότι ετεροφυλόφιλοι ( γκέι, αμφισέξουαλ, λεσβίες και όσοι δεν γνώριζαν το σεξουαλικό τους προσανατολισμό) διέθεταν αυξημένο κίνδυνο εκφοβισμού και ομοφοβικής θυματοποίησης. Παρουσίαζαν επίσης αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη, αυτοκτονικές πράξεις. Μάλιστα όσοι/όσες δεν ήταν σίγουροι για το σεξουαλικό τους προσανατολισμό είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο ομοφοβικής θυματοποίησης και αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία τους συγκριτικά με τους ετεροφυλόφιλους και την LGBT νεολαία.

Η προκατάληψη που βασίζεται στη θυματοποίηση με βάση το σεξουαλικό προσανατολισμό είναι ιδιαίτερα επιζήμια για την υγεία και την ευημερία των νέων. Έρευνες των θυμάτων της LGBT νεολαίας έχει δείξει ότι τα παιδιά αυτά βρίσκονται σε κίνδυνο για χαμηλές σχολικές επιδόσεις, αυξημένο άγχος, δυσφορία, χαμηλά κίνητρα επιδίωξης δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, κατάχρηση ουσιών και ριψοκίνδυνες και αυτοκτονικές συμπεριφορές. Ακόμη, Ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει χαμηλά επίπεδα του ανήκειν στα αγόρια και αυξημένα επίπεδα απόσυρσης στα κορίτσια. Το μετατραυματικό στρες αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα θύματα που έχουν εκτεθεί σε ομοφοβικό εκφοβισμό. Μάλιστα, έρευνες έχουν δείξει ότι τα αυξημένα ποσοστά μετατραυματικό στρες παρατηρήθηκαν περισσότερο σε όσους αποδέχονταν τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό. (António & Moleiro, 2015. Poteat & Espelage, 2007. Rivers & Cowie, 2003. Russell, Ryan, Toomey, Diaz & Sanchez, 2011. Stathatos, Watson & Sulkowski, 2016)

. Οι αρνητικές ψυχοκοινωνικές και κοινωνικές επιπτώσεις που συσχετίζονται με τη ομοφοβική κακοποίηση, συχνά διαρκούν αρκετό καιρό μετά την παρενόχληση και παρατηρούνται και στην ενήλικη ζωή. Το μετατραυματικό στρες ενδέχεται να αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα των ενηλίκων που έχουν εκτεθεί κατ'επανάληψη σε εκφοβιστικά επεισόδια στην εφηβική τους ζωή. Τα προγράμματα κατά του εκφοβισμού, και πολιτικές και τα μέτρα στήριξης για την ασφάλεια των μαθητών κρίνονται απαραίτητα για την αντιμετώπιση του εκφοβισμού στα σχολεία. Το θετικό σχολικό περιβάλλον και οι γονική υποστήριξη μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στη μείωση των ομοφοβικών επεισοδίων και των πειραγμάτων μέσω της δημιουργίας ενός θετικού κλίματος, ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για τη μείωση της συναισθηματικής δυσφορίας και του φόβου των παιδιών που εκφοβίζονται (Mishna, Newman, Daley & Steven Solomon, 2007. Monk, 2011. Rivers, 2006. Stathatos, Watson & Sulkowski, 2016).

## **2.7. Παράγοντες Κινδύνου στην εμφάνιση και στην επιδείνωση του σχολικού εκφοβισμού**

### **2.7.1. Ατομικοί παράγοντες**

Η σύνδεση μεταξύ κληρονομικότητας και επιθετικών μορφών συμπεριφοράς δεν είναι πλήρως διευκρινισμένος. Κάποιοι ερευνητές ισχυρίζονται ότι η κοινωνική και κυρίως η σωματική επιθετικότητα συνδέεται με κληρονομικές συνιστώσες. Σχετικά με τη σωματική επιθετικότητα, έρευνα των Brendgen et al. (2005) σε διδύμους έδειξε ότι η επίδραση της κληρονομικότητας οφείλεται σε ποσοστό 50% σε κληρονομικούς παράγοντες. Στους κληρονομικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται και οι ατομικές συνιστώσες που λαμβάνουν μορφή μέσω διαφόρων μηχανισμών, όπως είναι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του κάθε ατόμου, οι κοινωνικές και γνωστικές λειτουργίες και η ικανότητα ρύθμισης των συναισθηματικών καταστάσεων και του αυτοελέγχου. Πολλές έρευνες εστιάζουν στην έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων ως παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει στην ευπάθεια των ατόμων απέναντι τον εκφοβισμό. Άλλες μελέτες αναφέρουν τη μειωμένη ενσυναίσθηση και την υψηλή δημοτικότητα των αρρένων δραστών, παράγοντες που ευνοούν την κυριαρχία και την επικράτηση των ατόμων αυτών (DiLalla & Jones, 2000. Smith, 2013).

Το φύλο και η ηλικία αποτελούν επίσης σημαντικό ρόλο σχετικά με την εμφάνιση μιας επιθετικής συμπεριφοράς. Αν και οι διαφορές ανάμεσα στα φύλα δεν είναι ιδιαίτερα σημαντικές, ερευνητές έχουν ισχυριστεί ότι το αρσενικό φύλο τείνει να εκδηλώνει πιο συχνά επιθετικές συμπεριφορές τουλάχιστον σωματικών και άμεσων μορφών εκφοβισμού. Αναφορικά με την ηλικία η επικράτηση του εκφοβισμού εμφανίζεται περισσότερο κατά τη μετάβαση από την πρωτοβάθμια στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ ο ηλεκτρονικός εκφοβισμός συναντάται περισσότερο σε μεγαλύτερες ηλικίες (Smith, 2013. Swearer, 2011. Tusinski, 2008)

Στα προσωπικά ξεχωριστά ατομικά χαρακτηριστικά μπορούν να συμπεριληφθούν νέοι με διαφορετικό, σεξουαλικό προσανατολισμό και παιδιά και νέοι που χρήζουν ειδικών αναγκών, μιας και έχει αποδειχθεί ότι οι νέοι αυτοί πέφτουν θύματα εκφοβισμού εξαιτίας της διαφορετικότητας που τους χαρακτηρίζει. Έρευνες έχουν επιβεβαιώσει τον παραπάνω ισχυρισμό. Μάλιστα, έρευνα της GLSEN (2009) ( όπως αναφέρεται στους Swearer, 2011) έδειξε ότι σε παιδιά ηλικίας 12-21 ετών το 84% των LGBTμαθητών παρενοχλούνται λεκτικά, το 40, 1% παρενοχλούνται σωματικά και το 18,8% των μαθητών αυτών είχε δεχθεί σωματική

επίθεση στο παρελθόν λόγω του διαφορετικού σεξουαλικού τους προσανατολισμού. Αναφερόμενοι στα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, τα αποτελέσματα των ερευνητών είναι διδακτώδη. Ωστόσο, τα άτομα αυτά έχει αποδεχθεί ότι θυματοποιούνται περισσότερο συγκριτικά με τα άλλα παιδιά. (Mishna, 2003.Thompson, Whitney&Smith, 1994). Άτομα με εμφανείς αναπηρίες και παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού είναι πιθανότερο να αποτελούν θύματα έναντι των παιδιών δίχως αναπηρίες. Παιδιά με διαταραχές στη συμπεριφορά έχουν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν μια αντιδραστική μορφή εκφοβισμού ( επιθετικότητα ως μορφή ανταπόδοσης). Μελέτες έχουν αποδείξει την ύπαρξη αλληλοσυσχέτισης μεταξύ των προβληματικών εξωτερικευμένων συμπεριφορών και του εκφοβισμού (McCracken et al., 2002. Swearer, 2011).

Τέλος, οι καταθλιπτικές διαταραχές και η αυτοκτονικότητα αποτελούν προγνωστικό παράγοντα του εκφοβισμού. Οι δράστες/ θύματα είναι πιθανό να παρουσιάζουν συννοσηρότητα με διαταραχές της συμπεριφοράς και της κατάθλιψης. Ακόμη, τόσο οι δράστες όσο και οι θύτες και οι θύτες/θύματα έχουν εμπειρίες καταθλιπτικών συνδρόμων σύμφωνα με έρευνες (Farrington & Baldry, 2010.Swearer, 2011).

### **2.7.2. Οικογενειακοί Παράγοντες**

Το οικογενειακό περιβάλλον είναι ο πρωταρχικός φορέας κοινωνικοποίησης των παιδιών. Τα παιδιά μέσω της αλληλεπιδράσεις με τους φροντιστές τους υιοθετούν ρόλους και συμπεριφορές. Έρευνες έχουν δείξει ότι η ανατροφή και το οικογενειακό περιβάλλον επηρεάζει τη ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών. Σύμφωνα με τη θεωρία Κοινωνικής μάθησης , τα παιδιά μαθαίνουν να είναι επιθετικά μέσω της μίμησης προτύπων. Τέτοια πρότυπα αποτελούν οι γονείς, τα αδέρφια και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον με το οποίο το παιδί έρχεται σε αλληλεπίδραση (Maliki, Asagwara & Ibu, 2009.Tusinski, 2008).

Η εκδήλωση επιθετικότητας μπορεί να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες που συσχετίζονται με την οικογένεια. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η συχνή απουσία των γονέων, η ψυχρότητα, η έλλειψη στοργής και ασφάλειας προς τα παιδιά, η αυστηρότητα και η πειθαρχία αποτελούν κάποιες μορφές συμπεριφοράς που μπορεί να καταστήσουν τα παιδιά παθητικά ή επιθετικά. Η ψυχρότητα των γονέων μπορεί να κάνει τα παιδιά ιδιαίτερα ευάλωτα και να τους οδηγήσει σε συμπεράσματα ότι και οι άνθρωποι γύρω τους είναι ψυχροί και απορριπτικοί και συνεπώς επιθετικοί, εκδηλώνοντας έτσι επιθετικές μορφές συμπεριφοράς. Ακόμη, η μακροχρόνια έκθεση των παιδιών σε κατάσταση βίας στο σπίτι μπορεί να οδηγήσει στη να μίμηση τέτοιων προτύπων συμπεριφοράς. Όμως, και ένα



υπερπροστευτικό και αποπνικτικό οικογενειακό περιβάλλον είναι δυνατό να αποτελέσει προγνωστικό παράγοντα του εκφοβισμού. Όταν μάλιστα, η βία στα σπίτια δεν επιδοκιμάζεται από τους γονείς είναι πιθανό να οδηγήσει τα παιδιά σε σκέψεις ότι τέτοιες συμπεριφορές είναι επιθυμητές. Έτσι, μπορεί να χρησιμοποιούν την επιθετικότητα προκειμένου να αποκτήσουν αυτό που θέλουν. Οι συχνοί καυγάδες, η χρήση αλκοόλ και η σωματική ή σεξουαλική παρενόχληση αποτελεί κίνδυνο τόσο για τη εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς όσο και για τη θυματοποίηση των ίδιων των παιδιών. Παιδιά που εκφοβίζουν επανειλημμένα έχουν δηλώσει μειωμένο γονικό έλεγχο και μη υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον (Bowes, Arseneault, Maughan, Taylor, Caspi & Moffitt, 2009. Espelage, Bosworth & Simon, 2000. Shields & Cicchetti, 2010. Smith, 2014. Swearer, 2011).

Πιο ειδικά ο Duncan (2011) υποστήριξε ότι τα παιδιά που εκφοβίζουν τους άλλους προέρχονται από οικογένειες με αυταρχική ανατροφή, χαμηλή συνοχή, ζεστασιά και συνεχή απουσία των γονέων. Υποστήριξε ότι τα αρσενικά θύματα προέρχονται από υπερπροστατευτικές μητέρες, με υπερβολικό έλεγχο και από αδιάφορους πατέρες, ενώ τα θηλυκά θύματα διαθέτουν μητέρες εχθρικές, απορριπτικές και πατέρες αδιάφορους. Σχετικά με τους θύτες/θύματα, αυτοί φαίνεται να προέρχονται από αρνητικά περιβάλλοντα, όπου παρατηρούνται βίαιες συμπεριφορές.

### **2.7.3. Σχολικοί Παράγοντες**

Οι περισσότεροι ερευνητές εστιάζουν στον οικογενειακό περιβάλλον, στο σχολικό πλαίσιο και στις επιρροές μεταξύ των συμμαθητών για την διερεύνηση των αιτιών της θυματοποίησης. Οι καθηγητές αποτελούν επίσης πρότυπα μίμησης για τα παιδιά. Παράλληλα, τα παιδιά εντός του σχολείου αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους, διαμορφώνουν παρέες, ασπάζονται τις συμπεριφορές της παρέας, διδάσκονται αξίες και πρότυπα και διαμορφώνουν ταυτότητες. Όπως μπορούμε να αντιληφθούμε το σχολικό περιβάλλον αποτελεί σημαντικό φορέα στη ολοκλήρωση της προσωπικότητας των παιδιών. Ωστόσο, το ίδιο σχολικό πλαίσιο μπορεί να επιφέρει μη επιθυμητές συμπεριφορές, όταν αυτό δε λειτουργεί σωστά. (Smith, 2014. Tusinski, 2008)

Υψηλά ποσοστά εκφοβιστικών επεισοδίων παρατηρούνται σε σχολεία διαθέτουν τιμωρητικό και μη υποστηρικτικό περιβάλλον. Οι αρνητικές σχέσεις μεταξύ των συμμαθητών, οι ανυπαρξία σχέσεων μεταξύ των καθηγητών και των μαθητών, η έλλειψη αυτοέλεγχου και η ανικανότητα επίλυσης των διαφορών μεταξύ των μαθητών αποτελούν χαρακτηριστικά τα οποία συνδέονται με τα υψηλά επίπεδα της θυματοποίησης και του

εκφοβισμού. Κρίσιμος επίσης κρίνεται και ο ρόλος των καθηγητών. Όταν οι καθηγητές αγνοούν τα εκφοβιστικά επεισόδια ή τα δικαιολογούν υποτιμώντας τα ως παιχνίδι μεταξύ των παιδιών, τότε αυτά αυξάνονται. Επιπλέον, οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που οι καθηγητές εσκεμμένα ή ασυνείδητα αναπαράγουν μπορεί να πυροδοτήσει επιθετικές συμπεριφορές απέναντι σε παιδιά από διαφορετικό πολιτισμικό περιβάλλον, από διαφορετική κοινωνική τάξη, με διαφορετικό σεξουαλικό προσανατολισμό. Λέγοντας λίγα λόγια για τη σχέση της ακαδημαϊκής πορείας των μαθητών και τη σχέση αυτής με τον εκφοβισμό, ερευνητικά ευρήματα δείχναν ότι μαθητές που είχαν εμπλακεί στον εκφοβισμό εμφάνιζαν χαμηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις. Απεναντίας, η συμμετοχή των παιδιών στις σχολικές δραστηριότητες και η καλή σχολική επίδοση δείχνει να μειώνει την κινητοποίηση των παιδιών σε επιθετικές πράξεις (Natvig, Albrektsen & Qvarnstrøm, 2001. Swearer, 2011).

Κλείνοντας, αξίζει να αναφερθεί ότι οι μαθητές που αποτελούν δράστες εκφοβιστικών επεισοδίων προέρχονται από μεγάλες ομάδες και συνήθως εμπλέκονται και άλλα μέλη της ομάδας, τα οποία επικροτούν τη συμπεριφορά αυτή. Αυτό μπορεί να συμβαίνει για διάφορους λόγους. Αρχικά, τα παιδιά εντός μια παρέας τείνουν να δρουν ομαδικά και η δημιουργία ομαδικών επιθέσεων εξασφαλίζει καλύτερα αποτελέσματα, ειδικά στη περίπτωση που το θύμα αποτελεί ένα μεμονωμένο άτομο. Έτσι, έχουν λιγότερες πιθανότητες να κατηγορηθούν και να τιμωρηθούν για τη πράξη τους (Arseneault, Walsh, Trzesniewski, Newcombe, Caspi & Moffitt, 2006. Espelage, Bosworth & Simon, 2000. Garandau & Cillessen, 2006).

#### **2.7.4. Κοινωνικοί Παράγοντες**

Η συμπεριφορά δεν είναι μόνο προϊόν ατομικών παραγόντων, αλλά σημαντική και αλληλεπίδρασης ατόμου και περιβάλλοντος. Το άτομο συνυπάρχει σε πολλαπλά περιβάλλοντα ( σχολείο, γειτονιά, χώρος εργασίας κτλ.) Σημαντικό για την κατανόηση της εκφοβιστικής συμπεριφοράς είναι η εξέταση όλων των πλαισίων, στα οποία το άτομο διαδρά. Ο εκφοβισμός αποτελεί κοινωνικό φαινόμενο και είναι αναγκαίο να διερευνάται σε συνάρτηση με το κοινωνικό πλαίσιο και με τις κοινωνικές αλλαγές της κάθε κοινωνίας (Rigby, 2004. Swearer, 2011).

Στους κοινωνικούς παράγοντες μπορούν να συμπεριληφθούν η εγκληματικότητα που επικρατεί στο εκάστοτε κοινωνικό πλαίσιο, η πολιτισμική και θρησκευτική ποικιλομορφία. Κοινωνίες με αυξημένη εγκληματική δράση και βιαιότητα αποτελεί πρόσφορο έδαφος για την επιδείνωση των εκφοβιστικών περιστατικών. (Dessel, 2010. Rigby, 2003). Όμως, κοινωνίες στις οποίες τα μέλη της νοιώθουν ασφαλή και προστατευμένοι ο εκφοβισμός

φαίνεται να είναι περιορισμένος. Μιλώντας για την πολιτισμική ποικιλομορφία, μαθητές διαφορετικών εθνικοτήτων είναι πιθανότερο να πέσουν θύματα εκφοβισμού. Μια έρευνα των Eslea & Mukhtar (2000) έδειξε ότι από τα 243 παιδιά διαφορετικών εθνικοτήτων (ινδουιστές, μουσουλμάνοι, πακιστανοί) στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 57% των αγοριών και το 43% των κοριτσιών ήταν θύματα εκφοβισμού λόγω θρησκευτικής και πολιτισμικής διαφορετικότητας. Επιπλέον, οι κοινωνικοοικονομική κατάσταση των μαθητών μπορεί να αποτελέσει παράγοντα θυματοποίησης σε αγόρια και σε κορίτσια. Εξάλλου μεγάλες κοινωνικοοικονομικές διαφορές εντός μια χώρας σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά θυματοποίησης (Bowes, Arseneault, Maughan, Taylor, Caspi & Moffitt, 2009. Due et al., 2009.)

Τέλος, οι προκαταλήψεις, οι στερεοτυπικές αντιλήψεις, ο σεξισμός, η ταξικότητα και ο ρατσισμός που ενυπάρχουν σε όλες τις κοινωνίες είναι κύριοι υπεύθυνοι για την εκδήλωση εκφοβιστικών επεισοδίων (Dessel, 2010. Swearer, 2011).

## **2.8. Θυματοποίηση και διαφοροποιήσεις βάσει φύλου**

Εκτενές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί για τη διερεύνηση των διαφορών μεταξύ των δύο φύλων απέναντι στο φαινόμενο της θυματοποίησης, που περιλαμβάνει τις ηλικίες από την προσχολική ηλικία μέχρι την εφηβεία. Παλαιότερα, η έρευνα για τη σχολική βία υποδήλωνε ότι τα αγόρια έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι θύτες και θύματα, έτσι οι εμπειρίες των κοριτσιών είχαν αγνοηθεί. Πρόσφατες μελέτες τονίζουν ότι οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Βάσει ερευνών τα ποσοστά των θυμάτων είναι παρόμοια για τα αγόρια και τα κορίτσια. Γενικότερα, όμως, θεωρείται ότι τα αγόρια εμπλέκονται περισσότερο στο bullying γενικότερα και κυρίως σε σωματικές επιθέσεις, ενώ η εμπλοκή τους στον έμμεσο και στον λεκτικό εκφοβισμό δείχνει να είναι περιορισμένη. Κάποιες έρευνες, επίσης, υποστηρίζουν ότι τα αγόρια και τα κορίτσια συμπεριφέρονται διαφορετικά. Η βιβλιογραφία της εξελικτικής ψυχολογίας υποστηρίζει ότι τα κορίτσια στην εφηβεία αναπτύσσουν μιας ανώτερης κλάσης θεωρίας του νου σε σχέση με τα αγόρια. Ως εκ τούτου είναι πιο επιρρεπής στο να χρησιμοποιούν έμμεσες μορφές εκφοβισμού και κοινωνική επιθετικότητα. Τα κορίτσια έχει φανεί να αποτελούν περισσότερο παρατηρητές των εκφοβιστικών επεισοδίων, ενώ τα αγόρια από την άλλη αποτελούν περισσότερο θύτες/θύματα του εκφοβισμού. (Carbone-Lopez, Esbensen & Brick, 2010. Espelage & Swearer, 2008).

Όσο αφορά τον εκφοβισμό μέσω διαδικτύου (cyberbullying) τα πράγματα είναι λιγότερο ξεκάθαρα. Μια έρευνα του Li (2006) στον Καναδά για το cyberbullying στα σχολεία και τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς αυτό, έδειξε ότι τα αγόρια ήταν πιο πιθανόν να είναι θύτες ( και μέσω διαδικτύου) συγκριτικά με τα κορίτσια. Επίσης, τα κορίτσια που ήταν θύματα cyberbullying, ήταν πιθανότερο σε σχέση με τα θύματα που ήταν αγόρια να ενημερώσουν τους ενήλικές για ότι είχε συμβεί.

Άλλη σημαντική έρευνα των Scheithauer, Hayer, Petermann & Jugert, (2006) οι οποίοι διερεύνησαν τη θυματοποίηση και τον εκφοβισμό σε παιδιά δημοτικού σε δύο γερμανικά ομοσπονδιακά κράτη βρήκαν ότι τα αγόρια ανέφεραν να θυματοποιούνται πιο συχνά σωματικά. Ακόμη, τα αγόρια σε σημαντικό βαθμό εκφόβιζαν και θυματοποιούσαν συνομήλικους τους ανεξαρτήτως των μορφών εκφοβισμού και ταξινομούσαν ως θύτες/θύματα σε μεγαλύτερο ποσοστό συγκριτικά με τα κορίτσια. Παρόμοια, οι Smith, Morita, Tas, Olweus, Catalano & Slee (1999) παρουσιάζουν ότι τα αγόρια εμπλέκονται περισσότερο σε φυσικές επιθέσεις, ενώ οι συχνότεροι τύποι εκφοβισμού των κοριτσιών είναι η διάδοση φημών και η κοινωνική απομόνωση όσων θυματοποιούν. Ακόμη, παρατηρείται ότι οι θύτες/ θύματα μειώνονται σε συνάρτηση με την αύξηση της ηλικίας, στην εφηβεία οι παρατηρητές των εκφοβιστικών επεισοδίων αυξάνονται και τα θύματα μειώνονται σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Υπάρχουν υποστηρικτές που ισχυρίζονται ότι η παρενόχληση μέσω του διαδικτύου συγκαταλέγεται περισσότερο στον έμμεσο εκφοβισμό και άρα τα κορίτσια είναι περισσότερο πιθανό να θυματοποιηθούν. Προς ενίσχυση αυτού, η έρευνα των Smith et al., (2008) κατέδειξε ότι τα κορίτσια θυματοποιούνται περισσότερο μέσω διαδικτυακού καθώς και ότι τα αγόρια στη Σουηδία εκφοβίζουν περισσότερο μέσω μηνυμάτων. Σύμφωνα με έρευνα του Vandedosch (2007) στο Βέλγιο παρατηρήθηκαν σημαντικά ποσοστά θυματοποίησης μέσω ίντερνετ στα κορίτσια. Επιπλέον, οι Hinduja και Patchin (2007) ανακάλυψαν ότι τα κορίτσια είναι περισσότερο πιθανό να εκφοβιστούν μέσω διαδικτύου και συγκεκριμένα μέσω e- email. Οι Slonjeka και Smith (2008) μάλιστα καταδεικνύουν ότι τα κορίτσια σε σύγκριση με τα αγόρια θυματοποιούνται περισσότερο μέσω του κυβερνοχώρου και συγκεκριμένα μέσω e-mail στη Σουηδία. Ωστόσο, έρευνα του Olweus έχει φανερώσει ότι τα αγόρια στη Νορβηγία είναι πιθανότερο να θυματοποιηθούν. Το ίδιο επιβεβαιώνουν και οι έρευνες των van der Eijnden, Vermulst, VanRoosij και Meerkerk (2006) στην Ολλανδία. Υπάρχουν έρευνες ακόμη που υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων όσο αφορά τον εκφοβισμό

γενικότερα και το cyberbullying ειδικότερα (Scheithauer, Hayer, Petermann & Jugert, 2006. Smith, Thompson & Bhatti, 2012).

Όσο αφορά τον ελλαδικό χώρο η έρευνα των Karatzia και Syngollitou (2007) έδειξε ότι τα αγόρια ως θύτης εμπλέκονται περισσότερο στο να εκφοβίζουν μέσω του κινητού τηλεφώνου, ενώ τα κορίτσια εμπλέκονται περισσότερο στον εκφοβισμό μέσω του διαδικτύου, τόσο ως θύτες όσο και ως θύματα. Σίγουρα οι πιθανές διαφορές μεταξύ των φύλων ποικίλουν ανάλογα με τις διαφορετικές μορφές που μπορεί να εκλάβει ο εκφοβισμός μέσω του διαδικτύου. Σημαντικές είναι ακόμη και οι πολιτιστικές διαφορές των χωρών στη χρήση των τεχνολογιών και στη σημασία αυτών (Smith, Thompson & Bhatti, 2012).

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, οι περισσότερες έρευνες έχουν καταδείξει ότι στα αγόρια παρατηρούνται περισσότερα ποσοστά επιθετικότητας σε σχέση με τα κορίτσια. Τα αγόρια ακόμη εμπλέκονται σε περισσότερους και πιο άγριους καυγάδες και σε δυνατότερες διαμάχες. Ιστορικά, οι έρευνες απέκλειαν τα κορίτσια από το δείγμα των ερευνών, ενώ άλλες όριζαν τον εκφοβισμό μόνο ως επιθετική συμπεριφορά. Συνεπώς, εάν ο ορισμός ήταν ευρύτερος ως προς τις μορφές της επιθετικότητας και στα χαρακτηριστικά αυτών, τότε η σχέση μεταξύ των φύλων και της επιθετικότητας δε θα ήταν τόσο ξεκάθαρη. Μια φεμινιστική εκδοχή της επιθετικότητας ανασηματοδοτεί τις παραδοσιακές αντιλήψεις ότι οι άνδρες είναι πιο επιθετικοί από τις γυναίκες και διεγείρουν ερωτήματα σχετικά με το εάν και πότε τα αγόρια είναι πιο επιθετικά. Διατυπώνεται ότι εφόσον τα αρσενικά είναι τυπικοί σε μορφές σωματικής επίθεσης, τότε υπάρχουν μορφές επιθετικότητας, όπου τα κορίτσια είναι περισσότερο τυπικές, όπως η σχεσιακή επιθετικότητα (relation aggression), η έμμεση επιθετικότητα (indirect aggression) και η κοινωνική επιθετικότητα (social aggression).. Είναι εξαιρετικά δύσκολο να διερευνηθούν και καταγραφούν πλήρως οι διαφορές στην εκδήλωση επιθετικότητας και της θυματοποίησης μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών, καθώς υπάρχουν πολλοί υπότυποι επιθετικότητας, οι οποίοι διαφέρουν σε συνάρτηση των ατομικών, ηλικιακών, ψυχογραφικών χαρακτηριστικών των παιδιών, αλλά και των πολιτισμικών, οικογενειακών και κοινωνικών συνθηκών μέσα στα οποία τα παιδιά μεγαλώνουν (Espelage & Swearer, 2008).

## 2.9. Θυματοποίηση και ο παράγοντας της ηλικίας

Οι διάφορες μορφές εκδήλωσης του εκφοβισμού υποστηρίζεται ότι διαφοροποιούνται σε συνάρτηση με την ηλικιακή περίοδο των παιδιών, καθώς η κάθε ηλικιακή φάση σηματοδοτεί αλλαγές στον τρόπο που βιώνονται οι εμπειρίες του εκφοβισμού, ως απόρροια της γνωστικής ανάπτυξης. Κάποιες έρευνες αναφέρουν ότι οι διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ των διάφορων ηλικιών ως προς την εκδήλωση του εκφοβισμού είναι περισσότερο αισθητές από τις διαφορές που εντοπίζονται ανάμεσα στα δύο φύλα. Η ηλικία αλλάζει το πλαίσιο που θα λάβει χώρα ο εκφοβισμός, όπως και τη μορφή του εκφοβισμού, επομένως οι διαφορές που παρατηρούνται ανάλογα με την ηλικιακή περίοδο στην εκδήλωση του εκφοβισμού ενδέχεται να προσφέρουν φωτεινά σημεία στην κατανόηση των μορφών εκδήλωσης του εκφοβισμού και του ρόλου της εμπειρίας (Monks & Smith, 2006. Rivers & Smith, 1994).

Οι Smith, Cowie, Olafsson & Liefvooghe (2002) σε μια έρευνά τους βρήκαν ότι οι μεσαίες τάξεις εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά θυματοποίησης. Άλλη έρευνα των Scheithauer, Hayer, Petermann & Jugert (2002) υποστήριξε ότι τα αυτό-αναφερόμενα ποσοστά θυματοποίησης ήταν υψηλότερα στους μικρότερους μαθητές ανεξάρτητα από τη μορφή της θυματοποίησης. Οι Lagerspetz et al. (1988) (όπως αναφέρεται στους Rivers και Smith, 1994) ισχυρίστηκαν, ότι άμεσος σωματικός εκφοβισμός είναι πιο αισθητός στα αγόρια ηλικίας 11-12 χρονών, ενώ ερευνητικά αποτελέσματα των Björkqvist et al. (1992) (όπως αναφέρεται στους Rivers και Smith, 1994) δείξαν ότι σε αγόρια και κορίτσια ηλικίας 8, 11 και 15 χρόνων, η έμμεση επιθετικότητα εμφανίζονταν σε μεγαλύτερα ποσοστά, απ' ότι στα κορίτσια ηλικίας 8 ετών, ενώ η έμμεση λεκτική θυματοποίηση αυξάνονταν σε αγόρια και κορίτσια ηλικίας 11-15 χρόνων. Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα κορίτσια στο γυμνάσιο αναφέρουν περισσότερες εμπειρίες έμμεσου εκφοβισμού απ' ότι κατά την προσχολική ηλικία. Όσο αναφορά τη σχέση της ηλικίας με το πλαίσιο όπου θα λάβει χώρα ο εκφοβισμός, ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι τα περισσότερα παιδιά που φοιτούν στο δημοτικό θυματοποιούνται συχνότερα στη παιδική χαρά. Εν αντιθέσει παιδιά που βρίσκονται στο γυμνάσιο είναι περισσότερο πιθανό να θυματοποιηθούν στο σχολείο. Ακόμη, τα παιδιά του δημοτικού σε ένα ποσοστό 55% αναφέρουν στους γονείς τους ότι έχουν αποτελέσει θύματα εκφοβισμού, ενώ τα παιδιά του γυμνασίου είναι λιγότερο πιθανό να αναφέρουν ότι έχουν θυματοποιηθεί. Η ηλικία, άρα, διαδραματίζει ένα κρίσιμο ρόλο στο κατά πόσο τα παιδιά θα αναφέρουν στους ενηλίκους τη θυματοποίηση τους. Όπως έχει υποστηριχθεί, βάση

ερευνητικών δεδομένων, η συχνότητα αναφοράς της θυματοποίησης μειώνεται με την ηλικία.

Τα ερευνητικά δεδομένα παρέχουν σημαντικά στοιχεία για την αιτιώδη σχέση του εκφοβισμού και της ηλικιακής κατάστασης των παιδιών και των εφήβων που εκφοβίζονται. Συνοπτικά, ερευνητές έχουν υποστηρίξει, ότι τα ποσοστά της θυματοποίησης αυξάνονται κατά τη μετάβαση από το δημοτικό στο γυμνάσιο. Άλλοι υποστηρίζουν πως ο σωματικός εκφοβισμός μειώνεται με την ηλικία, αλλά ότι ο λεκτικός εκφοβισμός αυξάνεται. Σχετικά με το cyberbullying έρευνες έχουν δείξει ότι αυτός αυξάνεται στην εφηβεία. Ωστόσο, τα αποτελέσματα ολοένα αλλάζουν σε συνάρτηση με τη συνεχόμενη παρείσφρηση της τεχνολογίας στη ζωή των παιδιών (Smith, 2012).

### **2.10.Συνέπειες του σχολικού εκφοβισμού**

Οι επιπτώσεις του σχολικού εκφοβισμού είναι ιδιαίτερα δυσμενείς για την ψυχική, σωματική υγεία και την ακαδημαϊκή πορεία των παιδιών και επηρεάζει τις ευρύτερες κοινωνικές τους σχέσεις και τη διαμόρφωση κοινωνικών δεξιοτήτων. Από την άλλη, υπάρχουν υποστηρικτές που ισχυρίζονται ότι οι επιπτώσεις του εκφοβισμού δεν είναι τόσο σημαντικές, καθώς αυτός επηρεάζει μικρό ποσοστό του μαθητικού πληθυσμού αφενός, και αφετέρου τονίζουν τις θετικές επιδράσεις αυτού, όπως η προετοιμασία των παιδιών για τον αληθινό κόσμο (Juvonen & Graham, 2001. Rigby, 2007). Το bullying αποτελεί σαφώς μια πραγματικότητα στη σχολική κοινότητα. Σύμφωνα με τη Εθνική Ένωση Σχολικών Ψυχολόγων, 160.000 μαθητές απουσιάζουν καθημερινά από το σχολείο εξαιτίας του φόβου της θυματοποίησης (Swearer Napolitano, 2011).

Έρευνες έχουν δείξει ότι η δυστυχία, η μοναξιά, οι διαταραχές πρόσληψης της τροφής, η αυξημένη κοινωνική απομόνωση, η αρνητική στάση απέναντι στο σχολείο αποτελούν μερικές από τις δυσμενείς συνέπειες του εκφοβισμού (Maliki, Asagwara & Ibu, 2009). Η επανειλημμένη έκθεση σε επεισόδια εκφοβισμού ενδέχεται να αλλάξει τη συμπεριφορά των υποκείμενων απέναντι σε γεγονότα και καταστάσεις, δεδομένου ότι το κοινωνικό περιβάλλον επιδρά στη λειτουργία του εγκεφάλου και οι εμπειρίες του εκφοβισμού ενδέχεται να αλλάξουν τη χημεία και τη λειτουργία αυτού, ειδικά στη περίπτωση των παιδιών που ο εγκέφαλος τους είναι ακόμη υπό ανάπτυξη (Chugani et al., 2001. Wolke, Copeland, Angold & Costello, 2013). Παρακάτω θα αναφερθούν αναλυτικότερα οι επιπτώσεις του εκφοβισμού στη σωματική, ψυχική και ακαδημαϊκή πορεία των παιδιών.

### **2.10.1. Επιπτώσεις του εκφοβισμού στη ψυχική υγεία και στη σωματική υγεία των παιδιών και των εφήβων**

Οι ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις του σχολικού εκφοβισμού είναι εδραιωμένες στην ερευνητική βιβλιογραφία. Ο εκφοβισμός έχει συνδεθεί με χαμηλά επίπεδα ευεξίας και υψηλά επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας και δυσμενών σωματικών συμπτωμάτων υγείας. ( Forero, McLellan, Rissel & Bauman, 1999. Rigby, 2003. Turnera, Finkelhor & Ormrod, 2006). Ειδικότερα, ο εκφοβισμός έχει συνδεθεί με σκέψεις αυτοκτονίας, κατάθλιψη και άγχος. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με μελέτες των Bolton και Underwood (1992), Farrington (1993) και Craig (1998) (όπως αναφέρεται στους Maliki, Asagwara & Ibu, 2009) τα θύματα του εκφοβισμού παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά ανησυχίας, ανασφάλειας, στρες, κατάθλιψης και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Διαθέτουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και αναφέρουν σωματικά παράπονα σε μεγαλύτερο βαθμό, συγκριτικά με τα παιδιά που δεν έχουν θυματοποιηθεί. Επίσης, και οι θύτες/ θύματα έχει υποστηριχθεί ότι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο κακής υγείας (Dake, Price & Telljohann, 2003. Wolke, Copeland, Angold & Costello, 2013).

Η χαμηλή αυτοεκτίμηση έχει συνδεθεί έντονο με τη θυματοποίηση, καθώς συνδέεται με συναισθήματα κατωτερότητας και απόρριψης που βιώνουν τα θύματα, ειδικά όταν αυτοί διαθέτουν χαμηλό υποστηρικτικό περιβάλλον από φίλους (Maliki, Asagwara & Ibu, 2009). Σχετικά με την αυτοκτονικότητα, υπάρχουν σημαντικά στοιχεία που επιβεβαιώνουν ότι η θυματοποίηση και η αυτοκτονικότητα συνδέονται, ωστόσο τα πράγματα είναι περισσότερο πολύπλοκα, καθώς ποικίλουν οι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν τους νέους στην αυτοκτονία, όπως η αποτυχία στα διαγώνισμα, οι ερωτικές αποτυχίες και το οικογενειακό υπόβαθρο (Rigby, 2007). Παρόλα αυτά έρευνες έχουν δείξει ότι η συσχέτιση της αυτοκτονικότητας με τη θυματοποίηση είναι αρκετά ισχυρή, τόσο στον παραδοσιακό εκφοβισμό, όσο και στον εκφοβισμό μέσω του διαδικτύου (Goldblum, Espelage, Chu & Bongar, 2015. Hinduja & Patchin, 2010.). Ακόμη, οι Mills, Guerin, Lynch και Daly (2014) και Roland (2010) υποστήριξαν ότι τα θύματα του εκφοβισμού ήταν σημαντικά πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό, ενώ ήταν αρκετά πιθανό επίσης τα θύματα να αναφέρουν απόπειρες αυτοκτονίας. Σχετικά με τις διαφορές των δύο φύλων, η κατάθλιψη, οι αυτοκτονικές σκέψεις και οι απόπειρες αυτοκτονίας εμφανίζονται εντονότερα σε κορίτσια



θύματα εκφοβισμού, συγκριτικά με τα αγόρια θύματα (Espelage & Holt, 2012. Roland, 2010).

Παιδιά που θυματοποιούνται συχνά, σύμφωνα με τον Rigby (2007), συνήθως αναφέρουν δύο συναισθηματικές καταστάσεις, το θυμό και τη λύπη. Μάλιστα, ο θυμός αποτελεί την πιο συνηθισμένη αντίδραση των αγοριών θυμάτων, ενώ τα κορίτσια αναφέρουν ως πιο κοινή αντίδραση το αίσθημα της στενοχώριας. Τα κορίτσια είναι πιο πιθανό να θεωρήσουν τους εαυτούς τους υπεύθυνους και ένοχους για τον εκφοβισμό τους, ειδικά σε περιπτώσεις που ο εκφοβισμός συνίσταται στον αποκλεισμό τους από μια παρέα ή ομάδα. Ερευνητές ισχυρίζονται ότι τα θύματα που βιώνουν περισσότερο θλίψη δεν είναι τόσο ικανοί να προβάλλουν αντίσταση στους θύτες και είναι πιθανότερο να χαρακτηρίσουν τους εαυτούς τους ως δυστυχείς συγκριτικά με όσα θύματα αναφέρουν περισσότερο θυμό ως αντίδραση (Arseneault, Walsh, Trzesniewski, Newcombe, Caspi, Moffitt, 2006. Turnera, Finkelhor & Ormrod, 2006).

### **2.10.2. Επιπτώσεις του εκφοβισμού στη κοινωνική ζωή των παιδιών και των εφήβων**

Οι κοινωνικές σχέσεις των νέων είναι δυνατόν να επηρεαστούν ως αποτέλεσμα της θυματοποίησης (Kuykendall, 2012). Ο εκφοβισμός μπορεί να οδηγήσει στη μοναξιά, στην απομόνωση και στην απομάκρυνση των παιδιών από τους φίλους τους, είτε γιατί τα θύματα μπορεί να αισθάνονται αδύναμοι και ανασφαλείς για να δημιουργήσουν παρέες (σε περιπτώσεις όπου δεν έχουν αναπτύξει ακόμη τις κοινωνικές τους δεξιότητες), είτε επειδή πολλοί νέοι αποφεύγουν να κάνουν παρέα με δειλά ή μαλθακά παιδιά. Έρευνες έχουν δείξει ότι παιδιά που θυματοποιούνται έχουν περιορισμένους φίλους και παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Επίσης, τα παιδιά αυτά θυματοποιούνται ακριβώς για τους ίδιους λόγους. Η αυτοεκτίμηση και το χαμηλό υποστηρικτικό περιβάλλον αποτελεί αίτιο, αλλά και συνέπεια του εκφοβισμού (Rigby, 2007. Wolke, Copeland, Angold & Costello, 2013).

Η θυματοποίηση ενδέχεται να οδηγήσει σε παράνομες συμπεριφορές που ποικίλλουν από κακουργήματα, κατάχρηση ουσιών και άλλες παράνομες συμπεριφορές. Κυρίως στις συμπεριφορές αυτές δεσμεύονται οι δράστες. Οι δράστες, ακόμη, έχουν πιθανότητες να έχουν βεβαρημένο ποινικό μητρώο σε σχέση με εκείνους που δεν εκφοβίζουν Rigby, 2007. Wolke, Copeland, Angold & Costello, 2013).

### **2.10.3. Επιπτώσεις του εκφοβισμού στην ακαδημαϊκή πορεία των παιδιών και των εφήβων**

Ο εκφοβισμός μειώνει τις ακαδημαϊκές επιδόσεις και οι ερευνητές υποστηρίζουν αυτό το αρνητικό αποτέλεσμα (Swearer Napolitano, 2011). Σε μαθητές που εκτίθεντο σε βίαια επεισόδια κατ'επανάληψη επηρεάζονται συγκεκριμένες γνωστικές συμπεριφορές που συσχετίζονται με τη προσοχή και τη συμπεριφορά τους εντός της τάξης. Ακόμη, τα χρόνια θύματα και οι χρόνιοι θύματα/θύτες εμφανίζουν μειωμένες εκπαιδευτικές επιτεύξεις και διαθέτουν αυξημένο κίνδυνο αποτυχίας στο σχολείο ή αδυναμία ολοκλήρωσης των ακαδημαϊκών τους υποχρεώσεων. Επιπλέον, έρευνες έχουν δείξει, ότι παιδιά που έχουν θυματοποιηθεί συστηματικά επιλέγουν να μη μιλούν για τον εκφοβισμό που έχουν υποστεί και να μη συμμετέχουν σε σχολικές δραστηριότητες ή σε εκδηλώσεις ή ακόμη να απουσιάζουν από το σχολείο. Αυτό συνεπώς έχει αρνητικές επιδράσεις, τόσο για τις ακαδημαϊκές τους επιδόσεις, όσο και για την ομαλή ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη (Maliki, Asagwara & Ibu, 2009. Rigby, 2007. Wolke, Copeland, Angold & Costello, 2013)

Οι συνέπειες του εκφοβισμού είναι ιδιαίτερα σοβαρές τόσο για την υγεία, όσο και για τις κοινωνικές σχέσεις των νέων και αφυπνίζει την προσοχή όλων για την αντιμετώπισή του. Πολλά ερωτήματα διεγείρονται γύρω από τις επιπτώσεις της θυματοποίησης, όπως είναι η σοβαρότητα αυτών και κατά πόσο αυτές επεκτείνονται αργότερα στην ενήλικη ζωή. Σίγουρα υπάρχουν στοιχεία για τη στενή σύνδεση μεταξύ της χρονιότητας της θυματοποίησης και των δυσμενών αποτελεσμάτων στην εφηβεία, όμως η επέκταση αυτών στην ενήλικη ζωή είναι αβέβαιη. Όσοι νέοι επεκτείνονται καθημερινά σε βίαια περιστατικά αναφέρουν μεγαλύτερους κινδύνους συγκριτικά με αυτούς που εκτέθηκαν μια φορά ή μεμονωμένα. Έρευνες έχουν δείξει, ακόμη, ότι ο σχολικός εκφοβισμός συνδυαστικά με τη διάρκεια αυτού σχετίζεται με προβλήματα στην ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανομένων των προβλημάτων υγείας, των μειωμένων εκπαιδευτικών επιτεύξεων, τη δυσκολία εύρεσης εργασίας, τις παράνομες συμπεριφορές και τις δυσκολίες στις κοινωνικές σχέσεις. (Wolke, Copeland, Angold & Costello, 2013. Wolke & Lereya, 2015).

## 2.11. Ο σχολικός εκφοβισμός στον Ελλαδικό χώρο

Ο σχολικός εκφοβισμός έχει απασχολήσει έντονα τη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς τα φαινόμενα βίας και επιθετικότητας στα σχολεία συνεχώς και αυξάνονται, καθιστώντας τον εκφοβισμό μια καθημερινή πραγματικότητα στο χώρο του σχολείου. Όσο αφορά τον ελλαδικό χώρο, το φαινόμενο της σχολικής βίας στην Ελλάδα άρχισε να διερευνάται σχετικά πρόσφατα. Ωστόσο, τα ποσοστά στον ελλαδικό χώρο παραμένουν σε χαμηλότερα επίπεδα, συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες του δυτικού πολιτισμού και τις ΗΠΑ, που διατηρούνται σε υψηλά επίπεδα. (Κουράκης, 1999). Το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού έχει αποτελέσει ένα μείζον ζήτημα για τους εκπαιδευτικούς, τους σχολικούς συμβούλους, τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς ερευνητές και χρήζει αποτελεσματικής και άμεσης αντιμετώπισης (Αντωνοπούλου, 2014. Ψάλτη, Κασάπη & Δεληγιάννη-Κουιμιτζή, 2012).

Βάσει των ερευνητικών αποτελεσμάτων, ο σχολικός εκφοβισμός στη χώρα μας κυμαίνεται γύρω στο 10%. Τα αποτελέσματα των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί στη χώρα μας, έχουν επιβεβαιώσει σε γενικές γραμμές τα συμπεράσματα που προέκυψαν από άλλες χώρες σχετικά με τα χαρακτηριστικά των θυτών, των θυμάτων, των θυτών/θυμάτων, των μορφών εκφοβισμού και τέλος των παραγόντων που συμβάλλουν στην επιδείνωση των περιστατικών εκφοβισμού (Αντωνοπούλου, 2014. Μακρή- Μπότσαρη, 2010). Το διακρατικό πρόγραμμα «ΔΑΦΝΗ Διερεύνηση και αντιμετώπιση του εκφοβισμού και της θυματοποίησης στο Σχολείο», που διεξήχθη το 2007-2008, βρήκε ότι τα το ποσοστό των μαθητών που αποτελούν θύματα εκφοβισμού έφτανε το 7,87% και το ποσοστό θυτών ανέρχονταν στο 5,61%. Πιο αναλυτικά, η έρευνα αυτή έδειξε ότι οι περισσότεροι μαθητές, ένα ποσοστό περίπου 74,43%, εξέφρασαν την επιθυμία τους να βοηθήσουν τα θύματα. Επίσης, οι μαθητές που χαρακτηρίζονταν ως θύματα, το 62,5% αυτών, εξέφραζαν στους γονείς τους τα επεισόδια στα οποία είχαν θυματοποιηθεί. Το 42,5% των μαθητών θυμάτων ανέφεραν ότι συζητά με τους φίλους τους τα περιστατικά εκφοβισμού, το 27,5% ότι τα αποκαλύπτουν στους δασκάλους τους και τέλος το 20% αυτών δήλωσαν πως δεν τα αναφέρουν σε κανέναν. Μιλώντας τώρα για τους μαθητές θύτες, το 56% αυτών φάνηκε να αποσιωπούν και αφήνουν κρυφές τις πράξεις τους. Έρευνα των Pateraki και Houndoumadi (2010) που πραγματοποίησαν σε παιδιά ηλικίας 8-12 ετών στην περιοχή της Αθήνας, όπου εξέτασαν τις συμπεριφορές και τα συναισθήματα των θυτών, βρήκαν ότι το 15% των θυτών αισθάνονταν αδιάφορα για τις πράξεις του, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό ανέφεραν ότι ένιωθαν πολύ ευχαριστημένοι.

Οι μαθητές συνολικά στο διακρατικό πρόγραμμα «ΔΑΦΝΗ» υποστηρίζαν ότι οι εκπαιδευτικοί δε συμβάλλουν ενεργά στην αντιμετώπιση του εκφοβισμού, με αποτέλεσμα τα παιδιά να μη καταφεύγουν σε αυτούς για ζήτηση βοήθειας. Η έρευνα αυτή κατέδειξε την ύπαρξη του εκφοβισμού στα σχολεία σε ένα σημαντικό ποσοστό. Επιπλέον, σχετικά με τις μορφές εκδήλωσης του εκφοβισμού, ο σωματικός εκφοβισμός παρατηρήθηκε σε μικρότερο ποσοστό, ενώ ο εκβιασμός, η απομόνωση και οι απειλές βρέθηκε να εκδηλώνονται συχνότερα (Αντωνοπούλου, 2014). Σχετικά με το ρόλο των καθηγητών οι Pateraki και Houndoumadi (2010) σε μια έρευνά τους εξέτασαν τις αντιλήψεις των μαθητών για τους δασκάλους. Οι μισοί από τους μαθητές που συμμετείχαν υποστήριξαν ότι δε γνωρίζουν εάν οι δάσκαλοί τους ήταν ενήμεροι σχετικά με το ζήτημα του εκφοβισμού και ως εκ τούτου δε κατέφευγαν σε αυτούς για την επίλυση των διαμαχών που προκύπταν μεταξύ των συμμαθητών τους.

Η έρευνα των Pateraki και Houndoumadi (2010) διερεύνησε τη φύση και την έκταση του σχολικού εκφοβισμού σε 1.312 μαθητές πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ηλικίας 8-12 ετών. Το 14, 7% «αυτό- αναφέρθηκαν» ως θύματα, το 6,25% ως θύτες και το 4,8% ως θύτες/θύματα. Συγκεκριμένα, περισσότερα αγόρια «αυτό- χαρακτηρίστηκαν» ως θύτες και ως θύτες/θύματα. Το 33.5 % των μαθητών ανέφεραν την πίεση από άλλους συνομήλικους στη συμμετοχή εκφοβιστικών επεισοδίων. Η Sarouna (2008) σε έρευνα που πραγματοποίησε αντίστοιχα σε σχολεία της Θεσσαλονίκης, σημείωσε ότι το 8,2% των μαθητών χαρακτηρίστηκαν ως θύματα, το 5,8 % χαρακτηρίστηκαν ως θύτες και το 1.1% ως θύματα και θύτες, ενώ η Psalti (2012) υποστήριξε ότι οι μισοί από τους μαθητές τόσο της πρωτοβάθμιας όσο και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης χαρακτηρίζονται ως θύτες, θύματα και θύτες/θύματα, τονίζοντας τις σημαντικές διαφορές μεταξύ των τύπων αυτών. Ακόμη, υποστήριξε (βάση των αποτελεσμάτων της έρευνας) ότι ο εκφοβισμός γίνεται πιο έντονος με το πέρασμα στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Οι Kokkinos και Kipritsi (2012) ανέφεραν ότι στα κορίτσια παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά εκφοβισμού. Από την άλλη η Sarouna (2008) ισχυρίστηκε ότι δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων όσο αφορά τη θυματοποίηση. Ωστόσο, η έρευνα της φανέρωσε ότι τα αγόρια εκτίθενται πιο συχνά στον εκφοβισμό και αναγνωρίζονται τις περισσότερες φορές ως θύτες, ενώ ακόμη είναι πιο πιθανό να θυματοποιηθούν από συμμαθητές του ίδιου φύλου.

Σχετικά με τη μορφή των εκφοβιστικών επεισοδίων, έρευνα των Pateraki και Houndoumadi (2010) έδειξε ότι τα αγόρια χρησιμοποιούν περισσότερο την άμεση σωματική βία. Απεναντίας, τα κορίτσια φάνηκε να χρησιμοποιούν πιο συχνά έμμεσες μορφές βίας. Οι κλωτσιές, τα παρατσούκλια και τα χτυπήματα αποτέλεσαν τις πιο συχνές μορφές βίας. Ωστόσο, οι Kokkinos και Kiritsi (2012) υποστήριξαν ότι τα αγόρια συμμετέχουν τόσο σε άμεσες όσο και σε έμμεσες μορφές εκφοβισμού. Αναλυτικά, αναφορικά με τις μορφές εκφοβισμού, η Μακρή-Μπότσαρη (2010) σε μελέτη που διεξήγαγε σε μαθητές Β΄ Γυμνασίου έως τη Β΄ Λυκείου, υποστήριξε ότι τα αγόρια του Γυμνασίου προβαίνουν συχνότερα σε σωματικό και λεκτικό εκφοβισμό, όπως για παράδειγμα οι κλοπές και η καταστροφή αντικειμένων. Επίσης, τα αγόρια του Λυκείου χρησιμοποιούν συχνότερα τον σωματικό εκφοβισμό έναντι των κοριτσιών. Εντούτοις, ο λεκτικός και ο κοινωνικός εκφοβισμός βρέθηκε να επικρατεί σε μεγαλύτερο βαθμό εξίσου και στα δύο φύλα.

Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στον ελλαδικό χώρο έχουν ασχοληθεί και με τις κοινωνικές, συναισθηματικές και ακαδημαϊκές δεξιότητες και τη σχέση αυτών με την εμφάνιση του σχολικού εκφοβισμού. Αναλυτικότερα, οι Giouvazolias, Kourkoutas, Mitsopoulou & Georgiadi (2010) εξέτασαν σε σχολεία πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, τις σχέσεις μεταξύ του εκφοβισμού και των αντιλήψεων για το σχολικό κλίμα και τον διαμεσολαβητικό ρόλο της ενασχόλησης επικίνδυνων συμπεριφορών στην εμφάνιση του εκφοβισμού. Τα αποτελέσματα της έρευνας τους έδειξαν ότι οι αρνητικές αντιλήψεις για το σχολείο και οι επικίνδυνες συμπεριφορές αποτελούν προβλεπτικό παράγοντα του σχολικού εκφοβισμού. Ακόμη, οι Andreou και Metallidou (2010) διερεύνησαν τις συνδέσεις μεταξύ των ακαδημαϊκών και κοινωνικών στάσεων και της συμπεριφοράς των παιδιών που βρίσκονται σε κατάσταση εκφοβισμού και ανακάλυψαν ότι η ακαδημαϊκή αυτό-αποτελεσματικότητα σε συνδυασμό με την κοινωνική νόηση, όσο και οι στρατηγικές αυτορρύθμισης σε συνδυασμό με την κοινωνική νόηση αποτελούν προγνωστικό παράγοντα της εκφοβιστικής συμπεριφοράς. Τέλος, με την αυτό-αποτελεσματικότητα ασχολήθηκαν και οι Kokkinos και Kiritsi (2012). Συγκεκριμένα, εξέτασαν τη σχέση της θυματοποίησης, του εκφοβισμού και των κοινωνικό-συναισθηματικών μεταβλητών, όπως είναι η αυτό-αποτελεσματικότητα, η συναισθηματική νοημοσύνη και η ενσυναίσθηση. Το φύλο, η συναισθηματική νοημοσύνη και η γνωστική ενσυναίσθηση βρέθηκε να αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα του εκφοβισμού, ενώ αυτός έδειξε να έχει αρνητική συσχέτιση με την αυτό-αποτελεσματικότητα, την ακαδημαϊκή και τη γνωστική συνιστώσα.

Τα σχολεία φιλοξενούν μαθητές που προέρχονται από διάφορα πολιτισμικά και κοινωνικά πλαίσια. . Αρκετές διεθνείς έρευνες υποστηρίζουν ότι η εθνο-πολιτισμική διαφορετικότητα των παιδιών, τα καθιστά ευάλωτα στο να θυματοποιηθούν. Έχουμε, δηλαδή, να κάνουμε με το φαινόμενο του ρατσισμού που συνεπάγει την περιθωριοποίηση και τον παραγκωνισμό των παιδιών με βάση κάποια εμφανή χαρακτηριστικά όπως χρώμα, θρησκεία και εθνότητα. Έρευνα του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών ( Ε.Κ.Κ.Ε) υποστήριξε ότι η ετερότητα στον ελληνικό σχολικό χώρο αποτελεί αιτία πρόκλησης επιθετικότητας με θύτες τόσο Έλληνες όσο και μαθητές από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια. Επίσης, μελέτη της νέας γενιάς, σύμφωνα με τους Houndoumadi, Paterakiki και Doanidou (2003) ( όπως αναφέρεται στον Δήμου, 2013), ένας στους τρεις μαθητές συνιστά μάρτυρας βίαιων περιστατικών σε σχολεία μεταξύ Ελλήνων και παιδιών με άλλη εθνικότητα (Δήμου, 2013. ). Ωστόσο, η έρευνα «Μεγαλώνοντας στην Αθήνα, ποιότητα ζωής παιδιών και εφήβων» που πραγματοποιήθηκε το 2006 από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών έδειξε ότι η ενδοσχολική βία δε συσχετίζεται με τη περιοχή του σχολείου, ούτε από το ποσοστό των αλλοδαπών μαθητών (Αντωνοπούλου, 2014).

Όπως παρατηρούμε βάσει των ερευνών που έχουν παρατεθεί, ο εκφοβισμός αποτελεί μια πραγματικότητα στα ελληνικά σχολεία. Οι Γιοναζιολας και συν. (2010) τονίζουν ότι το 30% των μαθητών στα δημοτικά σχολεία της χώρας μας έχει θυματοποιηθεί και μάλιστα έχει αποτελέσει θύμα επαναλαμβανόμενης βίας. Είναι , λοιπόν, γεγονός ότι οι σωστές και έγκαιρες παρεμβάσεις κρίνονται αναγκαίες για τη πρόληψη των εκφοβιστικών επεισοδίων και την αποφυγή επιδείνωσης του φαινομένου.

## 2.12. Θυματοποίηση και παιδιά με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες Μελέτες για τη σύνδεση της κατάθλιψης και εκφοβισμού σε παιδιά με ΕΕΑ

Είναι γεγονός ότι το φαινόμενο της θυματοποίησης εντός του σχολικού πλαισίου εγείρει έντονες ανησυχίες σχετικά με τη ποιότητα ζωής και τη ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων που εμπλέκονται σε αυτό. Ιδιαίτερη ανησυχία προκαλεί, επίσης, η θυματοποίηση ευαίσθητων ομάδων, όπως είναι τα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ή και αναπηρίες. Παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες αποτελούν τα παιδιά που χρήζουν ειδικών αναγκών, όπως παιδιά με σωματικές, νοητικές, αναπτυξιακές, αισθητηριακές και συναισθηματικές δυσλειτουργίες. Πρόσφατες έρευνες τόσο εγχώριες, όσο και εξωχώριες έχουν διερευνήσει το ζήτημα του εκφοβισμού, ιδιαίτερος των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, οι οποίες υποδεικνύουν ότι τα παιδιά αυτά αποτελούν ομάδες υψηλού κινδύνου. Μαθητές δημοτικού με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στην Αγγλία έχουν διπλάσιες πιθανότητες να υπομείνουν επίμονο εκφοβισμό. Μάλιστα, αρκετές έρευνες ισχυρίζονται ότι τα παιδιά αυτά διαθέτουν αυξημένες πιθανότητες να υπάρξουν τόσο θύματα, όσο και θύτες εκφοβιστικών επεισοδίων, συγκριτικά με τα υπόλοιπα παιδιά (Emmer & Saborine, 2015. Rose, Espelage, Aragon&Elliot, 2011).

Τα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ενδέχεται να προβούν σε εκφοβιστικές πράξεις και να αποτελέσουν θύματα ανάλογων πράξεων σε μεγαλύτερο ποσοστό από το μέσο ποσοστό των υπόλοιπων παιδιών. Ποικίλοι παράγοντες όπως η σωματική ευπάθεια ή τα μη-υποστηρικτικά κοινωνικά περιβάλλοντα μπορεί να αυξήσουν το κίνδυνο της τρωτότητας. Αναλυτικότερα, η παθητικότητα και τα μειωμένα ανακλαστικά των παιδιών αυτών, μπορεί να αυξήσει την επιθετικότητα των συμμαθητών τους. Οι ελλειπείς κοινωνικές σχέσεις τους οδηγούν στην κοινωνική απομόνωση και αυξάνουν τη πιθανότητα θυματοποίησης. Προς επίρρωση αυτού, Οι Didaskalou, Andreou & Vlachou (2009) υποστηρίζουν ότι οι παρέες συνιστούν ένα κλοιό προστασίας και ασφάλειας και τα παιδιά ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών πολλές φορές στερούνται τέτοιων προνομιών. Το είδος των αναγκών που χρήζουν τα παιδιά αυτά είναι ένας σημαντικός παράγοντας, ο οποίος τους απομονώνει και τους περιθωριοποιεί. Ειδικότερα, παιδιά με αισθητές δυσκολίες όπως είναι η κώφωση ή οι διαταραχές λόγου, υπερκινητικότητα, θυματοποιούνται ευκολότερα. Όπως έχει αποδειχθεί βάσει ερευνών, παιδιά με αλλεργίες ή επιληψία αντιμετωπίζουν εξίσου αυξημένο κίνδυνο θυματοποίησης. Επίσης, παιδιά με διαταραχές λόγου, ημιπληγία και διαβήτη διαθέτουν μεγάλη ευπάθεια στο να θυματοποιηθούν και έχει αποδειχθεί ότι διαθέτουν λιγότερους

φίλους εν συγκρίσει με άλλα παιδιά της ηλικίας τους. Οι θύτες μπορεί να χλευάζουν και να κοροϊδεύουν τα παιδιά αυτά, να τα εκθέτουν στους παράγοντες στους οποίους έχουν αλλεργία ή ακόμη να τους προσάπτουν παρατσούκλια (AbilityPath.org, 2015. Rose, Monda-Amaya & Espelage, 2009. Saborine 1994. Stopbullying.gov).

Ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι το 60% των παιδιών με ειδικές ανάγκες αναφέρουν ότι έχουν θυματοποιηθεί σε σχέση με το 25% των υπολοίπων μαθητών. Έρευνες, ακόμη, έχουν υποστηρίξει ότι παιδιά με υπερκινητικότητα (ADHD) και παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες (LD) παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο θυματοποίησης συγκριτικά με τους υπόλοιπους συμμαθητές τους. Τα παιδιά με υπερκινητικότητα έχουν, επίσης, αυξημένες πιθανότητες να εκφοβίζονται οι ίδιοι άλλα παιδιά (AbilityPath.org, 2015).

Σύμφωνα με τους Carter & Spencer (2009) και Dawkins (1996) (όπως αναφέρεται στους Hodapp & Fidler, 2016) το 50% των παιδιών με ορατές δυσκολίες τουλάχιστον μια φορά το χρόνο, το 30% ανέφερε ότι θυματοποιείται συχνά, το 21% έζησε κάποιο εκφοβιστικό επεισόδιο μέσα στο χρόνο και το 14% ανέφερε ότι θυματοποιείται συχνά. Διεθνείς έρευνες, ακόμη, έχουν υποστηρίξει ότι παιδιά με εμφανείς σωματικές δυσλειτουργίες, όπως το σύνδρομο Down είναι πιθανότερο να αποκλειστούν από μια παρέα ή από κοινωνικές δραστηριότητες.

Μια ενδιαφέρουσα έρευνα είναι αυτή των Van Cleave & Davis (2006) που διερεύνησαν την επικράτηση του εκφοβισμού, των θυμάτων και των θυτών των παιδιών με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και τις συσχετίσεις των διαφόρων συμπεριφορών με τις διάφορες μορφές ειδικών αναγκών. Συγκεκριμένα, μέτρησαν τις συσχετίσεις των θυμάτων, των θυτών και των θυμάτων/θυτών σε παιδιά και εφήβους από έξι ως δεκαεπτά χρονών. Τα ευρήματα της έρευνας δείξαν ότι παιδιά με ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης ήταν πιο πιθανό να αποτελέσουν θύματα εκφοβισμού, παρά θύτες ή θύματα/θύτες. Ωστόσο, παιδιά και έφηβοι με χρόνια συναισθηματικά και αναπτυξιακά προβλήματα και δυσλειτουργίες της συμπεριφοράς βρέθηκαν να είναι θύτες και θύματα/θύτες. Μια άλλη μελέτη για την επικράτηση της θυματοποίησης και του κινδύνου για επαναλαμβανόμενη θυματοποίηση σε παιδιά με ειδικές ανάγκες στις Ηνωμένες Πολιτείες, έδειξε ότι ο επιπολασμός του εκφοβισμού σε παιδιά χωρίς ειδικές ανάγκες κυμαίνεται στο 24,5% στο δημοτικό και 34,1% στο γυμνάσιο. Σε όλες τις σχολικές βαθμίδες εκπαίδευσης το ποσοστό των θυτών ήταν μεγαλύτερο σε παιδιά με συναισθηματικές διαταραχές. Ακόμη, η έρευνα κατέδειξε ότι φοιτητές κινητικές δυσκολίες, οι μαθητές γυμνασίου και λυκείου με



αυτισμό και μαθητές λυκείου με ορθοπεδικά προβλήματα είχαν υψηλότερο κίνδυνο να θυματοποιηθούν επανειλημμένα (Blake, Jamilia, Lund, Emily, Zhou, Qiong, Kwok, Oi-man, Benz & Michael, 2012. Rose, Espelage & Amaya, 2009).

Αξίζει ακόμη να αναφερθεί ότι παιδιά με αυτισμό (ASD) έχουν επίσης αυξημένες πιθανότητες να θυματοποιηθούν και να αποκλειστούν από τα υπόλοιπα παιδιά. Κάποιες έρευνες μάλιστα αναφέρουν ότι τα παιδιά αυτά έχουν τρεις φορές αυξημένες πιθανότητες να αποτελέσουν θύματα εκφοβισμού. Τα παιδιά που χρήζουν ειδικών αναγκών στην Βρετανία θυματοποιούνται περισσότερο, συγκριτικά με τα υπόλοιπα παιδιά σε ποσοστά 60% και 25% αντιστοίχως. Επιπλέον, 1 στα 5 με 1 στα 7 παιδιά στη Αυστραλία αναφέρουν ότι βιώνουν περιστατικά bullying μια φορά την εβδομάδα ή και περισσότερο. Υποστηρίζεται, ακόμη, ότι πάνω από το 62% των παιδιών με κάποιο αυτιστικό σύνδρομο θυματοποιούνται μια ή περισσότερες φορές την εβδομάδα (AbilityPath.org, 2015). Παρομοίως, μια έρευνα των Cappadocia, Weiss & Pepler (2012) υποστηρίζει ότι τα παιδιά με αυτιστικό σύνδρομο έχουν αυξημένο κίνδυνο να θυματοποιηθούν, συγκριτικά με τα υπόλοιπα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά. Η έρευνα τους αποκάλυψε ότι η θυματοποίηση των παιδιών αυτών συσχετιζόταν με την ηλικιακή κατάσταση των παιδιών, την εσωτερίκευση και την εξωτερίκευση των προβλημάτων ψυχικής υγείας, με τις δυσκολίες στην επικοινωνία και στη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων. (Elamé, 2013. Department of Health and Human Services HRSA, 2010. Sturgeon, 2007).

Παιδιά που χρήζουν ειδικών αναγκών συνήθως εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά όταν θυματοποιηθούν εν αντιθέσει με τα υπόλοιπα παιδιά. Μάλιστα, η επιθετική συμπεριφορά ως αντίδραση ή ως μορφή εκφοβισμού από τους ίδιους συνεχίζεται και με το πέρασμα της ηλικίας, ενώ παιδιά χωρίς δυσκολίες αναπτύσσουν έμμεσες μορφές εκφοβισμού καθώς μεγαλώνουν (Björkqvist, 2001. Rose, Espelage, Aragon, & Elliott, 2011).

Αναλυτικότερα, τα παιδιά με ειδικές ανάγκες ενδέχεται να αποτελέσουν και θύτες εκφοβιστικών πράξεων. Η επαναλαμβανομένη πράξη που διαπράττεται από ένα υπερκινητικό παιδί θεωρείται εκφοβιστική όταν ενυπάρχουν σε αυτή λεκτικοί και σωματικοί δείκτες που δείχνουν βία ή επιθετικότητα. Συνήθως, τα παιδιά αυτά είναι λιγότερο ώριμα από τα υπόλοιπα παιδιά, περισσότερο ενστικτώδες και λιγότερο ικανά να αντιληφθούν τα αποτελέσματα των πράξεων τους (Elamé, 2013). Ωστόσο, η ανάπτυξη επιθετικής ή η εκφοβιστικής συμπεριφοράς εξαρτάται και από άλλους παράγοντες, όπως είναι η προσωπική ιδιοσυγκρασία του παιδιού, το φύλο, το είδος της αναπηρίας που διαθέτει, το είδος των

προκαταλήψεων που χαρακτηρίζει την εκάστοτε κοινωνία και ασφαλώς το ίδιο το σχολικό πλαίσιο. Η επιθετικότητα των παιδιών που χρήζουν ειδικών αναγκών παρουσιάζει διακυμάνσεις αναλόγως της αναπηρίας. Ερευνητές υποστηρίζουν ότι παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές εμφανίζουν έντονη επιθετικότητα. Παιδιά με νοητικές ή κινητικές αναπηρίες είναι πιθανόν να απομονώνονται σε μεγαλύτερο βαθμό και συνεπώς η επιθετικότητα τους να είναι πιο εμφανής. Το ίδιο ενδέχεται να ισχύει και με παιδιά με ορατές αναπηρίες, οι οποίοι θεωρούνται ότι θυματοποιούνται και περισσότερο. Οι Van Cleave & Davis (2006) (όπως αναφέρεται στο Rose, Espelage, Aragon, & Elliott, 2011) επισημαίνουν ότι η επίθεση που εκδηλώνει ένα παιδί με ειδικές εκπαιδευτικές δυσκολίες μπορεί να είναι αποτέλεσμα άμυνας ή και ανικανότητας να αναπτύξει διαφορετικές μορφές αντίστασης ή προστασίας και να αποτελεί μια αντίδραση απέναντι στο στρες που βιώνει (Gopalan, 2016. Hollar, 2012. Rose, Espelage, Aragon, & Elliott, 2011).

Η θυματοποίηση των παιδιών, όπως και η εμπλοκή αυτών σε περιστατικά εκφοβισμού επηρεάζει τη ψυχική τους κατάσταση, τη κοινωνική τους ζωή και στην ακαδημαϊκή τους πορεία. Εστιάζοντας περισσότερο, ο εκφοβισμός των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες μπορεί να επιβαρύνει τις ήδη μειωμένες κοινωνικές τους δεξιότητες και να εμποδίσει ή να δυσχεράνει την ομαλή ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη, ειδικά εάν ο εκφοβισμός τους είναι μακροχρόνιος. Η δυσκολία προσαρμογής εντός του σχολικού πλαισίου και η δυσκολία ενσωμάτωσης με τους υπόλοιπους συμμαθητές μπορεί επίσης να είναι επακόλουθο της θυματοποίησης (Nansel et al., 2001).

Θύματα του σχολικού εκφοβισμού είναι αρκετά πιθανό να παρουσιάσουν έντονο άγχος, κατάθλιψη και χαμηλή αυτοεκτίμηση συγκριτικά με τα παιδιά που δεν έχουν θυματοποιηθεί. Άτομα που ήταν θύματα εκφοβισμού κατά την παιδική ηλικία παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, άγχος και κατάθλιψη. Αν και οι έρευνες για το πώς ο εκφοβισμός επηρεάζει τα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες είναι περιορισμένες, ο εκφοβισμός των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες φαίνεται να είναι ο κύριος λόγος που τα παιδιά αυτά αναφέρουν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Η εκφοβιστική συμπεριφορά αυξάνει τον κίνδυνο για ακαδημαϊκά και συναισθηματικά προβλήματα. Έρευνα που εξέτασε τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης σε παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες έδειξε ότι η θυματοποίηση των παιδιών ή ο αποκλεισμός από μια ομάδα αποτέλεσε τον ισχυρότερο παράγοντα αυτοαναφερόμενης κατάθλιψης (Due, Damsgaard, Lund & Holstein, 2009. Science Daily, 2012).

Οι Fekkes και οι συνεργάτες (2004) παρατήρησαν σε μια έρευνα τους, ότι τα θυματοποιημένα παιδιά είναι πιθανότερο να εκδηλώσουν συναισθήματα κατάθλιψης και ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι είναι στενοχωρημένα συγκριτικά με τα υπόλοιπα παιδιά. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ακόμη τη συσχέτιση της θυματοποίησης με την αυξημένη αυτοκτονικότητα. Αναλυτικότερα, μια έρευνα του Rigby (1996) έδειξε ότι παιδιά που είχαν θυματοποιηθεί συστηματικά ( τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα) ήταν πιθανότερο να δηλώνουν πως θα εύχονταν να μη ζουν ή να εκφράζουν ιδέες αυτοκτονικότητας. Προσθέτοντας, μια έρευνα των Vander Walk και των συνεργατών (2003) έδειξε μια σημαντική συσχέτιση της θυματοποίησης, της αυτοκτονικότητας και της κατάθλιψης με τον έμμεσο εκφοβισμό (Down, Singer & Wilson, 2006).

Αναφορικά με το φύλο, ερευνητικές μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Παρόλα αυτά, φαίνεται πως ο σχολικός εκφοβισμός είναι περισσότερο έντονος στα αγόρια (Andreou et al., 2013, Didaskalou et al., 2009. Rose, Espelage, Aragon, & Elliott, 2011).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### Μέρος δεύτερο

#### 2.13. Κατάθλιψη και Θυματοποίηση

Η συμμετοχή στον εκφοβισμό συνεπάγεται με αρνητικές συνέπειες –συνήθως μακροχρόνιες, όπως έχει προκύψει βάσει ερευνών. Συνήθως τα παιδιά και οι έφηβοι που εμπλέκονται στον εκφοβισμό έρχονται αντιμέτωποι με μια σειρά ψυχολογικών προβλημάτων. Μια από τις δυσμενείς συνέπειες της θυματοποίησης είναι αυτή της κατάθλιψης, η οποία αποτελεί και το πιο διαδεδομένο ζήτημα ψυχικής υγείας την περίοδο της εφηβείας (Swearer Napolitano, 2008). Έχει υποστηριχθεί ότι η συμμετοχή στο σχολικό εκφοβισμό αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης και πως, επίσης, η κατάθλιψη προδιαθέτει τους εφήβους για εκφοβισμό. Αρκετοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με τη συσχέτιση της κατάθλιψης με τη θυματοποίηση, αλλά και αντιστρόφως, όπως επίσης και με το κατά πόσο υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία για τις αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ των δύο καταστάσεων. Παρόλα αυτά, η βιβλιογραφία δεν είναι σε θέση να μας δώσει σαφή και βέβαια αποτελέσματα για τη σχέση μεταξύ της θυματοποίησης και της κατάθλιψης. Διεθνείς έρευνες, από την άλλη, έχουν υποστηρίξει την σύνδεση του εκφοβισμού με τη διπολική διαταραχή (Craig, 1998. Kaltiala-Heino & Fröjd, 2011. Swearer Napolitano, 2008).

Μελέτες σε ενήλικο πληθυσμό που είχε θυματοποιηθεί κατά την εφηβική ηλικία έχει επιβεβαιώσει την αμοιβαία σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της θυματοποίησης. Διαχρονικές μελέτες έχουν δείξει ότι ενήλικες που είχαν πέσει θύματα εκφοβισμού στα σχολεία εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης και κοινωνικού άγχους (Kaltiala-Heino & Fröjd, 2011). Άλλες έρευνες, επίσης, ανακάλυψαν συνδέσεις μεταξύ των ενηλίκων που αποτέλεσαν θύματα εκφοβισμού και του αυτοκτονικού ιδεασμού. Επίσης, ο επιπολασμός μείζονος κατάθλιψης σε ενήλικες στις ΗΠΑ ήταν υψηλότερος σε όσους αποτέλεσαν θύματα εκφοβισμού στο παρελθόν (31 έναντι 16%) (Vaughn, Fu, Bender, et al., 2010).

Πολλές μελέτες από διάφορες χώρες έχουν σημειώσει ότι υπάρχει μια σχέση παράλληλη μεταξύ της κατάθλιψης και της συμμετοχής στον εκφοβισμό. Η συμπεριφορά των παιδιών που εμπλέκονται στον εκφοβισμό έχει παρατηρηθεί ότι συσχετίζεται με αισθήματα δυσφορίας, με χαμηλή αυτοεκτίμηση, με αυξημένο άγχος, κατάθλιψη και αυτοκτονικό

ιδεασμό (Kaltiala-Heino, Fröjd & Marttunen, 2010. West & Salmon, 2009). Μελέτη των Fekkes et al. (2004) (όπως αναφέρεται στους Kaltiala-Heino & Fröjd, 2011) φανέρωσε ότι η θυματοποίηση προηγείται της κατάθλιψης, αλλά η κατάθλιψη και το άγχος προέβλεπε, επίσης, μετέπειτα θυματοποίηση. Άλλοι ερευνητές έχουν ισχυριστεί ότι όταν η κατάθλιψη ελέγχονταν, η θυματοποίηση συνιστούσε ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για μετέπειτα θυματοποίηση στα αγόρια, αλλά όχι στα κορίτσια. Αξίζει, ωστόσο, να αναφέρουμε ότι τα ευρήματα διαχρονικών μελετών δεν έχουν αναδείξει τη συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και της θυματοποίησης. Σε μια μελέτη όπου εξετάστηκαν αγόρια 8 ετών δεν βρέθηκε πρόβλεψη κατάθλιψης ή αυτοκτονικού ιδεασμού στη ηλικία των 18 ετών.

Όπως ήδη αναφέραμε η κατάθλιψη είναι από τις συχνότερες διαταραχές της διάθεσης στην εφηβεία. Η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή κάποιου καταθλιπτικού συνδρόμου οφείλεται σε διάφορους παράγοντες (ατομικούς, περιβαλλοντικούς, κοινωνικούς, οικογενειακούς, γενετικούς, βιολογικούς). Η έναρξη ή η επανάληψη μιας μορφής κατάθλιψης μπορεί ακόμη να προκληθεί ως αντίδραση σε κάποιο ατυχές γεγονός, σε κάποια απώλεια, σε μια αποτυχία (ακαδημαϊκή), σε συγκρούσεις και απογοητεύσεις ή να αποτελεί απόρροια ενός τραυματικού γεγονότος, όπως είναι η θυματοποίηση των παιδιών λόγω εκφοβισμού. Η κατάθλιψη μπορεί να ποικίλλει από ήπια, μέτρια ως σοβαρή και η αξιολόγηση πραγματοποιείται μέσω ειδικών κλιμάκων. Αξίζει εδώ να τονιστεί, επίσης, η χρησιμότητα της δομημένης και έγκυρης διάγνωσης της κατάθλιψης (Kaltiala-Heino & Fröjd, 2011).

Μιλώντας για το πώς η κατάθλιψη μπορεί να συνδεθεί με τη θυματοποίηση, αρχικά όταν ένας έφηβος βρίσκεται σε κατάθλιψη, η κατάσταση αυτή μπορεί να τον οδηγήσει σε παραμόρφωση της αντίληψης και της επεξεργασίας των κοινωνικών σχέσεων. Δηλαδή, αναμένει ότι οι υπόλοιποι γύρω του θα τον αντιμετωπίσουν με εχθρικό ή και απορριπτικό τρόπο κατά την κοινωνική τους επαφή. Ακόμη, διαθέτουν αρνητική αυτό-αντίληψη, μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες και μειωμένη ικανότητα να υπερασπιστούν τον εαυτό τους, πράγμα που τους καθιστά στόχο των θυτών και ευάλωτους απέναντι στον εκφοβισμό (Kaltiala-Heino, Fröjd & Marttunen, 2010. Kaltiala-Heino & Fröjd, 2011). Πιο αναλυτικά, κατά τη περίοδο της εφηβείας, οι διαπροσωπικές σχέσεις των εφήβων είναι ύψιστης σημασίας και τραυματικά γεγονότα, όπως η θυματοποίηση θα μπορούσε να προκαλέσει σοβαρό ψυχικό τραυματισμό και να οδηγήσει στην κατάθλιψη μετά τη θυματοποίηση. Βέβαια, κάποιες υπάρχουσες ψυχικές δυσλειτουργίες μπορεί να αποτελούν διαμεσολαβητές στη σχέση της κατάθλιψης και της θυματοποίησης, όπως η συναισθηματική απορρύθμιση, η μειωμένη αυτοεκτίμηση και ο μειωμένος αυτοέλεγχος που παρατηρείται ως αποτέλεσμα της

θυματοποίησης, μπορεί βέβαια να είναι και αιτίες εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες. Έρευνες σε ενήλικο πληθυσμό με κατάθλιψη έχουν δείξει επίσης συσχέτιση της κατάθλιψης με τον εκφοβισμό (Kaltiala-Heino, Mauri Marttunen, 2010).

Αρκετές έρευνες επιβεβαιώνουν τους παραπάνω ισχυρισμούς. Μελέτη των Kumpulainen και Rasanen (2000) έδειξε ότι η θυματοποίηση στην ηλικία των 8 ετών προέβλεψε ψυχιατρικά συμπτώματα στην ηλικία των 15 χρόνων. Επίσης, οι Souranderetal., (2007) έδειξε ότι σε ομάδα αγοριών 6-18 ετών η θυματοποίηση στην εφηβική ηλικία ακολουθήθηκε από αγχώδεις διαταραχές στα τέλη της εφηβείας. Οι West και Salmon (2009) επίσης υποστήριξαν ότι υπάρχουν ευρήματα, όπου τα θύμα του εκφοβισμού εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης. Οι Kaltiala-Heino, Rimpelä, Marttunen, Rimpelä και Rantanen (1999) στην έρευνα που πραγματοποίησαν σε εφήβους 14 -16 χρονών βρήκαν ότι τόσο οι θύτες όσο και τα θύματα του εκφοβισμού είχαν αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση κατάθλιψης όσο και αυτοκτονικού ιδεασμού. Μάλιστα, η κατάθλιψη ήταν πιο κοινή μεταξύ των εφήβων οι οποίοι αποτελούσαν θύματα και θύτες. Παρόμοια ευρήματα για τους θύτες και τα θύματα εντοπίστηκε και στην έρευνα των Brunstein Klomek, Marrocco, Kleinman, Schonfeld&Gould (2007) οι οποίοι ισχυρίστηκαν ότι οι θύτες/θύματα βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο ενώ ακόμη αποτελούν την πιο ταραγμένη ομάδα. Αναλυτικότερα, τα πορίσματα των ερευνών τους έδειξαν ότι η συχνή θυματοποίηση είχε ως αντίκτυπο την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και τον αυτοκτονικό ιδεασμό συγκριτικά με τους μαθητές που δεν είχαν εκφοβιστεί. Ακόμη, και η σπάνια συμμετοχή σε εκφοβιστικά επεισόδια προϊδέαζε την εμφάνιση κατάθλιψης και αυτοκτονικότητας κυρίως σε κορίτσια.

Εστιάζοντας στα υποκείμενα που συμμετέχουν στον εκφοβισμό, οι έφηβοι που φοβερίζουν έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αντικοινωνικών συμπεριφορών, διαταραχών εξωτερίκευσης, διασπαστικές διαταραχές, ψυχοσωματικά συμπτώματα, δυσκολίες στις κοινωνικές επαφές και αυξημένο αυτοκτονικό ιδεασμό. Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι θύτες συντρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, άλλοι ωστόσο ισχυρίζονται το αντίθετο. Ωστόσο, τόσο οι θύτες όσο και τα θύματα όταν αποτελέσουν στόχο απόρριψης των συμμαθητών τους, τείνουν να εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Όσο αφορά τα θύματα του εκφοβισμού, η κατάθλιψη είναι πιθανό να είναι συνέπεια της θυματοποίησης τους, μέσω της μείωσης της αυτοεκτίμησής τους. Βέβαια, όπως υποστηρίζεται οι νέοι που χαρακτηρίζονται ως καταθλιπτικοί μπορεί να αποτελέσουν θύματα

εκφοβισμού λόγω της ευαλωτότητας τους (Kaltiala-Heino, Fröjd & Marttunen, 2010. Kaltiala-Heino & Fröjd, 2011).

Πέραν του παραδοσιακού εκφοβισμού, ο ηλεκτρονικός εκφοβισμός είναι ιδιαίτερα διαδομένος στις μέρες μας λόγω της ραγδαίας αύξησης των τεχνολογικών μέσων επικοινωνίας. Το text bullying αποτελεί μια ευρέως και συχνά πλέον μορφή εκφοβισμού που προκαλεί μεγάλη δυσφορία στα θύματά του. Κάποιοι μάλιστα υποστηρίζουν ότι η συγκεκριμένη μορφή εκφοβισμού είναι περισσότερο επικίνδυνη και επιβλαβής απ' ότι ο παραδοσιακός εκφοβισμός. Έρευνα του Raskauskas (2010) αποκάλυψε την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα θύματα και στους θύτες του text bullying. Στα θύματα του εκφοβισμού, μάλιστα, παρατηρήθηκαν μεγαλύτερα περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν θυματοποιηθεί. Παρατηρήθηκαν, επίσης, μειωμένες στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων, προβλήματα εσωτερίκευσης και αυτό-ενοχής. Η πιο πρόσφατη έρευνα για τον εκφοβισμό μέσω κινητού τηλεφώνου πραγματοποιήθηκε στη Νέα Ζηλανδία σε ένα δείγμα ατόμων ηλικίας 11-18 ετών. Τα αποτελέσματα των ερευνών έδειξαν ότι ένα ποσοστό 43% των μαθητών είχαν βιώσει τουλάχιστον ένα επεισόδιο text bullying. Το 23% των μαθητών μάλιστα ανέφεραν ότι είχαν βιώσει επαναλαμβανόμενα τον εκφοβισμό μέσω κινητού τηλεφώνου. Οι μαθητές που αποτελούσαν θύματα του παραδοσιακού εκφοβισμού, αλλά και του text bullying παρουσίασαν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης από εκείνους που δεν είχαν εκφοβιστεί και από εκείνους που είχαν εκφοβιστεί με τον παραδοσιακό τρόπο εκφοβισμού (Raskauskas, 2010).

Οι έρευνες σχετικά με τις διαφορές των δύο φύλων είναι αντιφατικές. Ωστόσο, οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σχετικά με τη συχνότητα, τη φύση και την έκταση της επιθετικότητας μπορεί να επηρεάσει την εκδήλωση της εμφάνισης της κατάθλιψης και τη σύνδεση της κατάθλιψης με τον εκφοβισμό. Υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την αργότερη θυματοποίηση των κοριτσιών και ότι η θυματοποίηση αυξάνει τον κίνδυνο της κατάθλιψης στα αγόρια. Άλλοι έχουν δείξει ότι ο συσχετισμός θυματοποίησης και κατάθλιψης όπως επίσης και ο αυτό-τραυματισμός και οι απόπειρες αυτοκτονίας παρατηρούνται πιο συχνά στα κορίτσια (Kaltiala-Heino, Fröjd & Marttunen, 2010. Kaltiala-Heino & Fröjd, 2011).

Όπως ήδη αναφέρθηκε η τραυματική εκδήλωση της θυματοποίησης μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη και από την άλλη, η κατάθλιψη ενδέχεται να οδηγήσει τους εφήβους στην ερμηνεία κάποιων συμπεριφορών ως επιθετικών και με τη σειρά της μπορεί

να προβλέψει την εμπειρία της θυματοποίησης. Η θυματοποίηση μπορεί να αποτελέσει ένα δείκτη που βοηθά στον εντοπισμό της εμφάνισης της κατάθλιψης σε εφήβους. Η μείωση της κατάθλιψης των εφήβων μπορεί να αποτελέσει μπορεί να μειώσει τις επιπτώσεις του εκφοβισμού και να βοηθήσει στην πρόληψη αυτού. Η γνώση των αιτιών που συνδέουν την κατάθλιψη με τη θυματοποίηση είναι πιθανόν να προάγει σημαντικές γνώσεις για την αντιμετώπιση του εκφοβισμού και των επιπτώσεών του (Kaltiala-Heino & Fröjd, 2011).



## ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

### « Ερευνητικό Μέρος »

#### Α' μέρος

### 3.Μεθοδολογία της έρευνας

Το παρόν κεφάλαιο επικεντρώνεται στο ερευνητικό μέρος της εργασία, το οποίο αναφέρεται τόσο στους στόχους και στις υποθέσεις της έρευνας, αρχικώς, όσο και στην ερευνητική διαδικασία, αλλά και στο πως αυτή προέκυψε. Συγκεκριμένα, θα γίνει αναφορά του δείγματος της έρευνας, της διαδικασίας χορήγησης δεδομένων, όπως επίσης και των μέσων συλλογής δεδομένων.

#### 3.1 Στόχοι και σκοποί της παρούσας έρευνας

Ως στόχοι της έρευνας ορίστηκαν οι εξής :

- 1) Η συγκριτική διερεύνηση του φαινομένου του εκφοβισμού και της θυματοποίησης ανάμεσα σε παιδιά με ή χωρίς ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στο ελληνικό σχολικό περιβάλλον και
- 2) Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του σχολικού εκφοβισμού και της θυματοποίησης και η σύνδεση τους με την κατάθλιψη σε παιδιά με ή χωρίς ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.

#### 3.2. Υποθέσεις της έρευνας

Δύο υπόθεσες διατυπώθηκαν για την παρούσα έρευνα. Οι υποθέσεις της έρευνας στηρίχθηκαν σε προηγούμενα ερευνητικά αποτελέσματα σχετικά με την θυματοποίηση και τη

σχέση θυματοποίησης κατάθλιψης. Αναλυτικότερα, οι υποθέσεις που διατυπώθηκαν είναι ότι:

1) τα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες θα εμφανίζουν ένα ενισχυμένο κίνδυνο εμπλοκής στον σχολικό εκφοβισμό και ότι ακόμη θα παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά θυματοποίησης συγκριτικά με τα υπόλοιπα παιδιά.

2) η συμμετοχή σε περιστατικά εκφοβισμού, όσο και η ίδια η θυματοποίηση των παιδιών (με ή και χωρίς εκπαιδευτικές ανάγκες) θα συσχετίζεται θετικά με την εμφάνιση ή την παρουσία κάποιας μορφής κατάθλιψης.

### **3.3. Το δείγμα της έρευνας**

Το δείγμα της έρευνας συλλέχθηκε από παιδιά ηλικίας 10 ως 12 ετών από το νομό Χανίων και το νομό Λαρίσης. Αναλυτικότερα, τα παιδιά αποτελούσαν μαθητές σχολικής ηλικίας και συγκεκριμένα μαθητές δημοτικού. Η επιλογή των σχολείων και εν συνεχεία η επιλογή των μαθητών έγινε τυχαία. Στη παρούσα έρευνα και στο αντίστοιχο δείγμα οι μοναδικοί παράγοντες που λήφθηκαν υπόψιν ήταν η ηλικία, το φύλο και η κατάταξη των μαθητών σε παιδιά με ή χωρίς ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Κοινωνικοί-οικονομικοί και πολιτισμικοί παράγοντες δεν ορίστηκαν, ούτε λήφθηκαν υπόψιν στο συγκεκριμένο δείγμα.

### **3.4. Διαδικασία χορήγησης δεδομένων**

Η διαδικασία της χορήγησης των δεδομένων πραγματοποιήθηκε τον Απρίλη με Μάιο του 2016. Για τη χορήγηση των δεδομένων και για την διεξαγωγή της έρευνας γενικότερα λήφθηκε έγκριση από το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων. Τα σχολεία που συμμετείχαν στην έρευνα επιλέχθηκαν τυχαία. Πηγαίνοντας σ' αυτά γνωστοποιούνταν στον διευθυντή και τους αρμόδιους καθηγητές οι σκοποί της έρευνας και καταθέτονταν η απαιτούμενη έγκριση για την εκκίνηση της διαδικασίας χορήγησης των δεδομένων. Απαραίτητη για την έναρξη της όλης διαδικασίας ήταν η έγκριση των γονέων για τη συμμετοχή των παιδιών στην έρευνα, εφόσον αυτά ήταν ανήλικα. Οι κηδεμόνες των παιδιών που θα συμμετείχαν στην έρευνα, ενημερώθηκαν μέσω της χορήγησης υπεύθυνης δήλωσης

μέσω της οποίας συναινούσαν για τη συμμετοχή των παιδιών τους στην ερευνητική διαδικασία. Η ανωνυμία και η τήρηση του απόρρητου γνωστοποιήθηκε τόσο στους μαθητές, όσο και στους καθηγητές. Αρχικά, τα παιδιά ενημερώνονταν για τους λόγους που πραγματοποιείται η έρευνα και δίνονταν σ αυτά οι ακατάλληλες οδηγίες, ώστε να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια. Όσο αφορά αυτά, συμπληρώθηκαν από τους μαθητές εντός της τάξεως κατά τη διάρκεια του μαθήματος πριν την έναρξη ή στο τέλος αυτού ή κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια του διαλείμματος ενόψει της φυσικής παρουσίας του εκπαιδευτικού. Κλείνοντας, κ οι μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες που φοιτούσαν και σε τμήμα ένταξης, σημειώνοντας «Γ.Ε» (Τμήμα Ένταξης) αναγράφονταν στο επάνω μέρος του ερωτηματολογίου από τους καθηγητές που βοήθησαν στη διαδικασία χορήγησης των δεδομένων.

### 3.5. Μέσα συλλογής δεδομένων

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα είναι τα εξής : **το Ερωτηματολόγιο Βιωμάτων με τους Συνομηλίκους (Peer Experiences Questionnaire-PEQ)**. Το συγκεκριμένο εργαλείο αποτελείται από 18 ερωτήσεις , όπου οι συμμετέχοντες δηλώνουν τη συχνότητα της επικράτησης κάποιου περιστατικού εκφοβισμού σε μια κλίμακα από το 1 (ποτέ) ως το 5 (λίγες φορές την βδομάδα). Αξίζει να σημειωθεί εδώ, ότι το επεισόδιο ή το περιστατικό θα πρέπει να έχει συμβεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών. Το πλεονέκτημα του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου είναι ότι αυτό αξιολογεί τόσο τη θυματοποίηση του ίδιου του συμμετέχοντα που το συμπληρώνει (π.χ. «Ένας μαθητής/τρια με πείραξε με κακόβουλο τρόπο») όσο και τη θυματοποίηση των υπολοίπων που συμμετέχουν σε αυτό (π.χ. «Πείραξα ή κορόιδεψα έναν μαθητή/τρια με κακοήθη τρόπο»). Με άλλα λόγια εξετάζει τη θυματοποίηση σε δύο διαστάσεις. Η μια συσχετίζεται με τη συμπεριφορά των δραστών, δηλαδή των θυτών και η άλλη με τη συμπεριφορά των θυμάτων του εκφοβισμού.(Κουρκούτας & Γιοβαζολιάς, 2012. Levinson, Langer, & Rodebaugh, 2013).

Το δεύτερο εργαλείο είναι η **Κλίμακα Children's Depression Inventory (CDI)**. Πρόκειται για μια κλίμακα προσανατολισμένη στα καταθλιπτικά συμπτώματα και είναι κατάλληλη και ειδικά προσαρμοσμένη σε παιδιά ηλικίας 7-17 ετών. Συνίσταται από 27 στοιχεία που στηρίζονται σε αναγνωρίσιμα συμπτώματα της κατάθλιψης. Η κλίμακα αυτή είναι ευαίσθητη στις μεταβολές των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε βάθος του χρόνου και

αποτελεί χρήσιμο δείκτη μέτρησης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Αναλυτικότερα, η συγκεκριμένη κλίμακα μεταξύ των άλλων αξιολογεί τη διάθεση, την ευχαρίστηση, την αυτοεκτίμηση ή και διάφορα άλλα προβλήματα που προκύπτουν εντός των διαπροσωπικών σχέσεων. Μιλώντας για τη κατασκευή της συγκεκριμένης κλίμακας, αυτή κατασκευάστηκε από τον Kovacs (1985). Το 1992 ο ίδιος έλεγξε την εγκυρότητά και την αξιοπιστία της. Τέλος, η συγκεκριμένη κλίμακα παρουσιάζει εσωτερική συνάφεια και αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (Kleftaras & Didaskalou, 2006. Kovacs, 2004. Zalsman, Misgav, Sommerfeld, Kohn, Brunstein-Klomek, Diller, Sher, Schwartz, Shoval, Ben-Dor, Wolovik & Oquendo, 2005).

## « Ερευνητικό μέρος »

### Β' μέρος

#### Αποτελέσματα της έρευνας

#### 3.6. Παρουσίαση αποτελεσμάτων από τις αστικές περιοχές Χανίων και Λαρίσης

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα ποσοστά των μαθητών που εμπλέκονται σε καταστάσεις εκφοβισμού και θυματοποίησης, κατά φύλο και τύπο εκφοβισμού. Η μεγάλη πλειονότητα των μαθητών της Τυπικής Τάξης (ΤΤ) και των δύο φύλων δεν εμπλέκεται σε φαινόμενα εκφοβισμού, αφού δεν παρουσιάζονται ως **Θύτες**. Στα αγόρια το ποσοστό των **Θυμάτων** είναι 14,1% και στα κορίτσια 9,7%, ενώ στην κατηγορία των **Θυτών/Θυμάτων** τα κορίτσια παρουσιάζουν ποσοστό 4,2%. Σε γενικά πλαίσια δεν υπάρχει μεγάλο ποσοστό εκφοβισμού και θυματοποίησης.

Πιν 1

#### *Μαθητές της Τυπικής τάξης (ΤΤ) κατά φύλο και τύπο bullying*

Φύλο	Θύτες		Θύμα		Θύτες & Θύμα		Κανένα από τα δυο		Σύνολο	
	ΑΠΟΛ ΑΡΙΘ	%	ΑΠΟΛ ΑΡΙΘ	%	ΑΠΟΛ ΑΡΙΘ	%	ΑΠΟΛ ΑΡΙΘ	%	ΑΠΟΛ ΑΡΙΘ	%
Αγόρια	2	3,13%	9	14,06%	0	0,00%	53	82,81%	64	100,00%
Κορίτσια	1	1,39%	7	9,72%	3	4,17%	61	84,72%	72	100,00%

Σύνολο 3 2,21% 16 11,76% 3 2,21% 114 83,82% 136 100,00%

---

Στον **Πίνακα 2** παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των μαθητών του δείγματος που εμπλέκονται στις κλίμακες εκφοβισμού, θυματοποίησης και κατάθλιψης, κατά φύλο και τύπο εκφοβισμού. Στο σύνολο τους τα παιδιά της Τυπικής Τάξης (ΤΤ) δεν παρουσιάζουν υψηλό δείκτη κατάθλιψης. Τα αγόρια της Τυπικής Τάξης παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης, το οποίο κυμαίνεται στο 14,7 ενώ στα κορίτσια αυτό είναι της τάξης του 13,5%.

Στις δυο μεταβλητές του εκφοβισμού υψηλότερος είναι ο Μ.Ο. στα κορίτσια με την διαφορά να είναι να είναι μεγαλύτερη στον δείκτη **Θύτης**.

---

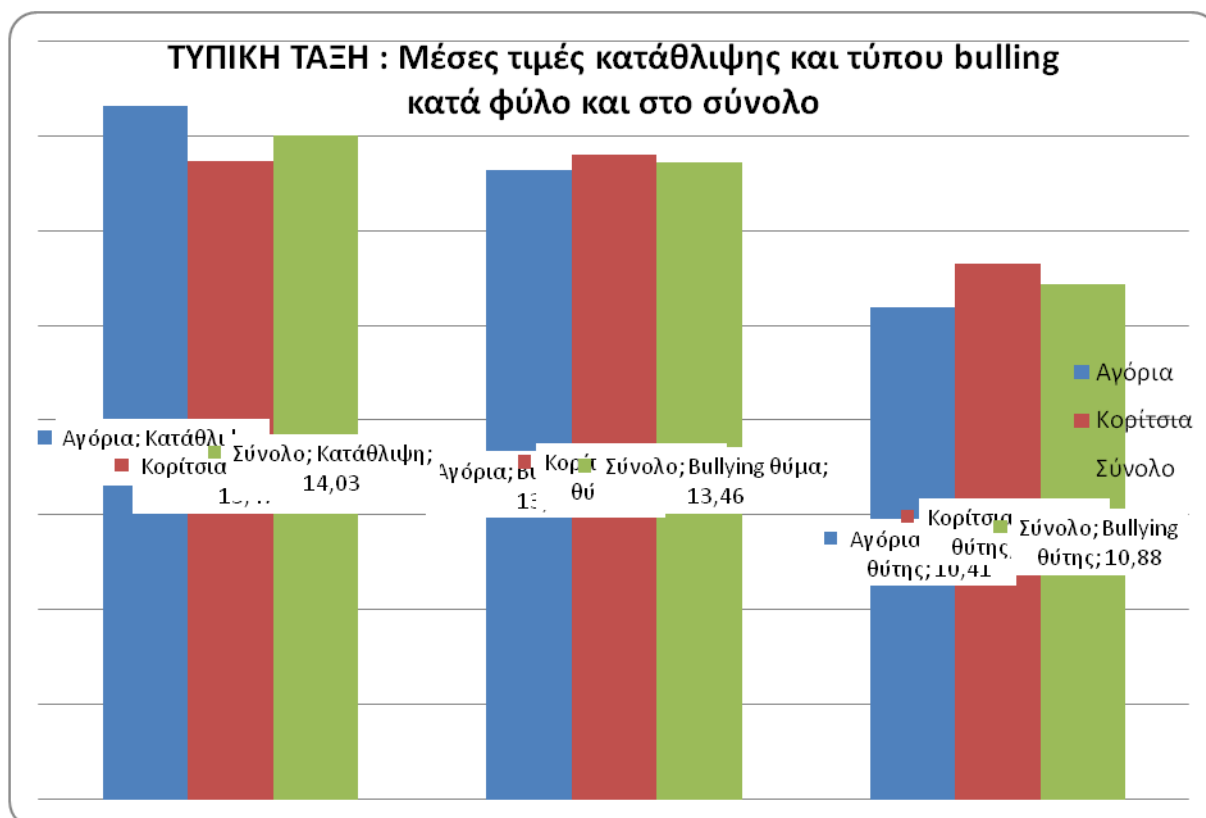
Πιν. 2

*Μέσες τιμές κατάθλιψης και τύπου bullying κατά φύλο και στο σύνολο της ΤΤ*

Μεταβλητή	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο
Κατάθλιψη	14,66	13,47	14,03
Bullying θύμα	13,28	13,63	13,46
Bullying θύτης	10,41	11,31	10,88

---

Στο **Διάγραμμα 1** παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των μεταβλητών **Κατάθλιψη** και **Θύτης και Θύμα** τόσο για τα αγόρια όσο και για τα κορίτσια.



Στον **Πίνακα 3** παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης μεταξύ των μέσων τιμών (t-test), στα 2 φύλα, σε σχέση με την κατάθλιψη και τον τύπο εκφοβισμού και θυματοποίησης, στην Τυπική Τάξη (ΤΤ). Δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τιμών του δείγματος της ΤΤ, ανά φύλο, σε σχέση με τις συγκεκριμένες μεταβλητές. Ωστόσο, όσο την αφορά την κατάθλιψη φαίνεται να υπερτερούν τα αγόρια, ενώ τα κορίτσια παρουσιάζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές στους δείκτες **Θύμα** και **Θύτης**.

Πιν.3

ΤΤ: *Ανάλυση t test κατά φύλο*

Μεταβλητή	Αγόρια	Κορίτσια	t	P
-----------	--------	----------	---	---

	N	M	SD	N	M	SD		
Κατάθλιψη	64	14,66	6,832	72	13,47	6,782	1,013	0,313
Bullying θύμα	64	13,28	5,797	72	13,63	7,317	-0,301	0,764
Bullying θύτης	64	10,41	3,615	72	11,31	3,774	-1,415	0,159

\*\*\* p < 0,001 \*\* p < 0,01 \* p < 0,05 level

**Σε σχέση με το Τμήμα Ένταξης (TE) (Μαθητές με ΕΕΑ) και τις κλίμακες Θυματοποίησης και Κατάθλιψης έχουμε τα ακόλουθα αποτελέσματα.**

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται τα ποσοστά της θυματοποίησης ανά φύλο. Παρατηρούμε ότι 50,00 % των αγοριών δηλώνουν ότι έπεσαν **Θύματα** εκφοβισμού, στα δε κορίτσια το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται σε 27,8%. Τέλος και στα δυο φύλα δεν έχουμε ούτε θύτες ούτε **Θύτες και Θύματα** μαζί.

Πιν 4

**Μαθητές Τμήματος Ένταξης (TE) κατά φύλο και τύπο bullying**

	Θύτης		Θύμα		Θύτης & Θύμα		Κανένα από τα δυο		Σύνολο	
Φύλο	ΑΠΟΛ %	ΑΡΙΘ	ΑΠΟΛ %	ΑΡΙΘ	ΑΠΟΛ %	ΑΡΙΘ	ΑΠΟΛ %	ΑΡΙΘ	ΑΠΟΛ %	ΑΡΙΘ
Αγόρια	0	0,00%	2	50,00%	0	0,00%	2	50,00%	4	100,00%
Κορίτσια	0	0,00%	5	27,78%	2	11,11%	11	61,11%	18	100,00%
Σύνολο	0	0,00%	7	31,82%	2	9,09%	13	59,09%	22	100,00%

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης μεταξύ των μέσων τιμών (t-test), στα 2 φύλα, σε σχέση με την κατάθλιψη και τον τύπο εκφοβισμού και θυματοποίησης, στο Τμήμα Ένταξης (TE). Η σύγκριση των μέσων τιμών της κλίμακας



Εκφοβισμού-Θυματοποίησης και της κλίμακας Κατάθλιψη, ανά φύλο, στο TE, έδειξε ότι δεν έχουμε πουθενά στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των 2 φύλων.

Πιν.5

**TE: Ανάλυση t test κατά φύλο**

Μεταβλητή	Αγόρια			Κορίτσια			t	P
	N	M	SD	N	M	SD		
Κατάθλιψη	4	19,50	3,873	18	17,28	5,717	0,734	0,472
Bullying θύμα	4	16,75	6,185	18	16,44	7,935	0,072	0,943
Bullying θύτης	4	11,00	1,414	18	12,39	4,565	-	0,560
							0,592	

\*\*\*  $p < 0,001$  \*\*  $p < 0,01$  \*  $p < 0,05$  level

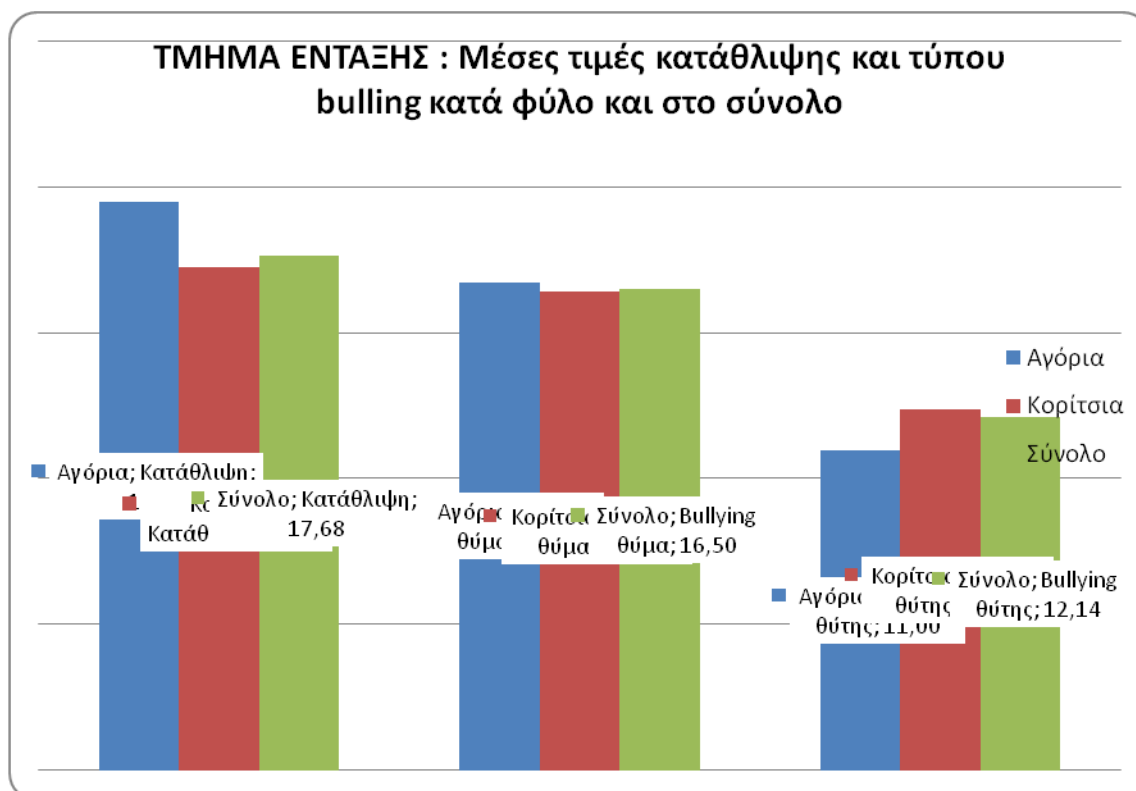
Στον **Πίνακα 6** παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της κατάθλιψης στους μαθητές και των 2 φύλων (αγόρια-κορίτσια) του TE είναι υψηλότερη από τις αντίστοιχες της θυματοποίησης.

Πιν. 6

**Μέσες τιμές κατάθλιψης και τύπου bullying κατά φύλο και στο σύνολο του Τμήματος Ένταξης**

Μεταβλητή	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο
Κατάθλιψη	19,50	17,28	17,68
Bullying θύμα	16,75	16,44	16,50
Bullying θύτης	11,00	12,39	12,14

Στο **διάγραμμα 2** παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των μαθητών του TE στις κλίμακες Εκφοβισμού-Θυματοποίησης και Κατάθλιψης



Στον **Πίνακα 7** παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των κλιμάκων κατάθλιψης και θυματοποίησης. Παρατηρούμε ότι σε σχέση με την Κατάθλιψη, η κατηγορία των **Θυμάτων** παρουσιάζει χαμηλότερη τιμή (18,7) σε σχέση με την κατηγορία ούτε θύμα ούτε θύτης (23,5). Το ίδιο ισχύει και για τους άλλους δυο εξεταζόμενους παράγοντες **Θύμα** και **Θύτης** με τις διαφορές ειδικά στον δεύτερο να είναι πολύ μεγάλη (12,1 θύμα έναντι 23,50 ούτε θύμα ούτε θύτης).

*Πιν.7*

**ΤΕ : Μέσες τιμές κατάθλιψης και τύπου bullying ανά ομάδες bullying**

Μεταβλητή	Θύτης	θύμα	θύτης και θύμα	κανένα από τα δυο
Κατάθλιψη	0,00	18,71	23,50	16,23
Bullying θύμα	0,00	24,00	27,00	10,85
Bullying θύτης	0,00	12,14	23,50	10,38

Στους **Πίνακες 8 και 9** παρουσιάζεται η ανάλυση των μέσων τιμών (t-test ανάλυση), η οποία έδειξε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των 2 τάξεων (Τυπικής Τάξης (ΤΤ)-Τμήματος Ένταξης (ΤΕ), σε σχέση με την κατάθλιψη ενώ δεν υπάρχουν σε σχέση με τις άλλες δυο μεταβλητές **Θύμα** και **Θύτης**. Πιο συγκεκριμένα, στο Τμήμα Ένταξης (ΤΕ) οι μέσες τιμές της κατάθλιψης και των δεικτών **Θύμα** και **Θύτης** είναι υψηλότερες σε σχέση με την Τυπική Τάξη (ΤΤ), ωστόσο η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική μόνο για την κατάθλιψη. Συνολικά, οι μαθητές του ΤΕ παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές στην μεταβλητή **Κατάθλιψη**, κάτι το οποίο ήταν αναμενόμενο. Οι μαθητές των ΤΕ παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές στα φαινόμενα εκφοβισμού-θυματοποίησης σε σχέση με το ΤΤ, χωρίς αυτές να είναι στατιστικά σημαντικές είναι όμως οριακά κοντά ( $p=0,058$ ) στον δείκτη **Θύμα**.

Πιν. 8

**Μέσες τιμές κατάθλιψης τάξη και φύλο**

Μεταβλητή	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο
Τυπική Τάξη	14,66	13,47	14,03
Τμήμα Ένταξης	19,50	17,28	17,68

Πιν.9

**Κατάθλιψη, Bullying θύμα, Bullying θύτης ανάλυση t test κατά Τάξη**

Μεταβλητή	Τυπική Τάξη			Τμήμα Ένταξης			t	P
	N	M	SD	N	M	SD		
<b>Κατάθλιψη</b>	<b>169</b>	<b>14,69</b>	<b>6,574</b>	<b>22</b>	<b>17,68</b>	<b>5,419</b>	<b>-2,043</b>	<b>0,042*</b>
Bullying θύμα	169	13,17	6,204	22	16,50	7,513	-1,991	0,058
Bullyingθύτης	169	10,75	3,575	22	12,14	4,178	-1,675	0,096

\*\*\*  $p < 0,001$  \*\*  $p < 0,01$  \*  $p < 0,05$  Level

Στον **πίνακα 10** παρατηρείται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά τα επίπεδα κατάθλιψης τόσο στην τυπική τάξη όσο και για το τμήμα ένταξης.

Πιν. 10

***Κατάθλιψη :Ανάλυση t-test κατά τάξη και φύλο***

	Αγόρια			Κορίτσια			t	P
	N	M	SD	N	M	SD		
Τυπική Τάξη	64	14,66	6,832	72	13,47	6,782	1,013	0,313
Τμήμα Ένταξης	4	19,50	3,873	18	17,28	5,717	0,734	0,472

Στον **Πίνακα 11** παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA) σε σχέση με τις μέσες τιμές του δείγματος μας στις 3 μεταβλητές (**Κατάθλιψη-Εκφοβισμός- Θυματοποίηση**). Η ανάλυση αυτή δείχνει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές για την μεταξύ των 4 κατηγοριών (**Θύμα, Θύτης, Θύμα και Θύτης, κανένα από τα δυο**) και για τις 3 μεταβλητές (**Κατάθλιψη, Θύμα και Θύτης**).

Πιν. 11

*Ανάλυση Διακύμανσης (ANOVA) για τις μεταβλητές : κατάθλιψη, bullying θύμα και bullying θύτης σε σχέση με τις ομάδες bullying*

Μεταβλητές	Df	F	Mean square	P
Κατάθλιψη	3	14,480	503,7	0,000***
Bullying θύμα	3	167,673	1922,3	0.000 ***
Bullying θύτης	3	110,651	545,0	0.000 ***

\*\*p<0,01 \*\*\* p < 0,001 Level

Η *posthoc* ανάλυση προσδιορίζει τις υποκατηγορίες που δίνουν τις στατιστικά σημαντικές διαφορές οι οποίες είναι οι εξής : (όλες είναι της τάξης του  $p < 0,05$  \*)

#### Κατάθλιψη

Θύμα	Κανένα από τα δυο
Θύτης & Θύμα	Κανένα από τα δυο

#### Bullying Θύμα

Θύτης	Θύμα Θύτης & Θύμα Κανένα από τα δυο
Θύμα	Κανένα από τα δυο

	Θύτης & Θύμα	Κανένα από τα δυο
<b>Bulling</b>		
	Θύτης	Θύμα Θύτης & Θύμα Κανένα από τα δυο
	Θύμα	Θύτης & Θύμα Κανένα από τα δυο
	Θύτης & Θύμα	Κανένα από τα δυο

### 3.7. Συζήτηση

Σκοποί της έρευνας είναι να πάρουμε μια ενδεικτική εικόνα για την πραγματικότητα του εκφοβισμού σε δυο αστικές περιοχές (οι οποίες επιλέχθηκαν τυχαία για –πρακτικούς λόγους), για τη συχνότητα ως προς τα διάφορα χαρακτηριστικά του φαινομένου του εκφοβισμού κυρίως μεταξύ των παιδιών με ή χωρίς ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (ΕΕΑ) και τέλος διερευνάται η συσχέτιση του εκφοβισμού με το φαινόμενο της κατάθλιψης. Πρόκειται για δυο σημαντικές διαστάσεις, του φαινομένου του σχολικού εκφοβισμού και της κατάθλιψης σε παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (ΕΕΑ), στο μέτρο που όλες οι έρευνες δείχνουν ότι τα παιδιά με ΕΕΑ έχουν υψηλότερα ποσοστά θυματοποίησης σε σχέση με τους υπόλοιπους μαθητές της τυπικής τάξης, ενώ οι συναισθηματικές δυσκολίες, όπως οι αγχώδεις διαταραχές, η κατάθλιψη και οι διαπροσωπικές/κοινωνικές δυσκολίες είναι επίσης σημαντικοί παράμετροι κινδύνου. Παιδιά με εμφανείς δυσκολίες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο στο να αποτελέσουν θύματα εκφοβιστικών συμπεριφορών (Κοκκιάδη & Κουρκούτας, 2016. Κουρκούτας, 2015. Rose, Espelage, Aragon, & Elliott, 2011. Rose, Monda-Amaya & Espelage, 2010).

Τα αποτελέσματα της έρευνας–με βάση το περιορισμένο δείγμα που είχαμε στη διάθεση μας- αναφορικά με την επικράτηση του εκφοβισμού έδειξαν ότι στην πλειονότητα δεν υπήρχε μεγάλο ποσοστό θυματοποίησης και εκφοβισμού στα σχολεία των Χανίων και Λαρίσης που συμμετείχαν στην έρευνα. Ο μέσος όρος του δείκτη εμπλοκής στον εκφοβισμό, ως θύτες ήταν μεγαλύτερος στα αγόρια συγκριτικά με τα κορίτσια. Συγκεκριμένα, στη κατηγορία των θυτών το ποσοστό των αγοριών ήταν υψηλότερο συγκριτικά με αυτό των κοριτσιών (14,1% έναντι 9,7%), ενώ στη κατηγορία των θυμάτων/θυτών τα κορίτσια παρουσιάζουν ποσοστό 4,2%. Ως προς τα ερευνητικά δεδομένα που αφορούν την έκταση του φαινομένου του εκφοβισμού, αυτά δείχνουν να κυμαίνεται μεταξύ 11,3% (στη Φιλανδία) και 49,8% (στην Ιρλανδία) (Dake et al., 2003. Olafsen & Vimero, 2000) (όπως αναφέρεται στους Κοκκιάδη και Κουρκούτας, 2015). Στον ελλαδικό χώρο, τα ποσοστά , όπως δείχνουν και οι περισσότερες έρευνες κυμαίνονται περίπου στο 15% (Andreou, Pateraki & Houndoumadi, 2001. Γιοβαζολιάς, Κουρκούτας, & Μητσοπούλου, 2008. Sapouna, 2008) ( όπως αναφέρεται στους Κοκκιάδη και Κουρκούτας, 2015).

Οι West και Salmon (2009) αναφέρουν ότι ο εκφοβισμός θεωρείται ένα αναπόφευκτο μέρος της σχολικής ζωής. Ακόμη, σύμφωνα με μελέτη των Klomek, Marrocco, Kleinman, Schonfeld & Could (2007), το 13% των παιδιών φάνηκε να εκδηλώνει εκφοβιστικές συμπεριφορές και το 9% των παιδιών να δέχεται συχνή κακοποίηση. Ο εκφοβισμός στις ηλικίες μεταξύ των 11-13/14 ετών εμφανίζει αύξηση ενώ μάλιστα έρευνα έχει δείξει ότι το 73% των μαθητών έχει πέσει θύμα εκφοβισμού έστω και μια φορά σχολείο (Eslea et al., 2003. Griffin & Gross, 2003). Σύμφωνα με τον Κουρκούτα (2001) τα αυξημένα ποσοστά εκφοβισμού στη συγκεκριμένη ηλικιακή φάση αυξάνονται εξαιτίας του άγχους που προκαλούν οι κοινωνικές συναναστροφές και οι σχέσεις μεταξύ των παιδιών ( ίδιου ή ακόμη και διαφορετικού φύλου) μέσα από τις οποίες επιζητούν την αποδοχή από τους άλλους.

Οι Seals και Young (2003) υποστήριξαν ότι τα αγόρια περισσότερο από τα κορίτσια εμπλέκονται στο φαινόμενο του εκφοβισμού. Έρευνα, επίσης, των Scheithauer, Hayer, Petermann & Jugert (2006) έδειξε ότι τα αγόρια ταξινομούνται περισσότερο ως θύτες, αλλά και ως θύματα/θύτες. Η έρευνα του Craig (1998) έδειξε επίσης την επικράτηση του σωματικού εκφοβισμού μεταξύ των αγοριών μικρότερης κυρίως ηλικίας. Άλλα ερευνητικά δεδομένα, όπως η έρευνα των Carbone-Lopez, Esbensen & T. Brick (2010) σχετικά με την εμπλοκή των δύο φύλων στο φαινόμενο του εκφοβισμού υποστηρίζουν ότι τα κορίτσια είναι πιθανό να βιώσουν πιο συχνά έμμεσες μορφές εκφοβισμού, όπως για παράδειγμα τα πειράγματα.

Αναφερόμενοι στην κατάθλιψη, η Τυπική Τάξη δε παρουσίασε υψηλό δείκτη κατάθλιψης στο σύνολό της. Τα αγόρια, όμως, παρουσίασαν υψηλότερο δείκτη κατάθλιψης από τα κορίτσια στο σύνολο (14,7% έναντι 13,5%). Σχετικά με την κατάθλιψη και των τύπων εκφοβισμού, ο μέσος όρος στις μεταβλητές που συσχετίζονταν με αυτές του θύτη και του θύματος ήταν υψηλότερος στα κορίτσια, με τη διαφορά να είναι μεγαλύτερη στη μεταβλητή θύτης. Όπως σημειώνουν οι Farrington και Baldry (2010), οι Fekkes, Pijpers, και Verloove Vanhorick (2004), οι Kokkinos και Antoniadou (2013), Zwierzynska et al., (2013) καθώς και ο Κουρκούτας (2008) (όπως αναφέρεται στους Κοκκιάδη & Κουρκούτας, 2016), η θυματοποίηση μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για την εμφάνιση εξωτερικευμένων και εσωτερικευμένων διαταραχών συμπεριφοράς (όπως για παράδειγμα κατάθλιψη, άγχος, φοβίες, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κ.λπ.), ενώ ακόμη η θυματοποίηση ενδέχεται να επιδεινώσει τις ήδη υπάρχουσες συναισθηματικές δυσκολίες των παιδιών. Οι Klomek, Marrocco, Kleinman, Schonfeld & Could (2007) στην έρευνά τους υποστήριξαν ότι το να αποτελεί κάποιος θύμα ή θύτη εκφοβιστικών επεισοδίων συσχετίζεται με υψηλούς κινδύνους



κατάθλιψης, αυτοκτονικού ιδεασμού και αποπειρών αυτοκτονίας συγκριτικά με εφήβους που δε συμμετέχουν σε εκφοβιστικές συμπεριφορές. Ωστόσο, και η σπάνια συμμετοχή σε εκφοβιστική συμπεριφορά συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης και αυτοκτονικότητας, κυρίως στα κορίτσια. Η έρευνα τους, επίσης, κατέδειξε ότι τόσο οι θύτες όσο και τα θύματα βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο, καθώς και ότι τα παιδιά που είναι θύματα και θύτες αποτελούν τη πιο ταραγμένη ομάδα (Bradshaw, Sawyer & O'Brennan, 2007).

Οι Kaltiala-Heino και Fröjd (2011) ισχυρίστηκαν ότι η εκδήλωση συναισθηματικών δυσκολιών δεν είναι μόνο απόρροια των εκφοβιστικών συμπεριφορών, αλλά μπορεί να αποτελεί και παράγοντα επικινδυνότητας για την εμφάνιση επιθετικών συμπεριφορών. Με άλλα λόγια η συχνή και επανειλημμένη έκθεση ενός παιδιού σε εκφοβιστικές συμπεριφορές μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση συναισθημάτων ενοχής, μειωμένης αυτοεκτίμησης και καταθλιπτικών συναισθημάτων, από την άλλη οι προϋπάρχουσες συναισθηματικές δυσκολίες είναι ικανές να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά θα προσπαθήσουν να προστατέψουν τον εαυτό τους από επεισόδια θυματοποίησης στα οποία εκτίθεντο.

Έρευνες δείχνουν διαφορετικά αποτελέσματα σχετικά την εκδήλωση καταθλιπτικών διαταραχών σε παιδιά που προσδιορίζονται ως τους θύτες. Υπάρχουν ευρήματα που δείχνουν ότι η ύπαρξη καταθλιπτικών συναισθημάτων είναι αυξημένη σε παιδιά που προσδιορίζονται ως θύτες. Άλλες έρευνες δείχνουν ότι τόσο οι θύτες όσο και τα θύματα διατρέχουν εξίσου αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών διαταραχών και συναισθημάτων εσωτερίκευσης (Kaltiala-Heino & Fröjd, 2011). Η έρευνα των Seals και Young (2003) έδειξε ότι τα θύματα και οι θύτες φανέρωσαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από τα παιδιά που δεν ήταν θύτες ή θύματα. Οι West και Salmon (2009) υποστήριξαν ότι τα παιδιά που είναι θύματα εκφοβισμού είναι περισσότερο ανήσυχοι και ανασφαλείς συγκριτικά με τους συνομήλικούς τους. Αρκετές έρευνες, ακόμη, δείχνουν ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που είναι θύματα εκφοβισμού παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά συναισθηματικών διαταραχών και κυρίως κατάθλιψης. Βέβαια, οι συναισθηματικές δυσκολίες και οι διάφορες μορφές κατάθλιψης μπορεί σε ένα βαθμό να προϋπάρχουν ήδη καθιστώντας τα παιδιά ευάλωτα στο να αποτελέσουν θύματα εκφοβισμού. Στην εν λόγω έρευνα δεν εξετάστηκε η προϋπαρξη καταθλιπτικών διαταραχών ή συναισθηματικών δυσκολιών στο δείγμα που μελετήθηκε και συνεπώς δε γνωρίζουμε αν η κατάθλιψη οφείλεται σε άλλους παράγοντες.

Σχετικά με το εάν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην επικράτηση του εκφοβισμού και της θυματοποίησης, αυτό εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τον τρόπο με

τον οποίο ορίζεται ο εκφοβισμός και από τους τύπους του εκφοβισμού που μετρούνται. Οι διαφορές των δύο φύλων σχετικά με την επικράτηση του εκφοβισμού απαιτεί ότι οι ερευνητές θα είναι ενήμεροι για τους διάφορους τύπους επιθετικότητας που είναι πιθανό να εκφράζουν τα δύο φύλα με σκοπό να περιγράψουν ένα περιστατικό εκφοβισμού.

Παλαιότερα, αρκετοί ερευνητές υποστήριζαν ότι το αρσενικό φύλο εμπλέκεται περισσότερο σε φαινόμενα εκφοβισμού συγκριτικά με το γυναικείο φύλο τόσο ως δράστες, όσο και ως θύματα. Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν, επίσης, ότι τα κορίτσια εμπλέκονται περισσότερο στον κοινωνικό/διαπροσωπικό εκφοβισμό (relational victimization). Ωστόσο, τα αγόρια ενδέχεται πράγματι να εμπλέκονται σε διαφορετικές μορφές εκφοβισμού συγκριτικά με τα κορίτσια. Ενδέχεται, όμως, τα διαφορετικά ποσοστά στην επικράτηση του εκφοβισμού και της θυματοποίησης μεταξύ των δύο φύλων να είναι μεθοδολογικά και όχι υπαρκτά (Jimerson, Swearer & Espelage 2010).

Σχετικά με τους διαφορετικούς τύπους εκφοβισμού που εκφράζουν τα δύο φύλα, έρευνα των Wang, Iannotti & Nansel (2009) έδειξε την επικράτηση του λεκτικού εκφοβισμού μεταξύ εφήβων σε σχολεία των Ηνωμένων Πολιτειών, καθώς και ότι τα αγόρια εμπλέκονται περισσότερο στο σωματικό και στο λεκτικό εκφοβισμό. Αντίθετα, τα κορίτσια υποστήριζαν ότι συμμετέχουν περισσότερο στην διαπροσωπική/ κοινωνική θυματοποίηση (relational victimization). Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα κορίτσια βιώνουν μεγαλύτερες εμπειρίες διαπροσωπικής θυματοποίησης ή ότι τα ποσοστά της θυματοποίησης είναι μεγαλύτερα στα κορίτσια συγκριτικά με τα αγόρια. Τα κορίτσια επιλέγουν να χρησιμοποιούν τη διαπροσωπική επιθετικότητα, επειδή ενδεχομένως να είναι πιο εναρμονισμένες στις διαπροσωπικές δυναμικές (Jimerson, Swearer & Espelage 2010). Αντιθέτως, τα αγόρια είναι πιο πιθανό να προκαλέσουν βλάβη χρησιμοποιώντας την άμεση και λεκτική θυματοποίηση. Ίσως, η κοινωνική μορφή της θυματοποίησης να δείχνει την ευαισθησία των φύλων στην έρευνα της επιθετικότητας και του εκφοβισμού. Στην παρούσα έρευνα δεν έχουμε πληροφορίες πάνω στον τύπο εκφοβισμού και ως εκ τούτου δεν μπορούμε να σχολιάσουμε τα δεδομένα αυτά.

Σχετικά με τα Τμήματα Ένταξης (TE) το 50 % των αγοριών και το 27,8% των κοριτσιών αποτέλεσαν θύματα εκφοβισμού, ωστόσο δεν υπήρχαν στατικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στις μέσες τιμές κλίμακας εκφοβισμού και κατάθλιψης. Αναφερόμενοι στη μεταβλητή της κατάθλιψης, οι μέσες τιμές αυτής στους μαθητές και των δύο φύλων των TE ήταν υψηλότερος από τις αντίστοιχες τιμές της θυματοποίησης, με την

κατηγορία των θυμάτων να παρουσιάζει χαμηλότερη τιμή συγκριτικά με την κατηγορία ούτε θύτης, ούτε θύμα. Μεταξύ των δύο τάξεων (TE και TT) οι μέσες τιμές των δεικτών της κατάθλιψης στις μεταβλητές θύτης και θύμα ήταν υψηλότερες σε σχέση με την TT. Η TE γενικά παρουσίασε υψηλότερες τιμές στην κατάθλιψη συνολικά, όπως ήταν αναμενόμενο. Ωστόσο, το εξαιτίας του μικρού δείγματος δε μπορούν να βγουν ασφαλή συμπεράσματα.

Ερευνητικά αποτελέσματα έχουν δείξει ότι τα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες θυματοποιούνται περισσότερο συγκριτικά με τους υπόλοιπους μαθητές χωρίς ιδιαιτερότητες. Ανάμεσα στους παράγοντες που μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο της θυματοποίησης των παιδιών με ΕΕΑ είναι τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που τα στοχοποιούν απέναντι στους υπόλοιπους συμμαθητές και οι συμπεριφορικές και οι αναπτυξιακές διαταραχές που τα καθιστούν πιο επιθετικά στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, προκαλώντας με τη συμπεριφορά τους τους θύτες (προκλητά θύματα). Ακόμη, τα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στερούνται κοινωνικών δεξιοτήτων, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Λόγω των χαρακτηριστικών αυτών τα παιδιά αυτά διαθέτουν χαμηλή δημοτικότητα μεταξύ των συμμαθητών τους, συχνά μπορεί να απορριφθούν και να απομονωθούν από ομάδες ή παρέες. Η απομόνωση και η έλλειψη προστασίας από τους συνομηλίκους τους αποτελεί εξίσου σημαντικό παράγοντα θυματοποίησης (Κοκκιάδη & Κουρκούτας, 2016. Swearer, Espelage, Vaillancourt & Hymel, 2010).

Βέβαια, αξίζει να αναφερθεί πως τα επίπεδα της θυματοποίησης διαφέρουν ανάλογα με το είδος της ιδιαιτερότητας των παιδιών. Ειδικότερα, παιδιά με εμφανείς δυσκολίες πέφτουν πιο συχνά θύματα εκφοβισμού στον χώρο του σχολείου (Swearer, Espelage, Vaillancourt & Hymel, 2010).

Έρευνα των Flynn και Collins Morton (2017) αναφέρει ότι τα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες έχουν αυξημένες πιθανότητες να πέσουν θύματα εκφοβισμού από μαθητές χωρίς αναπηρία. Οι θύτες συνήθως των παιδιών αυτών προέρχονται από επιβαρυνμένες συναισθηματικά και δυσλειτουργικές οικογένειες, απόμακρους γονείς με ασυνεπή στάση ως προς της πρακτικές διαπαιδαγώγησης ή και χρήση σωματικής βίας και τιμωρίας. Τα οικογενειακά χαρακτηριστικά αυτά είναι ενδεικτικά των παιδιών με διαταραγμένη συμπεριφορά.

Οι Carter και Spencer (2006) υποστήριξαν, επίσης, ότι τα παιδιά με αναπηρίες (ορατές και μη) βιώνουν τον εκφοβισμό περισσότερο απ'ότι τα παιδιά χωρίς αναπηρία. Στατιστικά, το

54% των μαθητών που βρίσκονταν σε τμήματα ένταξης (TE) και το 45% της γενικής εκπαιδευτικής τάξης έδειξε ότι έχουν εκφοβίσει άλλους μαθητές. Ευρήματα έδειξαν ότι τα παιδιά με αναπηρίες θυματοποιούνται πιο συχνά από ότι οι μαθητές χωρίς αναπηρίες και ότι τα παιδιά αυτά συνήθως υιοθετούν πιο συχνά επιθετικές συμπεριφορές από τα υπόλοιπα παιδιά. Ακόμη, υποστηρίχθηκε ότι τα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες είναι λιγότερο δημοφιλής, έχουν λιγότερους φίλους και νιώθουν αισθήματα μοναξιάς. Αναλυτικότερα, ευρήματα έχουν έδειξαν ότι τα παιδιά αυτά διαθέτουν χαμηλό κοινωνικό στάτους μεταξύ των υπόλοιπων συμμαθητών, έχουν λιγότερους φίλους, φτωχές κοινωνικές δεξιότητες και συνεπώς είναι ευάλωτοι στις κοινωνικές επαφές. Τέτοια χαρακτηριστικά θα μπορούσαν να προκαλέσουν επιθετικές συμπεριφορές από τα υπόλοιπα παιδιά.

Ειδικότερα, μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες (LD) χαρακτηρίζονται συνήθως ως ντροπαλοί και αποτελούν εύκολα θύματα εκφοβισμού συγκριτικά με παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες. Παιδιά με ΔΕΠΥ (ADHD) παρουσιάζουν επίσης αυξημένο κίνδυνο θυματοποίησης, αλλά και αυξημένη τάση εκφοβισμού των άλλων. Σύμφωνα με τους Unnever και Cornell (2003) (όπως αναφέρεται στους Carter και Spencer, 2006) τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμπλακούν στο εκφοβισμό λόγω χαμηλού αυτό-έλεγχου. Επίσης, μαθητές που λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση του ΔΕΠΥ έδειξε ότι ήταν λιγότερο πιθανόν να εκφοβίσουν τους άλλους.

Οι Didaskalou, Andreou και Vlachou (2009) υποστηρίζουν ότι ο εκφοβισμός αποτελεί ένα ιδιαίτερα διαδεδομένο πρόβλημα μεταξύ των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στα σχολεία και ότι οι σχέσεις με τους συνομηλίκους μπορεί να αποτελέσει ένα προστατευτικό παράγοντα εναντίον της θυματοποίησης. Ωστόσο, χρειάζεται ακόμη περισσότερη έρευνα γύρω από τον εκφοβισμό στα σχολεία και μεγαλύτερη διερεύνηση των μεταβλητών που εμπλέκονται στον εκφοβισμό.

Μιλώντας για τη συσχέτιση της θυματοποίησης με την κατάθλιψη σε παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ερευνητικά αποτελέσματα έχουν δείξει θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών (Bond et al., 2001). Οι Van Cleave και Davis (2006) εξέτασαν τη σύνδεση της θυματοποίησης με την ύπαρξη συναισθηματικών δυσκολιών συμπεριλαμβανομένης και της κατάθλιψης και κατέληξαν στη συσχέτιση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών. Ακόμη, ο Shtayermman (2007) διερεύνησε το βαθμό που η κατάθλιψη, το άγχος και ο αυτοκτονικός ιδεασμός συνδέεται με την κατάθλιψη. Τα πορίσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες στον εκφοβισμό κατά 20% του δείγματος πληρούσε τα

κριτήρια για τη διάγνωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, το 30% της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και το 50% εμφάνιζε αυτοκτονικό ιδεασμό. Η θυματοποίηση ενδέχεται να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης εσωτερικευμένων προβλημάτων όπως είναι το άγχος, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η κατάθλιψη. Ωστόσο, προβλήματα εσωτερικευσης μπορεί να προϋπάρχουν της θυματοποίησης και αυτά να εξωτερικεύονται μέσω της επιθετικότητας. Στη παρούσα εργασία δεν εξετάζεται εάν η ύπαρξη της κατάθλιψης προϋπήρχε της θυματοποίησης (Κουρκούτας, 2011. Van Cleave & Davis 2006). Διερευνάται μόνο η σύνδεση της θυματοποίησης με την συνύπαρξη καταθλιπτικών διαταραχών σε παιδιά.

### **3.8. Περιορισμοί της έρευνας**

Στους περιορισμούς της έρευνας μπορούμε να συγκαταλέξουμε το μικρό δείγμα της έρευνας στο σύνολό του, αλλά και το μικρό επίσης δείγμα των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (ΕΕΑ) που καθιστά δύσκολη την γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Λόγω του μικρού δείγματος οι αναλύσεις περιορίστηκαν σε απλές συσχετίσεις ή ανάλυση παλινδρόμησης, ενώ ένα μεγαλύτερο δείγμα θα μας επέτρεπε να δούμε σε ένα μεγαλύτερο βάθος και εγκυρότητα την κατεύθυνση των επιρροών των διαφόρων μεταβλητών μεταξύ τους.

Επίσης, η κλίμακα που χρησιμοποιήσαμε δεν μας επιτρέπει την κατηγοριοποίηση των μορφών εκφοβισμού για να το συσχετίσουμε με τις άλλες παραμέτρους.

### 3.9. Προτάσεις παρέμβασης

Τα αυξανόμενα ποσοστά εκφοβισμού στα σχολικά περιβάλλοντα και οι αρνητικές συνέπειες αυτού στη ψυχική ή και σωματική υγεία των παιδιών χρήζουν τις στρατηγικές αντιμετώπισεις του εκφοβισμού όλο και πιο αναγκαίες. Ευάλωτες ομάδες όπως παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ή παιδιά από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια πρέπει να αποτελούν επίσης στόχο των στρατηγικών παρέμβασης. Οι στρατηγικές anti-bullying οφείλουν να στοχεύουν στη δημιουργία ενός ασφαλούς σχολικού περιβάλλοντος για όλα τα παιδιά και οι στρατηγικές αυτές πρέπει να είναι σαφείς, στοχοθετημένες και προσανατολισμένες με σκοπό να είναι αποτελεσματικές και επιτεύξιμες (Giovanziolas και συν., 2010. Rigby, 2002. Sullivan, 2011). Μάλιστα, όπως υποστηρίζουν και οι Trofi και Farrington (2011) (όπως αναφέρεται στους Smith, Salmivalli & Cowie, 2012) υπάρχουν ενθαρρυντικά ευρήματα από ποικίλα προγράμματα anti-bullying για τη μείωση του εκφοβισμού και της θυματοποίησης.

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τη Sullivan (2011) η πολιτική των αντί-εκφοβιστικών πολιτικών πρέπει να είναι σύμφωνη τη φιλοσοφία του εκάστοτε σχολικού περιβάλλοντος και με τις δεσμευτικές νομοθεσίες των κανονισμών του σχολείου. Επίσης, οι στρατηγικές anti-bullying είναι χρήσιμο να περιλαμβάνουν πληροφορίες και γνώσεις για όλες τις μορφές εκφοβισμού, όπως του διαδικτυακού εκφοβισμού και του εκφοβισμού μέσω του τηλεφώνου που είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στους εφήβους. Διάφορες πηγές όπως βίντεο, βιβλία τα οποία μπορούν να προβληθούν εναλλακτικά στο πλαίσιο του σχολείου ή να χορηγηθούν επιμορφωτικά τόσο στα παιδιά όσο και στους γονείς.

Σχετικά με το ρόλο των εκπαιδευτικών αυτοί πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεχτικοί, ώστε να βοηθήσουν παιδιά που βρίσκονται σε κίνδυνο να αισθανθούν ασφαλή. Επίσης, μέσα στην τάξη είναι σημαντικό να δημιουργηθούν συγκεκριμένες παιδαγωγικές πρακτικές υποστήριξης των μαθητών. Αναλυτικότερα, οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να ενημερώνουν τους μαθητές σχετικά τις δυναμικές που διαθέτει ο εκφοβισμός, να τους ενημερώσουν για τις μορφές αυτού και να συζητήσουν μαζί τους για τις διάφορες προτάσεις επίλυσης του φαινομένου. Μέσα στις δράσεις των καθηγητών απαραίτητη είναι η συμμετοχή και η συνεργασία των μαθητών για την ενίσχυση της εμπιστοσύνης μεταξύ τους. Η δημιουργία ομάδων μεταξύ των μαθητών, για παράδειγμα, τους δίνει την ευκαιρία να μιλήσουν για τις εμπειρίες τους, δίνει στα παιδιά τη δυνατότητα να αναλάβουν μόνα τους τη διαχείριση των προβλημάτων τους, βοηθά τα παραμελημένα παιδιά να ενταχθούν και να νιώσουν ασφαλείς

και τέλος προάγει ένα κλίμα αλληλεγγύης μεταξύ των παιδιών. Τέλος, τα παιδιά που θεωρούνται πιο ευάλωτα μέσω των ομάδων συνεργασίας θα εκπαιδευτούν στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων για την επίλυση των συγκρούσεων. Η ένταξη των ευάλωτων παιδιών και η αντιμετώπιση των εκφοβιστικών επεισοδίων από τη πρώτη κιόλας εμφάνισή μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στη μείωση της συχνότητας και της έντασης του εκφοβισμού (Gionaziolas και συν., 2010. Sullivan, 2011. Vernberg & Biggs, 2010).

Η παροχή σχολικών συμβούλων είναι ιδιαίτερα σημαντική τόσο για τα παιδιά όσο και για τους γονείς. Τα θύματα μπορούν να ακολουθήσουν συμβουλευτικές συνεδρίες, που θα τους βοηθήσουν να αντιληφθούν ότι η παρενόχληση και η θυματοποίηση δεν είναι κάτι για το οποίο θα πρέπει να ντρέπονται. Παράλληλα, η αύξηση της αυτό-αντίληψης και της αυτοεκτίμησης, με σκοπό την ψυχική ενδυνάμωση των παιδιών και τη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων έχει αποδειχθεί ότι συνιστά χρήσιμη παρέμβαση για τη βελτίωση της αυτοπροστασίας των μαθητών, την ανάπτυξη ανθεκτικών τάξεων και γενικότερα συμβάλλει στην αποφυγή του εκφοβισμού (Gionaziolas και συν., 2010).

Οι ψυχολόγοι και οι εκπαιδευτικοί σύμβουλοι διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην καθοδήγηση των εκπαιδευτικών μέσα στην τάξη, ειδικότερα όταν εκδηλώνονται επεισόδια εκφοβισμού στο σχολικό περιβάλλον. Ο ρόλος τους είναι επίσης σημαντικός και για την υποστήριξη των θυμάτων. Η συμμετοχή τόσο των γονέων όσο και των εκπαιδευτικών σε προγράμματα πρόληψης και παρέμβασης του εκφοβισμού είναι επίσης αναγκαία. Η συμμετοχή σε συζητήσεις για την φύση του εκφοβισμού και η διάδοση των αρνητικών εμπειριών του εκφοβισμού από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς είναι εξίσου αξιόλογες πολιτικές που στοχεύουν στην ευαισθητοποίηση των γονιών και των εκπαιδευτικών για τον εκφοβισμό (Sullivan, 2011. Vernberg & Biggs, 2010).

### **3.10. Θεραπεία- Τρόποι Αντιμετώπισης της Κατάθλιψης των Παιδιών και των Εφήβων**

Υπάρχουν πολλών ειδών θεραπείες για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, η φαρμακοθεραπεία είναι ένας τρόπος θεραπείας που συνήθως χρησιμοποιείται για να απαλύνει τα πιο βαριά συμπτώματα της κατάθλιψης. Υπάρχουν επίσης και διάφορες μορφές θεραπευτικών προσεγγίσεων, όπως η ψυχοθεραπεία, η συμπεριφορική θεραπεία, η διαπροσωπική θεραπεία ακόμη και η συστημική θεραπεία. Σημαντικό είναι η θεραπεία που ο κάθε θεραπευτής/ θεραπεύτρια προτείνει να έχουν στόχο όχι μόνο την ανακούφιση των συμπτωμάτων, αλλά και τη γενικότερη βελτίωση του υποκειμένου, να αποσκοπεί σε μια μελλοντική και μακροπρόθεσμη ψυχική ευεξία. Η θέληση και η συνεργασία του ατόμου είναι κρίσιμη και καθοριστική σε αυτό, όπως επίσης και το είδος της θεραπείας που θα επιλεγεί, η σχέση που θα δημιουργηθεί μεταξύ του θεραπευτή/τριας και θεραπευμένου/μενης και τέλος η ορθή διαγνωστική εκτίμηση της κατάστασης του ατόμου ( Ρουσοδήμου, 2008).

#### **3.10.1. Γνωστικό-Συμπεριφορική Θεραπεία**

.Η γνωστικό-συμπεριφορική μέθοδος θεωρείται ότι είναι ιδιαίτερα επιτυχής στην αποτροπή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Έρευνες μάλιστα των Clark & Lewinsohn υποστήριξαν παρόμοια ευρήματα. Δεν υπάρχει ένα μοναδικό και συγκεκριμένο μοντέλο γνωστικό-συμπεριφορικό (CBT) για τους νέους, ωστόσο μπορούν να γίνουν διάφοροι συνδυασμοί για την αντιμετώπιση της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης. Η θεραπευτική σχέση όπως και σε όλες τις θεραπείες βασίζεται στην συνεργατικότητα και στην ειλικρίνεια μεταξύ του θεραπευτή/τριας και του θεραπευμένου/μενης. Στόχος της θεραπείας αυτής είναι η αλλαγή των αυτοματοποιήσεων αρνητικών σκέψεων, η επίλυση των προβλημάτων και οι βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων των νέων, δηλαδή η αλλαγή των γνωστικών σχημάτων που δημιουργούν δυσφορία και απόγνωση και συνεπώς αλλαγή της συμπεριφοράς.

Αρχικά, στις πρώτες συνεδρίες, η ψυχοεκπαιδευτική δοκιμασία ξεκινά γνωστοποιώντας τι ορίζεται ως κατάθλιψη και πως επίσης λειτουργεί το γνωστικο-συμπεριφορικό μοντέλο αυτής. Στη συνέχεια, άμεσος στόχος είναι η αλλαγή των συναισθηματικών εμπειριών που προκαλούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Στόχος είναι οι νέοι να αποκτήσουν καινούργιες συνήθειες, ώστε να αποκτήσουν νέους τρόπους σκέψης. Η



τελική φάση της θεραπείας ορίζει το να αναγνωριστούν οι αρνητικές σκέψεις και τα αρνητικά συναισθήματα και να αντικατασταθούν με αισιόδοξες σκέψεις. (Hoeksema & Hilt, 2006. Mark, Russell & Barkley, 2006. Morris & Kratochwill, 2008).

Σύμφωνα με τη έρευνα του Cuijpers (1998) το ‘‘Coping with the Depression’’ είναι μια γνωστικό-συμπεριφορική θεραπεία της μονοπολικής κατάθλιψης. Χαρακτηρίζεται ως μια καλά δομημένη ψυχοεκπαιδευτική διαδικασία, η οποία βασίζεται κυρίως στη Κοινωνική Θεωρία. Σύμφωνα με αυτή, η κατάθλιψη προκύπτει λόγω έλλειψης ευχαρίστησης από την αλληλεπίδραση του υποκειμένου με το περιβάλλον.

### **3.10.2. Φαρμακευτική Αγωγή**

Η αντιμετώπιση μια μέτριας ή αρκετά βαριάς μορφή κατάθλιψης μπορεί να αντιμετωπιστεί εάν χρήζει έκτακτης ανάγκης με φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με κάποια ψυχοθεραπευτική μέθοδο. Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης χρησιμοποιούνται τέσσερις κατηγορίες φαρμάκων. Οι αναστολείς μονοαμινοδεξιάσης (αναστολείς ΜΑΟ), τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, το λίθιο και οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης μονοαμινοών. Τα επονομαζόμενα αντικαταθλιπτικά συνοπτικά δρουν στην αύξηση των νευροδιαβιβαστών σεροτονίνης, νορεπινεφρίνης και ντοπαμίνης. Σήμερα ξέρουμε ότι οι δράση τους συντονίζει τις ορμόνες του άγχους. Σχετικά με το λίθιο, αυτό θεωρείται σταθεροποιητικό διάθεσης, ωστόσο δεν είναι από μόνο του αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της μονοπολικής κατάθλιψης, περισσότερο θα λέγαμε ότι εμποδίζει τις ταχείες εναλλαγές της μανίας και της κατάθλιψης (Keck, 2010. Pinel, 2011. Walsh, 2005).

### **3.10.3. Διαπροσωπική Θεραπεία**

Μια άλλη μορφή ψυχοθεραπείας για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι η διαπροσωπική θεραπεία. Η θεραπεία αυτή ενδείκνυται για τη θεραπεία ήπιων συμπτωμάτων. Κυρίως χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της Μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής.

Η πιο συχνή μορφή θεραπείας είναι η γνωστικό-συμπεριφορική μέθοδος και θεωρείται η πιο ευεργετική για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Υπάρχουν και άλλες θεραπείες όπως η συστημική θεραπεία, που λειτουργεί εντός πλαισίου για την αντιμετώπιση

και την επίλυση των προβλημάτων) πχ. μέσα σε ένα οικογενειακό πλαίσιο στο οποίο εξετάζεται τόσο ο ρόλος της οικογένειας και η θέση του υποκειμένου που πάσχει. Άλλες μορφές θεραπείας-ίσως λιγότερο γνωστές είναι η μέθοδος η θεραπεία αποστέρησης ύπνου και η φωτοθεραπεία που ενδεχομένως να μην ενδείκνυται για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των παιδιών ή των εφήβων λόγω της αναπτυξιακής φάσης στην οποία βρίσκονται.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### 4. Παράρτημα

#### Ερωτηματολόγιο Βιωμάτων με τους Συνομιλήκους (Peer Experiences Questionnaire - PEQ)

(Vernberg, Jacobs, & Hershberger, 1999, μτφ/προσαρμογή, Γιουαζολιάς et al., 2010).

Κύκλωσε τον αριθμό που δείχνει με ποιο τρόπο οι άλλοι μαθητές σε παρενόχλησαν ή τα έβαλαν μαζί σου. Ανέφερε γεγονότα που συνέβηκαν κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών.

*1= Ποτέ, 2=Μια ή δυο φορές, 3=Λίγες φορές, 4=περίπου μια φορά την εβδομάδα, 5=Λίγες φορές την εβδομάδα*

1	Ένας μαθητής /τρια με πείραξε με πολύ άσχημο τρόπο.	①	②	③	④	⑤
2	Ένας μαθητής/τρια είπε ότι θα με χτύπαγε ή θα με τραυματίζε	①	②	③	④	⑤
3	Ένας μαθητής/τρια με αγνόησε επίτηδες για να πληγώσει τα αισθήματά μου	①	②	③	④	⑤
4	Ένας μαθητής/τρια είπε ψέματα για μένα για να μην με συμπαθούν οι άλλοι μαθητές	①	②	③	④	⑤
5	Ένας μαθητής/τρια με χτύπησε, με κλώτσησε ή με έσπρωξε με κακοήθη τρόπο	①	②	③	④	⑤
6	Ένας μαθητής/τρια με άρπαξε, με κράτησε ή με άγγιξε με τρόπο που δεν μου άρεσε	①	②	③	④	⑤
7	Κάποιοι μαθητές με άφησαν έξω από τα πράγματα από κακία και μόνο.	①	②	③	④	⑤
8	Ένας μαθητής/τρια με κυνήγησε σαν να ήθελε πραγματικά να μου κάνει κακό	①	②	③	④	⑤
9	Κάποιοι μαθητές μαζεύτηκαν εναντίον μου και μου φέρθηκαν άσχημα	①	②	③	④	⑤

Κύκλωσε τον αριθμό που δείχνει πόσο συχνά παρενόχλησες ή τα έβαλες με έναν άλλο μαθητή/τρια στο σχολείο.

Ανέφερε γεγονότα που συνέβηκαν κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών.

*1= Ποτέ, 2=Μια ή δυο φορές, 3=Λίγες φορές, 4=περίπου μια φορά την εβδομάδα, 5=Λίγες φορές την εβδομάδα*

1	Πείραξα ή κοροΐδεψα έναν μαθητή/τρια με πολύ άσχημο τρόπο	①	②	③	④	⑤
2	Απειλήσα άλλον μαθητή/τρια ότι θα τον/την χτυπήσω ή θα τραυματίσω	①	②	③	④	⑤
3	Αγνόησα άλλον μαθητή/τρια μόνο και μόνο για να πληγώσω τα αισθήματά του/της	①	②	③	④	⑤
4	Είπα ψέματα για έναν άλλο μαθητή/τρια ώστε οι άλλοι μαθητές να μην τον/την συμπαθούν	①	②	③	④	⑤
5	Χτύπησα, κλώτσησα ή έσπρωξα άλλον μαθητή/τρια με κακοήθη τρόπο	①	②	③	④	⑤
6	Άρπαξα, κράτησα ή άγγιξα άλλον μαθητή/τρια με τρόπο που δεν του/της άρεσε	①	②	③	④	⑤
7	Συντέλεσα κι εγώ στο να αποκλειστεί ένας μαθητή/τρια από τα πράγματα από κακία και μόνο	①	②	③	④	⑤
8	Κυνήγησα έναν μαθητή/τρια προσπαθώντας να του/της κάνω κακό	①	②	③	④	⑤
9	Εγώ και κάποιοι μαθητές μαζευτήκαμε και φερθήκαμε άσχημα σε άλλον μαθητή/τρια	①	②	③	④	⑤

Σχολείο \_\_\_\_\_ Τάξη: \_\_\_\_\_ Κωδικός: \_\_\_\_\_  
 ΗΜΓ \_\_\_\_\_

CDI

Παρακάτω υπάρχουν μια σειρά από προτάσεις που περιγράφουν πώς αισθάνεσαι για διάφορα πράγματα. Διάβασέ τις προτάσεις με προσοχή και βάλε σε κύκλο μια από τις 3 απαντήσεις (α, β, ή γ) ανάλογα με το πώς αισθάνεσαι για κάθε μια από αυτές. Μην ξοδεύεις πολύ χρόνο σε καμία πρόταση.

**1. Σχετικά με τους φίλους-ες μου, (UCLA 24)**

(α) δεν έχω καθόλου (β) έχω πολύ λίγους-ες (γ) έχω αρκετούς-ες

**2. Σε σχέση με τους συμμαθητές-τριες μου, είμαι**

(α) κακό παιδί (β) ούτε κακό ούτε καλό παιδί (γ) αρκετά καλό παιδί

**3. Σε σχέση με τους συμμαθητές μου, είμαι,**

(α) άσχημος-η (β) μέτριος-α στην εμφάνιση (γ) όμορφος-η

**4. Διασκεδάζω\*,**

(α) πολύ συχνά (β) μερικές φορές (γ) ποτέ δε διασκεδάζω

**5. Νιώθω μόνος-η, (UCLA 21)**

(α) πολύ συχνά (β) μερικές φορές (γ) ποτέ δε νιώθω μόνος-η

**6. Διασκεδάζω στο σχολείο\*, (UCLA 4)**

(α) πολύ συχνά (β) μερικές φορές (γ) ποτέ δε διασκεδάζω

**7. Σε μερικά μαθήματα που ήμουν καλός-ή τώρα τα πάω,**

(α) άσχημα (β) μέτρια (γ) αρκετά καλά

**8. Κάνω λάθη,**

(α) πολύ συχνά (β) μερικές φορές (γ) ποτέ δε κάνω λάθη

**9. Έχω πονοκεφάλους,**

(α) πολύ συχνά (β) μερικές φορές (γ) ποτέ δεν έχω πονοκεφάλους

**10. Όταν πρέπει να πάρω αποφάσεις,**

(α) συχνά δυσκολεύομαι (β) μερικές φορές δυσκολεύομαι (γ) αποφασίζω εύκολα

**11. Νιώθω ότι δεν με αγαπάει κανένας, (UCLA 12)**

(α) πολύ συχνά (β) μερικές φορές (γ) ποτέ

**12. Θέλω να είμαι με άλλα παιδιά\*, (UCLA 6)**

(α) πολύ συχνά (β) μερικές φορές (γ) ποτέ δε θέλω να είμαι με άλλα παιδιά

**13.Είμαι κακός σε ότι κάνω,**

(α) πολλές φορές.....(β) μερικές φορές.....(γ) ποτέ δεν είμαι κακός σε αυτά που κάνω

**14.Κάνω αυτά που μου λένε\*,**

(α) πολύ συχνά.....(β) μερικές φορές.....(γ) ποτέ δεν κάνω αυτά που μου λένε

**15.Μαλώνω με τα άλλα παιδιά, (UCLA 20)**

(α) πολύ συχνά.....(β) μερικές φορές.....(γ) ποτέ δε μαλώνω

**16.Φταίω,**

(α) τις περισσότερες φορές.....(β) μερικές φορές.....(γ) ποτέ δε φταίω

**17.Για να κάνω τα μαθήματα μου, (UCLA 18)**

(α) πολλές φορές δυσκολεύομαι.....(β) μερικές φορές δυσκολεύομαι.....(γ) ποτέ δε δυσκολεύομαι

**18.Αισθάνομαι πως θέλω να κλάψω,**

(α) πολλές φορές.....(β) μερικές φορές.....(γ) ποτέ δεν αισθάνομαι πως θέλω να κλάψω

**19.Είμαι λυπημένος-η,**

(α) πολλές φορές.....(β) μερικές φορές.....(γ) ποτέ δεν είμαι λυπημένος-η

**20.Με ενοχλούν διάφορα πράγματα,**

(α) πολύ συχνά.....(β) μερικές φορές.....(γ) ποτέ δε με ενοχλεί τίποτα

**21.Μισώ τον εαυτό μου,**

(α) πολλές φορές.....(β) μερικές φορές.....(γ) ποτέ δεν σιχαίνομαι τον εαυτό μου

**22.Τα βράδια έχω αϋπνίες (δε μπορώ να κοιμηθώ),**

(α) πολλές φορές.....(β) μερικές φορές.....(γ) ποτέ δεν έχω αϋπνίες

**23.Τα πράγματα πάνε καλά για μένα\*,**

(α) τις περισσότερες φορές.....(β) μερικές φορές.....(γ) ποτέ δεν πάνε καλά

**24.Είμαι κουρασμένος-η,**

(α) πολλές φορές.....(β) μερικές φορές.....(γ) ποτέ δεν είμαι κουρασμένος

**25.Πιστεύω πως κάτι κακό θα μου συμβεί,**

(α) πολλές φορές.....(β) μερικές φορές.....(γ) ποτέ δεν το πιστεύω

**26.Δεν έχω όρεξη για φαγητό,**

(α) πολλές φορές.....(β) μερικές φορές.....(γ) πάντοτε έχω όρεξη

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### 5. Βιβλιογραφία

Abela, J. R., & Hankin, B. (2007). *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.

Analitis, F., Velderman, M. K., Ravens-Sieberer, U., Detmar, S., Erhart, M., Herdman, M., . . . Rajmil, L. (2009, February 1). Being Bullied: Associated Factors in Children and Adolescents 8 to 18 Years Old in 11 European Countries. *Pediatrics*, *123*(2), pp. 569-77.

Andreou, A., & Metallidou, P. (2004). The relationship of academic and social cognition to behaviour in bullying situations among Greek primary school children. *An International Journal of Experimental Educational Psychology*, *24*(1), pp. 27-41.

Angold, A., & Costello, E. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, *150*, pp. 1779-1791.

Antonio, R., & Moleiro, C. (2015, September). Social and Parental support as moderators of effect of homophobic bullying on psychological distress in youth. *Psychology in the Schools*, *52*(8), pp. 729–742.

Arditti, J. A. (2014). *Family Problems: Stress, Risk, and Resilience*. West Sussex: Wiley-Blackwell.

Arseneault, L., Walsh, E., Trzesniewski, K., Newcombe, R., Caspi, A., & Moffitt, T. (2006, July 1). Bullying Victimization Uniquely Contributes to Adjustment Problems in Young Children: A Nationally Representative Cohort Study. *Pediatrics*, *118*(1), pp. 130-8.

Bender, W. N., Rosenkrans, C., & Crane, M. (1999, May). Stress, Depression, and Suicide among Students with Learning Disabilities: Assessing the Risk. *Learning Disability Quarterly*, *22*(2), pp. 143-156.

Berlan, E. D., Corliss, H. L., Field, A. E., Goodman, E., & Austin, S. B. (2010, April). Sexual orientation and bullying among adolescences in growing up today study. *Journal of Adolescence*, 46(4), pp. 366–371.

Birkett, M., Espelage, D. L., & Koenig, B. (2009, August). LGB and questioning students in schools: the moderating effects of homophobic bullying and school climate on negative outcomes. *Journal of Adolescence*, 38(7), pp. 989-1000.

Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., & Nelson, B. (1996, December). Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(11), pp. 1427-39.

Björkqvist, K. (2001, May). Different Names, Same Issue. *Social Development*, 10(2), pp. 272-274.

Björkqvist, K., Osterman, K., & Kaukiainen, A. (1992). The Development of Direct and Indirect Aggressive Strategies in Males and Females. In K. & P. Niemelä, *Of Mice and Women: Aspects of Female Aggression* (pp. 51-64). San Diego: Academic Press.

Blake, J. J., Lund, E., Zhou, Q., Kwok, O., & Benz, M. (2012). National Prevalence Rates of Bully Victimization Among Students. *School Psychology Quarterly*, 7(4), pp. 210 – 222.

Bond, L., Carlin, J., Thomas, L., Rubin, K., & Patton, G. (2001, September 1). Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *The BMJ*, 323(7311), pp. 480-4.

Bowes, L., Arseneault, L., Maughan, B., Taylor, A., Caspi, A., & Moffitt, T. (2009, May). School, neighborhood, and family factors are associated with children's bullying involvement: a nationally representative longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(5), pp. 545-53.

Bradshaw, C. P., A. L. Sawyer, & L. M. O'Brennan. (2007). Bullying and Peer Victimization at school. Perceptual differences between students and school staff. *School Psychology Review*, 36(3), pp. 361-382.

Brady, E. U., & Kendall, P. (1992, March). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111(2), pp. 244-55.

Brendgen, M., Dionne, G., Girard, A., Boivin, M., Vitaro, F., & Pérusse, D. (2005, July). Examining Genetic and Environmental Effects on Social Aggression: A Study of 6-Year-Old Twins. *Child Development*, 76(4), pp. 930–946.

Byrne, D. (1999). *Social Exclusion*. Buckingham: Open University Press.

Cantwell, N. (1993). Monitoring the Convention through the Idea of the “3Ps” Eurosocial report. 45, 121-30. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Cappeliez, P., & Flynn, R. (1993). *Depression and the Social Environment: Research and Intervention with neglected populations*. Canada: McGill-Queen's University Press.

Carbone-Lopez, K., Esbensen, F., & Brick, B. (2010, April 22). Correlates and Consequences of Peer Victimization: Gender Differences in Direct and Indirect Forms of Bullying. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 8(4), pp. 332-350.

Carlson, G., & Cantwell, D. (1982, May). Diagnosis of Childhood Depression: A Comparison of the Weinberg and DSM-III Criteria. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 21(3), pp. 247–250.

Carter, B., & Spencer, V. (2006). The fear factor: bullying and students with disabilities. *International Journal of special education*, 21(1).

Clark, C., Dyson, A., & Millward, A. (1995). *Towards Inclusive Schools?* London: David Fulton.



Cleave, J. V., & Davis, M. (2006). Bullying and peer victimization among children with special health care needs. *Pediatrics*, *118*(4), pp. 1212–1219.

Coleman, D., Walker, J., Lee, J., Friesen, B., & Squire, P. (2009, July). Children's Beliefs About Causes of Childhood Depression and ADHD: A Study of Stigmatization. *Psychiatric Services*, *60*(7), pp. 950-957.

Connolly, J., Josephson, N., Schnoll, J., Simkins-Strong, E., Pepler, D., MacPherson, A., . . . Jiang, D. (2014, October 30). Evaluation of a Youth-Led Program for Preventing Bullying, Sexual Harassment, and Dating Aggression in Middle Schools. *The Journal of Early Adolescence*, *35*(3).

Cook, C. R., Williams, K., Guerra, N., Kim, T., & Sadek, S. (2010). Predictors of Bullying and Victimization in Childhood. *School Psychology Quarterly*, *25*(2), pp. 65-83.

Cooper, A., Fonagy, P., & Wallerstein, R. (1999). *Psychoanalysis on the Move: The Work of Joseph Sandler (The New Library of Psychoanalysis)*. London: Routledge.

Cooper, C. L., Goswami, U., & Bahakian, M. (2009). *Mental Capital and Wellbeing*. Wiley-Blackwell.

Costa, F., Turbin, M., & Jessor, R. (1998, September). Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*(3), pp. 788-800.

Costello, E. J., Compton, S., Keeler, G., & Angold, A. (2003, October 15). Relationships between poverty and psychopathology: a natural experiment. *The Journal of the American Medical Association*, *209*(15), pp. 2023-9.

Crea, L. A. (2009). Retrieved from ProQuest: <http://gradworks.umi.com>

Cuijpers, P. (1998). A Psychoeducational Approach to the Treatment of Depression: A Meta-analysis of Lewisoohn's "Coping With Depression" Course. *Behavior Therapy*, *29*, pp. 521-533.

Cummings, C. M., Caporino, N., & Kendall, P. (2014, May). Comorbidity of Anxiety and Depression in Children and Adolescents: 20 Years After. *Psychological Bulletin*, 3, pp. 816-845.

DeSouza, E., & Ribeiro, J. (2005, September). Bullying and sexual Harassment among Brazilian High School students. *Journal of Interpers Violence*, 20(9), pp. 1018-1038.

Dessel, A. (2010, May 1). Prejudice in Schools: Promotion of an Inclusive Culture and Climate. *Education and Urban Society*, 24(4), pp. 407-429.

Didaskalou, E., Andreou, E., & Vlachou, A. (2009, January). Bullying and victimization in children with special educational needs: implications for inclusive practices. *13*, pp. 249-274.

Digdon, N., & Gotlib, I. (1985, June). Developmental Considerations in the Study of Childhood Depression. *Developmental Review*, 5(2), pp. 162-199.

DiLalla, L. F., & Jones, S. (2014). Genetic and Environmental Influences on Temperament in Preschoolers. In V. J. Molfese, & D. L. Molfese, *Temperament and Personality Development Across the Life Span* (pp. 33-56). New York: Routledge.

Dockrell, J. (2016, October 13). International Review of Research in Developmental Disabilities. *International Review of Research in Developmental Disabilities*, 51.

Dooley, J. J., Pyzalski, J., & Cross, D. S. (2009). Cyberbullying Versus Face-to-Face Bullying: A Theoretical and Conceptual Review. *Journal of Psychology*, 217(4), pp. 182-188.

Dowd, N. E., Singer, D., & Wilson, R. (2005). *Handbook of Children, Culture, and Violence*. London: SAGE Publications.

Drake, J. A., Price, J., & Telljohann, S. (2003, May). The nature and extent of bullying at school. *Journal of School Health*, 73(5), pp. 173-80.

Due, P., Merlo, J., Harel-Fisch, Y., Damsgaard, M., Holstein, B., Hetland, J., . . . Lynch, J. (2009, May). Socioeconomic Inequality in Exposure to Bullying During Adolescence: A Comparative, Cross-Sectional, Multilevel Study in 35 Countries. *American Journal of Public Health, 99*(5), pp. 907–914.

Duncan, N. (1999). *Sexual Bullying: Gender Conflict and Pupil Culture in Secondary Schools*. New York: Routledge.

Duncan, N. (2010, March 15). Sexual Bullying in Secondary Schools. *Journal of Pastoral care in Education, 16*(2), pp. 27-31.

Duncan, R. (2011). Family relationship of bullies and victims. In D. L. Espelage, & S. Swearer, *Bullying in North American schools (2nd edition)* (pp. 191-204). New York: Routledge.

Dupper, R. D. (2013). *School Bullying: New Perspectives on a Growing Problem*. New York: Oxford University Press.

Dwivedi, K. N., & Harper, P. (2004). *Promoting the Emotional Well Being of Children and Adolescents and Preventing Their Mental Ill Health*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Dwivedi, K. N., & Harper, P. (2004). *Promoting the Emotional Well Being of Children and Adolescents and Preventing Their Mental Ill Health*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Eastgate, J., & Gilmour, L. (1984, February). Long- term outcome of depressed children. A follow-up study. *The developmental medicine & Child Neurology, 26*(1), pp. 68–72.

Education, T. N. (2013, September). An Evaluation of Educational Provision for Students with Autistic Spectrum.

Ehrenberg, A. (2013). *Η κούραση να είσαι ο εαυτός σου. Κατάθλιψη και κοινωνία*. Αθήνα: Εκδόσεις του Εικοστού Πρώτου.

Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. (2010). *Bullying and Harassment in the Workplace: Developments in Theory, Research, and Practice*. New York: CRC Press.

Elamé, E. (2013). *Discriminatory Bullying*. Verlag Italia: Springer.

Elsa, M., & Mukhtar, K. (2000, June). Bullying and racism among Asian schoolchildren in Britain. *Educational Research*, 42(2), pp. 207-217.

Emmer, E., & Sabornie, E. (2014). *Handbook of Classroom Management (2nd Edition)*. New York: Routledge.

Espelage, D. L., & Swearer, S. M. (2003, January 1). Research on School Bullying and Victimization: What Have We Learned and Where Do We Go From Here? *Educational Psychology Papers and Publications*, p. 154.

Espelage, D. L., & Holt, M. (2013, July 7). Suicidal Ideation and School Bullying Experiences After Controlling for Depression and Delinquency. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), pp. S27–S31.

Espelage, D. L., Bosworth, K., & R., S. (2000, July). Examining the Social Context of Bullying Behaviors in Early Adolescence. *Journal of Counseling & Development*, 78(3), pp. 326–333.

Farrington, D. P., & Baldry, A. (2010). Individual risk factors for school bullying. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 2(1), pp. 4-16.

Fitzpatrick, S., & Bussey, K. (2011, March/April). The development of the Social Bullying Involvement Scales. *Aggressive Behavior*, 37(2), pp. 177-192.

Flynt, S. M., & Collis Morton, R. (2004, December 1). Bullying and Children with Disabilities. *Journal of Instructional Psychology*, 31(4), pp. 330-333.

Forero, R., McLellan, L., Rissel, C., & Bauman, A. (1999, August 7). Bullying behaviour and psychosocial health among school students in New South Wales, Australia: cross sectional survey. *The bmj*, pp. 344–8.

Foucault, M. (1997). *Ethics: Subjectivity and Truth*. (R. Hurley, Trans.) New York: New Press.

Foucault, M. (2012). *Η γέννηση της βιοπολιτικής. Παραδόσεις στο Κολλέγιο της Γαλλίας (1978-1979)*. (B. Πατσογιάννης, Trans.) Αθήνα: Πλέθρον.

Frost, E., & Mc Clean, S. (2014). *Thinking about the Lifecourse: A Psychosocial Introduction*. London: Licensing agency.

Galambos, N. L., Leadbeater, B., & Barker, E. (2004). Gender differences in and risk factors for depression in. *International Journal of Behavioral Development*, 28(1), pp. 16–25.

Garandau, C. F., & Cillessen, A. (2006, November–December). From indirect aggression to invisible aggression: A conceptual view on bullying and peer group manipulation. *Aggression and Violent Behavior*, 11(6), pp. 612–625.

Garrett, A. J. (2003). *Bullying in American Schools: Causes, Preventions, Interventions*. North California: McFarland & Company.

Gillham, B., & Thompson, J. (1996). *Child Safety: Problem and Prevention From Pre-School to Adolescence: A Handbook for Professionals*. Routledge.

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, pp. 2208-2215.

Gladstone, Gemma, L., Parker, Gordon, B., Malhi, & Gin, S. (2006, March). Do Bullied Children Become Anxious and Depressed Adults? A Cross-Sectional Investigation of

the Correlates of Bullying and Anxious Depression. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 194(3), pp. 201-208.

Goffman, E. (2001). *ΣΤΙΓΜΑ. ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΦΘΑΡΜΕΝΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ*. (Δ. Μακρυγιάννη, Ed., & Δ. Μακρυγιάννη, Trans.) Αθήνα: ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ.

Goldblum, P., Espelage, D., Chu, J., & Bongar, B. (2015). *Youth Suicide and Bullying: Challenges and Strategies for Prevention and Intervention*. New York: Oxford University Press.

Golse, B., & Messerschmitt, P. (1989). *Το παιδί σε κατάθλιψη*. (I. Πάλλη, & P. Πάλλης, Eds.) Αθήνα: Χατζηνικολή.

Graham, P. (1974, January). Child Psychiatry and Psychotherapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 15(1), pp. 59–66.

Graig, W. M. (1998, January). The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety and aggression in elementary school. *Personality and individual differences*, 24(1), pp. 123-130.

Gruber, J. E., & Fineran, S. (2008, June). Comparing the Impact of Bullying and Sexual Harassment Victimization on the Mental and Physical Health of Adolescents. *Sex Roles*, 59(1).

Gruber, J., & Fineran, S. (2007, June). The impact of bullying and sexual harassment on middle high school girls Violence Against Women. *Violence Against Women*, 13(6), pp. 627-43.

Hankin, B. L. (2009, July). Development of sex differences in depressive and co-occurring anxious symptoms during adolescence: Descriptive trajectories and potential explanations in a multi-wave prospective study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(4), pp. 460–472.

Hankin, B. L. (2010). Personality and Depressive Symptoms: Stress Generation and Cognitive Vulnerabilities to Depression in a Prospective Daily Diary Study. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*(4), pp. 369-401.

Hankin, B. L., Abramson, L., Moffitt, T., Silva, P., McGee, R., & Angell, K. (1998, February). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(1), pp. 128-140.

Haron, S., Jaafar, W., & Baba, M. (2010). The influence of school climate towards counselor's self-efficacy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 5*, pp. 445–448.

Harrison, P. A., Fulkerson, J., & Beebe, T. (1998, April). DSM-IV Substance Use Disorder Criteria for Adolescents: A Critical Examination Based on a Statewide School Survey. *The American Journal of Psychiatry, 155*(4), pp. 486-492.

HiCow. (2016). Οι σωματικές επιπτώσεις της κατάθλιψης. In Ε. Ορφανού, *Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κατάθλιψη*. Ιωάννινα: Τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα Ηπείρου.

Hinduja, S., & Patchin, J. (2010, July 22). Bullying, Cyberbullying and Suicide. *Archives of Suicide Research, 14*(3), pp. 206-221.

Hollar, D. (2012). *Handbook of Children with Special Health Care Needs*. New York: Springer.

Hong, J. S., & Garbarino, J. (2012, June). Risk and Protective Factors for Homophobic Bullying in Schools: An Application of the Social–Ecological Framework. *Educational Psychology Review, 24*(2), pp. 271–285.

Hornby, G. (2008, March 3). Kids and Violence: the invisible school experience – Edited by Catherine Dulmus and Karen Sowers. *British Journal of Special Education, 35*(1), p. 65.

Huesmann, L. (1994). *Aggressive Behavior*. Media New York: Springer US.

Hughes, J. N., La Greca, A., & Conoley, J. (2001). *Handbook of Psychological Services for Children and Adolescents*. New York: Oxford University Press.

Huntington, D., & Bender, W. (1993, March). Adolescents with learning disabilities at risk? Emotional well-being, depression, suicide. *Journal of Learning Disabilities*, 26(3), pp. 159-66.

Ingram, R. E. (2009). *The International Encyclopedia of Depression*. New York: Springer Publishing Company.

Ingram, R. E., & Price, J. (2010). *Vulnerability to Psychopathology. Risk across the Lifespan. Second Edition*. New York: Guilford Press.

Janssen, I., Graig, W., Boyce, W., & Pickett, W. (2004, May 1). Associations Between Overweight and Obesity with Bullying Behaviors in School-Aged Children. *Pediatrics*, 113(5), pp. 1187-94.

Jimerson, S., Swearer, S. M., & Espelage, D. L. (2010). *International Handbook of School Bullying: An International Perspective*. New York: Routledge.

Johnson, S. L., Hayes, A., Field, T., Schneiderman, N., & McCabe, P. (2009). *Stress, Coping and Depression (Stress and Coping Series)*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Jordan, J. G. (2007). *ProQuest*. Retrieved from <http://www.proquest.com>

Juvonen, J., Graham, S., & Schuster, M. (2003, December 1). Bullying Among Young Adolescents: The Strong, the Weak, and the Troubled. *Pediatrics*, 112(6), pp. 1231-7.

Juvonen, J., & Graham, S. (2001). *Peer Harassment in School: The Plight of the Vulnerable and Victimized*. New York: The Guilford Press.



Kaltiala-Heino, K., & Fröjd, S. (2011). Correlation between bullying and clinical depression in adolescent patients. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 2, pp. 37–44.

Kaltiala-Heino, K., & Mauri Marttunen, S. (2010, January). Involvement in bullying and depression in a 2-year follow-up in middle adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*.

Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Marttunen, M., Rimpelä, A., & Rantanen, P. (1999, August 7). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *The BMJ*, pp. 348-51.

Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P., & Rimpelä, A. (2000, December). Bullying at school--an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence*, 23(6), pp. 661-674.

Kashani, H. J., Holcomb, W., & Orvaschel, H. (1986, September). Depression and depressive symptoms in preschool children from the general population. *The American Journal of Psychiatry*, 143(9), pp. 1138-43.

Kashani, J. H., Allan, W., Beck, N., Bledsoe, Y., & Reid, J. (2007, October). Dysthymic Disorder in Clinically Referred Preschool Children. *Child & Adolescent Psychiatry*, 36(10), pp. 1426–1433.

Kashani, J. H., Reid, J., & Rosenberg, T. (1989, August). Levels of hopelessness in children and adolescents: a developmental perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), pp. 496-9.

Kaukiainen, A., Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Tamminen, M., Vauras, M., Mäki, H., & Poskiparta, E. (2002, July). Learning difficulties social intelligence and self-concept: Connections to bully-victim problems. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(3), pp. 269-278.

King, A. M., Davison, G., Neale, J., & Johnson, S. (2010). *Ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Gutenberg.

Klomek, A. B., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I., & Gould, M. (2007, January). Bullying, Depression, and Suicidality in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(1), pp. 40–49.

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

Kokkinos, C., & Antoniadou, N. (2013). Κυβερνο-εκφοβισμός και κυβερνο-θυματοποίηση σε παιδιά και εφήβους: Συχνότητα εμφάνισης και παράγοντες επικινδυνότητας. In *Preschool and Primary Education* (Vol. 1, pp. 138-169).

Koplewicz, H. S., & Klass, E. (1993). *Depression in Children and Adolescents*. Switzerland: Harwood Academic Publishers.

Kosciejew, R. J. (2012). *The Unusual Reality of Depression*. Bloomington: Author House.

Kovacs, M., Goldston, D., & Gatsonis, C. (1993, January). Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1), pp. 8-20.

Kovacs, M. (2004, April 23). Children's Depression Inventory. 46(1), pp. 40–49.

Kowalski, R. M., & Fedina, C. (2011, July-September). Cyber Bullying in ADHD and Asperger Syndrome Populations. *Eric*, 5(3), pp. 1201-1208.

Kowalski, R. M., & Limber, S. P. (2007, December). Electronic Bullying Among Middle School Students. *Journal of Adolescent Health*, 41(6).

Kumpulainen, K., & Rasanen, E. (2000). Children involved in bullying at elementary school age: their psychiatric symptoms and deviance in adolescence. *Child Abuse Negl*, 24, pp. 1567–1577.

Kuykendall, S. (2012). *Bullying (Health and Medical Issues Today)*. United States of American: Greenwood.

Land, D. (2003, May 1). Teasing, apart secondary students. Conceptualizations of peer teasing, bullying and sexual harassment. *School Psychology International*, 24(2), pp. 147-165.

Lenis, D. (2008). *The Bullies: Understanding Bullies and Bullying*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Levinson, C., Langer, J., & Rodebaugh, T. (2013). Reactivity to exclusion prospectively predicts social anxiety symptoms in young adults. *Behavior Therapy*, 44, pp. 470-478.

Lewis, M., & Rudolph, H. (2014). *Developmental Psychopathology. Third Edition*. New York: Springer.

Li, Q. (2006, May 1). Cyberbullying in Schools. *School Psychology International*, 27(2), pp. 157-170.

Lopez-Munoz, F., Rubio, G., Molina, J., Garcia-Garcia, P., & Alamo, C. (2009). La melancolía como enfermedad del alma (I): de la Antigüedad Clásica al Renacimiento. *Anales de psiquiatria*, 25(3), pp. 146-159.

Lowenstein, L. F. (1997, Autumn Term). Who is the bully? *APA PsyNet*, 11, pp. 3-4.

Lyman, R. D., & Hembree-Kigin, T. (1994). *Mental Health Interventions with Preschool Children*. New York: Plenum Press.

Maliki, A. E., Asagwara, C., & Ibu, J. (2009). Bullying Problems among School Children. *Journal of Human Ecology*, 25(3), pp. 209-213.

Martin, J., Pescosolido, B., Olafsdottir, S., & McLeod, J. (2007, March). The construction of fear: Americans' preferences for social distance from children and adolescents with mental health problems. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(1), pp. 50-67.

Mash, E. J., & Barkley, R. (2003). *Child Psychopathology, Second Edition*. New York: The Guilford Press.

Mash, E. J., & Barkley, R. (2006). *Treatment of Childhood Disorders*. New York: The Guilford Press.

Masten, A. S. (2007). *Multilevel Dynamics in Developmental Psychopathology: Pathways to the Future: The Minnesota Symposia on Child Psychology* (Vol. 34). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Mata, L. S. (2012). *Understanding Workplace Bullying*. Bloomington, IN: Author House.

McCracken, J. T., McGough, J., Shah, B., Cronin, P., Hong, D., Aman, M. G., . . . McMahon, D. (2002, August 1). Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *The New England Journal of medicine*, 347(5), pp. 314-321.

Menesini, E., Nocentini, A., Palladino, B. E., Frisén, A., Berne, S., Ortega-Ruiz, R., . . . Smith, P. K. (2012, September 13). Cyberbullying Definition Among Adolescents: A Comparison Across Six European Countries. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(9), pp. 455-463.

Merikangas, M. K., Mehta, R., Molnar, B., Walters, E., Swendsen, J., Auilar-Gaziola, S., . . . Kessler, R. (1998, November- December). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors*, 23(6), pp. 893-907.

Meyer, E. J. (2009). *Gender, Bullying, and Harassment: Strategies to End Sexism and Homophobia in Schools*. New York: Teachers College Press.

Mills, C., Guerin, S., Lynch, F., & Daly, I. (2004, December). The relationship between bullying, depression and suicidal thoughts/behaviour in Irish adolescents. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 21(4), pp. 112-116.

Misawa, M. (2010, January). Racist and Homophobic Bullying in Adulthood: Narratives from Gay Men of Color in Higher Education. *New Horizons in Adult Education and Human Resource Development*, 24(1), pp. 7–23.

Mishna, F. (2003, July 1). Learning Disabilities and Bullying. *Journal of Learning Disabilities*, 36(4), pp. 336-347.

Mishna, F., Newman, P. A., Daley, A., & Solomon, S. (2009, December). Bullying of Lesbian and Gay Youth: A Qualitative Investigation. *The British Journal of Social Work*, 39(8), pp. 1598-1614.

Monks, C. P., & Coyne, I. (2011). *Bullying in Different Contexts*. United Kingdom: Cambridge University Press.

Monks, C. P., & Smith, P. (2006, November). Definitions of bullying: Age differences in understanding of the term, and the role of experience. *Developmental Psychology*, 24(4), pp. 801–821.

Moran, S., Smith, P. K., Thompson, D., & Whitney, I. (1993, November). Ethnic differences in experiences of bullying: Asian and white children. *British Journal of Educational Psychology*, 63(3), pp. 431–440.

Motiuk, D. (2014). *Types and Possible Effects Of Bullying*. Germany: GRIN Verlag.

Myers, & Frye, H. (2005, June). How Elementary School Counselors Can Meet the Needs of Students with Disabilities. *Professional School Counseling*, 8(5), pp. 442-454.

Napolitano, S. M. (2011, March 20). Retrieved from Educational Psychology, Department of at Digital Commons University of Nebraska -Lincoln:  
<http://digitalcommons.unl.edu>

Natvig, G. K., Albrektsen, G., & Qvarnstrøm, U. (2001, October). School-Related Stress Experience as a Risk Factor for Bullying Behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(5), pp. 561–575.

Newcomb, M., & Bentler, P. (1988, February). Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(1), pp. 64-75.

Ninnis, D. (2016). Foucault and the Madness of Classifying Our Madness. *Foucault Studies* (21), pp. 117-137.

Nolen-Hoeksema, S., & Hilt, L. (2009). *Handbook of Depression in Adolescents*. New York: Routledge.

Noorden, T. H., Haselager, G., Cillessen, A., & Bukowski, W. (2015, March). Empathy and Involvement in Bullying in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Journal of Adolescence*, 44(3), pp. 637-657.

Norman, J. (2005). *Homophobic Bullying in Irish Second-Level schools*. Dublin City University: Dublin.

Norman, J., & Galvin, M. (2006). *Straight Talk: An Investigation of Investigation of Attitudes and Experiences of Homophobic Bullying in Second-Level Schools*. Dublin: Dublin City University.

Ollendick, T. H., & Hersen, M. (1998). *Handbook of Child Psychopathology*. New York: Springer.

Olweus, D. (1999b). Norway. In P. K. Smith, Y. Morita, J. Junger-Tas, D. Olweus, R. Catalano, & P. Slee, *The Nature of School Bullying: A Cross-National Perspective* (pp. 28–48). London & New York: Routledge.

Ortega, R., Elipe, P., Mora-Merchán, J., Calmaestra, J., & Vega, E. (2012, September/October). The Emotional Impact of Bullying and Cyberbullying on Victims: A European Cross-National Study. *Aggressive Behavior*, 38(5), pp. 342-356.

Owens, L., Shute, R., & Slee, P. (n.d.). They do it just to show off. Year 9 girls', boys' and their teachers' explanations for boys' aggression to girls. *International Journal of Adolescence and Youth*, 13, pp. 343-360.

Parker, G., & Pavlovic, D. (1996). *Melancholia: A Disorder of Movement and Mood: A Phenomenological and Mood*. New York: Cambridge University Press.

Pateraki, L., & Houndoumadi, A. (2010, July 1). Bullying among primary school children in Athens, Greece. *International Journal of Experimental Educational Psychology*, 21(2), pp. 167-175.

Pearce, J. (1977, January). Depressive Disorder in Childhood. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18(1), pp. 79-82.

Pearce, J. B. (1974). Childhood depression. In M. (Psychiat), *Thesis*. University of London.

Pellegrini, A. D. (2010, June 8). Bullying, Victimization, and Sexual Harassment During the Transition to Middle School. *Educational Psychologist*, 37(3), pp. 151-163.

Pescosolido, B. A., Perry, B., Martin, J., & Jensen, P. (2007, June). Stigmatizing Attitudes and Beliefs About Treatment and Psychiatric Medications for Children With Mental Illness. *Psychiatric Services*, 58(5), pp. 613-8.

Pinel, J. P. (2011). *Βιοψυχολογία*. (Γ. Κρομμύδας, Ed., Α. Καστελλάκης, Σ. Γιακουμάκη, & Δ. Τατά, Trans.) Αθήνα: Έλλην.

Poobalan, A. S., Aucott, L., Ross, L., Smith, W., Helms, P., & Williams, J. (2007, November). Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 191, pp. 378-86.

Poteat, V. P., & Espelage, D. L. (2007, May 1). Predicting Psychosocial Consequences of Homophobic Victimization in Middle School Students. *The Journal of Early Adolescence*, 27(2).

Powell, J. P. (2012). The Scottish Council for Research in Education 1928-2003: a Short History. *Scottish Educational Review*, 44(2), pp. 60-77.

Psalti, A. (2012). Bullies, victims, and bully victims in greek schools: research data and implications for practice. *Hellenic Journal of Psychology*, pp. 132-157.

Qureshi, S. (2013). *Bullying and Racist Bullying in Schools: What ARE we missing?* XLIBRIS.

Raskauskas, J. (2009). Text-Bullying: Associations with Traditional Bullying and Depression Among New Zealand Adolescents. *Journal of School Violence*, 9(1), pp. 74-97.

Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., . . . Kid screen Group E. (2005, June). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomic & Outcomes Research*, 5(3), pp. 353-64.

Realation among bullying, stress and stressor: a follow up survey using panel data and a comparative survey between Japan and Australia. (n.d.). *The Japanese Society Research Institute*, 5, pp. 1-100.

Reid, P., Mosen, J., & Rivers, I. (2004). Psychology's Contribution to Understanding and Managing Bullying within Schools. *Educational Psychology in Practice*, 20(3), pp. 241-258.

Renold, E. (2002, November 1). (Hetero)Sexual, Heterosexist and Homophobic Harassment among Primary School Girls and Boys. *Childhood*, 9(4).

Reynolds, W. M., & Johnston, H. (1994). *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. New York: Plenum Press.



- Richards, H., & Freeman, S. (2010). *Bullying in the workplace: an occupational hazard*. Williamstown: HR Publications.
- Rigby, K. (2000, February). Effects of peer victimization in schools and perceived social support on adolescent well-being. *Journal of Adolescence*, 23(1), pp. 57-68.
- Rigby, K. (2002). *New Perspectives on Bullying*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Rigby, K. (2003, October 1). Consequences of Bullying in Schools. *The Canadian Journal of Psychiatry* (48), pp. 583-590.
- Rigby, K. (2004, August 1). Addressing Bullying in Schools. *School Psychology International*, 25(3), pp. 287-300.
- Rigby, K. (2007). *Bullying in Schools: And what to Do about it*. Australia: ACER Press.
- Rigby, K. (2008a). *Σχολικός Εκφοβισμός- Σύγχρονες Απόψεις*. Αθήνα: Τόπος.
- Rigby, K. (2009). *Σχολικός Εκφοβισμός. Σύγχρονες απόψεις*. (A. Γιοβαζολιάς, Ed., B. Δόμπολα, & A. Γιοβαζολιάς, Trans.) Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Rivers, I. (2004). Recollections of bullying at school and their long-term implications for lesbians, gay men, and bisexuals. *Crisis*, 25(4), pp. 169-175.
- Rivers, I. (2011). *Homophobic Bullying: Research and Theoretical Perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Rivers, I., & Cowie, H. (2006). Bullying and Homophobia in UK Schools: A Perspective on Factors Affecting Resilience and Recovery. *Journal of Lesbian & Gay Issues in Education*, 3(4), pp. 11-43.
- Rivers, I., & Duncan, N. (2013). *Bullying. Experiences and discourses of sexuality and gender*. New York: Routledge.

- Rivers, I., & Smith, P. (1994). Types of bullying behaviour and their correlates. *Aggressive Behavior, 20*(5), pp. 359–368.
- Roland, E. (2002). Bullying, depressive symptoms and suicidal thoughts. *Education Research, 44*(1), pp. 55-67.
- Rose, C. A., Espelage, D., & Monda- Amaya, L. (2009, August 13). Bullying and victimization rates among students in general and special education: a comparative analysis. *An International Journal of Experimental Educational Psychology, 29*(7), pp. 761-776.
- Rose, C. A., Espelage, D., Aragon, S., & Elliot, J. (2011, January 9). Bullying and victimization among students in special education and general education curricula. *Exceptionality Education International, 21*(3), pp. 2-14.
- Rose, C. A., Monda-Amaya, L., & Espelage, D. (2010, February 18). Bullying perpetration and victimization in special education. A review of literature. *Remedial and Special Education, 32*(2), pp. 114-130.
- Rubenstein, L. M., Hamilton, J., Stange, J., Flynn, M., Abramson, L., & Alloy, L. (2015, May 2). The cyclical nature of depressed mood and future risk: Depression, rumination, and deficits in emotional clarity in adolescent girls. *Journal of Adolescence, 42*, pp. 68–76.
- Rubin, K. H., & Pepler, D. J. (1991). *The Development and Treatment of Childhood Aggression (1st Edition)*. Toronto, Canada: Psychology Press.
- Rubin, K. H., Bukowski, W., & Laursen, B. (2009). *Handbook of Peer Interactions, Relationships, and Groups (Social, Emotional, and Personality Development in Context)*. New York: The Guilford Press.
- Russell, S. T., Ryan, C., Toomey, R. B., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2011, May). Lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescent school victimization: implications for young adult health and adjustment. *Journal of School Health, 81*(5), pp. 223-230.

Ryan, N. D., Puig-Antich, J., Ambrosini, P., & Rabinovich, H. (1987). The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, *44*, pp. 854–861.

Sabornie, E. J. (1994, November 1). Social-Affective Characteristics in Early Adolescents Identified as Learning Disabled and Nondisabled. *Learning Disability Quarterly*, *17*(4), pp. 268-279.

Sacks, S. Z., & Corn, A. (1996, September-October). Students with Visual Impairments: Do They Understand Their Disability? *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *90*(5), pp. 412-22.

Sameroff, A. J., Lewis, M., & Miller, S. (2000). *Handbook of Developmental Psychopathology*. New York: Springer.

Sanchez, E., Robertson, T. R., Lewis, M. C., Rosenbluth, B., Bohman, T., & Casey, D. M. (2008, October 12). Preventing Bullying and Sexual Harassment in Elementary Schools. *Journal of Emotional Abuse*, *2*(2-3), pp. 157-180.

Sanders, S. E., & Phye, G. D. (2004). *Bullying: Implications for the Classroom*. London: Elsevier Academic Press.

Sandler, J., & Joffe, W. (1965). Notes on Childhood Depression. *Journal of Analytical Psychology*, *46*, pp. 88-96.

Sapouna, M. (2008, May 1). Bullying in Greek Primary and Secondary Schools. *School Psychology International*, *29*(2), pp. 199-213.

Scheithauer, H., Hayer, T., Petermann, F., & Jugert, G. (2006, February 21). *Physical, verbal, and relational forms of bullying among German students: age trends, gender differences, and correlates*. Retrieved from Wiley Online Library:  
<http://onlinelibrary.wiley.com>

Schott, R. M., & Søndergaard, D. (2014). *School Bullying: New Theories in Context*. New York: Cambridge University Press.

Schwean, V. L., & Saklofske, H. (1999). *Handbook of Psychosocial Characteristics of Exceptional Children*. New York: Plenum Publishers.

Seals, D., & Young, J. (2003, Winter). Bullying and victimization: prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem, and depression. *Adolescence*, 38(152), pp. 735-47.

Shields, A., & Cicchetti, D. (2001). Parental Maltreatment and Emotion Dysregulation as Risk Factors for Bullying and Victimization in Middle Childhood. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 30(3), pp. 349-363.

Shtayermman, O. (2007). Peer victimization in adolescents and young adults diagnosed with Asperger's syndrome: A link to depressive symptomatology and suicidal ideation. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30(3), pp. 87-107.

Shute, R., Owens, L., & Slee, P. (2008, April). Everyday Victimization of Adolescent Girls by Boys: Sexual Harassment, Bullying or Aggression. *Sex Roles*, 58(7), pp. 477-489.

Siann, G. (1994). *Gender, Sex, and Sexuality: Contemporary Psychological Perspectives*. London: Taylor & Francis.

Smith, H., Polenik, K., Nakasita, S., & Jones, A. (2012, August 23). Profiling social, emotional and behavioural difficulties of children involved in direct and indirect bullying behaviours. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 17(3-4), pp. 243-257.

Smith, P. (2014). *Understanding School Bullying: Its Nature and Prevention Strategies (1st Edition)*. London: SAGE.

Smith, P. (2014). *Understanding School Bullying: Its Nature and Prevention Strategies*. London: SAGE.

Smith, P. K. (2013, Mars 1). School bullying. *Sociologia, Problemas e Practicas* (71), pp. 81-98.

Smith, P. K., Cowie, H., Olafsson, R., & Liefoghe, A. (2002, July-August). Definitions of Bullying: A Comparison of Terms Used, and Age and Gender Differences, in a Fourteen-Country International Comparison. *Child Development*, 73(4), pp. 1119–1133.

Smith, P. K., Cowie, H., Olafsson, R., Liefoghe, A., Almeida, A., Araki, H., . . . Wenxin, Z. (2002, July-August). Definitions of bullying: a comparison of terms used, and age and gender differences, in a fourteen-country international comparison. *Child Development*, 73(4), pp. 1119-33.

Smith, P. K., Kwak, K., & Toda, Y. (2016). *School Bullying in Different Cultures: Eastern and Western Perspectives*. United Kingdom: Campridge University Press.

Smith, P. K., Morita, Y., Junger-Tas, J., Olweus, D., Catalano, R., & Slee, P. (1999). *The Nature of School Bullying: A Cross-national Perspective*. London: Routledge.

Smith, P. K., Morita, Y., Junger-Tas, J., Olweus, D., Catalano, R., & Slee, P. (2000). *The Nature of School Bullying: A Cross-National Perspective*. USA & Canada: Routledge.

Spitz, R. A., & Wolf, K. (n.d.). Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, pp. 313-342.

Stark, K. D. (1990). *Childhood Depression: School-based Intervention*. New York: Guilford Press.

Stathatos, M. E., Watson, R. J., & Sulkowski, M. L. (2016, October). Peer Victimization and Resilience Among LGBT Youth. *Communiqué*, 45(2).

Stice, E., Burton, E., & Shaw, H. (2004, February). Prospective Relations between Bulimic Pathology, Depression, and Substance Abuse: Unpacking Comorbidity in Adolescent Girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), pp. 62-71.

Stice, E., Hayward, C., Cameron, R., & Taylor, C. (2000, September). Body-Image and Eating Disturbances Predict Onset of Depression Among Female Adolescents A Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), pp. 438-44.

Stone, L. B., Gibb, B., & Coles, M. (2010, April). Does the Hopelessness Theory Account for Sex Differences in Depressive Symptoms Among Young Adults? *Cognitive Therapy and Research, 34*(2), pp. 177–187.

Strauss, S. (2013). *Sexual Harassment and Bullying: A Guide to Keeping Kids Safe and Holding*. United Kingdom: Rowman & Littlefield Publishers.

Sullivan, K. (2011). *The Anti-bullying Handbook*. London: SAGE Publications.

Swearer, S., Espelage, D., Vaillancourt, T., & Hymel, S. (2010). What can be done about school bullying? *Educational Researcher, 39*, pp. 38-47.

Teens, D. i. (2013, July). *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.

Thompson, A. H. (2012, February). Childhood Depression Revisited: Indicators, Normative Tests, and Clinical Course. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 21*(1), pp. 5–8.

Thompson, D., Whitney, I., & Smith, P. K. (1994, August). Bullying of children with special needs in mainstream schools. *Support for Learning, 9*(3), pp. 103–106.

Thurlow, C. (2001, February). Naming the "outsider within": homophobic pejoratives and the verbal abuse of lesbian, gay and bisexual high-school pupils. *Journal of Adolescence, 24*(1), pp. 25-38.

Tolsma, J., van Deurzen, I., Stark, T. H., & Veenstrad, R. (2013, January). Who is bullying whom in ethnically diverse primary schools? Exploring links between bullying, ethnicity, and ethnic diversity in Dutch primary schools. *Social Networks, 35*(1), pp. 51–61.

Turnera, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2006, January). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science & Medicine*, 62(1), pp. 13-27.

Vaillancourt, T., McDougall, P., Hymel, S., Krygsman, A., Miler, J., Stiver, J., & Davis, C. (2008). Bullying: Are researchers and children/youth talking about the same thing? *International Journal of Behavioral Development*, 32(6), pp. 486-495.

Van Cleave, J., & Davis, M. (2006, October 1). Bullying and Peer Victimization Among Children with Special Health Care Needs. *Pediatrics*, 118(4), pp. 1212-9.

Vaughn, M. G., Fu, Q., Bender, K., DeLisi, M., Beaver, K., Perron, B., & Howard, M. (2010, February 23). Psychiatric Correlates of Bullying in the United States: Findings from a National Sample. *Psychiatric Quarterly*, 81, pp. 183–195.

Veek, S. M., Nobel, R., & Derkx, H. (2012, May 18). The relationship between emotion awareness and somatic complaints in children and adolescents: Investigating the mediating role of anxiety and depression. *Psychology & Health*, 27(11), pp. 1359-74.

Vernberg, E., & Biggs, B. (2010). *Preventing and Treating Bullying and Victimization*. New York: Oxford University Press.

Voices, H. (2013).

Walsh, B. T. (1998). *Child Psychopharmacology*. Washington, DC London, New York: American Psychiatric Press.

Walton, G. (2004). Bullying and Homophobia in Canadian Schools. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, 1(4), pp. 23-36.

Wang, J., Iannotti, R., & Nansel, R. (2009, October). School Bullying Among US Adolescents: Physical, Verbal, Relational and Cyber. *Journal of Adolescent*, 45(4), pp. 368–375.

Watling, N. J. (2008). *ProQuest*. Retrieved from <http://gradworks.umi.com>

West, A., & Salmon, G. (2000). Bullying and depression: A case report. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 4(1), pp. 73-75.

Widyanto, L., & Griffiths, M. (2011). An empirical study of problematic Internet use and self-esteem. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 1, pp. 13-24.

Wilmshurst, L. (2011). *Εξελικτική ψυχοπαθολογία*. (H. Γ. Μπεζεβέγκης, Ed., & M. Κουλεντιανού, Trans.) Αθήνα: Gutenberg.

Winkler, K. (2005). *Bullying: How to Deal with Taunting, Teasing, and Tormenting*. Berkeley Heights: Enslow Publishers.

Wolfe, D. A., & Mash, E. (2006). *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents: Nature, Assessment, and Treatment*. New York: The Guilford Press.

Wolke, D., & Lereya, S. (2015, September). Long-term effects of bullying. *Archives of Disease in Childhood*, 100(9), pp. 879–885.

Wolke, D., Copeland, W., Angold, A., & Costello, E. (2013, October). Impact of Bullying in Childhood on Adult Health, Wealth, Crime and Social Outcomes. 24(10), pp. 1958–1970.

Ybarra, M. L., & Mitchell, K. J. (2004). Online aggressor/targets, aggressors and targets : a comparison of associated youth characteristics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(7), pp. 1308-1316.

You, S., Lee, Y., & Kim, E. (2016, September). Physical, Social, and Cyberbullying: Relationships with Adolescents' Psychosocial Factors. *Child Indicators Research*, 9(3), pp. 805-823.



Zalsman, G., Misgav, S., Sommerfeld, E., Kohn, Y., Brunstein-Klomek, A., Diller, R., . . . Oquendo, M. (2005, July- September). Children's Depression Inventory (CDI) and the Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R): reliability of the Hebrew version. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 17(3), pp. 255-7.

Δήμου, Γ. (2013). Το bullying στο δημοτικό σχολείο, σε παιδιά από οικογένειες μεταναστών από την Αλβανία και την Πρώην Σοβιετική Ένωση. *Εκπαιδευτικός Κύκλος*, 1(2).

Εκφοβισμού, Ε. Κ. (2014, Ιανουαρίου 25). Retrieved from Παρατηρητήριο για τη Σχολική Βία και τον Εκφοβισμό στην Α.Μ.&Θ.

Ηλίας, Σ., Φωτιάδου, Ν., Αλεξανδρή, Α., & Σιατούνη, Π. (2000). Θεραπεία μείζονος κατάθλιψης με βενλαφαζίνη. *16ο Πανελλήνιο Ψυχιατρικό Συνέδριο*, 5. Αθήνα.

Καραπέτσας, Α. Β., & Ζυγούρης, Ν. (2006). Η χρήση των Γνωστικών Προκλητών Δυναμικών. *Εγκέφαλος*, 43(3), pp. 130-140.

Κοντοπούλου, Μ. (2007). *Παιδί και ψυχοκοινωνικές δυσκολίες*. Αθήνα: Gutenberg.

Κουμούλα, Α. (2012). Η εξέλιξη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στον χρόνο. *Ψυχιατρική*(23), p. 46.

Κουράκης, Ν. Ε. (1999). *Έφηβοι παραβάτες και κοινωνία. Θεμελιώδεις αξίες, θεσμοί και νεανική παραβατικότητα στην Ελλάδα*. (Π. Δαντόγλου, Ν. Κουράκης, & Μ. Σταθόπουλος, Eds.) Αθήνα: Σάκκουλας Αντ. Ν.

Κουρκούτας, Η. Ε. (2011). *Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά. Παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οικογένειας και του σχολείου*. Αθήνα: Τόπος.

Κουρκούτας, Η., & Κοκκιιάδη, Μ. (2015). Από τη σχολική βία και τον ενδοσχολικό εκφοβισμό στο «ενταξιακό σχολείο». *Επιστημονική Επετηρίδα του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών της Σχολής Επιστημών Αγωγής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.*, 8, pp. 56-89.

Κουρκούτας, Η., & Κοκκιιάδη, Μ. (2016). Ενδοσχολικός Εκφοβισμός/Θυματοποίηση, Αυτοεκτίμηση και Συναισθηματικές Δυσκολίες σε παιδιά με και χωρίς ΕΕΑ. *Επιστημονική Επετηρίδα Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*, 9, pp. 88-128.

Μπίμπου, Α., & Κιοσέογλου, Γ. (2001). Προσδιορισμός καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε παιδιά και εφήβους σχολικής ηλικίας. II Παράγοντες φύλου και ηλικίας στην αξιολόγηση παιδιών και εφήβων με σημαντική παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων. *Παιδί και Έφηβος. Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*. 3(1), pp. 96-109.

Μπότσαρη, Ε. Μ. (2010). *Θυμός, επιθετικότητα, εκφοβισμός. Θεωρητικές προσεγγίσεις και πρακτικές διαχείρισης*. (Ε. Μ. Μπότσαρη, Ed.) Αθήνα: Παπαζήση.

Παντελιάδου, Σ., & Μπότσας, Γ. (2007). *Μαθησιακές Δυσκολίες. Βασικές έννοιες και χαρακτηριστικά*. Βόλος: Γράφημα.

Πολεμικός, Ν., Καΐλα, Μ., & Καλαβάσης, Φ. (n.d.). *Εκπαιδευτική, Οικογενειακή και Πολιτική Ψυχοπαθολογία, Τόμος Α΄*. Αθήνα: Ατραπός.

Πολυχρονοπούλου, Σ. (2003). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες*. Αθήνα: ΙΔΙΩΤΙΚΗ.

Ρουσοδήμου, Φ. (2008). Η χρήση των γνωστικών προκλητών δυναμικών στην διάγνωση και στην θεραπευτική αποκατάσταση ατόμων με κατάθλιψη. (Α. Καραπέτσας, & Γ. Κλεφτάρας, Eds.) Βόλος: Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Σιαπάτη-Τελιούση, Σ. (2007). *Σχολική κοινωνική και συναισθηματική λειτουργικότητα παιδιών σχολικής ηλικίας με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής- Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) και κατάθλιψη*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία, Αθήνα.

Σικλαφίδου, Π., Ζελένη, Δ., & Λειβαδίτης, Μ. (2011). Διαπολιτισμική Ψυχιατρική και Κατάθλιψη. *Εγκέφαλος*, 48(4), pp. 146-150.

Ταβουλάρη-Καζολέα, Π. (2001). *Η ιστορία της ψυχολογίας στην Ελλάδα: 1830 - 1987*. Retrieved from Openarchives.gr: <http://www.openarchives.gr/>

Φασόλης, Δ. (2015, Απρίλης 11). Ο καπιταλισμός τρώει τα παιδιά του (ή η παρακμή του δυτικού πολιτισμού είναι εδώ). Retrieved from <https://sites.google.com/site/amesoslogos/politike/okapitalismostroeitapaidiatou>