



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΘΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ:**

*Διερεύνηση της σχέσης της διαταραχής του μετατραυματικού  
στρες-PTSD (Post Traumatic Stress Disorder)*

ΣΟΦΙΑ ΜΠΗ Α.Μ.: 2132

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΓΙΟΒΑΖΟΛΙΑΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ, 2012

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

### ΜΕΡΟΣ Α

#### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

#### **Ο ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΤΑ-ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ**

1.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ.	4
1.2	ΜΟΡΦΕΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΚΑΙ Η ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ .....	σελ. 5
1.3	ΟΡΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟ ΚΑΙ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ.....σελ.	6
1.3.1	ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ...σελ.	7
1.3.2	ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....σελ.	8
1.3.3	Η ΜΟΝΑΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ .....	σελ. 10
1.4	ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ.....σελ.	11
1.4.1	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ.....σελ.	12
1.4.2	ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ... ..σελ.	13
1.4.3	ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ.....σελ.	14

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

#### **Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ**

2.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ.	15
2.1.1	Η ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ.....σελ.	15
2.1.2	Η ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ.....σελ.	17
2.1.3	Η ΓΝΩΣΙΑΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ.....σελ.	17
2.1.4	Η ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....σελ.	18
2.1.5	Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΟΔΟΣ.....σελ.	19

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

### ΤΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ: ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

#### 3.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ

ΑΓΧΟΣ..... σελ. 20

3.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ..... σελ. 22

3.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ..... σελ. 23

3.4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ..... σελ. 24

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

### ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ

4.1 ΕΙΔΗ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ..... σελ. 25

4.1.1 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ..... σελ. 25

4.1.2 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ..... σελ. 26

4.1.3 ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ..... σελ. 26

4.2 ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΣΤΟΝ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟ..... σελ. 27

4.2.1 ΕΚΦΟΒΙΣΤΕΣ..... σελ. 27

4.2.2 ΘΥΜΑΤΑ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ..... σελ. 29

4.2.3 ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΕΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ..... σελ. 29

4.2.4 ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ..... σελ. 30

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....σελ. 31

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....σελ. 34

ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....σελ. 52

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ. 57

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....σελ. 63

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

### Ο ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΤΑ-ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ

#### 1.1 Εισαγωγή

Συστηματικά, οι έρευνες δείχνουν ότι οι χώρες με υψηλά επίπεδα βίας έχουν επίσης και σοβαρά προβλήματα σε ακαδημαϊκό και νοητικό και διαπροσωπικό επίπεδο. Αυτό φαίνεται ότι ισχύει ιδιαίτερος για άτομα που έχουν δεχτεί κάποια μορφή βίας ή εκφοβισμού σε νεαρή ηλικία από τους συνομηλίκους τους (Buhs, Ladd, & Herald, 2006). Ο εκφοβισμός στα σχολεία είναι ένα διαδεδομένο πρόβλημα το οποίο έχει λάβει μεγάλη δημοσιότητα τα τελευταία χρόνια. Το 50% των μαθητών στις ΗΠΑ ανέφεραν ότι έπεσαν θύματα εκφοβισμού κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια των σχολικών τους χρόνων. Πρέπει να σημειωθεί ότι το 10% ανέφερε ότι έπεφτε θύμα εκφοβισμού καθημερινά κατά τη διάρκεια των σχολικών του σπουδών (Lyznicki, McCaffree & Robinowitz, 2004).

Με τον αυξανόμενο αριθμό αναφερόμενων εκφοβιστικών επεισοδίων ιδίως από τα σχολικά έτη, οι ερευνητές θέλησαν να μελετήσουν τις μακροχρόνιες συνέπειες αυτού του φαινομένου. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση δείχνει ότι τα επεισόδια εκφοβισμού έχουν σαν αποτέλεσμα αρνητικές επιπτώσεις τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές στην μεταγενέστερη εξέλιξη της ζωής του θύματος. Η λίστα αναφέρει μειωμένη αυτοεκτίμηση, προβλήματα σωματικής υγείας, αυξημένες απουσίες από την εργασία όπως και μειωμένη εργασιακή απόδοση, και επίσης αυξημένες πιθανότητες για κατάθλιψη και μετατραυματικό άγχος. (Leymann & Gustafsson, 1996). Επιπλέον βρέθηκε ότι οι αρνητικές αυτές συνέπειες αυξάνονται εάν ο εκφοβισμός ήταν αρκετά σοβαρός/βίαιος, συνεχόμενος, και το θύμα δεν είχε κοινωνική υποστήριξη (Rivers, 2004).

Όσον αφορά το μετατραυματικό άγχος σε θύματα εκφοβισμού σε νεαρή ηλικία, η έρευνα έχει δείξει ότι το θύμα μπορεί να αναπτύξει λανθασμένα πιστεύω και συμπεράσματα για τον εαυτό του και μεγαλώνοντας, αντί τη διόρθωση αυτών και την ανάπτυξη πιο φυσικής θεώρησης του εαυτού του και του κόσμου, παραμένει σε μία μπερδεμένη γνωσιακή κατάσταση, νοιώθοντας αβοήθητος, με αγχώδεις διαταραχές

τα οποία αποτελούν χαρακτηριστικά γνωρίσματα του μετατραυματικού άγχους (Tehrani, 2004).

## **1.2 Μορφές εκφοβισμού και η σύνδεση τους με το μετατραυματικό άγχος**

Ο εκφοβισμός μπορεί να είναι σωματικός π.χ. χτύπημα, λεκτικός π.χ. απειλές,, σεξουαλικός, ή κοινωνικός π.χ. διάδοση αρνητικών φημών ή κοινωνικός αποκλεισμός του θύματος. Ο εκφοβισμός μπορεί να γίνει τόσο στο σχολικό κτήριο όσο και προς τη μεταφορά στο σχολείο και συνήθως εκτελείται από συνομηλίκους που σπουδάζουν στο ίδιο σχολικό έτος με το υποψήφιο θύμα (Smith, 1997).

Νεότερα στοιχεία δείχνουν ότι ο εκφοβισμός δεν συντελείται μόνο από τα αγόρια όπως πιστευόταν αλλά και από τα κορίτσια απλά εκδηλώνεται με διαφορετική μορφή. Έτσι, ενώ τα αγόρια τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο λεκτικές και σωματικές μορφές εκφοβισμού, τα κορίτσια προτιμούν να κάνουν χρήση κοινωνικού αποκλεισμού κάτι το οποίο βέβαια είναι πολύ πιο δύσκολο να εντοπιστεί (Buhs, Ladd, & Herald, 2006).

Ο Tehrani (2004), όπως και οι Mikkelsen και Einarsen (2002), ερευνώντας τον εκφοβισμό σε εργασιακά πλαίσια ανακάλυψαν ότι 7 στους 10 εργαζόμενους που είχαν υποπέσει σε εκφοβιστικά επεισόδια, αντιμετώπιζε σοβαρά προβλήματα καθημερινής λειτουργίας όπως και σοβαρό μετατραυματικό άγχος που κρατούσε εκτεταμένα διαστήματα απειλώντας σοβαρά τη ψυχοσωματική του υγεία. Αντίστοιχες έρευνες για το ρόλο του μετατραυματικού άγχους και του σχολικού εκφοβισμού αν και λίγες παρουσιάζουν ότι συσχετίζονται σε μεγάλο βαθμό.

Ο Weaver (2000) έδειξε ότι ένα κοριτσάκι που είχε κακοποιηθεί (εκφοβιστεί) επανειλημμένα στα σχολικά του χρόνια είχε έντονη μετατραυματική συμπτωματολογία όπως αγχώδης θύμηση των εκφοβιστικών επεισοδίων, αποφυγή τοποθεσιών και καταστάσεων που σχετίζονταν με τον εκφοβισμό όπως και αυξημένη πίεση κατά τη συζήτηση αυτών. Παρόμοια αποτελέσματα ανέφερε και μία άλλη έρευνα που έγινε σε φοιτητές κολλεγίου στο Ηνωμένο Βασίλειο. Συγκεκριμένα, σχεδόν ο ένας στους τρεις φοιτητές που είχαν δεχτεί εκφοβιστικά επεισόδια

παρουσίαζε επίσης σοβαρή μετατραυματική αγχώδης συμπτωματολογία (Mynard, Joseph & Alexander, 2000).

### **1.3 Ορισμοί για τον εκφοβισμό και το μετατραυματικό άγχος**

Ο Peter Randall (1997) πρότεινε ως ορισμό για τον εκφοβισμό τον παρακάτω: «Εκφοβισμός είναι η επιθετική συμπεριφορά που αναπτύσσεται από τη σκόπιμη πρόθεση να προκαλέσει σωματική ή ψυχολογική δυσφορία σε άλλα άτομα». Ο Ken Rigby (1998) επίσης όρισε τον εκφοβισμό ως εξής: «Ο Εκφοβισμός περιλαμβάνει μία αρχική επιθυμία να προκαλέσει πόνο, μετέπειτα εκφράζεται σε πράξη, τότε κάποιος έχει πονέσει, αυτή η πράξη εκτελείται από ένα δυνατό άτομο ή από κάποια ομάδα, χωρίς κάποια ιδιαίτερη αιτιολόγηση, μπορεί να επαναλαμβάνεται σε διαστήματα, και όταν γίνεται υπάρχει φανερή ικανοποίηση».

Κατά τη διάρκεια του πολέμου ανεξαρτησίας της Αμερικής, οι γιατροί ονόμασαν τα ψυχοσωματικά τραύματα που υπήρχαν στους στρατιώτες σαν 'η καρδιά του πολεμιστή/στρατιώτη'. Στον πρώτο παγκόσμιο πόλεμο, οι γιατροί το ονόμασαν το 'σοκ του περιβλήματος' νομίζοντας ότι έχει να κάνει με τη πίεση του αέρα όταν τα βλήματα του πυροβολικού εξερράγη. Κατά τη διάρκεια του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου, οι γιατροί ονόμασαν αυτό το τραύμα σαν κόπωση μάχης και κατηγόρησαν τους στρατιώτες ότι ήταν 'κότες'. Μόνο στον πόλεμο της Κορέας άρχισαν οι γιατροί να αναγνωρίζουν τη σημασία της διαταραχής του μετατραυματικού άγχους και να το κατηγοριοποιούν. Τότε αναγνωρίστηκε ότι όχι μόνον οι στρατιώτες μπορούν να την αναπτύξουν αλλά και το κάθε άτομο (Adshead, 2000).

Η διαταραχή του μετατραυματικού άγχους (PTSD) είναι μία συναισθηματική αρρώστια που συμπεριλαμβάνεται στις αγχώδεις διαταραχές (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1994). Χαρακτηρίζεται από έντονα αρνητικές αγχώδεις εμπειρίες, συμπεριφορές και σωματικές αντιδράσεις που αναπτύχθηκαν μετά από την έκθεση σε κάποιο ψυχολογικά τραυματικό γεγονός που μπορεί να εκδηλωθεί και μετά από καιρό (μήνες ή χρόνια). Τα συμπτώματα πρέπει να επιμένουν παραπάνω από ένα μήνα διαφορετικά χαρακτηρίζεται σαν οξεία στρεσογόνο διαταραχή.

Η διαταραχή του μετατραυματικού άγχους εντοπίζεται σε άτομα -είτε άμεσα ως θύτες είτε ως παρατηρητές- που ήρθαν σε επαφή με εμπειρίες που τους προκάλεσαν έντονα αρνητικά συναισθήματα φόβου, να αισθάνονται ανίκανοι και αβοήθητοι ή τρομοκρατημένοι (American Psychiatric Association, 1994). Η Αμερικανική ένωση ψυχιάτρων κατατάσσει την έκθεση -είτε σαν θύμα είτε σαν παρατηρητής- σε σωματικό, συναισθηματικό ή σεξουαλικό εκφοβισμό κάποιου παιδιού στους παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν PTSD.

Σύμφωνα με το εθνικό κέντρο για το PTSD (2006), το μετατραυματικό άγχος μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε α) κανονικό μετατραυματικό άγχος το οποίο αναφέρεται σε άτομα που έχουν παρεβρεθεί σε μία μόνο τραυματική κατάσταση για αυτούς και μπορεί να συνέλθουν γρήγορα. Σε β) οξύ μετατραυματικό άγχος το οποίο εμπεριέχει καταστάσεις πανικού, γνωσιακής σύγχυσης, και αδυναμία διαχείρισης βασικών καθημερινών γεγονότων. Σε γ) μη επιπλεγμένο άγχος το οποίο περιλαμβάνει επίμονη επαναλαμβανόμενη εμπειρία των τραυματικών γεγονότων αλλά και αποφυγή ερεθισμάτων που σχετίζονται με τη τραυματική εμπειρία. Σε δ) συννοσηρότητα μετατραυματικού άγχους το οποίο συμβαίνει όταν το μετατραυματικό άγχος συνδυάζεται με κάποιο άλλο αρνητικό ψυχοσωματικό παράγοντα όπως κατάθλιψη, πανικός, ή άλλες αγχώδεις διαταραχές. Σε ε) πολύπλοκο μετατραυματικό άγχος το οποίο εντοπίζεται όταν κάποιο άτομο έχει εκτεθεί σε συνεχιζόμενες τραυματικές καταστάσεις όπως η παιδική κακοποίηση και ο εκφοβισμός. Συνήθως, αυτά τα άτομα μπορεί να πάσχουν από διπολικές και συμπεριφορικές διαταραχές, και έχουν τεράστιες συναισθηματικές και νοητικές δυσκολίες. Η θεραπεία παίρνει πολύ χρόνο για αυτούς τους ασθενείς.

### **1.3.1 Συνοσηρότητα και μετατραυματικό άγχος**

Συγκεκριμένα στοιχεία για τις συνέπειες ατόμων που πάσχουν από διαταραχή του μετατραυματικού άγχους που προκλήθηκε από εκφοβισμό σε νεαρή ηλικία δεν υπάρχουν. Για αυτό το λόγο, γενικές συνέπειες αυτού θα αναφερθούν μέχρι νεότερες έρευνες να εντοπίσουν συγκεκριμένες αρνητικές συνέπειες που συσχετίζονται με τον εκφοβισμό και τη διάγνωση PTSD.

Συγκεκριμένα, έρευνες δείχνουν ότι η πιθανότητα για αυτοκτονία ατόμων που διαγνώστηκαν με PTSD είναι αρκετά υψηλότερη από άτομα που διαγνώστηκαν με άλλες αγχώδεις διαταραχές σε ένα μεγάλο δείγμα. Τα ίδια αποτελέσματα βρέθηκαν σε μία άλλη канаδική έρευνα (Sareen, Houlahan, Cox, & Asmundson, 2005). Ακόμα και όταν υπήρχε έλεγχος για το φύλο, την ηλικία, άλλες σωματικές και ψυχοσωματικές αρρώστιες, η διάγνωση με PTSD από μόνη της προέβλεπε αυτοκτονικές συμπεριφορές (Sareen, Cox, Stein, Afifi, Fleet, & Asmundson, 2007).

Αποκαλυπτικό επίσης είναι ότι έχουν βρεθεί μεγάλα ποσοστά συννοσηρότητας, δηλαδή, όποιος έχει διαγνωσθεί με PTSD έχει επίσης μεγάλες πιθανότητες να αναπτύξει και κάποια άλλη ψυχοσωματική διαταραχή. Κάποιος άντρας που έχει αναπτύξει PTSD κατά 89% θα αναπτύξει και κάποια συναισθηματική διαταραχή. Το αντίστοιχο ποσοστό ανάπτυξης συννοσηρότητας για τις γυναίκες που έπασχαν από PTSD βρέθηκε από την Εθνική Υπηρεσία Ψυχιατρικής υγείας της Αμερικής να είναι στο 65.5%. Επίσης, βρέθηκε ότι το 62.5% των αντρών και το 50% των γυναικών που διαγνώστηκαν με PTSD ανέπτυξαν μετέπειτα κάποια αγχώδη διαταραχή (Henderson, Andrews, & Hall, 2000). Τέλος, το 62% αυστραλών υπηκόων με PTSD βρέθηκε να φλερτάρει έντονα με την ιδέα της αυτοκτονίας (Kessler, Davis, & Kendler, 1997).

Άλλες έρευνες ανέφεραν ότι άτομα που είχαν εκτεθεί σε τραύμα πριν την ηλικία των 14 είχαν αυξημένες πιθανότητες να διαγνωσθούν με PTSD, και συγκεκριμένα με τη πολύπλοκη μορφή της διαταραχής του μετατραυματικού άγχους (Complex PTSD, C-PTSD) (Roth, Newman, et al, 1997). Επίσης, άτομα που είχαν διαγνωσθεί με PTSD είχαν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν μία ή περισσότερες διαταραχές της προσωπικότητας σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV (Brom, Kleber, & Witztum, 1991). Επιπλέον, ο C-PTSD έχει συσχετιστεί με ψυχιατρικές αρρώστιες, βαριά κατάχρηση ουσιών, και αρκετή νοσοκομειακή περίθαλψη (Hidalgo, & Davidson, 2000).

### **1.3.2 Μακροχρόνιες επιπτώσεις**

Εκτός από τις παραπάνω επιπτώσεις που αφορούσαν κυρίως συννοσηρότητα, άλλες επιπτώσεις που είναι αρκετά πιο δύσκολο να ερευνηθούν έχουν συσχετιστεί με τη συμπτωματολογία του PTSD. Ιδιαίτερα, έχει βρεθεί ότι όταν το άτομο έχει εκτεθεί



επανελημμένα σε οποιοδήποτε είδος τραυματικού γεγονότος όπως συμβαίνει σε εκφοβιστικά γεγονότα που συμβαίνουν ξανά και ξανά στο ίδιο άτομο, τότε αυτό το άτομο κινδυνεύει να αναπτύξει συγκεκριμένες συμπεριφορές και χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Τέτοιες συμπεριφορές και χαρακτηριστικά μπορεί να οδηγήσουν αυτό το άτομο να έχει δυσκολίες στο να εμπιστευτεί άλλους, απότομες αλλαγές διάθεσης, ακατανόητες συμπεριφορές, ντροπή, χαμηλή αυτό-εκτίμηση, και αστάθεια διαπροσωπικών επαφών (Laor, Wolmer et al., 1997).

Οι διαπροσωπικές επαφές των ατόμων που πάσχουν ιδίως από το C-PTSD μπορεί να κλονιστούν σημαντικά (Laor, Wolmer et al., 1997). Συμπτώματα όπως αποξένωση, ευερεθιστότητα, θυμός και συναισθηματικό μούδιασμα κάνουν τις διαπροσωπικές σχέσεις των ατόμων αυτών με τέτοια διαταραχή δύσκολες, αν όχι, ανεπιτυχείς στην ενήλικη ζωή. Για παράδειγμα, το συναισθηματικό μούδιασμα σε μία κοινωνική κουβέντα μπορεί να παρουσιαστεί με την μορφή της μη ευχαρίστησης, συναισθηματικό άδειασμα, και πρόβλημα συγκέντρωσης στο θέμα.

Οι αναφορές δείχνουν ότι το 40% αυτών που έχουν διαγνωσθεί με PTSD έχουν χωρίσει τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους, και το 10% έχει κάνει τουλάχιστον δύο φορές ή και παραπάνω αποτυχημένους γάμους (Feldner, Monson, & Friedman, (2007). Τα στατιστικά δείχνουν επίσης ότι το 14% των ατόμων με τέτοια διαταραχή έχουν σοβαρά προβλήματα μέσα στο γάμο τους, και το 23% έχει σοβαρά προβλήματα διαχείρισης των παιδιών τους. Τα παιδιά που έχουν μεγαλώσει με γονείς που έχουν διαγνωσθεί με PTSD είναι πολύ πιθανόν να αναπτύξουν τις ίδια συμπτωματολογία τόσο συμπεριφορικά όσο και νευροχημικά στις συνάψεις στον εγκέφαλό τους (Nauert, 2010).

Ο σοβαρός αλκοολισμός και η κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών σε άτομα με PTSD προσφέρει ένα ακόμη πρόβλημα (Geisinger Health System, 2008b). Εκτιμάται περίπου ότι το 6% των ατόμων με PTSD θα κάνουν εκτεταμένη χρήση αλκοόλ κατά 11% και ψυχοτρόπων ουσιών κατά 6%. Όλα αυτά ανεβάζουν το κόστος ιατρικής φροντίδας αυτών των ατόμων. Αυτά τα άτομα επισκέπτονται τον ιατρό περισσότερο συχνά από ότι ο κοινός πληθυσμός για παράπονα όπως υπέρταση και άσθμα. Μέσα σε όλα αυτά, η μειωμένη θνησιμότητα αυτών των ατόμων λόγω καρδιακών προβλημάτων (Geisinger Health System, 2008a), άσχετα για πιο λόγο διαγνώστηκαν

ως PTSD ασθενείς, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό συμπληρώνει την εικόνα. Υπολογίζεται ότι οι ασθενείς με PTSD μπορεί να κοστίζουν από 2 έως 6 δισεκατομμύρια το χρόνο στην Αμερική (ιατρική φροντίδα, χαμένες εργατοώρες, αποζημιώσεις-συντάξεις).

Ο Dr Boscarino (Geisinger Health System, 2008a) βρήκε μεταξύ άλλων ότι ασθενείς με PTSD είχαν πολύ υψηλές πιθανότητες να υποφέρουν από χρόνια προβλήματα υγείας όπως ψωρίαση, αρθρίτιδα, και άλλες αυτό-ανοσοποιητικές νόσους. Ο ίδιος συγκεκριμένα ανέφερε ότι: «Αυξημένα επίπεδα των στρεσογόνων ορμονών και μειωμένη κορτιζόλη λόγω PTSD είναι ένας κακός συνδυασμός... ..Βασικά, το PTSD 'μαγειρεύει' τις αρτηρίες σου σε αυτή την περίπτωση.». Τα ευρήματα, του Dr Boscarino, τον οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι απλά και μόνο η διάγνωση με PTSD αποτελεί δείκτη πρόβλεψης κακής γενικής υγείας.

### **1.3.3 Η μοναδικότητα της διάγνωσης**

Η διάγνωση της διαταραχής του μετατραυματικού άγχους βασίζεται σε μία λίστα από συμπτώματα αλλά αυτό δεν αρκεί. Θεωρείται ότι η διάγνωση του σε σχέση με άλλες ψυχικές διαταραχές και ασθένειες μπορεί να διαφοροποιηθεί όχι μόνο από τη συγκεκριμένη συμπτωματολογία αλλά και από τη πρόδρομη ασθένεια, δηλαδή το τραυματικό γεγονός. Η συμπτωματολογία του PTSD έχει αρκετές ομοιότητες με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ), τη διαταραχή της προσαρμογής και της οξείας αγχώδους διαταραχής. Η ΙΨΔ και το PTSD μοιράζονται στη συμπτωματολογία τις επαναλαμβανόμενες σκέψεις. Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι οι σκέψεις για την ΙΨΔ συνήθως δεν σχετίζονται με κάποιο παρελθοντικό τραυματικό γεγονός κάτι το οποίο είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την διάγνωση της διαταραχής του μετατραυματικού άγχους (Fullerton, & Ursano, 2004).

Παρομοίως, το PTSD με τη διαταραχή της προσαρμογής έχουν μία κοινή συμπτωματολογία, όπου και οι δύο διαταραχές συνδέονται με άγχος που αναπτύσσεται μετά την έκθεση σε κάποια αγχώδη εμπειρία (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1994). Παρόλα αυτά, στη διαταραχή του μετατραυματικού άγχους, αυτή η αγχώδης εμπειρία σχετίζεται με το τραυματικό γεγονός και κρίνεται αρκετά σοβαρή και έντονη ενώ στη διαταραχή της προσαρμογής, αυτή η αγχώδης εμπειρία μπορεί να

συνδέεται με ένα καθημερινό αγχώδες περιστατικό. Μία άλλη διαταραχή, η οξεία αγχώδης διαταραχή, έχει αρκετά παρόμοια συμπτωματολογία με τη διαταραχή του μετατραυματικού άγχους (Delahanty, 2011). Η κύρια διαφορά τους είναι ότι στη πρώτη διαταραχή τα συμπτώματα κρατούν λίγες μέρες ή εβδομάδες όπως και αρκετά λιγότερα τραυματικά συμπτώματα απαιτούνται για την διάγνωση της πρώτης από ότι στην περίπτωση της δεύτερης.

Ξεκαθαρίζοντας αυτές τις ομοιότητες, φαίνεται ότι η συμπτωματολογία και η διάγνωση της διαταραχής του μετατραυματικού άγχους μπορεί εύκολα να εντοπιστεί. Βέβαια, είναι δύσκολο κάποιο άτομο να καταλάβει ότι πάσχει από μία τέτοια διαταραχή ώστε να προστρέξει σε κάποιον ειδικό που θα είναι σε θέση να τη διαγνώσει αυτή την διαταραχή και να εφαρμόσει ένα πρόγραμμα αντιμετώπισής της. Έχει παρατηρηθεί ότι άτομα που πάσχουν από PTSD δύσκολα θα μιλήσουν σε άλλους εκτός από άτομα που πάσχουν επίσης από PTSD (Laor, Wolmer et al., 1997).

#### **1.4 Οι αιτίες**

Η αιτία (ή οι αιτίες) για τη δημιουργία της διαταραχής του μετατραυματικού άγχους συνήθως είναι κάποιο τραυματικό γεγονός (Adams, & Sutker, 2001). Ωστόσο, άλλοι παράγοντες μπορούν να καθορίσουν εάν αυτό το γεγονός γίνει η αιτία για την ανάπτυξη PTSD. Η σοβαρότητα, ο τύπος και οι συνθήκες του τραυματικού γεγονότος μπορεί να καθορίσουν την δημιουργία ή όχι PTSD. Τονίζεται ότι, όταν αυτό το τραυματικό γεγονός σχεδιάστηκε ή διεξάχθηκε από κάποιο άνθρωπο (π.χ. εκφοβισμός, κακοποίηση) τότε η σοβαρότητα και η διάρκεια του PTSD αυξάνεται δραματικά. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι η πιθανότητα να αναπτύξει κάποιος PTSD εξαρτάται επίσης από τη φυσική απόσταση από το τραυματικό γεγονός, όσο πιο κοντά σε αυτό τόσο το χειρότερο.

Οι ερευνητές ακόμη δεν γνωρίζουν τον ακριβή μηχανισμό δημιουργίας PTSD αλλά έχουν βρει διάφορα στοιχεία που συντελούν στο συμπέρασμα ότι είναι ένας περίπλοκος μηχανισμός ο οποίος μπορεί να περιλαμβάνει σύνθετες αιτίες που μπορεί να προέρχονται από (Adams, & Sutker, 2001): α) φυσικές νευροχημικές αλλαγές στον εγκέφαλο αλλά και στο σώμα, β) βιολογικές ή και γενετικές αλλαγές, γ)

εμπειρίες ζωής, και δ) τον προσωπικό χαρακτήρα του καθενός. Στη συνέχεια θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε όλες αυτές τις παραμέτρους.

#### **1.4.1 Βιοχημικές αιτίες**

Ερευνώντας τις βιοχημικές αιτίες του PTSD, οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι συντελεί βιοχημικές αλλαγές τόσο στον εγκέφαλο όσο και στο σώμα που ξεχωρίζουν τη συγκεκριμένη νοσηρότητα από άλλες ψυχοσωματικές ασθένειες (Yehuda, 1999; Yehuda, 2002). Η κορτιζόλη η οποία είναι μία ορμόνη, παράγεται από τα επινεφρίδια και έχει κεντρικό ρόλο στη δημιουργία μοναδικών βιοχημικών αποτυπωμάτων για το PTSD. Μία έρευνα εντόπισε ότι οι ασθενείς με PTSD παρουσιάζουν μία μικρότερη παραγωγή κορτιζόλης από ότι ο φυσιολογικός πληθυσμός. Επίσης, τα ευρήματά τους έδειξαν ότι η αναλογία κορτιζόλης με νορεπινεφρίνη, μία άλλη ορμόνη, είναι υψηλότερη σε αυτούς τους ασθενείς.

Η εξήγηση που δίνουν οι ερευνητές (Yehuda, 1999; Yehuda, 2002) είναι ότι χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης ίσως να προετοιμάζουν το άτομο για PTSD έπειτα από τραύμα επειδή η κορτιζόλη θεωρείται υπεύθυνη για την διατήρηση της νευροχημικής ισορροπίας του σώματος έπειτα από κάποιο στρεσογόνο ερέθισμα. Σε αυτό το συμπέρασμα κατέληξαν αφού μελέτησαν άτομα που είχαν επιζήσει από έντονα τραυματικά γεγονότα. Αυτά τα άτομα που είχαν χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης βίωναν μία συνεχιζόμενη αρνητική δυσφορία η οποία εκδήλωνε την έναρξη για PTSD.

Τα χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης δημιουργούν την υποψία για μία δυσλειτουργία του υποθάλαμου, συγκεκριμένα της υπόφυσης και των επινεφριδίων. Μερικοί ερευνητές (Yehuda, 1999; Yehuda, 2002) θεωρούν ότι η αντίδραση στο στρεσογόνο ερέθισμα όπως συμβαίνει στη περίπτωση του PTSD και η διαρκής έκθεση σε υψηλά επίπεδα νορεπινεφρίνης και σε χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης παρουσιάζει την ίδια βιοχημική μορφολογία όπως στις περιπτώσεις της ανταντακλαστικής μάθησης στα ζώα. Οι ερευνητές αυτοί υποθέτουν ότι κάτι ανάλογο συμβαίνει και στους ανθρώπους. Δηλαδή, δημιουργείται ένας είδος 'λανθασμένης' μάθησης απέναντι σε φοβικά ερεθίσματα όπως συμβαίνει σε περιπτώσεις με συνεχή εκφοβισμό μέσω της ανάπτυξης υπερευαισθησίας και υπερδιέγερσης (Boals, & Schuettler, 2009).

### 1.4.2 Αλλαγές στον εγκέφαλο

Ενδιαφέρον προκάλεσε η έρευνα από μία ομάδα Καναδών ερευνητών (McGowan, Sasaki et al., 2009) οι οποίοι διαπίστωσαν ότι μακροχρόνια αρνητικά τραύματα στην παιδική ηλικία μπορούν να επιφέρουν αλλαγές τόσο στον εγκέφαλο όσο και στα γονίδια αυτών των παιδιών όταν ενηλικιωθούν. Επίσης, μία άλλη ενδιαφέρουσα έρευνα (Peggy, 2009) μελέτησε 900 ενήλικες που είχαν κακοποιηθεί στην παιδική ηλικία και είχαν μεγάλες πιθανότητες να εκδηλώσουν διαταραχή του μετατραυματικού άγχους και συγκεκριμένα βρέθηκε ότι αλλαγές σε τέσσερις πολυμορφικές DNA ενώσεις μπόρεσαν να προβλέψουν επιτυχώς αυτές τις διαταραχές επιβεβαιώνοντας πάλι ότι δυνατές αρνητικές εμπειρίες μπορούν να διαμορφώσουν τόσο τον εγκέφαλο όσο και το DNA αυτών των ατόμων που ήρθαν αντιμέτωποι με τέτοιες εμπειρίες.

Άλλες έρευνες (Bodkin, Pope, Detke & Hudson, 2007) έδειξαν ότι άτομα που υπέφεραν από PTSD παρουσίαζαν 8% μείωση στο μέγεθος του ιππόκαμπου σε σύγκριση με άτομα που διαγνώστηκαν ως μη έχοντες PTSD. Ο ρόλος του ιππόκαμπου είναι να ανακαλεί πληροφορίες και της αμυγδαλής που έχει συνεργατικό ρόλο με τον ιππόκαμπο, είναι να καθορίζει κατά πόσον αυτή η πληροφορία έχει συναισθηματική αξία.

Δηλαδή, ο ρόλος της αμυγδαλής είναι άμεσος στη δημιουργία αποθηκευμένων πληροφοριών που έχουν συνδεθεί συναισθηματικά και ιδίως όταν αυτές οι πληροφορίες έχουν συνδεθεί με φοβικά συναισθήματα. Οι νευροαπεικονιστικές μελέτες έδειξαν ότι συντελούνται στην αμυγδαλή τόσο δομικές όσο και λειτουργικές αλλαγές στα άτομα διαγνωσμένα με PTSD (Anda, Felitti, Bremner, et al., 2006). Αυτό έχει οδηγήσει τους επιστήμονες να πιστεύουν ότι η υπερδιέγερση της αμυγδαλής σε ασθενείς με PTSD δεν ελέγχεται ικανοποιητικά από τον προμετωπιαίο φλοιό και τον ιππόκαμπο του εγκεφάλου.

### 1.4.3 Γενετικές αιτίες

Έχουν διεξαχθεί επίσης πολλές έρευνες με δίδυμα που ήταν κυρίως άτομα που πήραν μέρος σε στρατιωτικές πολεμικές επιχειρήσεις π.χ. Βιετνάμ. Μία τέτοια έρευνα χρησιμοποιώντας δείγμα 4042 ατόμων που ήταν πανομοιότυπα δίδυμα και έλαβαν ενεργή δράση στο Βιετνάμ έδειξε ότι υπήρχε αυξημένος κίνδυνος να διαγνωσθεί το ένα δίδυμο με PTSD εάν το άλλο είχε ήδη διαγνωσθεί με PTSD (True, Rice, Eisen, et al., 1993). Οι γενετικές συσχετίσεις που παρουσίασαν και αναφέρθηκαν πριν μεταξύ του PTSD και σε παιδικό εκφοβισμό από Καναδούς ερευνητές (McGowan, Sasaki et al., 2009; Peggy, 2009) είναι σχετικές και εδώ.

Επιπλέον, μία άλλη ενδιαφέρουσα έρευνα σύγκρινε γενετικά και εγκεφαλικά τα παιδιά που είχαν γονείς που έπασχαν από PTSD με αυτούς τους γονείς (Nauert, 2007). Διαπιστώθηκε ότι τόσο οι γονείς όσο και τα παιδιά τους μοιραζόντουσαν το ίδιο εγκεφαλικό αποτύπωμα, δηλαδή, υπήρχαν χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης το οποίο επιτυχώς προέβλεπε την ανάπτυξη PTSD στα παιδιά τους. Αυτή η ένδειξη ήταν που έκανε τους ερευνητές να θεωρήσουν ότι υπάρχει κάποια γενετική μεταφορά υλικού που έχει υπογραφεί με κάποιο γενετικό αποτύπωμα PTSD.

Παρόλα αυτά, οι γενετικές έρευνες σχετικά με το PTSD και την κληρονομικότητά του πρέπει να υπερβούν πολλά εμπόδια (Anda, Felitti, Bremner, et al., 2006). Η δυσκολία να εκλάβει υπόψη του κάποιος ερευνητής τόσο τους περιβαλλοντολογικούς όσο και τους γενετικούς παράγοντες οδηγεί τέτοιες έρευνες σε αδυναμία γενικοποίησης των αποτελεσμάτων αυτών. Επιπλέον, μία διαταραχή όπως αυτή του μετατραυματικού άγχους που εξαρτάται αρκετά από τη φύση του τραυματικού ερεθίσματος οδηγεί σε σκέψεις μήπως αυτά τα αποτελέσματα είναι έγκαιρα μόνο για ένα πολύ συγκεκριμένο πληθυσμό με PTSD. Βέβαια, η αξία τέτοιων ερευνών δεν θα πρέπει να υποτιμάται. Θα πρέπει να συνεχιστούν ίσως με πιο αυστηρά κριτήρια. Έτσι και αλλιώς τέτοιες έρευνες βρίσκονται ακόμη σε νηπιακό στάδιο.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Π**

### **Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ**

#### **2.1 Εισαγωγή**

Μέσα από την εξερεύνηση των διάφορων θεραπειών για την διαταραχή του μετατραυματικού άγχους νέες πληροφορίες θα αναδυθούν τόσο για τη φύση αυτής της διαταραχής όσο και για το πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί ή ακόμη και να προληφθεί. Το πρώτο βήμα βέβαια είναι ο έχων PTSD να παραδεχτεί ότι χρειάζεται βοήθεια και να μη νομίζει ότι αυτό αποτελεί στοιχείο του χαρακτήρα του όπως αναλύσαμε στο σχετικό υποκεφάλαιο. Το επόμενο βήμα είναι να διαλέξει τον ειδικό που θα του ταιριάζει όπως και η πρόπων θεραπεία που θα πρέπει να εφαρμοστεί. Λόγω της ποικιλίας των καταστάσεων όπου κάποιος μπορεί να εκτεθεί και να έρθει αντιμέτωπος με το PTSD, θα πρέπει ο θεραπευτής να βρει αυτή τη θεραπεία (ή μίξη θεραπειών) που θα του ταιριάζει καλύτερα (McFarlane, 1994).

Η θεραπεία της διαταραχής του μετατραυματικού άγχους μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική και βοηθάει τον ασθενή να επανακτήσει τον έλεγχο της ζωής του όπως και ψυχική ηρεμία (Friedman, 2010). Με την επιτυχή θεραπεία του, το άτομο αισθάνεται περισσότερη αυτοπεποίθηση και νοιώθει ότι μπορεί να αντιμετωπίσει οποιοδήποτε σύμπτωμα της διαταραχής αυτής εμφανιστεί μετέπειτα της θεραπείας. Η θεραπεία της διαταραχής αυτής συνήθως περιλαμβάνει τόσο ψυχοθεραπευτικές μεθόδους όσο και φαρμακευτικές μεθόδους. Αυτός ο συνδυασμός θεραπειών μπορεί να βοηθήσει κάποιο πάσχοντα από PTSD να βελτιώσει την συμπτωματολογία του καθώς και να του δείξει τον τρόπο να αντιμετωπίζει καλύτερα από εδώ και πέρα τραυματικά γεγονότα όπως και τις παρενέργειές τους.

##### **2.1.1 Η ψυχοθεραπευτική μέθοδος**

Διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας μπορεί να εφαρμοστούν για τη θεραπεία της διαταραχής του μετατραυματικού άγχους σε ενήλικες. Το ποια μέθοδος είναι η καλύτερη για κάποιον εξαρτάται από το τι συμπτωματολογία εμφανίζει όπως και υπό ποιες καταστάσεις δημιουργήθηκε αυτή η διαταραχή. Κάποιος που έχει μία τέτοια

διαταραχή θα πρέπει να δοκιμάσει κάποια και αν δεν του ταιριάζει τότε να ψάξει κάποια άλλη μέθοδο ή συνδυασμό διάφορων ειδών ψυχοθεραπειών. Άτομα που έχουν χαρακτηριστεί με τη συμπτωματολογία αυτής της διαταραχής μπορούν να ψάξουν τόσο για ατομική όσο και ομαδική θεραπεία ή και τα δύο. Όπως προειπώθηκε, άτομα με αυτή τη διαταραχή μπορούν με μεγαλύτερη ευκολία να μιλήσουν σε άτομα που έχουν την ίδια διαταραχή (Laor, Wolmer et al., 1997). Για αυτό το λόγο, η ομαδική θεραπεία συστήνεται μάλλον ως προτιμότερη αφού προσφέρει μία ιδιαίτερη σύνδεση μεταξύ αυτών των ατόμων.

Η κοινή συνιστώσα όλων των ψυχοθεραπειών είναι ότι η θεραπεία εξατομικεύεται στις ειδικές ανάγκες της κάθε περίπτωσης και του κάθε τραύματος. Χρησιμοποιείται τόσο η προσεκτική συνέντευξη του ατόμου όσο και ερωτηματολόγια για την εκτίμηση της κατάστασέως του. Αυτά τα δύο εργαλεία πρέπει να χρησιμοποιούνται τόσο στην έναρξη όσο και στα ενδιάμεσα στάδια της θεραπείας. Πρέπει να τονιστεί ότι η θεραπεία με ψυχαναλυτικές μεθόδους δεν μπορεί να αρχίσει εάν ο ασθενής είναι σε κρίση (National Center for PTSD, 2006). Στην περίπτωση που ο ασθενής βρίσκεται σε σοβαρή κατάθλιψη ή έχει αυτοκτονικές σκέψεις ή έχει κάνει απόπειρες αυτοκτονίας, βρίσκεται σε κατάσταση πανικού ή αλόγιστων συλλογισμών, κάνει σοβαρή κατάχρηση ουσιών ή οινόπνεύματος, ή μόλις έχει εκτεθεί στο τραυματικό επεισόδιο, τότε θα πρέπει να αντιμετωπιστούν πρώτα αυτές οι πράξεις.

Στην περίπτωση που υπάρχει ένας συνδυασμός από θεραπείες, γίνεται μία αναλυτική εξερεύνηση των τραυματικών μνημών. Αυτή η διαδικασία επιδιώκει την καλύτερη αντιμετώπιση αυτών των τραυματικών μνημών από την πλευρά του ασθενούς από PTSD. Του δίνει το σθένος και του επιτρέπει να αντιμετωπίσει αυτές τις μνήμες όπως και τα συναισθήματα που προκαλούνται από αυτές τις μνήμες δίχως να αισθάνεται υπερδιέγερση ή συναισθηματικά κενά.

Ο στόχος για υψηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση είναι κεντρικά στοιχεία στις ψυχαναλυτικές μεθόδους για αυτή εδώ τη διαταραχή. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι μνήμες συνδεδεμένες με το τραυματικό γεγονός δεν μπορούν να διαγραφούν ή να εξαφανιστούν εντελώς. Ο στόχος είναι η ανάπτυξη νέων τρόπων και ικανοτήτων αντιμετώπισης αυτών από τον ασθενή με PTSD.



### **2.1.2 Η ψυχοδυναμική μέθοδος**

Η εξερεύνηση των τραυματικών μνημών μπορεί να γίνει με πολλαπλούς τρόπους οι οποίοι βασίζονται στο τρόπο που κάποιος εκτέθηκε στο τραυματικό γεγονός (Rose, 1986). Για παράδειγμα, η περίπλοκη μορφή του PTSD που ίσως να μας ενδιαφέρει εδώ, μπορεί να αντιμετωπιστεί με ψυχοδυναμική ή με γνωστική – συμπεριφορική, ή με φαρμακευτική ή συνδυασμός αυτών. Πιο αναλυτικά, η ψυχοδυναμική προσέγγιση επικεντρώνεται σε συναισθηματικούς κόμπους που προκλήθηκαν από το τραυματικό γεγονός.

Μέσα από την επανάληψη των τραυματικών μνημών και τη σύνδεσή τους με μία ήρεμη συναισθηματική κατάσταση, ο ασθενής θα αναπτύξει περισσότερη αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, νέες ικανότητες αντιμετώπισης αυτών των τραυματικών μνημών και επιπλέον θα μπορεί επιτυχώς να διαχειρίζεται τη συναισθηματική του κατάσταση και να ζήσει μία πιο φυσιολογική ζωή δίχως συναισθηματικές εξάρσεις, κοινωνική απογοήτευση, και οικογενειακούς καυγάδες (National Center for PTSD, 2006). Ο θεραπευτής βοηθάει τον ασθενή να τακτοποιήσει την σημερινή κατάσταση της ζωής του ώστε να προβεί σε βελτιωτικές κινήσεις και να προσπαθήσει να ζήσει δίχως να ενισχύει τη συμπτωματολογία της διαταραχής του μετατραυματικού άγχους.

### **2.1.3 Η Γνωσιακή συμπεριφορική μέθοδος**

Υπάρχουν δύο κυρίες γνωσιακές-συμπεριφορικές μέθοδοι που εφαρμόζονται σε περιπτώσεις ατόμων με διαταραχή μετατραυματικού άγχους. Η μία είναι η θεραπεία έκθεσης και η κλασσική γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (Rothbaum & Foa, 1996).

Η θεραπεία έκθεσης περιλαμβάνει την αντιμετώπιση του τραυματικού γεγονότος είτε με την ενεργή -σε βάθος- και με όλες τις λεπτομέρειες θύμηση και περιγραφή του γεγονότος είτε κάνοντας επίσκεψη σε μέρη που έχουν για τον πάσχοντα από PTSD μεγάλη τραυματική συναισθηματική φόρτιση (Robertson, Humphreys, & Ray, 2004). National Center for PTSD, 2006). Στην περίπτωση που κάποιο άτομο είχε εκφοβιστεί

στο παρελθόν άσχημα σε ένα σχολικό περιβάλλον, τότε η επίσκεψη του πάσχοντα σε αυτό το μέρος με βάση αυτή τη θεραπεία θεωρείται επιβεβλημένη.

Η έκθεσιακή θεραπεία στοχεύει στο να βοηθήσει τον ασθενή ώστε να αντιμετωπίσει και να επανακτήσει τον έλεγχο των φοβιών του και της υπερδιέγερσης που συνάδει με το τραυματικό ερέθισμα (Robertson, Humphreys, & Ray, 2004). Αυτή η μορφή θεραπείας πρέπει να γίνει πολύ προσεκτικά και από έμπειρους θεραπευτές ώστε να μην ξανά προκληθεί κάποιο τραύμα από την έκθεση αυτή. Σε μερικές περιπτώσεις εμφανίστηκε βελτίωση όλων των τραυματικών μνημών με μία και μόνο έκθεση (National Center for PTSD, 2006). Σε άλλες περιπτώσεις όμως, προτιμάται η βήμα προς βήμα έκθεση του πάσχοντα στα τραυματικά ερεθίσματα και μέρη, από το λιγότερο τραυματικό έως το περισσότερο τραυματικό χρησιμοποιώντας ειδικές τεχνικές χαλάρωσης και μεθόδους απευαισθητοποίησης.

Από την άλλη, η κλασσική γνωσιακή – συμπεριφορική μέθοδος χρησιμοποιεί την εκμάθηση νέων ικανοτήτων για την αντιμετώπιση του άγχους όπως τεχνικές αναπνοής και βιοανάδρασης (National Center for PTSD, 2006). Επίσης, η γνωσιακή ανακατασκευή που έχει να κάνει με την αντιμετώπιση των αρνητικών επαναλαμβανόμενων σκέψεων είναι μία άλλη μέθοδος που χρησιμοποιείται σε αυτήν εδώ τη θεραπεία. Επιπλέον, η προετοιμασία για αγχώδεις αντιδράσεις όπως και οι εκρήξεις θυμού είναι θέματα που επιλύει επιτυχώς. Μπορεί ακόμη να αντιμετωπίσει μελλοντικές εκδηλώσεις συμπτωμάτων από παρόμοια τραυματικά ερεθίσματα σε σχέση με τα ήδη παρόντα όπως και με την άσβεστη επιθυμία για χρήση ουσιών και οινοπνεύματος. Τέλος, η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων γίνεται επιτυχώς σε πάσχοντες από PTSD.

#### **2.1.4. Η ομαδική ψυχοθεραπεία**

Η ομαδική ψυχοθεραπεία (National Center for PTSD, 2006) μπορεί να προσφερθεί σε όλα τα άτομα που έχουν διαγνωσθεί ότι πάσχουν από διαταραχή μετατραυματικού άγχους αλλά κυρίως μπορεί να ωφελήσει άτομα που έχουν βιώσει αρκετά έντονα το τραυματικό γεγονός. Με τη συγκρότηση της ομάδας, οι πάσχοντες αισθάνονται άνεση και ασφάλεια στο να μοιραστούν τις τραυματικές τους εμπειρίες δίχως να

αισθάνονται ότι θα κατακριθούν, υποτιμηθούν, ή θα εκτεθούν. Είναι σημαντικό ότι σε τέτοιες ομάδες υπάρχει μεγάλη εμπάθεια, ότι ο ένας καταλαβαίνει τα συναισθήματα του άλλου και μέσω της έκφρασης απελευθερώνεται καταπιεσμένη ενέργεια.

Με την ομαδική ψυχοθεραπεία, οι πάσχοντες αυξάνουν την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμησή τους μειώνοντας παράλληλα την αρνητικότητα των σκέψεων και των συναισθημάτων τους. Η εμπιστοσύνη και οι κοινωνικές δεξιότητες αυξάνουν μέσα σε τέτοιες ομάδες. Συναισθήματα όπως ενοχές, ντροπή, θυμός, φόβος, αμφιβολίες, εξομαλύνονται. Οι ομαδικές ψυχοθεραπείες μπορούν να επικεντρωθούν στο εδώ και τώρα, στην αντιμετώπιση καθημερινών, πρακτικών καταστάσεων.

### **2.1.5. Η φαρμακευτική οδός**

Η φαρμακευτική αγωγή (National Center for PTSD, 2006) για την αντιμετώπιση της διαταραχής του μετατραυματικού άγχους μπορεί να επιτύχει τη μείωση του άγχους, της κατάθλιψης, και της αϋπνίας σε αυτά τα άτομα. Σε μερικές περιπτώσεις ίσως και να μπορεί να βοηθήσει στο συναισθηματικό μούδιασμα που έγινε μετά από το τραυματικό επεισόδιο. Αρκετά φαρμακευτικά παρασκευάσματα και αντικαταθλιπτικές ουσίες έχουν επιτύχει πολύ καλά αποτελέσματα σε τέτοιες περιπτώσεις που η άμεση ανακούφιση είναι το ζητούμενο όπως και η ασφάλεια του πάσχοντος από αυτοκτονικές πράξεις.

Παρόλα αυτά, οι κλινικές δοκιμές δεν έχουν δείξει ότι μόνο ένα συγκεκριμένο φάρμακο μπορεί να δράσει για την αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής αφού εμπλέκονται ένα σύνολο παραγόντων που αλληλεπιδρούν. Ο ρόλος της φαρμακευτικής αγωγής είναι κυρίως για την προστασία του πάσχοντος και την άμεση προσωρινή ανακούφισή του από βαριές συναισθηματικές φορτίσεις (Clarkin, Pilkonis, & Magruder, 1996). Η φαρμακευτική αγωγή συνήθως συνοδεύεται από παρενέργειες που δεν είναι επιθυμητές. Η ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή και συμπεριφορική μέθοδος ή άλλες ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι πρέπει να αντικαταστήσουν τη φαρμακευτική αγωγή για μία μόνιμη και καλή ψυχοσωματική υγεία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

### ΤΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ: ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

#### 3.1 Παράγοντες που επιδρούν στο μετατραυματικό άγχος

Οι παράγοντες που έχουν βρεθεί να επηρεάζουν τη δυναμική του τραύματος και τη ψυχοσωματική του διάσταση στο υποκείμενο είναι αρκετά συγκεκριμένοι και θα αναφερθούν παρακάτω.

Η φύση και η ένταση του τραύματος μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά τη μελλοντική συμπτωματολογία σε κάποιον που θα διαγνωσθεί με διαταραχή μετατραυματικού άγχους. Παραδείγματος χάρη, έχει βρεθεί ότι οι χώροι από μόνιους όπου συγκεντρώνονται πολλά παιδιά (και γενικά για όλους τους ανθρώπους: όπως στα τηλεπαιχνίδια τύπου big brother) όπως σχολεία ή προσκοπικές κατασκηνώσεις δημιουργούν μεγάλο άγχος και άλλες ψυχικές –ήπιες συνήθως- πιέσεις (Krystal, 1988). Ο χρόνιος συνεχής εκφοβισμός έχει παρόμοια με μεγαλύτερη σοβαρότητα αρνητικά αποτελέσματα στο άτομο, και ιδίως όταν αυτό το άτομο βρίσκεται στην παιδική ηλικία (Cahill, Llewelyn, & Pearson, 1991). Εκτός από τη φύση της εμπειρίας, η έντασή της καθορίζει την ποικιλομορφία στην εμφάνιση της μελλοντικής συμπτωματολογίας.

Ένας δεύτερος παράγοντας που επιδρά στη ψυχοσωματική υγεία του ατόμου που δέχθηκε εκφοβισμό στην παιδική ηλικία είναι η ευαισθητοποίηση που μπορεί να είχε πριν τη συγκεκριμένη εμπειρία. Συγκεκριμένοι παράγοντες όπως η χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, η κακοποίηση από συγγενείς, και άλλοι παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν το παιδί σε μία ευαισθητοποιημένη κατάσταση όπου έχουν προετοιμάσει το έδαφος για την εμφάνιση της διαταραχής αυτής ή και ενίσχυση αυτής της διαταραχής μετέπειτα το εκφοβιστικό γεγονός (Lindy, 1996). Τέτοιοι συνδυασμοί τραυμάτων θα πρέπει να εξερευνηθούν από τον θεράποντα ψυχοθεραπευτή. Πολλές φορές, το θύμα του εκφοβισμού αναφέρει μόνο το εκφοβιστικό γεγονός νοιώθοντας συναισθήματα ντροπής ή άλλα για τα παρελθόντα αρνητικά του βιώματα.

Ο τρίτος παράγοντας είναι η κληρονομικότητα και οι εκ γενετής τροποποιήσεις που μπορεί να επηρεάσουν τους αμυντικούς μηχανισμούς του ατόμου. Για παράδειγμα, κάποιο άτομο το οποίο έχει κάποια κληρονομική ψυχική ασθένεια ή εκ γενετής ανωμαλία στην ψυχοσύνθεσή του, μπορεί να μην είναι έτοιμο να αντιμετωπίσει γεγονότα και εμπειρίες που θα το εκθέσουν σε παραπάνω από το κανονικό επίπεδο άγχους όπως και σε εσωτερικές διαμάχες. Παραδείγματα από σχιζοφρενείς όπου παρατηρήθηκε κάτι τέτοιο (Harris, 1989) και σε πειράματα σε ποντίκια που τα οδήγησαν σε εκμάθηση ανικανότητας (learned helplessness) (Kendler, Kessler, & Walters, 1995) δείχνουν ότι κάτι τέτοιο μπορεί να συμβαίνει και να περνάει απαρατήρητο από τους θεραπευτές.

Τέλος, έχει παρατηρηθεί ότι παιδιά ηλικίας από 3 έως 8 ετών τα οποία βρέθηκε ότι είχαν πολύ ακραία χαρακτηριστικά διάθεσης όπως χαμηλό δείκτη προσαρμοστικότητας, αποχώρηση από νέα ερεθίσματα, δυνατές συναισθηματικές εκρήξεις, και αρνητική διάθεση, δεν υπήρχε παρουσία αυτών σαν ενήλικες εάν αυτά τα παιδιά μεγάλωναν σε ένα υγιές ψυχοσωματικό οικογενειακό περιβάλλον αλλά αν μεγάλωναν σε ένα μη υγιές ψυχοσωματικό οικογενειακό περιβάλλον, τότε υπήρχαν περιστατικά με συμπεριφορικές δυσκολίες και αυξημένο βαθμό κλινικών ψυχοσωματικών περιστατικών συμπεριλαμβανόμενου της διαταραχής του μετατραυματικού άγχους (Maziade, Caron, Côté, Boutin, & Thivierge, 1990). Αυτό δείχνει ότι ίσως κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας να μπορούν να κληροδοτηθούν.

Ένας τέταρτος παράγοντας είναι η ηλικία του ατόμου που έρχεται σε επαφή με το τραυματικό γεγονός όπως και το στάδιο ανάπτυξης που βρίσκεται. Περιγράφοντας ακριβώς μία τέτοια κατάσταση, η Anna Freud ανέφερε πως όπως ένα σπίτι κινδυνεύει περισσότερο να πάθει ζημιά καθώς χτίζεται από καταστροφικά φυσικά φαινόμενα, έτσι το 'εγώ' ενός παιδιού ή εφήβου μπορεί να καταστραφεί ή να αναπτύξει μειωμένες αντιστάσεις σε στρεσογόνα ερεθίσματα (Tyson & Tyson, 1990).

Το παιδί ή ο έφηβος πολλές φορές συνδυάζει το τραυματικό γεγονός σε σχέση με το ψυχαναλυτικό αναπτυξιακό στάδιο που βρίσκεται. Η φαντασία του επεμβαίνει σε αυτό. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι τραυματικά γεγονότα κατά τη διάρκεια της οιδιπόδειας περιόδου, συνήθως στην ηλικία των 3 έως 6 ετών, συνδέονται με

σεξουαλικές εσωτερικές διαμάχες. Συγκεκριμένα, μία έρευνα έδειξε ότι άτομα που σαν παιδιά είχαν χειρουργηθεί σε αυτή την αναπτυξιακή περίοδο, παρουσίασαν σαν ενήλικες σοβαρές μαζοχιστικές τάσεις. Αυτές αναπτύχθηκαν σαν μία 'φαντασική τιμωρία' για τις σεξουαλικές φαντασιώσεις και ορμές που είχαν τότε (Glenn, 1984).

Ένας πέμπτος παράγοντας είναι το περιβάλλον την ώρα που συμβαίνει η τραυματική εμπειρία. Μία προστατευτική οικογένεια ή γονέας μπορεί να προσφέρει σημαντική βοήθεια στο ευαισθητοποιημένο / τραυματισμένο παιδί. Αντίθετα, παιδιά που μεγάλωσαν σε περιβάλλοντα που την ώρα που συμβαίνει η τραυματική εμπειρία ήταν επικίνδυνα και βίαια, μπορεί να αναπτύξουν μη σωστή προσωπικότητα ή αμυντικούς μηχανισμούς. Σημαντικό ρόλο παίζει και η κοινωνία, δηλαδή αν θα δημιουργήσει ένα προστατευτικό δίκτυο ή όχι απέναντι σε τέτοια περιστατικά (Kolk, 1987).

Ένας τελευταίος παράγοντας είναι η ήδη διαμορφωθείσα προσωπικότητα. Κάποιο άτομο που έχει εκτεθεί σε τραυματική εμπειρία όπως στον εκφοβισμό, τότε σαν ενήλικας, μπορεί να αναπτύξει χαρακτηριστικά προσωπικότητας που πριν το τραύμα δεν θα εμφανιζόντουσαν αφού είχαν επιλυθεί σαν ενδο-συγκρουσιακές εξάρσεις (McFarlane, 1994).

### **3.2 Στατιστικά στοιχεία**

Υπολογίστηκε ότι τουλάχιστον το 70% των Αμερικανών θα βρεθεί αντιμέτωπος κάποια στιγμή της ζωής του με τραυματική εμπειρία. Από αυτό το πληθυσμό, το 20% ή αλλιώς 13 εκατομμύρια Αμερικανοί θα αναπτύξουν τη διαταραχή του μετατραυματικού άγχους (American Psychiatric Association, 1994). Παγκοσμίως, το 5% υποφέρει από αυτή την διαταραχή κάθε στιγμή. Επίσης, βρέθηκε ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη αυτής της διαταραχής από ότι οι άντρες, τουλάχιστον σε διπλάσιο βαθμό.

Επιπλέον, άτομα που έχουν ισπανική ή αφρικάνικη καταγωγή στην Αμερική, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν αυτή τη διαταραχή. Το ίδιο συμβαίνει και με τους μετανάστες από χώρες που υπάρχει έντονη βία όπως πρόσφατα στη Συρία, Λιβύη κλπ. Οι μετανάστες μπορεί να αναπτύξουν αυτή τη διαταραχή ακόμη και μετά

από 20 έτη (Marshall, Schell, Elliott, Berthold, & Chun, 2005). Αυτό δίνει μία μεγάλη περίοδο όπου οι θεραπευτές μπορούν να επέμβουν ώστε να επιτύχουν την επούλωσή της. Διαφορετικά το έμμεσο και άμεσο κόστος για την περίθαλψη, κόστος δικαστηρίων, χαμένες ώρες εργασίας θα αυξάνει.

Όσον αφορά τον παιδικό πληθυσμό και τους εφήβους, βρέθηκε ότι το 14 με 43% αντιμετωπίζει κάποια στιγμή κάποιο σοβαρό τραυματικό γεγονός (American Psychiatric Association, 1994). Από αυτά τα παιδιά, το 3% με 15% που είναι κορίτσια και το 1 με 6% που είναι αγόρια θα αναπτύξουν τη διαταραχή του μετατραυματικού άγχους. Από αυτά που κακοποιήθηκαν σεξουαλικά, το 60% θα αναπτύξει αυτή τη διαταραχή όπως και το 40% όσων κακοποιήθηκαν σωματικά. Όπως παρατηρούμε τα ποσοστά αυτά δείχνουν ότι απασχολεί ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού και πρέπει να αντιμετωπιστεί.

### **3.3 Προβλήματα στο εργασιακό περιβάλλον**

Μετά την έκθεση σε τραυματική εμπειρία ενός ατόμου, και την μετέπειτα εκδήλωση της διαταραχής του μετατραυματικού άγχους, το άτομο αυτό μπορεί να νοιώθει για αρκετό διάστημα οξύθυμο και να απουσιάζει αρκετές φορές από την εργασία του με διάφορες δικαιολογίες. Επίσης, θα αποξενώνεται σιγά-σιγά από το οικογενειακό του περιβάλλον αφού θα νοιώθει ότι του 'φταίνε όλοι'. Αυτό οδηγεί σε μία μειωμένη εργασιακή επίδοση (Bryant, & Harvey, 2003).

Η εργασιακή επίδοση μειώνεται επίσης ως αποτέλεσμα της υπέρ-εργήγορσης, συνοδευμένη από ελάττωση της συγκέντρωσης. Επιπλέον, όταν το εργασιακό περιβάλλον είναι απαιτητικό, οι συνάδελφοι δεν αποδέχονται τη κατάρρευση από το άγχος, τότε το άτομο αυτό με τη διαταραχή αυτή αισθάνεται αποκλεισμένος και απομονωμένος ψυχοσωματικά και η εργασιακή του καριέρα βρίσκεται στα τάρταρα (Bryant, & Harvey, 2003). Επαγγέλματα όπως οι πρώτες βοήθειες, και γενικά ο δημόσιος ή και ιδιωτικός τομέας περίθαλψης ίσως είναι επαγγέλματα που θα οδηγήσουν στην γρήγορη εκδήλωση των συμπτωμάτων του PTSD.

### **3.4 Προβλήματα στο οικογενειακό περιβάλλον**

Έρευνες έχουν δείξει ότι όταν κάποιο μέλος της οικογένειας έχει τη διαταραχή του μετατραυματικού άγχους, και ιδίως κάποιος γονέας, τότε η οικογενειακή κατάσταση χαρακτηρίζεται από πολύ μεγάλα επίπεδα άγχους, δυστυχίας, προβλήματα γάμου, και άλλα (Jordan, Marmar, Fairbank, Schlenger, Kulka, Hough, & Weiss, 1992). Η υποστήριξη της οικογένειας για το άτομο που έχει PTSD είναι σημαντική και ιδίως από το άλλο μισό. Το άλλο μέλος του γάμου θα πρέπει να κατανοήσει και να αναζητήσει επαγγελματική βοήθεια.

Παρόλα αυτά θα πρέπει να προσέξει να μην γίνονται γεγονότα που θα προκαλούν υπερδιέγερση στο άλλο άτομο εξαιτίας του ξαναζωντανέματος των τραυματικών μνημών από κάποια τυχαία γεγονότα. Παραδείγματος χάριν, θα πρέπει να αποφεύγονται τηλεοπτικές εκπομπές ή ταινίες που δείχνουν π.χ. εκφοβιστικά γεγονότα να συμβαίνουν σε παιδιά αν το άτομο αυτό εμφάνισε PTSD λόγω εκφοβιστικών γεγονότων στο παρελθόν.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV**

### **ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ**

#### **4.1 Είδη σχολικού εκφοβισμού**

Ο σχολικός εκφοβισμός είναι οποιοσδήποτε εκφοβισμός που γίνεται σε σχολικό περιβάλλον και προκαλεί με δόλο κάποια ζημιά σε ένα άλλο άτομο. Ο σχολικός εκφοβισμός μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε σχολικό περιβάλλον όπως στη γυμναστική, στην διαδρομή προς ή από το σχολείο, σε τουαλέτες/μπάνια, σε σχολικά λεωφορεία, στην σχολική τάξη, ή σε δραστηριότητες μετά το σχολείο. Συνήθως οι εκφοβιστές βρίσκουν άτομα που ξεχωρίζουν από τους άλλους, είναι απομονωμένα και απόμακρα (Whitted, 2005).

Τα είδη του σχολικού εκφοβισμού είναι κατά κύριο λόγο ο σωματικός εκφοβισμός, ο συναισθηματικός εκφοβισμός, ο σεξουαλικός εκφοβισμός, ο λεκτικός εκφοβισμός, ο έμμεσος εκφοβισμός που ίσως ταυτίζεται με τον κοινωνικό εκφοβισμό, ο κυβερνο-εκφοβισμός και άλλα. Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναλυθούν κυρίως ο σωματικός εκφοβισμός, ο συναισθηματικός εκφοβισμός και ο σεξουαλικός εκφοβισμός (Johnston, 1996).

##### **4.1.1 Συναισθηματικός εκφοβισμός**

Η συναισθηματική μορφή του εκφοβισμού είναι δυσκολότερο να αποδειχτεί εκτός και αν το θύμα του εκφοβισμού μπορεί να ανατρέξει σε αξιόπιστους μάρτυρες. Αυτή η μορφή εκφοβισμού μπορεί να προκαλέσει εξαιρετικό πόνο σε ένα παιδί ή έφηβο και ίσως έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνική του απομάκρυνση και απομόνωση και τη γέννηση συναισθημάτων κατωτερότητας (Agirdag, Demanet, Van Houtte, Van Avermaet, & Bettelheim, 2011).

Ο συναισθηματικός εκφοβισμός μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους όπως με τη δημιουργία ψευδώνυμων για άλλα άτομα (π.χ. 'σαλιγκάρι'), με λεκτική επίθεση, με τη καταδίωξη ενός ατόμου, με τη δημιουργία ψευδών φημών, με τον εκβιασμό του άλλου, με την απόσπαση ή το κρύψιμο αντικειμένων του άλλου ατόμου, ή και με τον

αποκλεισμό από ομάδες/παρέες (Agirdag et al., 2011). Αν και εξαιρετικά δύσκολο να υπολογιστούν τα ποσοστά του συναισθηματικού εκφοβισμού είτε γιατί δεν αναφέρεται εύκολα, ή δεν αναγνωρίζεται, ή γιατί υπάρχει αλληλοεπικάλυψη με άλλες μορφές εκφοβισμού, η Αμερικάνικη υπηρεσία για την προστασία κακοποιημένων παιδιών αναφέρει ότι το 1997 αναγνωρίστηκαν ότι 15% των παιδιών που μελετήθηκαν είχαν συναισθηματικά εκφοβιστεί (Doyle, 1997). Στην Αυστραλία, το 31% των παιδιών εντοπίστηκαν να έχουν εκφοβιστεί συναισθηματικά το 1997 (Broadbent, & Bentley, 1997). Στην Αγγλία το 1996, το 15% των παιδιών επίσης βρέθηκε να έχει εκφοβιστεί συναισθηματικά (Doyle, 1997).

#### **4.1.2 Σεξουαλικός εκφοβισμός**

Ο σεξουαλικός εκφοβισμός συνήθως περιλαμβάνει χωρίς την θέληση του άλλου σωματική επαφή ή σεξουαλική κακοποίηση ή σεξουαλικά υπονοούμενα/σχόλια. Επίσης, η κυκλοφορία άσεμνων φωτογραφιών ή βίντεο θεωρείται επίσης σεξουαλικός εκφοβισμός. Σεξουαλικός εκφοβισμός είναι οποιοσδήποτε εκφοβισμός που είτε περιλαμβάνει φυσική ή μη φυσική επαφή και γίνεται με βάση το σεξουαλικό προσανατολισμό του άλλου ή το φύλο του (Dake, Price, & Telljohann, 2003).

Σε μία έρευνα του BBC αποκαλύφθηκε ότι από τα 273 άτομα που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο του BBC, τα 28 είχαν αναγκαστεί να κάνουν κάτι σεξουαλικό και τα 31 είχαν δει να συμβαίνει σε κάποιον άλλον (Dake, Price, & Telljohann, 2003). Από τους 273, οι 40 δήλωσαν ότι στα παιδικά τους χρόνια είχαν χωρίς τη θέλησή τους κάποια σωματική επαφή. Βρέθηκε επίσης ότι το 27% των μαθητών εκφοβίζονται γιατί αρνιούνται να συμμετάσχουν σε σεξουαλικές πράξεις.

#### **4.1.3 Σωματικός εκφοβισμός**

Ο σωματικός εκφοβισμός είναι ο πιο εύκολα αναγνωρίσιμος και περιλαμβάνει οποιαδήποτε σωματική επαφή που γίνεται χωρίς τη θέληση του άλλου. Για παράδειγμα, σπρωξίματα, μπουνιές, σκουντήματα, κλοτσιές, ακατάλληλα αγγίγματα, γαργαλίσματα, κεφαλοκλειδώματα, φάρσες στο σχολείο (π.χ. καρφίτσες στην καρέκλα), σωματικά πειράγματα, καυγάδες-τσακωμοί και χρήση διάφορων αντικειμένων ως όπλα (Coloroso, 2004).

Τα στατιστικά μιλούν από μόνα τους (Cologoso, 2004). 15% των σχολικών απουσιών γίνεται λόγω της φοβίας του ατόμου να πέσει θύμα εκφοβισμού. 1 στους 20 μαθητές στην Αμερική έχουν γίνει μάρτυρες οπλοφορίας άλλων μαθητών. 1 στους 10 μαθητές που φεύγει από το σχολείο φεύγει γιατί έχει γίνει θύμα εκφοβισμού επανειλημμένα (O'Moore, 2010).

Αν και κάποιος θα περίμενε ο σωματικός εκφοβισμός να συμβαίνει πιο πολύ μεταξύ των αγοριών, αυτό δεν είναι απόλυτα αληθινό. Πρόσφατη έρευνα βρήκε ότι ένα στα πέντε κορίτσια στο δημοτικό και στο γυμνάσιο στην Ιρλανδία έχουν εκφοβιστεί σωματικά συνήθως από άλλα κορίτσια. Το ποσοστό των αγοριών που πέφτουν θύματα εκφοβισμού παραμένει σταθερό, ένα στα τρία. Η έρευνα παρατήρησε ότι όσο μεγαλώνουν τα κορίτσια, τόσο πιο επιθετικά γίνονται. Ο σωματικός εκφοβισμός μεταξύ των κοριτσιών περιλαμβάνει ότι ο αντίστοιχος μεταξύ των αγοριών π.χ. κλωτσιές, μπουνιές, σπρωξίματα κλπ (O'Moore, 2010).

## **4.2 Συμμετέχοντες στον εκφοβισμό**

Περισσότερα από 16% παιδιά ηλικίας 9 έως 11 ετών βρέθηκε να εκφοβίζονται καθημερινά. Περίπου τα μισά από τα παιδιά που έχουν εκφοβιστεί δεν το δηλώνουν. Οι καθηγητές συνήθως προσπαθούν να το σταματήσουν αλλά δεν σταματάει, μερικές φορές γίνεται χειρότερο. Ούτε οι καθηγητές ούτε οι γονείς μιλάνε στα παιδιά που κάνουν τον εκφοβισμό (Fekkes, Pijpers, & Verloove-Vanhoirck, 2004).

Οι συμμετέχοντες στον εκφοβισμό μπορεί να είναι οι εκφοβιστές, τα θύματα του εκφοβισμού ή αυτοί που βρέθηκαν σαν μάρτυρες ή παρατηρητές σε ένα γεγονός εκφοβισμού μεταξύ κάποιων παιδιών. Όλοι αυτοί συμμετέχουν είτε με άμεσο ή με έμμεσο τρόπο όταν συμβαίνει ένας σχολικός εκφοβισμός.

### **4.2.1 Εκφοβιστές**

Οι εκφοβιστές μπορούν να κατηγοριοποιηθούν (Smokowski & Kopasz, 2005). Μία κατηγορία ατόμων που κάνουν εκφοβισμό είναι τα σαδιστικά ή ναρκισσιστικά άτομα. Αυτά τα άτομα δεν έχουν καθόλου εμπάθεια για τους άλλους, δηλαδή κατανόηση των

συναισθημάτων των άλλων. Έχουν χαμηλό βαθμό άγχους για τις συνέπειες που μπορεί να έχουν οι πράξεις τους. Έχουν την ανάγκη να νοιώθουν ναρκισσιστικά παντοδύναμοι. Μπορεί να φαίνεται στους άλλους ότι έχουν υψηλή αυτοπεποίθηση αλλά στην πράξη είναι ένας εύθραυστος ναρκισσισμός.

Μία άλλη κατηγορία παιδιών ή εφήβων που κάνουν εκφοβισμό είναι αυτοί που γίνονται εκφοβιστές μέσω της μίμησης, δηλαδή έχοντας δει άλλους να το κάνουν (Smokowski & Korasz, 2005). Αυτά τα άτομα μπορεί να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση ή να είναι καταθλιπτικά. Επηρεάζονται από τον κοινωνικό περίγυρο. Μπορεί να χρησιμοποιούν το κλαψούρισμα ή τη φλυαρία για να επιτύχουν τους στόχους τους, τη χειραγώγηση των άλλων. Μπορεί να ανταποκρίνονται αρκετά καλά σε αλλαγή της κουλτούρας στην τάξη ή σε κοινωνικούς κύκλους. Στην περίπτωση που υπάρχει καταθλιπτική συμπτωματολογία θα χρειαστούν παρακολούθηση από ειδικούς.

Η επόμενη κατηγορία παιδιών ή εφήβων που κάνουν εκφοβισμό είναι αυτοί που γίνονται εκφοβιστές από παρόρμηση (Smokowski & Korasz, 2005). Αυτό ο τύπος εκφοβιστή είναι λιγότερο πιθανόν να είναι μέρος μίας εκφοβιστικής ομάδας. Αυτά τα άτομα προβαίνουν σε εκφοβισμό αυθόρμητα και μάλλον τυχαία. Τέτοια άτομα έχουν δυσκολία στο να περιορίσουν τον εαυτό τους από την εκδήλωση εκφοβιστικής συμπεριφοράς ακόμη και όταν οι αρχές π.χ. δάσκαλοι τους απειλούν με σοβαρές συνέπειες για τις πράξεις τους. Αυτά τα παιδιά είναι πιθανόν να πάσχουν από υπερκινητικότητα (ADHD). Μπορεί και τα ίδια να πέσουν θύματα εκφοβισμού. Αυτά τα παιδιά μπορεί να ανταποκριθούν πολύ καλά σε φαρμακευτικές και συμπεριφορικές θεραπείες όπως και στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων.

Η μεθεπόμενη κατηγορία παιδιών ή εφήβων που κάνουν εκφοβισμό είναι αυτοί που κάνουν εκφοβισμό 'κατά λάθος' (Smokowski & Korasz, 2005). Αυτά τα παιδιά δεν κάνουν σκόπιμα εκφοβισμό και ίσως δεν πρέπει να συμπεριληφθούν σαν εκφοβιστές. Η συμπεριφορά του μπορεί να είναι επιθετική επειδή αυτό το άτομο δεν αντιλαμβάνεται ότι προκαλεί αναστάτωση στους άλλους. Αν κάποιος με υπομονή και εμπάθεια και συμπόνια, εξηγήσει σε αυτό το άτομο την κατάσταση, τότε αυτό το άτομο θα αλλάξει συμπεριφορά. Μερικές φορές είναι χρήσιμο αυτά τα άτομα να μάθουν κοινωνικές δεξιότητες.

#### **4.2.2 Θύματα εκφοβισμού**

Τα θύματα εκφοβισμού μπορεί να είναι οποιοσδήποτε (Smokowski & Korasz, 2005). Κάποιες φορές μπορεί να είναι ένα τυχαίο γεγονός ή κάποια τυχαία τοποθεσία. Μερικά παιδιά είναι περισσότερο πιθανό να πέσουν θύματα εκφοβισμού ή να γίνουν στόχοι εκφοβισμού από ότι κάποια άλλα δίχως αυτά να φταίνε βέβαια.

Κάποιο παιδί ή έφηβος που είναι λίγο διαφορετικός εκ γενετής σωματικά ή διαφέρει η συμπεριφορά του και η κουλτούρα του, κάποιο που έχει ένα ταλέντο που είναι αξιοζήλευτο από τον εκφοβιστή, κάποιο παιδί που συναγωνίζεται με τον εκφοβιστή για την εξουσία στην ομάδα, παιδιά με χαμηλή αυτοεκτίμηση και με καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορούν να είναι θύματα εκφοβισμού. Τέλος, άτομα που είναι κάπως σαδομαζοχιστικά όπως μία κοπέλα που αφήνει το αγόρι της να την κακοποιεί ώστε να προσπαθήσει να τον σώσει μπορεί να πέσουν επίσης θύματα εκφοβισμού. Πρέπει να σημειωθεί ότι δυστυχώς παιδιά με ειδικές ανάγκες είναι συχνά θύματα εκφοβισμού (Smokowski & Korasz, 2005).

#### **4.2.3 Παρατηρητές εκφοβισμού**

Οι παρατηρητές μπορεί να είναι οποιοσδήποτε που έχει παρατηρήσει κάποιο εκφοβισμό ατόμου από κάποια άλλα (Smokowski & Korasz, 2005).. Κάποια τέτοια άτομα ίσως να ταυτιστούν με τον εκφοβιστή και μπορεί να βοηθήσουν στον εκφοβισμό π.χ. φωνάζοντας. Αυτά τα άτομα συνήθως αρέσκονται στο να εκφοβίζουν κάποιον και να είναι παρατηρητές. Κάποια άλλα άτομα ίσως να ταυτιστούν με το θύμα αλλά νοιώθουν ανίκανοι να κάνουν κάτι, αισθάνονται ακινητοποιημένοι.

Κάποιοι άλλοι απλά κάνουν ότι δεν βλέπουν και προσπαθούν να προσπεράσουν το σημείο που γίνεται ο εκφοβισμός (Smokowski & Korasz, 2005). Κάποια άλλα άτομα-παρατηρητές εκφοβισμού έχουν μικτά συναισθήματα, καταλαβαίνουν το πρόβλημα αλλά φοβούνται να κάνουν κάτι ενεργά. Συνήθως αυτά τα άτομα είναι πιο ώριμα από τα προηγούμενα.

#### **4.2.4 Καταστάσεις εκφοβισμού**

Σε τοποθεσίες όπως τάξεις, κλαμπ και άλλα μέρη όπου τα παιδιά ή οι έφηβοι συγκεντρώνονται σε ομάδες μπορεί να γίνουν εκφοβισμοί (Smokowski & Kopasz, 2005). Τα κινητά τηλέφωνα και το ίντερνετ και ιδίως τα κοινωνικά δίκτυα π.χ. facebook είναι καινούρια πεδία για εκφοβισμό. Εκβιασμοί, φωτογραφίες ή βίντεο, ή απλά ανώνυμα μηνύματα και emails μπορεί να είναι τρόποι εκφοβισμού κάποιου ατόμου. Επίσης, η έντονη κακοποίηση, η αποδοχή της βίας και της ταπείνωσης μέσα σε οικογένειες είναι στοιχεία που συμβάλλουν σημαντικά στον εκφοβισμό / θυματοποίηση. Τέλος, υπεύθυνοι όπως δάσκαλοι που αγνοούν εκφοβισμούς μέσα στην τάξη είναι σαν να επιδοκιμάζουν αυτούς τους εκφοβισμούς.

## ΜΕΘΟΔΟΣ

### **Σχεδιασμός**

Αυτή η έρευνα έγινε για να ερευνήσει τη διαταραχή του μετατραυματικού άγχους που δημιουργήθηκε με εκφοβισμό σε σχολικό χώρο. Η μέτρηση της διαταραχής του μετατραυματικού άγχους έγινε με το ερωτηματολόγιο SATS-R. Συλλέχθηκαν επίσης και δημογραφικά στοιχεία.

### **Δείγμα**

Χρησιμοποιήθηκε δείγμα 338 ατόμων από τους οποίους το 21,6% (n=73) ήταν άνδρες και το 77,5% (n=262) γυναίκες. Το 82,6% του δείγματος ήταν ηλικίας από 17 έως 30 ετών. Το υπόλοιπό 17,4% ήταν ηλικίας άνω των 30 ετών. Το δείγμα ήταν τυχαίο και ευκαιριακό.

### **Εργαλεία**

Χρησιμοποιήθηκε η «Κλίμακα Θυματοποίησης και Τραύματος Φοιτητών-Αναθεωρημένη» που αποτελεί Διεθνές Ερευνητικό Έντυπο και είναι Έκδοση για τους φοιτητές (8/26/03) το οποίο αποτελεί μετάφραση του «Student Alienation and Trauma Scale revised» από το πανεπιστήμιο Temple (SATS-R: Hyman, Snook et al., 2003). Είναι μία κλίμακα που συμπληρώνεται από τον ίδιο τον συμμετέχοντα. Είναι χωρισμένη σε δύο μέρη.

Στο πρώτο μέρος υπάρχουν οι δημογραφικές ερωτήσεις όπως και ερωτήσεις-προτάσεις, στο σύνολο 58, που σχεδιάστηκαν ώστε να εντοπίσουν το βαθμό στον οποίο έχουν βιώσει οι ερωτώμενοι τους διάφορους τύπους τραυματικών γεγονότων. Για παράδειγμα η πρώτη ερώτηση-πρόταση από τις 58 αναφέρει ότι «με πείραξαν», η δεύτερη αναφέρει ότι «με ξυλοκόπησαν» κλπ. Οι επιλογές απάντησης ήταν από το τι «γινόταν όλη την ώρα» ως «δεν γινόταν ποτέ», σύνολο πέντε βαθμίδες απάντησης.

Στην κάθε ερώτηση-πρόταση από τις 58 υπήρχε μία άλλη ερώτηση-πρόταση που προσπαθούσε να εντοπίσει τον υπεύθυνο της δηλωθείσας πράξης της προηγούμενης

ερώτησης-πρότασης. Αυτές οι ερωτήσεις-προτάσεις ήταν σε μία διπλανή στήλη. Για παράδειγμα, μετά την πρώτη ερώτηση-πρόταση από τις 58 που αναφέρει ότι «με πείραζαν» υπήρχε δίπλα από αυτή την ερώτηση-πρόταση μία στήλη που έπρεπε να σημειώσει ο συμμετέχοντας το ποιος είναι ο υπεύθυνος αυτής της πράξης, δηλαδή ποιος ήταν ο εκφοβιστής: «άλλος μαθητής», «ο δάσκαλος ή άλλο μέλος του σχολείου» ή «και οι δύο».

Μετά το πρώτο μέρος, ακολουθούσε μία ερώτηση στην οποία οι συμμετέχοντες καλούνταν να κυκλώσουν την χειρότερη εμπειρία τους που τη διάλεξαν από τη λίστα των 58 προτάσεων και επίσης, τους ζητούσε να καταθέσουν περισσότερες πληροφορίες για τη χειρότερη εμπειρία τους όπως: «ποιος περιγράφει καλύτερα τον δράστη της χειρότερής σας εμπειρίας;» Π.χ. 'δάσκαλος', 'επιστάτης', 'φοιτητής', «το φύλο του δράστη;», «ποια ήταν η ηλικία σας τη στιγμή που το γεγονός αυτό συνέβη;», «σε ποια βαθμίδα εκπαίδευσης ήσασταν όταν συνέβη αυτό;», «αυτή η χειρότερη εμπειρία συνέβη όταν σπουδάζατε στην ίδια χώρα με τη χώρα διαμονής σας (ή όχι);», «Σε ποιο βαθμό αυτό το γεγονός σας επηρέασε;», «ποιος ήταν ο τύπος του σχολείου (π.χ. ιδιωτικό ή δημόσιο) που παρακολουθούσατε όταν συνέβη αυτό το γεγονός;». Τέλος, οι συμμετέχοντες καλούνταν να περιγράψουν αυτή τη μία χειρότερη εμπειρία τους.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου προέρχεται από τη παλαιότερη μορφή του, δηλαδή, το Student Alienation and Trauma Survey (SATS) (Hyman, Snook et al., 2003) το οποίο επίσης προερχόταν από το My Worst Experience Scale (MWES), το οποίο είχε πολύ καλή εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία και του οποίου η συνολική αξιοπιστία έφτανε το ,97 και η αξιοπιστία επανεξέτασης στο ,95. Το δεύτερο αυτό μέρος περιέχει 105 ερωτήσεις-προτάσεις οι οποίες προσπαθούν να εντοπίσουν τη συμπτωματολογία για τη διαταραχή του μετατραυματικού άγχους (PTSD).

Οι ερωτηθέντες καλούνται να υποδείξουν τη συχνότητα του κάθε συμπτώματος, και ειδικά, σε σχέση με τη μία χειρότερη εμπειρία τους. Οι απαντήσεις μπορεί να είναι «δεν συνέβη» (τιμή 0) έως «λίγες φορές» (τιμή 2) έως «συνέχεια» (τιμή 5). Η συνολική πρόσθεση των 105 ερωτήσεων προσφέρει μία γενική μέτρηση των



συμπτωμάτων του άγχους. Δηλαδή  $5 \cdot 105 = 525$  ήταν η μέγιστη βαθμολογία αλλά στο δείγμα η μέγιστη βαθμολογία ήταν το 253. Η μικρότερη βαθμολογία ήταν το 0 ( $0 \cdot 105 = 0$ ) το οποίο υπήρχε στο δείγμα. Πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν και 105 ερωτήσεις που αξιολογούν τη διάρκεια της κάθε ερώτησης-πρότασης και συνεπώς του συμπτώματος. Αν προστεθούν, δίνουν μία εικόνα της διάρκειας της συνολικής αγχώδους συμπτωματολογίας. Η εκδοχή του ερωτηματολογίου αυτού, όσον αφορά το δεύτερο μέρος αυτού, προσφέρει αρκετές υποκλίμακες που στη παρούσα έρευνα δεν εξετάστηκαν.

Το πρώτο μέρος με τις 58 ερωτήσεις-προτάσεις προσφερόταν για τη δημιουργία υποκλιμάκων. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις-προτάσεις 1-4, 6-10, 21-23, 26-28, 31, 38-41, 43, 46-48, 51-54, 56, 57 προστέθηκαν για τη δημιουργία κλίμακας που εξέταζε τον συναισθηματικό εκφοβισμό. Οι ερωτήσεις-προτάσεις 5, 11-20, 24, 32, 34-35, 37, 42, 44-45, 49, 50, 55 προστέθηκαν για τη δημιουργία κλίμακας που εξέταζε τον σωματικό εκφοβισμό. Τέλος, οι ερωτήσεις-προτάσεις 25, 29, 30, 33, 36 προστέθηκαν για τη δημιουργία κλίμακας που εξέταζε τον σεξουαλικό εκφοβισμό. Δηλαδή, ο συναισθηματικός εκφοβισμός αξιολογούνταν από 31 ερωτήσεις-προτάσεις με μέγιστη βαθμολογία το  $5 \cdot 31 = 155$  και μικρότερη το 0 ( $0 \cdot 31 = 0$ ). Ο σωματικός εκφοβισμός αξιολογούνταν από 22 ερωτήσεις-προτάσεις με μέγιστη βαθμολογία το  $5 \cdot 22 = 110$  και μικρότερη το 0 ( $0 \cdot 22 = 0$ ). Τέλος, ο σεξουαλικός εκφοβισμός αξιολογούνταν από 5 ερωτήσεις-προτάσεις με μέγιστη βαθμολογία το  $5 \cdot 5 = 25$  και μικρότερη το 0 ( $0 \cdot 5 = 0$ ).

Στη παρούσα έρευνα, βρέθηκε ότι η κλίμακα σωματικού εκφοβισμού έχει αξιοπιστία .806, του σεξουαλικού εκφοβισμού .555, και του συναισθηματικού .826. Αν και οριακή η αξιοπιστία του σεξουαλικού εκφοβισμού, πήρε μέρος στην έρευνα αυτή.

### **Διαδικασία**

Η έρευνα εξηγήθηκε με προφορικό τρόπο στους συμμετέχοντες. Τους εξηγήθηκε ότι η συμμετοχή ήταν εθελοντική, ανώνυμη, και εμπιστευτική. Πρέπει να σημειωθεί ότι η έρευνα ζητούσε στους συμμετέχοντες να δηλώσουν πράγματα που είχαν συμβεί στο παρελθόν κάτι το οποίο σήμαινε ότι χρειαζόντουσαν αρκετό χρόνο ώστε να το συμπληρώσουν και ο οποίος τους δόθηκε.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά:

Ο πίνακας 1 παρουσιάζει κατηγοριοποιημένες συχνότητες της ηλικίας του δείγματος. Το 62.4% (n=211) είχε ηλικία από 17 έως 22. Το 17.2% (n=58) είχε ηλικία από 23 έως 29. Το 17.2% είχε ηλικία πάνω από 30. Υπήρχαν ελλείπουσες τιμές στο 3.3% (n=11) του συνολικού δείγματος σε αυτή τη μεταβλητή (δείτε πίνακα 1).

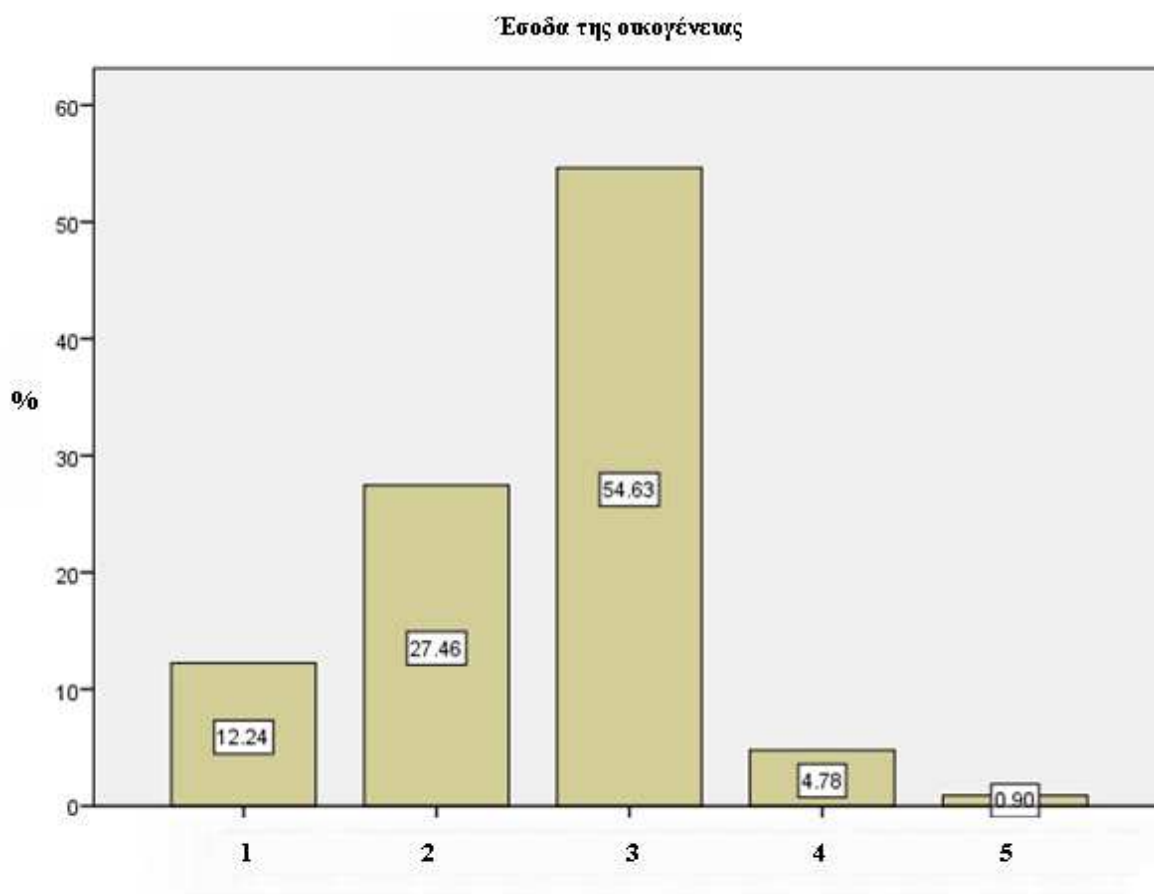
**Πίνακας 1. Ηλικία**

	Συχνότητα	%
17 έως 22	211	62.4
23 έως 29	58	17.2
>30	58	17.2
Σύνολο	327	96.7
Ελλείπουσες τιμές	11	3.3
Σύνολο	338	100.0

Σύμφωνα με τον πίνακα 2 και τη γραφική παράσταση 1, το 12.1% (n=41) του δείγματος δήλωσε ότι τα οικονομικά της οικογένειας του είναι καλύτερα από τα περισσότερα νοικοκυριά. Το 27.2% (n=92) του δείγματος δήλωσε ότι τα οικονομικά της οικογένειας του είναι λίγο καλύτερα από τα περισσότερα νοικοκυριά. Η πλειοψηφία του δείγματος, δηλαδή το 54.1% (n=183), δήλωσε ότι τα οικονομικά της οικογένειας του είναι περίπου τα ίδια όπως στα περισσότερα νοικοκυριά. Το 4.7% (n=16) δήλωσε ότι τα οικονομικά της οικογένειας του είναι λίγο χειρότερα από τα περισσότερα νοικοκυριά. Τέλος, το .9% (n=3) δήλωσε ότι τα οικονομικά της οικογένειας του είναι πολύ χειρότερα από τα περισσότερα νοικοκυριά.

**Πίνακας 2. τα έσοδα της οικογένειας**

	Συχνότητα	%
Αρκετά καλύτερα από τα περισσότερα νοικοκυριά (1)	41	12.1
Λίγο καλύτερα (2)	92	27.2
Το ίδιο (3)	183	54.1
Λιγάκι χειρότερα (4)	16	4.7
Αρκετά χειρότερα (5)	3	.9
Σύνολο	335	99.1
Ελλείπουσες τιμές	3	.9
Σύνολο	338	100.0



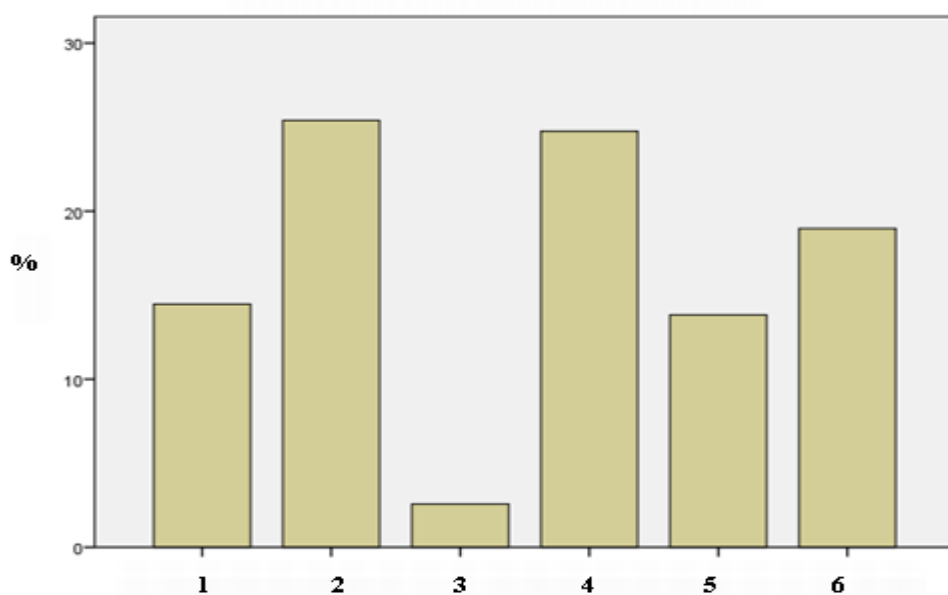
Γραφική παράσταση 1.

Ο πίνακας 3 και η γραφική παράσταση 2 δείχνει τις συχνότητες του επίπεδου εκπαίδευσης του κύριου τροφού της οικογένειας. Το 13.3% (n=45) δήλωσε ότι δεν κατάφερε να φτάσει στο λύκειο. Το 23.4% (n=79) κατάφερε να φτάσει έως το λύκειο. Το 2.4% φοίτησε σε κάποιο πανεπιστήμιο/ΤΕΙ μετά τις βασικές σπουδές. Το 22.8% κατάφερε να τελειώσει τη μεταλυκειακή εκπαίδευση (πανεπιστήμιο/ΤΕΙ). Το 12.7% κατάφερε απλά να αποφοιτήσει από το σχολείο δίχως να συνεχίσει στο γυμνάσιο/λύκειο. Τέλος, το 17.5% δεν κατάφερε να συνεχίσει στο γυμνάσιο/λύκειο.

**Πίνακας 3. Το εκπαιδευτικό επίπεδο του κύριου τροφού της οικογένειας**

	Συχνότητα	%
< Δημοτικό (1)	45	13.3
Γυμνάσιο (2)	79	23.4
Κάποιο Λύκειο (3)	8	2.4
Αποφοίτηση από Λύκειο (4)	77	22.8
Αποφοίτηση από πανεπιστήμιο (5)	43	12.7
> ανώτερη μόρφωση (6)	59	17.5
Σύνολο	311	92.0
Ελλειπούσες τιμές	27	8.0
Σύνολο	338	100.0

**Το μορφωτικό επίπεδο του κύριου τροφού της οικογένειας**



Γραφική παράσταση 2.

Ο πίνακας 4 παρουσιάζει τις συχνότητες των σχολικών ετών φοίτησης. Το .3% σπούδασε συνολικά 11 έτη, το 15.4% (n=52) 12 έτη, το 15.1% (n=51) 13 έτη, το 16.9% (n=57) 14 έτη, το 16% (n=54) 15 έτη, το 17.5% (n=59) 16 έτη, και τέλος, το 17.5% (n=59) πάνω από 16 έτη.

**Πίνακας 4. Χρόνια σπουδών**

	Συχνότητα	%
11	1	.3
12	52	15.4
13	51	15.1
14	57	16.9
15	54	16.0
16	59	17.5
>16	59	17.5
Σύνολο	333	98.5
Ελλείπουσες τιμές	5	1.5
Σύνολο	338	100.0

## Συχνότητες και ποσοστά για συγκεκριμένες ερωτήσεις

Ο πίνακας 5 παρουσιάζει τις συχνότητες και τα ποσοστά των χειρότερων εμπειριών σχετικά με τον εκφοβισμό όπως τα ανέφεραν οι συμμετέχοντες. Το 'ένοιωσα ντροπή' ήταν η χειρότερη εμπειρία για το 10.9% (n=24) του δείγματος. Το 'με κορόιδευαν' ήταν η χειρότερη εμπειρία για το 6.3% (n=14) του δείγματος. Το 'με χτύπησαν με χάρακα, ξύλο ή κάτι άλλο' ήταν η χειρότερη εμπειρία για το 5.4% (n=12) του δείγματος. Ακολουθούν 'κάτι άλλο', 'κάποιοι έπεισε άλλους να μην με συμπαθούν', και 'κάποιοι μου τράβηξε το αυτί ή τα μαλλιά', που ήταν η χειρότερη εμπειρία για το 5% (n=11) του δείγματος (για κάθε γεγονός ξεχωριστά). Ακολουθούν άλλες εμπειρίες εκφοβισμού με ποσοστά κάτω του 5%.

Πίνακας 5. Χειρότερη εμπειρία	N	%
3	24	10.9%
2	14	6.3%
19	12	5.4%
58	11	5.0%
23	11	5.0%
18	11	5.0%
14	10	4.5%
54	9	4.1%
1	9	4.1%
40	8	3.6%
31	8	3.6%
57, 47, 46, 45, 43, 30, 26	5 (Κάθε πρόταση)	2.3% (Κάθε πρόταση)
44, 37, 8	4 (Κάθε πρόταση)	1.8% (Κάθε πρόταση)
56, 55, 51, 39, 28, 6	3 (Κάθε πρόταση)	1.4% (Κάθε πρόταση)
52, 38, 16, 15, 12, 7, 5	2 (Κάθε πρόταση)	0.9% (Κάθε πρόταση)
53, 50, 42, 41, 33, 32, 29, 27, 22, 17, 13, 11, 10, 9, 4	1 (Κάθε πρόταση)	0.5% (Κάθε πρόταση)

Ο πίνακας 6 δείχνει την ιδιότητα του ανθρώπου που χρησιμοποίησε σχολικό εκφοβισμό πάνω στο θύμα, δηλαδή πάνω στον συμμετέχοντα. Το 41.4% (n=128) δήλωσε ότι είχε θέση δασκάλου όταν έγινε τέτοιο επεισόδιο, το 40.8% (n=126) δήλωσε ότι ήταν κάποιος μαθητής/τρια, το 7.8% (n=24) δήλωσε ότι ήταν κάποιος άλλος που το επάγγελμά του δεν ήταν μέσα στην συγκεκριμένη λίστα, και το 6.5% (n=20) δήλωσε ότι ήταν ο διευθυντής του σχολείου. Οι υπόλοιπες κατηγορίες επαγγέλματος του θύτη έλαβαν κάτω από 2%. 29 συμμετέχοντες δεν δήλωσαν κάτι.

Πίνακας 6. Η ιδιότητα του θύτη	N	%
Δάσκαλος	128	41.4%
Μαθητής	126	40.8%
άλλο	24	7.8%
Διευθυντής	20	6.5%
Υποδιευθυντής	4	1.3%
Σύμβουλος	4	1.3%
Καθαριστής	2	0.6%
Κάποιος στην καφετέρεια	1	0.3%
Σύνολο	309	100.0%

Ο πίνακας 7 δείχνει ότι το φύλο του θύτη ήταν αρσενικό στο 50.3% (n=170) των περιπτώσεων και θηλυκό στο 39.3% (n=133) των περιπτώσεων. 35 συμμετέχοντες δεν δήλωσαν το φύλο του θύτη τους.

Πίνακας 7. Το φύλο του θύτη		
	N	%
Άντρας	170	50.3
Γυναίκα	133	39.3
Σύνολο	303	89.6
Ελλείπουσες τιμές	35	10.4
Σύνολο	338	100.0

Ο πίνακας 8 δείχνει σε τι ηλικία ήταν το θύμα, δηλαδή ο συμμετέχοντας, όταν συνέβη αυτή η μορφή σχολικού εκφοβισμού πάνω σε αυτόν. Το 22.4% (n=69) ήταν ηλικίας 16 με 17 ετών, το 23.3% (n=72) ήταν ηλικίας από 11 έως 13 ετών, το 18.5% (n=57) ήταν ηλικίας 14 με 15 ετών. Το 12% (n=37) ήταν ηλικίας από 9 έως 10 ετών, το 9.7% (n=30) ήταν 8 ετών, το 8.8% (n=27) ήταν ηλικίας 6 με 7 ετών. Το 1.9% (n=6) ήταν ηλικίας 18 ετών. Σχεδόν μηδενικός σχολικός εκφοβισμός οποιουδήποτε τύπου αναφέρθηκε για τις ηλικίες πάνω από 18 ετών και κάτω από 6 ετών.

<b>Πίνακας 8. Τι ηλικία είχες όταν έγινε αυτό;</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
16	37	12.0%
17	32	10.4%
8	30	9.7%
14	29	9.4%
15	28	9.1%
11	26	8.4%
12	24	7.8%
13	22	7.1%
9	20	6.5%
10	17	5.5%
7	16	5.2%
6	11	3.6%
18	6	1.9%
5	5	1.6%
>20	2	0.6%
4	2	0.6%
20	1	0.3%
19	1	0.3%
<4	0	0.0%



Ο πίνακας 9 παρουσιάζει τις συχνότητες και τα ποσοστά της τάξης που βρισκόταν το θύμα, δηλαδή ο συμμετέχοντας, όταν έγινε ο σχολικός εκφοβισμός. Το 9.5% (n=29) του δείγματος βρισκόταν στην 8<sup>η</sup> τάξη, το 9.2% (n=28) ήταν ή στην 12<sup>η</sup> τάξη ή στην 9<sup>η</sup> ή στην 3<sup>η</sup> τάξη. Το 8.9% (n=27) βρισκόταν είτε ή στην 11<sup>η</sup> ή στην 4<sup>η</sup> τάξη. Το 7.9% (n=24) του δείγματος βρισκόταν στην 7<sup>η</sup> τάξη. Το 7.6% (n=23) βρισκόταν είτε στην 6<sup>η</sup> ή στην 5<sup>η</sup> τάξη. Το 6.6% (n=20) του δείγματος βρισκόταν στην 2<sup>η</sup> τάξη. Το 3.6% (n=11) βρισκόταν στην 1<sup>η</sup> τάξη όταν έγινε αυτό. Επίσης, καταγράφησαν γεγονότα που έγιναν στην τάξη του νηπιαγωγείου (2%, N=6) ή σε τάξεις πέρας του Λυκείου (1%, N=3). Τέλος, υπήρχαν αναφορές για σχολικού τύπου εκφοβισμό πριν πάνε στο νηπιαγωγείο.

Πίνακας 9. Σε ποια τάξη ήσουν όταν συνέβη;	N	%
8	29	9.5%
12	28	9.2%
9	28	9.2%
3	28	9.2%
11	27	8.9%
4	27	8.9%
10	25	8.2%
7	24	7.9%
6	23	7.6%
5	23	7.6%
2	20	6.6%
1	11	3.6%
Νηπιαγωγείο	6	2.0%
>12	3	1.0%
0	1	0.3%
preschool	1	0.3%

Ο πίνακας 10 δείχνει ότι ο σχολικός εκφοβισμός έλαβε χώρα στην ίδια χώρα που φοίτησε ο/η συμμετέχοντας κατά 74% (n=250) ενώ αυτό δεν ίσχυε για το 17.5% (n=59) του δείγματος. 29 συμμετέχοντες δεν σημείωσαν κάποια απάντηση.

Πίνακας 10. Έγινε στην ίδια χώρα όπου φοίτησες;		
	Συχνότητα	%
Ναι	250	74.0
Όχι	59	17.5
Σύνολο	309	91.4
Ελλείπουσες τιμές	29	8.6
Σύνολο	338	100.0

Ο πίνακας 11 αναφέρει τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με το πώς ένοιωσαν οι συμμετέχοντες αμέσως μετά τον σχολικό εκφοβισμό που είχαν βιώσει. Το 2.1% (n=7) δεν ένοιωσε κάποια ιδιαίτερη ενόχληση. Το 17.8% (n=60) ένοιωσε να ενοχλείται λίγο αλλά το 72.2% (n=244) του δείγματος ένοιωσε μεγάλη ενόχληση. Δεν του άρεσε καθόλου. Ένοιωσε πολύ άσχημα. Πρέπει να ειπωθεί ότι το 8% (n=27) δεν έδωσε κάποια απάντηση.

**Πίνακας 11. Πως ένοιωσες αμέσως μετά το συμβάν;**

	Συχνότητα	%
Δεν με ενόχλησε	7	2.1
Με ενόχλησε λίγο	60	17.8
Με ενόχλησε πολύ	244	72.2
Σύνολο	311	92.0
Ελλείπουσες τιμές	27	8.0
Σύνολο	338	100.0

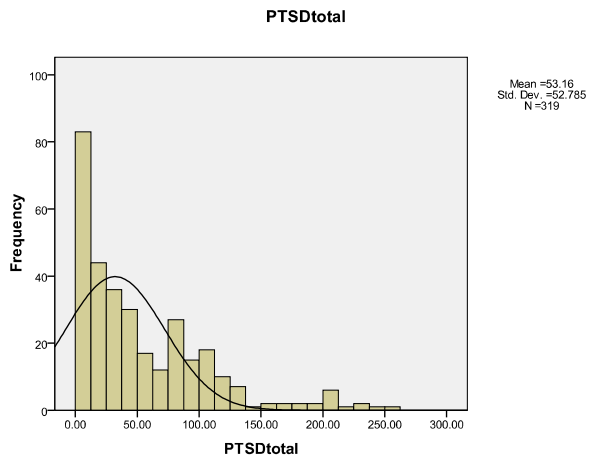
Ο πίνακας 12 δείχνει τις συχνότητες και τα ποσοστά σχετικά με το που έλαβε μέρος το συμβάν. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 82% (n=277) των αναφερόμενων συμβάντων έλαβε μέρος σε δημόσια σχολεία ενώ μόνο το 8.9% (n=29) έλαβε μέρος σε ιδιωτικά σχολεία. Το 9.2% (n=31) δεν έδωσε κάποια απάντηση.

**Πίνακας 12. Που έλαβε μέρος το συμβάν;**

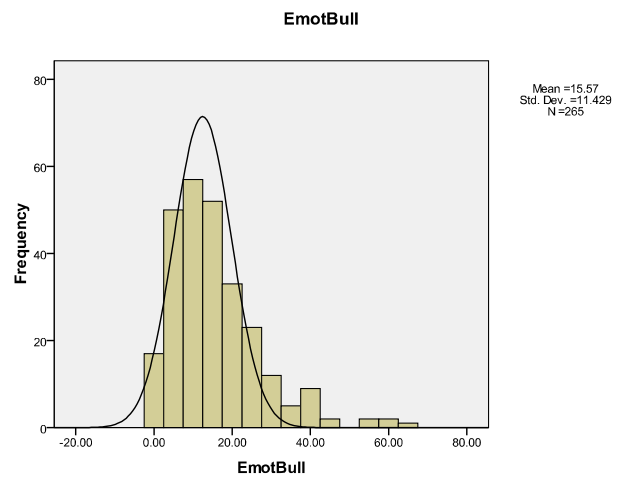
	Συχνότητα	%
Δημόσιο σχολείο	277	82.0
Ιδιωτικό σχολείο	29	8.6
Εσώκλειστο ιδιωτικό σχολείο	1	.3
Σύνολο	307	90.8
Ελλείπουσες τιμές	31	9.2
Σύνολο	338	100.0

Ελέγχοντας τις κύριες μεταβλητές μας για κανονικότητα διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχε σύμφωνα με τα ιστογράμματα 3<sup>α</sup>, 3β, 3γ, 3δ και 3<sup>ε</sup>. Για αυτό αποφασίστηκε να εξεταστούν με μη παραμετρικά τεστ οι βασικές υποθέσεις.

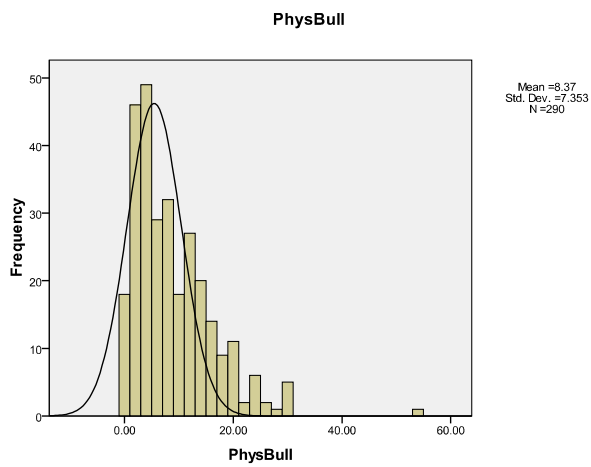
3<sup>α</sup>)



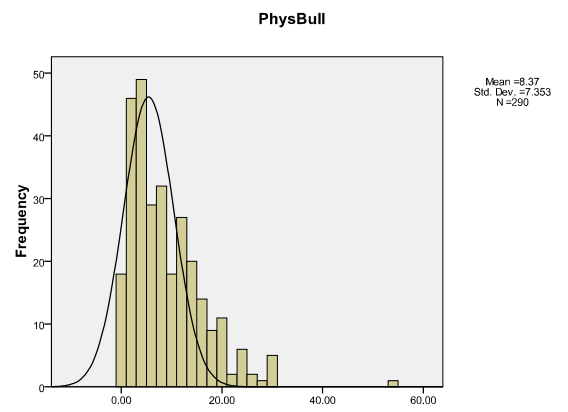
3<sup>β</sup>)



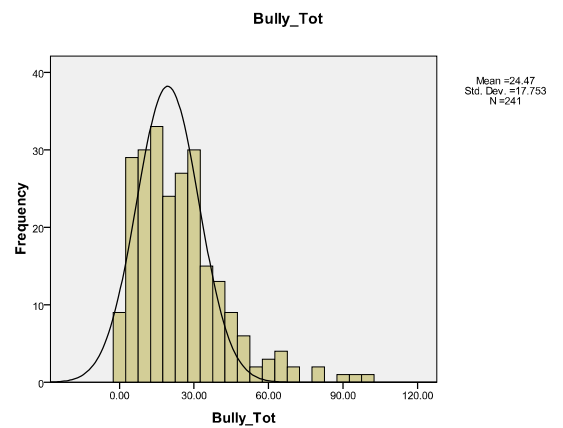
3<sup>γ</sup>)



3<sup>δ</sup>)



3<sup>ε</sup>)



Γραφικές παραστάσεις 3<sup>α</sup>, 3<sup>β</sup>, 3<sup>γ</sup>, 3<sup>δ</sup> και 3<sup>ε</sup>. Ιστογράμματα των βασικών μεταβλητών

Πριν τον έλεγχο των υποθέσεων εξετάστηκε η αξιοπιστία των κλιμάκων του εκφοβισμού. Βρέθηκε ότι η κλίμακα σωματικού εκφοβισμού έχει αξιοπιστία .806, του σεξουαλικού εκφοβισμού .555, και του συναισθηματικού .826.

**Έλεγχος υποθέσεων: Υπόθεση 1:** Θα υπάρχουν διαφορές στο πως βιώνεται ο εκφοβισμός σύμφωνα με το φύλο. Συγκεκριμένα, οι κοπέλες θα έχουν βιώσει μεγαλύτερα ποσοστά σχολικού εκφοβισμού σε σχέση με τα αγόρια, τόσο συνολικά όσο και ως προς τις επιμέρους διαστάσεις του, δηλαδή τη συναισθηματική, τη σωματική και τη σεξουαλική βία.

Σύμφωνα με τον πίνακα 13, φαίνεται ότι ο μέσος όρος για τον συναισθηματικό εκφοβισμό για τους άντρες είναι 19.44 (TA=13.07) ενώ για τις γυναίκες 14.35 (10.68). Επίσης, για τον σωματικό εκφοβισμό, οι άντρες είχαν μέσο όρο 11.03 (TA=7.56) ενώ οι γυναίκες 7.61 (7.13). Ο σεξουαλικός εκφοβισμός οι άντρες είχαν μέσο όρο 1.37 (TA=2.43) ενώ οι γυναίκες 1.06 (1.88). Τέλος, ο συνολικός μέσος όρος εκφοβισμού για τους άντρες ήταν 29.34 (TA=17.58) ενώ οι γυναίκες 22.87 (17.66).

Δηλαδή, φαίνεται ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερους μέσους όρους βαθμολογίας στον συναισθηματικό, σωματικό, σεξουαλικό και συνολικό εκφοβισμό από ότι οι γυναίκες.

Μελετώντας τις τυπικές αποκλίσεις και μελετώντας ξανά τα ιστογράμματα, φαίνεται η ύπαρξη αρκετών ακραίων τιμών όπως και αρκετών ελλειπόντων τιμών. Αξίζει επίσης να ειπωθεί ότι τα σύνολα και τα υποσύνολα των μεταβλητών προήλθαν από ερωτήσεις που είχαν επίσης πολλές ελλείπουσες τιμές. Για αυτό το λόγο υπάρχουν και αυτές οι μεγάλες τυπικές αποκλίσεις. Βέβαια, τα μη παραμετρικά τεστ μπορούν να χειριστούν τέτοιου είδους καταστάσεις.

Πίνακας 13. Περιγραφικά στατιστικά σύμφωνα με το φύλο

Εκφοβισμός	Φύλο			
	Άντρες		Γυναίκες	
	MO	TA	MO	TA
Συναισθηματικός	19.44	13.07	14.35	10.68
Σωματικός	11.03	7.56	7.61	7.13
Σεξουαλικός	1.37	2.43	1.06	1.88
Συνολικός	29.34	17.58	22.87	17.66

Ο πίνακας 14 παρουσιάζει τις μη παραμετρικές συσχετίσεις του εκφοβισμού όπως και των υπο-κλιμάκων του σε σχέση με το φύλο σύμφωνα με το Spearman's rho. Οι συσχετίσεις αυτών των μεταβλητών με το φύλο είναι αρνητικές όλες και στατιστικά σημαντικές εκτός μίας, του σεξουαλικού εκφοβισμού. Το φύλο κωδικοποιήθηκε ως εξής: 1=άντρες, 2=γυναίκες. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι ο συναισθηματικός εκφοβισμός είναι στατιστικά σημαντικός και αρνητικός:  $r=-.187$ ,  $p<.01$  όπως και ο σωματικός εκφοβισμός:  $r=-.215$ ,  $p<.01$ , όπως και ο συνολικός εκφοβισμός:  $r=-.187$ ,  $p<.01$ .

Αυτές οι αρνητικές συσχετίσεις δείχνουν ότι οι άντρες τείνουν να έχουν πάθει στατιστικά σημαντικό περισσότερο συναισθηματικό, σωματικό, και συνολικό εκφοβισμό από ότι οι γυναίκες.

Πίνακας 14. Spearman's rho συσχετίσεις

Φύλο	Συναισθηματικός Σωματικός Σεξουαλικός Συνολικός				
	r				
		-.187**	-.215**	-.030	-.187**
	p	.002	.000	.593	.004
	N	262	287	321	238

Θέλοντας να επιβεβαιώσουμε αυτά τα αποτελέσματα, το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney σύγκρισης ανεξάρτητων μέσων όρων χρησιμοποιήθηκε. Τα αποτελέσματα του φαίνονται στους πίνακες 15<sup>α</sup> και 15<sup>β</sup>. Ο πίνακας 15<sup>α</sup> παρουσιάζει τις μέσες κατατάξεις σύμφωνα με το τεστ αυτό. Έτσι, φαίνεται ότι οι άντρες έχουν τις μεγαλύτερες μέσες κατατάξεις από ότι οι γυναίκες στα τρία είδη εκφοβισμού όπως και στο σύνολό τους.

Τα αποτελέσματα στον πίνακα 15<sup>β</sup> επιβεβαιώνουν ότι αυτές οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές ( $p<.01$ ) εκτός από τον σεξουαλικό εκφοβισμό ( $p>.05$ ). Δηλαδή, πράγματι φαίνεται ότι οι άντρες έχουν δεχτεί μεγαλύτερη ποσότητα

εκφοβισμού από ότι οι γυναίκες εκτός από την περίπτωση του σεξουαλικού εκφοβισμού. Τα αποτελέσματα αυτά είναι αντίθετα προς τις δηλωθέντες υποθέσεις.

**Πίνακας 15<sup>α</sup>. Κατάταξη**

Εκφοβισμός	Φύλο	N	Μέσος όρος κατάταξης	Σύνολο κατατάξεων
Συναισθηματικός	Άντρας	63	156.59	9865.00
	Γυναίκα	199	123.56	24588.00
	Σύνολο	262		
Σωματικός	Άντρας	63	177.60	11188.50
	Γυναίκα	224	134.55	30139.50
	Σύνολο	287		
Σεξουαλικός	Άντρας	68	165.76	11272.00
	Γυναίκα	253	159.72	40409.00
	Σύνολο	321		
Συνολικός	Άντρας	58	142.15	8244.50
	Γυναίκα	180	112.20	20196.50
	Σύνολο	238		

**Πίνακας 15β. Μη παραμετρικό τεστ.**

	Συναισθηματικός	Σωματικός	Σεξουαλικός	Συνολικός
Mann-Whitney U	4688.000	4939.500	8278.000	3906.500
Wilcoxon W	24588.000	30139.500	40409.000	20196.500
Z	-3.017	-3.644	-.535	-2.882
p	.003	.000	.593	.004

**Έλεγχος υπόθεσης 2:** Θα υπάρχουν διαφορές στο πως βιώνεται ο εκφοβισμός σύμφωνα με την ηλικία. Συγκεκριμένα, οι νεότεροι σε ηλικία θα έχουν βιώσει μεγαλύτερα ποσοστά σχολικού εκφοβισμού σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία τόσο συνολικά όσο και ως προς τις επιμέρους διαστάσεις του, δηλαδή τη συναισθηματική, τη σωματική και τη σεξουαλική βία.

Ο πίνακας 16 δείχνει τα περιγραφικά στοιχεία της βαθμολογίας των ειδών εκφοβισμού σύμφωνα με την ηλικία. Η ηλικία κατηγοριοποιήθηκε ως εξής για στατιστική διευκόλυνση: 17-22, 23-30, και >30. Φαίνεται ότι έχει μέσο όρο βαθμολογίας συναισθηματικού εκφοβισμού η ηλικιακή κατηγορία 17-22 ετών: 16.70 (TA=11.66), 23-30: 13 (TA=9.73), και οι μεγαλύτεροι των 30: 12.83 (TA=11.35). Αντίστοιχα, για τον σωματικό εκφοβισμό έχουν μέσο όρο η ηλικιακή κατηγορία 23-30 ετών: 8.68 (TA=6.52), 23-30: 7.02 (TA=7.91), και οι μεγαλύτεροι των 30: 8.58 (TA=9.88). Αντίστοιχα, για τον σεξουαλικό εκφοβισμό έχουν μέσο όρο η ηλικιακή κατηγορία 23-30 ετών: 1.39 (TA=2.35), 23-30: .62 (TA=1), και οι μεγαλύτεροι των 30: .74 (TA=1.33). Τέλος, για τον συνολικό εκφοβισμό έχουν μέσο όρο η ηλικιακή κατηγορία 23-30 ετών: 25.88 (TA=17.20), 23-30: 20.14 (TA=16.83), και οι μεγαλύτεροι των 30: 21.97 (TA=20.90).

Δηλαδή, φαίνεται ότι οι νεότερες ηλικιακές ομάδες έχουν τους μεγαλύτερους μέσους όρους από ότι οι μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες στον συναισθηματικό εκφοβισμό. Το ίδιο ισχύει και για τον σωματικό, σεξουαλικό, και συνολικό εκφοβισμό με εξαίρεση τον σωματικό και τον συνολικό εκφοβισμό οι οποίοι έχουν τους μικρότερους μέσους όρους στις ηλικιακές ομάδες των 23-30 ετών και όχι στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες (>30).

**Πίνακας 16. Περιγραφικά στοιχεία σύμφωνα με την ηλικία**

	Ηλικία					
	17-22		23-30		>30	
	MO	TA	MO	TA	MO	TA
Συναισθηματικός	16.70	11.66	13.00	9.73	12.83	11.35
Σωματικός	8.68	6.52	7.02	7.91	8.58	9.88
Σεξουαλικός	1.39	2.35	.62	1.00	.74	1.33
Συνολικός	25.88	17.20	20.14	16.83	21.97	20.90

Ο πίνακας 17 παρουσιάζει τις μη παραμετρικές συσχετίσεις μεταξύ των τύπων των εκφοβισμών και του συνολικού εκφοβισμού σε σχέση με την ηλικία τόσο σε έτη όσο και σε κατηγοριοποιήσεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν και στις δύο περιπτώσεις στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις ( $p < .05$ ). Δηλαδή όσο κάποιος είχε μικρότερη ηλικία τόσο το πιθανότερο ήταν να έχει δεχτεί κάποιου τύπου εκφοβισμό. Η δύναμη όλων των συσχετίσεων είναι χαμηλή. Να σημειωθεί ότι υπάρχουν πολύ παρόμοια αποτελέσματα μεταξύ της μεταβλητής της ηλικίας σε έτη όσο και της κατηγορικής μεταβλητής της ηλικίας

**Πίνακας 17. Spearman's rho συσχετίσεις**

		Συναισθηματικός	Σωματικός	Σεξουαλικός	Συνολικός
Ηλικία (σε έτη)	r	-.177**	-.122*	-.128*	-.159*
	p	.004	.039	.022	.014
	N	263	287	321	239
Ηλικία (σε κατηγορίες)	r	-.182**	-.139*	-.143*	-.180**
	p	.003	.020	.011	.006
	N	258	282	316	234

Θέλοντας να επιβεβαιώσουμε αυτά τα αποτελέσματα χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό τεστ Kruskal Wallis σύγκρισης ανεξάρτητων μέσων όρων. Τα αποτελέσματα του φαίνονται στους πίνακες 18<sup>α</sup> και 18<sup>β</sup>. Ο πίνακας 18<sup>α</sup> παρουσιάζει τις μέσες κατατάξεις σύμφωνα με το τεστ αυτό. Έτσι, φαίνεται ότι οι νεότερες ηλικιακές ομάδες έχουν τις μεγαλύτερες μέσες κατατάξεις από ότι οι μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες στον συναισθηματικό εκφοβισμό. Το ίδιο ισχύει και για τον σωματικό, σεξουαλικό, και συνολικό εκφοβισμό με εξαίρεση τον σωματικό και τον συνολικό εκφοβισμό οι οποίοι έχουν τις μικρότερες βαθμολογίες στις ηλικιακές ομάδες των 23-30 ετών και όχι στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες (>30).



**Πίνακας 18α. κατατάξεις**

Ηλικία		Συναισθηματικός	Σωματικός	Σεξουαλικός	Συνολικός
17-22	N	183	191	207	169
	Μέσος όρος κατάταξης	140.82	152.67	169.11	127.80
23-30	N	44	51	61	37
	Μέσος όρος κατάταξης	114.40	119.04	148.29	99.64
>30	N	36	45	53	33
	Μέσος όρος κατάταξης	108.68	135.50	143.97	102.86
Σύνολο	N	263	287	321	239

**Πίνακας 18β. Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	Συναισθηματικός	Σωματικός	Σεξουαλικός	Συνολικός
Chi-Square	8.212	7.196	5.678	7.397
df	2	2	2	2
Asymp. Sig.	.016	.027	.058	.025

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Age

Σύμφωνα με τον πίνακα 18β, Ο συναισθηματικός, ο σωματικός, και ο συνολικός εκφοβισμός παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων ( $p < .05$ ) εκτός από τον σεξουαλικό εκφοβισμό ( $p > .05$ ). Αυτό το τεστ επιβεβαίωσε όλες τις παραπάνω περιγραφείσες διαφορές εκτός από αυτές για τον σεξουαλικό εκφοβισμό που όμως το επίπεδο σημαντικότητας ήταν αρκετά κοντά στο.05.

**Έλεγχος υπόθεσης 3:** Θα εξεταστεί αν το μετατραυματικό άγχος μπορεί να προβλεφθεί τόσο από τη συναισθηματική, τη σωματική και τη σεξουαλική βία, όσο και από άλλους παράγοντες όπως η χειρότερη εμπειρία, το φύλο, την τάξη.

Ο πίνακας 19α παρουσιάζει τις συσχετίσεις του συνολικού μετα-τραυματικού άγχους με τις μεταβλητές του εκφοβισμού. Όπως φαίνεται, όλες οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές ( $p < .05$ ) και θετικές. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η βαθμολογία σε κάποια μεταβλητή του εκφοβισμού σε κάποιο άτομο τόσο αυξάνεται και η βαθμολογία στο μετα-τραυματικό άγχος. Αυτές οι συσχετίσεις είναι στο σύνολό τους από μέτριες (σεξουαλικός εκφοβισμός:  $r = .352$ ) έως δυνατές (π.χ. συναισθηματικός εκφοβισμός:  $r = .619$ ).

**Πίνακας 19α.** Spearman's rho συσχετίσεις

		Συναισθηματικ ός	Σωματικός	Σεξουαλικός	Συνολικός
Μετα-τραυματικό άγχος	r	.619**	.447**	.352**	.597**
	p	.000	.000	.000	.000
	N	251	275	307	228

\*\* .  $p < .01$

Ο πίνακας 19β παρουσιάζει τις συσχετίσεις του συνολικού μετα-τραυματικού άγχους με διάφορες δημογραφικές μεταβλητές. Όπως φαίνεται, όλες οι συσχετίσεις δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Συγκεκριμένα, Το μετα-τραυματικό άγχος, συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την ηλικία είτε σε κατηγορίες είτε σε έτη:  $p < .05$ ,  $r = -.148$ ,  $-.198$ , αντίστοιχα, και με τα χρόνια εκπαίδευσης:  $p < .05$ ,  $r = -.138$ . Αυτές οι δύο είναι μόνο στατιστικώς σημαντικές. Οι συσχετίσεις αυτές είναι αρνητικές και μικρής δύναμης. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία ή τα χρόνια σπουδών σε κάποιο άτομο τόσο μειώνεται και η βαθμολογία στο μετα-τραυματικό άγχος.

**Πίνακας 19β.** Spearman's rho συσχετίσεις

		Ηλικία (σε κατηγορίες)	Ηλικία (σε έτη)	Εκπαιδευτικό επίπεδο του υπεύθυνου της οικογένειας	Χρόνια εκπαίδευσης	Φύλο του συμμετέχοντα
Μετα- τραυματικό άγχος	r	-.148**	-.198**		-.076	-.138*
	p	.008	.000		.194	.015
	N	316	316	295	315	317

\*\* .  $p < 0.01$

\* .  $p < .05$

Με την μέθοδο 'ENTER' έγινε η παρακάτω παλινδρόμηση για την πρόβλεψη του μετα-τραυματικού άγχους. Μετά από πολλαπλά τρεξίματα της παλινδρόμησης, διαπιστώθηκε ότι ο συναισθηματικός εκφοβισμός ( $b=2.711$ ,  $p<.05$ ) μαζί με το φύλο του θύματος ( $b=12.509$ ,  $p<.05$ ) μπορούν επιτυχώς να προβλέψουν το μετα-τραυματικό άγχος:  $F(2, 248)= 73.979$ ,  $adjR^2= .370$ ,  $p<.05$ . Συγκεκριμένα, η εξίσωση της παλινδρόμησης αποκάλυψε ότι:

$$PSTD=2.711*\text{συναισθηματικός εκφοβισμός} + 12.509*\text{Φύλο του θύματος}-12.497$$

(37% προβλεπτικότητα)

Δηλαδή, το φύλο του θύματος (1=αγόρι, 2=κορίτσι) συνεισφέρει περισσότερες μονάδες πρόβλεψης σε αυτή εδώ την εξίσωση παλινδρόμησης. Δηλαδή, μόνο το να είσαι στο φύλο κορίτσι σημαίνει ότι έχεις μεγαλύτερες πιθανότητες να βιώσεις μετα-τραυματικό άγχος. Αλλά πρέπει να ειπωθεί ότι το σταθμισμένο  $b$  για το φύλο είναι  $.107$  ενώ το σταθμισμένο  $b$  για τον συναισθηματικό εκφοβισμό  $.623$  (δες πίνακα 20<sup>α</sup> και πίνακα 20<sup>β</sup>). Οπότε, με σταθμισμένες τιμές, η συνεισφορά του αισθηματικού εκφοβισμού είναι πιο μεγάλη (αν κρατηθεί σταθερό το φύλο) στη πρόβλεψη του μετα-τραυματικού άγχους.

**Πίνακας 20<sup>α</sup>. ANOVA<sup>a</sup>**

Μοντέλο	SS	df	MS	F	Sig.
1 Παλινδρόμηση	237128,107	2	118564,054	73,979	,000 <sup>b</sup>
Λάθος	394255,828	246	1602,666		
Σύνολο	631383,936	248			

a. Εξαρτημένη: μετατραυματικό άγχος

b. παλινδρομικές: (σταθερά), Φύλο του συμμετέχοντα, συναισθηματικός εκφοβισμός

**Πίνακας 20<sup>β</sup>. Αποτελέσματα**

Μοντέλο	Αστάθμητες τιμές B		Σταθμισμένες τιμές B	t	Sig.
	B	Τυπικό λάθος			
	(Σταθερά)	12,497	11,947		-1,046
1 Συναισθηματικός εκφοβισμός	2,711	,223	,623	12,164	,000
Φύλο του συμμετέχοντα	12,509	5,995	,107	2,087	,038

a. Εξαρτημένη: μετατραυματικό άγχος

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Εξερευνώντας τα ευρήματα αυτής της έρευνας διαπιστώνεται ότι η χειρότερη εμπειρία εκφοβισμού που ανέφερε σχεδόν ο 1 στους 10 ήταν ότι «ένοιωσα ντροπή» και ακολουθούσαν «με κορόιδευαν», «με χτύπησαν με χάρακα, ξύλο ή κάτι άλλο», «κάτι άλλο», «κάποιος έπεισε άλλους να μην με συμπαθούν», «κάποιος μου τράβηξε το αυτί ή τα μαλλιά». Από αυτές τις αναφορές βλέπουμε ότι οι δύο πρώτες αναφορές, δηλαδή η 3: «ένοιωσα ντροπή» και 2: «με κορόιδευαν» ανήκουν στην κατηγορία του συναισθηματικού εκφοβισμού. Η απάντηση «ένοιωσα ντροπή» είναι από τις πρώτες με τη μεγαλύτερη συχνότητα αναφοράς και είναι κάτι που βρίσκεται σύμφωνο με τη βιβλιογραφία (Hyman et al., 2004). Αυτό δείχνει ότι ο συναισθηματικός εκφοβισμός ίσως συμβαίνει περισσότερες φορές από ότι υπολογιζόταν παλαιότερα (Cahill, Llewelyn, & Pearson, 1991).

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα αυτής της έρευνας ήταν ότι ο δάσκαλος ευθυνόταν σχεδόν για το 41% των αναφερόμενων εκφοβιστικών γεγονότων για τους ερωτηθέντες του δείγματος αυτής της έρευνας, κάτι το οποίο ήταν αναμενόμενο αφού οι δάσκαλοι έχουν καθημερινή επαφή με τα παιδιά, δηλαδή, περνούν πολλές ώρες μαζί τους. Επίσης, ένα άλλο 41% που ευθυνόταν για εκφοβιστικά γεγονότα στο δείγμα αυτό ήταν μαθητές. Δηλαδή, σχεδόν το 82% των εκφοβιστικών γεγονότων γίνονταν από δάσκαλους ή μαθητές. Αυτό το εύρημα πάλι είναι σύμφωνο με την βιβλιογραφία (Hyman et al., 2004).

Οι πληροφορίες των ευρημάτων αυτής της έρευνας μαρτυρούν ότι η ηλικία με τη μεγαλύτερη συχνότητα κατά την οποία συνέβη κάποιο εκφοβιστικό γεγονός ήταν τα 16 με 17 έτη (σύνολο 22,4%). Συνολικά, το δείγμα ανέφερε εκφοβιστικά γεγονότα για τις ηλικίες από 14 έως 17 ετών (40,9%) δείχνοντας μάλλον ότι στην εφηβεία γίνονται τα περισσότερα σημαντικά εκφοβιστικά γεγονότα ή τουλάχιστον αυτά θυμούνται πιο έντονα οι συμμετέχοντες δίχως να σημαίνει αυτό ότι δεν μπορεί να έχουν γίνει εκφοβιστικά γεγονότα σε μικρότερη ηλικία με σημαντικότερες ψυχοσωματικές επιπλοκές που έχουν ‘ξεχαστεί’, έχουν θαφτεί στο ασυνείδητο του ερωτηθέντα. Παρόλα αυτά, ο ίδιος ο συμμετέχοντας καταλάβαινε ότι αυτό το συμβάν

τον ενοχλούσε πάρα πολύ, και αυτό ίσχυε για σχεδόν 7 στους 10 του δείγματος. Αυτό το εύρημα πάλι είναι σύμφωνο με την βιβλιογραφία (Hyman et al., 2004).

Αυτά τα στοιχεία δείχνουν ότι άτομα ηλικίας από 14 έως 16 ετών είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν κάποιο συναισθηματικό εκφοβιστικό γεγονός όπου υπεύθυνος θα είναι κάποιος δάσκαλος ή μαθητής και το οποίο θα τους ενοχλεί έντονα για τα επόμενα χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι τέτοιοι εκφοβισμοί υπό τέτοιες συνθήκες φαίνεται ότι δημιουργούν συμπτωματολογία σχετική με τη διαταραχή του μετατραυματικού άγχους η οποία μπορεί να τους επηρεάσει σημαντικά σε όλα τα επόμενα βήματα της ζωής τους π.χ. επαγγελματικά, οικογενειακά κλπ.

Όσον αφορά τις βασικές υποθέσεις της έρευνας αυτής, για την πρώτη υπόθεση βρέθηκε ότι οι άντρες περισσότερο τείνουν να είναι αποδέκτες για συναισθηματικό, σωματικό, και συνολικό εκφοβισμό σε στατιστικά σημαντικότερο βαθμό σε σχέση με τις γυναίκες. Αυτό το εύρημα δεν επιβεβαίωσε την υπόθεση όπου αναμενόταν οι γυναίκες να έχουν μεγαλύτερα ποσοστά σχολικού εκφοβισμού από ότι τα αγόρια. Αυτό μπορεί να έγινε για μία σειρά από λόγους όπως είναι το συγκεκριμένο δείγμα, η δυσκολία εντοπισμού του εκφοβισμού από το δείγμα για παράδειγμα, ο κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να θεωρούν ότι είναι μέρος της προσωπικότητάς τους, δηλαδή, νομίζουν ότι η συμπεριφορά που εκφράζουν προκαλεί αυτό το κοινωνικό γεγονός, κάτι το οποίο δεν είναι αλήθεια. Δηλαδή, νοιώθουν ότι φταίει η δική τους συμπεριφορά και όχι ο τρόπος που τους συμπεριφέρονται τα άλλα παιδιά με αποφασισμένο συγκεκριμένο τρόπο που οδηγεί εμπράκτως σε κοινωνικό αποκλεισμό, και τέλος, η έντονη απώθηση του σχολικού εκφοβιστικού γεγονότος. Τα αποτελέσματα παρέμειναν στατιστικώς σημαντικά ακόμη και όταν έγιναν στατιστικά τεστ κατάλληλα για ακραίες και ελλείπουσες τιμές. Πάντως, πρέπει με προσοχή να ερμηνευτούν αυτά τα αποτελέσματα.

Για τη δεύτερη υπόθεση, βρέθηκε ότι οι νεότεροι σε ηλικία άνθρωποι (17 έως 22 ετών) είναι πιθανότερο να έχουν δεχτεί κάποιου τύπου εκφοβισμό αν και η δύναμη των συσχετίσεων αυτών ήταν χαμηλή δηλώνοντας μία χαλαρή σχέση μεταξύ των τύπων του εκφοβισμού και της ηλικίας. Επίσης, τα αποτελέσματα δεν ήταν ξεκάθαρα σχετικά με τον σεξουαλικού τύπου εκφοβισμό αν και τα περισσότερα στοιχεία συγκλίνουν στο ότι και αυτός ο τύπος εκφοβισμού είναι περισσότερο παρόν στα

νεαρότερα άτομα από ότι στα μεγαλύτερα. Αυτά τα ευρήματα θέλουν διερεύνηση και επαλήθευση από άλλους ερευνητές σε διαφορετικό και μεγαλύτερο δείγμα.

Σχετικά με την επόμενη υπόθεση, βρέθηκε ότι η διαταραχή του μετατραυματικού άγχους συσχετίζεται με όλους τους τύπους εκφοβισμού. Συγκεκριμένα, η σχέση της διαταραχής του μετατραυματικού άγχους με τον συναισθηματικό εκφοβισμό είναι δυνατή όπως και με τον συνολικό εκφοβισμό. Με τον σωματικό εκφοβισμό είναι μέτρια όπως και με τον σεξουαλικό εκφοβισμό. Σχετικά με την ηλικία και τη διάρκεια των σπουδών, βρέθηκε ότι η διαταραχή του μετατραυματικού άγχους σχετίζεται σε μικρό αρνητικό βαθμό αλλά στατιστικώς σημαντικά με την ηλικία όπως και με τα χρόνια εκπαίδευσης του υπεύθυνου της οικογένειας. Δηλαδή, όσο αυξάνεται η ηλικία ενός συμμετέχοντα τόσο λιγότερο πιθανόν είναι να εκδηλώσει τη διαταραχή αυτή. Το ίδιο ισχύει και με τα χρόνια σπουδών. Δηλαδή, όσο περισσότερα χρόνια σπουδάζει ο υπεύθυνος της οικογένειας τόσο λιγότερο πιθανό είναι ο συμμετέχοντας να εκδηλώσει την διαταραχή του μετατραυματικού άγχους.

Για να διερευνηθεί η σχέση της διαταραχής του μετα-τραυματικού άγχους περαιτέρω, διενεργήθηκαν αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης. Αποκαλύφθηκε ότι η διαταραχή του μετα-τραυματικού άγχους μπορεί να προβλεφθεί στη συγκεκριμένη έρευνα καλύτερα από τον συναισθηματικό εκφοβισμό, και το φύλο του θύματος. Η δύναμη της πρόβλεψης ήταν αρκετά καλή (37%) κάτι το οποίο δείχνει ένα καλό παλινδρομικό μοντέλο. Αυτά τα αποτελέσματα σημαίνουν ότι όσο αυξάνεται ο συναισθηματικός εκφοβισμός τόσο πιθανότερο είναι ένα κορίτσι να εμφανίσει μεγαλύτερα επίπεδα της διαταραχής του μετατραυματικού άγχους από ότι ένας άντρας με τα ίδια επίπεδα συναισθηματικού εκφοβισμού. Δηλαδή, ένα κορίτσι που θα βιώσει ένα έντονο συναισθηματικό εκφοβισμό είναι περισσότερο πιθανό να εκδηλώσει κάποια στιγμή στη ζωή του διαταραχή του μετατραυματικού άγχους από ένα αγόρι. Θα πρέπει να ειπωθεί βέβαια, ότι ακόμη και ένα αγόρι που θα βιώσει έντονο συναισθηματικό εκφοβισμό είναι αρκετά πιθανό να αναπτύξει διαταραχή του μετατραυματικού άγχους. Τέλος, να σημειωθεί ότι στη παλινδρόμηση αυτή η σταθμισμένη τιμή Β έδειξε σαν ποιο σημαντικό παράγοντα το συναισθηματικό εκφοβισμό (όταν όλα τα άλλα μεγέθη κρατιούνται σταθερά) αλλά το φύλο μέσα στην εξίσωση επηρεάζει περισσότερο τα επίπεδα διαταραχής του μετατραυματικού άγχους αν τα επίπεδα του συναισθηματικού εκφοβισμού δεν μένουν σταθερά.

Η ερμηνεία αυτών των αποτελεσμάτων πρέπει να γίνει με προσοχή γιατί το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είναι απλά ένα εργαλείο εκτίμησης μίας καταστάσεως και σε καμία περίπτωση δεν αποτελεί κλινική διάγνωση των περιπτώσεων. Για αυτό άλλωστε γίνεται μία συνολική εκτίμηση και όχι μία ειδική ατομική εκτίμηση. Παρόλα αυτά, κάθε γενίκευση αυτών των αποτελεσμάτων πρέπει να γίνεται με προσοχή ακόμη και αν δείχνουν ότι επιβεβαιώνουν ευρήματα άλλων αντίστοιχων ερευνών.

Μελλοντικοί ερευνητές θα πρέπει να διερευνήσουν τις μακροχρόνιες επιπτώσεις που προκαλούνται από εκφοβιστικά γεγονότα στη ζωή τόσο των θυμάτων όσο και των θυτών και τη σύνδεσή τους με ψυχοσωματικές διαταραχές όπως αυτή του μετατραυματικού άγχους. Η έρευνα αυτή γενικά επιβεβαίωσε παρόμοιες έρευνες δείχνοντας ότι υπάρχει σχέση της διαταραχής του μετατραυματικού άγχους με εκφοβιστικά γεγονότα που συνέβησαν στη ζωή κάποιων ατόμων αρκετά νωρίς στην ηλικία τους και ότι τους επηρεάζουν ακόμη και την στιγμή της διεξαγωγής της έρευνας. Επιπλέον, θα πρέπει να διερευνηθεί αν πράγματι η ηλικία κατά την οποία συμβαίνει το εκφοβιστικό γεγονός όπως και ο τύπος του επηρεάζουν την μακροχρόνια νοσηρότητα από τη διαταραχή του μετα-τραυματικού άγχους.

Τα ευρήματα αυτά της έρευνας έδειξαν συγκεκριμένα αποτελέσματα που επιβεβαιώνουν προηγούμενες έρευνες και άρα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη με τη δέουσα προσοχή ώστε να δημιουργηθεί προστατευτικό δίκτυο για άτομα και πληθυσμούς που θα κριθούν επικίνδυνοι για την εκδήλωση ψυχοσωματικών προβλημάτων όπως της διαταραχής του μετα-τραυματικού άγχους. Τέτοια άτομα βέβαια είναι πρόσωπα που έχουν εκτεθεί σε νεαρή ηλικία σε εκφοβιστικά γεγονότα συνήθως είτε στο σχολείο είτε σε σχολικό χώρο με την ευρύτερη έννοια. Ένα τέτοιο προστατευτικό δίκτυο μπορεί να είναι η κατάλληλη εκπαίδευση του διδάσκοντος και εκπαιδευτικού προσωπικού του σχολείου ή η κατάλληλη ενημέρωση και εκπαίδευση των γονέων και των παιδιών ώστε να αποφεύγεται η δημιουργία εκφοβιστικών γεγονότων αλλά και όταν θα γίνεται αυτό να μπορούν να αναγνωρίζονται τέτοιες συμπεριφορές ώστε να παύσουν και να μην συνεχίζονται επί αορίστου χρόνου.

Η πολιτεία, το κράτος, οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και όλοι οι άλλοι θεσμοί που μπορεί να εμπλέκονται με αυτό το θέμα θα πρέπει να ενεργοποιηθούν ώστε να δημιουργήσουν δομές οι οποίες θα αποθαρρύνουν εκφοβιστικά γεγονότα σε σχολικά πλαίσια. Έπειτα θα πρέπει να υπάρχει ψυχοκοινωνική στήριξη μέσα στα σχολικά πλαίσια (π.χ. ψυχολόγος) για τη στήριξη των ατόμων που πέφτουν θύματα ή γίνονται θύτες εκφοβιστικών γεγονότων, και μετέπειτα, θα πρέπει να αναπτυχθούν δομές που θα μπορούν να εντοπίζουν και να διαχειρίζονται άτομα που ήδη έχουν εκτεθεί σε εκφοβιστικά γεγονότα στα πρώτα 20 έτη της ηλικίας τους ώστε να τα αντιμετωπίζουν επιτυχημένα.

Το κόστος της δημιουργίας τέτοιων δομών θα καλυφθεί από τα έξοδα που θα έκανε το κράτος και η πολιτεία στην περίπτωση που δεν θα τα αντιμετώπιζε και αυτό σημαίνει χαμένες ώρες εργασίας και άρα μειωμένη παραγωγικότητα, χαμηλής ποιότητας εργατικό δυναμικό, συχνές επισκέψεις στον γιατρό και άρα απασχόλησή του από άλλα θέματα υγείας και ίσως δημιουργία ακατάλληλου οικογενειακού περιβάλλοντος για την ανάπτυξη ψυχοσωματικά υγείων παιδιών. Οπότε, όπως φαίνεται, για κάθε μία περίπτωση που έχει δεχτεί εκφοβιστικό γεγονός εάν αντιμετωπιστεί, άμεσα μελλοντικά έξοδα γίνονται κατά κάποιον τρόπο κέρδη στο σήμερα.



## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Adams, H.E., & Sutker, P.B. (2001). *Comprehensive handbook of psychopathology* (3rd ed). NY: Kluwer Academic Publishers.

Adshead, G. (2000). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 144–148.

Agirdag, O., Demanet, J., Van Houtte, M., Van Avermaet, P., Bettelheim, K.A. (2011). Ethnic school composition and peer victimization: A focus on the interethnic school climate. *International Journal of Intercultural Relations* 35 (4): 1–16.

Anda, R., Felitti, V., Bremner, J., Walker, J., Whitfield, C., & Perry, B. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Barchia, K., & Bussey, K. (2010). The psychological impact of peer victimization: Exploring social-cognitive mediators of depression. *Journal of Adolescence*, 33, 615–623.

Boals, A., & Schuettler, D. (2009). PTSD symptoms in response to traumatic and non-traumatic events: The role of respondent perception and A2 criterion. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 458-462

Bodkin, J.A., Pope, H.G., Detke, M.J., & Hudson, J.I. (2007). Is PTSD caused by traumatic stress?. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(2), 176-182.

Broadbent, A. & Bentley, R. (1997). *Child abuse and neglect Australia 1995 - 1996*. Child Welfare Series, (17). Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Brom, D., Kleber, R. J., & Witztum, E. (1991). The prevalence of posttraumatic psychopathology in the general and the clinical population: *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 28(4) 1991, 53-63

Bryant, R.A. & Harvey, A.G. (2003). The influence of litigation on maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191,191–193.

Buhs, E. S., Ladd, G. W. & Herald, S. L. (2006). Peer exclusion and victimization: Processes that mediate the relation between peer group rejection and children's classroom engagement and achievement. *Journal of Educational Psychology*, 98, 1–13.

Cahill, C., Llewelyn, S.P., & Pearson, C. (1991). Long-term effects of sexual abuse which occurred in childhood. *British Journal of Clinical Psychology*, 30:117–130

Clarkin, J.F., Pilkonis, P.A., & Magruder, K.M. (1996). Psychotherapy of depression: implications for reform of the health care system. *Arch Gen Psychiatry*, 53:717–723.

Coloroso, B. (2004). *The Bully, the Bullied, and the Bystander: from Preschool to High School--how Parents and Teachers Can Help Break the Cycle of Violence*. New York: HarperResource, 11-41

Dake, J.A., Price, J.H., & Telljohann, S.K. (2003). The nature and extent of bullying at school. *The Journal of School Health*, 73(5).

Delahanty, D.L. (2011). *Toward the pre-deployment detection of risk for PTSD*. American Psychiatric Association.

Doyle, C. (1997). Emotional abuse of children: Issues for intervention. *Child Abuse Review*, 6, 330-342.

Espelage, D.L. & Swearer, S.M. (2003). Research on School bullying and victimization: What have we learned and where do we go from here?. *School Psychology Review*, 32(3), 365-385.

Fekkes, M., Pijpers, F.I.M., & Verloove-Vanhorick, S.P. (2004). Bullying: who does what, when and where? Involvement of children, teachers, and parents in bullying behaviour. *Health education research*, 20(1), 81-91.

Feldner, M.T., Monson, C.M., & Friedman, M.J. (2007). A critical analysis of approaches to targeted PTSD prevention: current status and theoretically derived future directions. *Behavioural Modification*, 31(1): 80–116.

Friedman, M.J. (2010). PTSD Revisions Proposed for DSM-5, With Input From Array of Experts. *Psychiatric News*, 45(10), 8.

Fullerton, C.S., Ursano, W. (2004). Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, and Depression in Disaster or Rescue Workers. *American journal of psychiatry*, 161: 1370–1376

Geisinger Health System (2008a). PTSD Causes Early Death From Heart Disease, Study Suggests. *ScienceDaily*. Retrieved April 16, 2012, from <http://www.sciencedaily.com/releases/2008/07/080707081834.htm>

Geisinger Health System (2008b). Post-traumatic Stress Disorder Is a Medical Warning Sign For Long-term Health Problems, Study Suggests. *ScienceDaily*. Retrieved April 16, 2012, from <http://www.sciencedaily.com/releases/2008/02/080213090510.htm>.

Glenn, J. (1984). Psychic trauma and masochism. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 42:337–386.

Guy N and Guy K (2007) In traumatic times. *Occupational Health* 59: 23

- Harris, J.C. (1989). Experimental animal modeling of depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 12:815–836.
- Henderson, S., Andrews, G., & Hall, W. (2000). Australia's mental health: an overview of the general population survey. *Australian's New Zealand Journal of Psychiatry*, 34:197-205.
- Hidalgo, R.B., & Davidson, J.R. (2000). Posttraumatic stress disorder: epidemiology and health-related considerations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61:S5-S13.
- Hyman, I., Cohen, I., Mahon, M., Tabori, A., Ateah, C., Báguena, J. (2004). Bullying and victimization in the schools: A preliminary analysis of a cross national study. Paper presented as part of poster session, “Bullying and victimization in the schools: A preliminary analysis cross national study”, at the American Psychological Association Conference, Honolulu, HI.
- Hyman, I.A., Snook, P.A., Berna, J.M., Kohr, M.A., DuCette, J.P., Cohen, I., & Mahon, M. (2003). *Student Alienation and Trauma Survey–Revised*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Johnston, M. (1996). *Dealing with Bullying*. New York: Power Kids Press.
- Jordan, B.K., Marmar, C.R., Fairbank, J.A., Schlenger, W.E., Kulka, R.A., Hough, R.L., & Weiss, D.S. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 916-926.
- Kaplan, H.I.; Sadock, B.J., & Grebb, J.A. (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry*, 7th ed.. Baltimore: Williams & Williams.
- Kendler, K.S., Kessler, R.C., & Walters, E.E. (1995). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 152:833–842.
- Kessler, R.C., Davis, C.G., & Kendler, K.S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US national comorbidity survey. *Psych Med*. 1997;27:1101-1119.
- Kolk, B.A. (1987). The role of the group in the origin and resolution of the trauma response, in *Psychological Trauma*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 153–171.
- Krystal, H. (1988). *Integration and Self-Healing: Affect, Trauma, Alexithymia*. Hillsdale, NJ, Analytic Press.
- Laor, N., Wolmer, L., Mayes, L.C., Gershon, A, Weizman, R, & Cohen D.J. (1997). Israeli preschool children under Scuds: a 30-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.

Leymann, H. & Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 251-275.

Lindy, J.D. (1996). Psychoanalytic psychotherapy of posttraumatic stress disorder: the nature of the therapeutic relationship in psychiatry, in *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York, Guilford, 525–536.

Lyznicki, J.M., McCaffree, M.A. & Robinowitz, C.B. (2004). Childhood Bullying: Implications for physicians. *American Family Physician*, 70, 1723-1730.

Marshall, G.N., Schell, T.L., Elliott, M.N., Berthold, S.M., & Chun, C.A. (2005). Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States, 294(5):571-9.

Maziade, M., Caron, C., Côté, R., Boutin, P., & Thivierge, J. (1990). Extreme temperament and diagnosis: a study in a psychiatric sample of consecutive children. *Archives of General Psychiatry*, 47(5), 477–484.

McFarlane, A.C. (1994). Individual psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 17:393–408.

McGowan, P.O., Sasaki, A., D'Alessio, A.C., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., Turecki, G. & Meaney, M.J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse, *Nature Neuroscience*, doi:10.1038/nn.2270.

Mynard, H., Joseph, S. & Alexander, J. (2000). Peer victimization and posttraumatic stress in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 29, 815-821.

National Center for PTSD. (2006). Treatment of PTSD. Retrieved on April 17, 2012, from: <http://psychcentral.com/lib/2006/treatment-of-ptsd?>

Nauert, R. (2007). PTSD May Affect Health of Offspring. *Psych Central*. Retrieved on April 17, 2012, from <http://psychcentral.com/news/2007/09/04/ptsd-may-affect-health-of-offspring/1224.html/>.

Nauert, R. (2010). Can Psychological Trauma Be Inherited? *Psych Central*. Retrieved on April 6, 2012, from <http://psychcentral.com/news/2010/09/09/can-psychological-trauma-be-inherited/17901.html/>.

O'Moore, M. (2010). *Understanding School Bullying: A Guide for Parents & Teachers*, 1, Dublin, Veritas.

Peggy, P. (2009). Genes May Affect Lifelong Impact of Child Abuse. Accessed on [1 April 2012] from <http://www.medpagetoday.com/Genetics/GeneticTesting/8824>.

- Penning S.L., Bhagwanjee, & Govender, K. (2010). Bullying boys: the traumatic effects of bullying in male adolescent learners. *Journal of child and adolescent mental health*, 22(2):131-143.
- Pollio, E.S., Glover-Orr, L.E., & Wherry, J.N. (2002). Assessing posttraumatic stress disorder using the Trauma Symptom Checklist for Young Children. Paper presented at the San Diego Conference on Child Maltreatment, San Diego, CA.
- PTSD, N. (2006). Types of PTSD. Psych Central. Retrieved on April 6, 2012, from <http://psychcentral.com/lib/2006/types-of-ptsd/>.
- Rigby, K. (1998). Peer relations at school and the health of children. *Youth Studies Australia*. 17(1):13-17.
- Rivers, I. (2004). Recollections of bullying at school and their long-term implications for lesbians, gay men and bisexuals. *Crisis*, 24, 169-175.
- Robertson, M., Humphreys, L. & Ray, R. (2004). Psychological treatments for posttraumatic stress disorder: recommendations for the clinician based on a review of the literature. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 106–118.
- Rose, D.S (1986). Worse than death: psychodynamics of rape victims and the need for psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 143:817–824.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F.S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Trauma-Stress*, 10:539-555.
- Rothbaum, B.O., & Foa, E.B. (1996). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder, in *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York, Guilford, 491–509.
- Rueger, S.Y., Malecki, C.K., & Demaray, M.K., (2010). Stability of peer victimization in early adolescence: Effects of timing and duration. *Journal of school psychology*, 49:443-464.
- Sareen, J., Houlihan, T., Cox, B., & Asmundson, G.J.G. (2005). Anxiety Disorders Associated With Suicidal Ideation and Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 193(7), 450-454.
- Sareen, J., Cox, B.J., Stein, M.B., Afifi, T.O., Fleet, C., & Asmundson, G.J.G. (2007). Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosomatic Medicine*. 69, 242-248.
- Smith, P.K. (1997). Bullying in life-span perspective: What can studies of school bullying and workplace bullying learn from each other? *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 7, 249-255.

Smokowski, P.R., & Kopasz, K.H. (2005). Bullying in school: An overview of types, effects, family characteristics, and intervention strategies. 2005. *Children & Schools*, 27, 2:101-110.

Tehrani, N. (2004). Bullying: A source of chronic posttraumatic stress? *British Journal of Guidance and Counselling*, 32, 357-366.

True, W.J., Rice, J., Eisen, S.A., Heath, A.C., Goldberg, J., Lyons, M.J., & Nowak, J. (1993). A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 50:257–264.

Tyson, R., & Tyson, P. (1990). *Psychoanalytic Theories of Development*. New Haven, CT, Yale University Press.

Weaver, A. (2000). Can post-traumatic stress disorder be diagnosed in adolescence without a catastrophic stressor? A case report. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5, 77-83.

Whitted, K.S. (2005). [Student reports of physical and psychological maltreatment in schools: An under-explored aspect of student victimization in schools.](#) University of Tennessee.

Yehuda, R. (1999). Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychology*, 44, 34–39.

Yehuda, R. (2002). Clinical relevance of biological findings in PTSD. *Psychiatric Quarterly*, 73, 123–133.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Κλίμακα Θυματοποίησης και Τραύματος Φοιτητών- Αναθεωρημένη  
Διεθνές Ερευνητικό Έντυπο  
Έκδοση για τους φοιτητές  
8/26/03

Εθνικό Κέντρο Μελέτης Σωματικής Ποινής και Άλλων Ποινών  
Πανεπιστήμιο Temple

Προς τον ερευνητή: Αυτοί οι κωδικοί θα συμπληρωθούν από τον ερευνητή πριν μοιραστεί η κλίμακα.

Κωδικοί Αναγνώρισης	Αριθμός ψηφίων σε κάθε κωδικό
1. Κωδικός χώρας	
2. Κωδικός Πανεπιστημίου	
3. Ατομικός Κωδικός	
Τυποποιημένος Διεθνής Κωδικός Υποκειμένου	

Προς το Φοιτητή: Οι παρακάτω πληροφορίες θα πρέπει να συμπληρωθούν από σας.

Οδηγίες: Παρακαλούμε συμπληρώστε τις ακόλουθες πληροφορίες που αφορούν εσάς και την οικογένειά σας. Αυτές οι πληροφορίες είναι αυστηρά εμπιστευτικές αφού το όνομά σας δεν εμφανίζεται σε κανένα σημείο σε αυτήν την κλίμακα. Καμία προσπάθεια δεν θα γίνει να αναγνωρισθεί η ταυτότητα των συμμετεχόντων με βάση αυτές τις πληροφορίες.

5. Η ηλικία σας \_\_\_\_\_

6. Είστε;

1. Ασιάτης/σα
2. Μαύρος/η
3. Λευκός/ή
4. Άλλο

(Αν ναι προσδιορίστε \_\_\_\_\_)

7. Με βάση το οικογενειακό σας εισόδημα, θεωρείτε ότι το σπίτι στο οποίο μεγαλώσατε ήταν

- 1. Αρκετά καλύτερο από τις περισσότερες οικογένειες
- 2. Ελαφρώς καλύτερο από τις περισσότερες οικογένειες
- 3. Σχεδόν το ίδιο με τις περισσότερες οικογένειες
- 4. Ελαφρώς χειρότερο από τις περισσότερες οικογένειες
- 5. Αρκετά χειρότερο από τις περισσότερες οικογένειες

8. Το πρόσωπο που ήταν υπεύθυνο για την οικογένειά σας

- 1. Πήγε στο Λύκειο, αλλά δεν αποφοίτησε
- 2. Αποφοίτησε από το Λύκειο και δεν προχώρησε στο Πανεπιστήμιο
- 3. Πήγε στο Πανεπιστήμιο αλλά δεν πήρε πτυχίο
- 4. Αποφοίτησε από το Πανεπιστήμιο αλλά δεν συνέχισε
- 5. Αποφοίτησε από το Πανεπιστήμιο και συνέχισε τις σπουδές του

9. Πόσα χρόνια εκπαίδευσης έχετε συμπληρώσει:

- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- Πάνω από 16

10. Είστε;

- Άντρας
- Γυναίκα

©2003 Western Psychological Services. Να μην αναπαράχθει ολόκληρο ή αποσπασματικά χωρίς την άδεια του Dr. Irwin Hyman ή του εκδότη.



#### Μέρος Ι: Οι χειρότερες εμπειρίες

Οδηγίες: Θα θέλαμε να μάθουμε περισσότερα για τις δυσάρεστες εμπειρίες που έχουν οι μαθητές στο σχολείο. Πολλοί άνθρωποι είχαν τουλάχιστον μια δυσάρεστη εμπειρία στο σχολείο και στην οποία αναμίχθηκε ένας ή περισσότεροι ενήλικες ή άλλος/οι μαθητής/ές. Αυτή η κλίμακα ζητά να μας μιλήσετε για τις χειρότερες σχολικές εμπειρίες σας.

Όταν είστε έτοιμοι να αρχίσετε, διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά. Αρχικά συμπληρώστε το κουτί κάτω από την απάντηση που σας ρωτάει πόσο συχνά έχετε βιώσει αυτό που περιγράφει η πρόταση (*Δεν συνέβη, Μια φορά, Λίγες φορές, Περισσότερες φορές, Πολλές φορές, Συνέχεια*).

Στα 2 επόμενα κουτιά μετά από αυτά που ζητούν πόσο συχνά έχετε βιώσει αυτό που περιγράφει η πρόταση, συμπληρώνετε το κουτί κάτω από την απάντηση που ρωτάει ποιος προκάλεσε την εμπειρία (*Κάποιος άλλος μαθητής, ή Δάσκαλος ή Άλλος εκπαιδευτικός*). Ελέγξτε το κουτί και στις δύο στήλες εάν ένας μαθητής και ένας δάσκαλος ή ένας άλλος εκπαιδευτικός συγχρόνως ήταν η αιτία της χειρότερης εμπειρίας.

Όταν συμπληρώσετε και τις 58 δηλώσεις γυρίστε πίσω και κυκλώστε το νούμερο της δήλωσης, που δείχνει **τη χειρότερη εμπειρία που είχατε στο σχολείο**. Αυτό είναι πολύ σημαντικό, επειδή θα σας ρωτήσουμε περισσότερα για την **χειρότερη σχολική εμπειρία σας**.

## SATS-R (Student Alienation and Trauma Survey)

	Δεν συνέβη	Μια φορά	Μερικές φορές	περισσότερες	πολλές φορές	συνέχεια	άλλος μαθητής	δάσκαλος ή άλλος εκπαιδευτικός
1. Με πείραξαν.....								
2. Μου έβαλαν τις φωνές.....								
3. Αισθάνθηκα ντροπή.....								
4. Κάποιος/α απείλησε να κάνει κάτι κακό σε μένα ή σε άτομα για τα οποία νοιάζομαι.....								
5. Επιτρεπόταν σε άλλους μαθητές να με χτυπήσουν, να με σπρώξουν, ή να με χαστουκίσουν.....								
6. Τιμωρήθηκα (με κράτησαν μετά το τέλος των μαθημάτων).....								
7. Γράφτηκα στο ποινολόγιο.....								
8. Αποβλήθηκα από το σχολείο.....								
9. Δεν μου επιτρεπόταν να συμμετέχω σε δραστηριότητες εκτός μαθημάτων.....								
10. Δεν μου επιτρεπόταν να πάω στην τουαλέτα.....								
11. Μου πετούσαν πράγματα όπως βιβλία, γόμες, ή οτιδήποτε άλλο.....								
12. Με έσπασαν στο ξύλο.....								
13. Με τσίμησαν ή με έσφιξαν τόσο δυνατά που πόνεσα.....								
14. Με χαστουκίσαν.....								
15. Με έσπρωξαν.....								
16. Με άρπαξαν βίαια.....								
17. Με ταρακούνησαν.....								
18. Μου τράβηξαν το αυτί ή τα μαλλιά.....								
19. Με χτύπησαν με χάρακα, με εργαλείο, ή κάτι άλλο.....								
20. Με κυνήγησαν.....								
21. Επιλεγόμουν τελευταίος/α.....								
22. Κάποιοι μαθητές σταμάτησαν να μου μιλάνε.....								
23. Κάποιος/α έκανε τους άλλους να μη με συμπαθούν.....								

©2003 Western Psychological Services. Να μην αναπαράγεται ολόκληρο ή αποσπασματικά χωρίς την άδεια του Dr. Irwin Hyman ή του εκδότη.

	Δεν συνέβη	Μια φορά	Μερικές φορές	Περισσότερες φορές	Πολλές φορές	συνέχεια	άλλος μαθητής	δάσκαλος ή άλλος εκπαιδευτικός
24. Μου έβαλαν τρικλοποδιά.....								
25. Κάποιος/α μου μίλησε για θέματα σχετικά με το σεξ και δεν μου άρεσε....								
26. Κάποιος/α είτε ψέματα για μένα και βρήκα τον μπελά μου.....								
27. Κανένας δεν με βοήθησε όταν ζήτησα βοήθεια.....								
28. Με ανάγκασαν να μείνω μόνος, μακριά από τους άλλους.....								
29. Έγιναν σεξουαλικά σχόλια για μένα.....								
30. Με έχουν αγγίζει σεξουαλικά.....								
31. Είδα κάτι πραγματικά άσχημο να συμβαίνει.....								
32. Έφαγα μπουνιές.....								
33. Αναγκάστηκα να έχω σεξουαλική επαφή.....								
34. Κλειδώθηκα σε ντουλάπα ή σε μικρό δωμάτιο.....								
35. Με έδεσαν.....								
36. Με έγδυσαν και με έψαξαν.....								
37. Κάποιος/α μου έκλεψε κάτι.....								
38. Δεν με συμπεριέλαβαν (σε δραστηριότητες).....								
39. Κάποιος/α κορόιδεψε το ντύσιμό μου..								
40. Κάποιος διέδωσε ένα ψέμα για μένα....								
41. Προσπάθησα να κάνω φίλια με κάποιον/α που δεν ήθελε.....								
42. Κάποιος/α τράβηξε ένα πιστόλι, μαχαίρι ή άλλο όπλο.....								
43. Είδα κάποιον/α να τραυματίζεται άσχημα ή να σκοτώνεται.....								
44. Τραυματίστηκα τόσο άσχημα ώστε χρειάστηκε να πάω στο νοσοκομείο.....								
45. Κάποιος/α μου την έστησε στο δρόμο από ή προς το σχολείο.....								
46. Κάποιος/α είτε άσχημα πράγματα για τη μητέρα μου ή την οικογένειά μου.....								

©2003 Western Psychological Services. Να μην αναπαράγεται ολόκληρο ή αποσπασματικά χωρίς την άδεια του Dr. Irwin Hyman ή του εκδότη.

	Δεν συνέβει	Μια φορά	Μερικές φορές	Περισσότερες φορές	Πολλές φορές	Συνέχεια	Άλλος μαθητής	Δάσκαλος ή άλλος εκπαιδευτικός
47. Κάποιος/α με πίεσε να κάνω κάτι που δεν ήθελα.....								
48. Κάποιος/α δεν με άφηνε να παίζω ή να είμαι με τους φίλους μου.....								
49. Κάποιος/α με έκανε να χάσω το μάθημα ή το σχολείο.....								
50. Κάποιος/α λέρωσε τα ρούχα μου με πρόθεση.....								
51. Κάποιος/α αυτοκτόνησε.....								
52. Είδα κάποιον/α να απειλείται με πιστόλι, μαχαίρι, ή άλλου είδους όπλο.....								
53. Κάποιος/α είτε ότι είχε τοποθετηθεί βόμβα στο σχολείο και έπρεπε να φύγουμε.....								
54. Τιμωρήθηκα άδικα.....								
55. Αναμίχθηκα σε καυγά.....								
56. Κάποιος/α με κορόιδεψε λόγω της καταγωγής μου.....								
57. Εμπλέξα για κάτι που έκανα.....								
58. Κάτι άλλο.....								

Εάν σημειώσετε κάτι άλλο παρακαλούμε να το περιγράψτε σύντομα εδώ \_\_\_\_\_

**ΤΕΛΟΣ!** Παρακαλώ γυρίστε πίσω και κυκλώστε την ερώτηση που περιγράφει καλύτερα την χειρότερη εμπειρία σας στο σχολείο πριν προχωρήσετε

Μέρος Ι: Λεπτομέρειες για τη χειρότερη σχολική εμπειρία.

Οδηγίες: Θα θέλαμε να ξέρουμε περισσότερα για τη χειρότερη εμπειρία σας στο σχολείο. Παρακαλούμε απαντήστε τις ακόλουθες ερωτήσεις αναφορικά με τη χειρότερη εμπειρία σας στο σχολείο.

59. Συμπληρώστε τον κύκλο δίπλα στη λέξη που περιγράφει καλύτερα το πρόσωπο που συμμετείχε στη χειρότερη εμπειρία σας;

- |                       |                       |               |                       |
|-----------------------|-----------------------|---------------|-----------------------|
| Δάσκαλος/α            | <input type="radio"/> | Διευθυντής    | <input type="radio"/> |
| Οδηγός λεωφορείου     | <input type="radio"/> | Προπονητής    | <input type="radio"/> |
| Βοηθός/Συνοδός        | <input type="radio"/> | Νοσοκόμος/ος  | <input type="radio"/> |
| Υπάλληλος σε κυλικείο | <input type="radio"/> | Μαθητής/τρια  | <input type="radio"/> |
| Επιστάτης             | <input type="radio"/> | Υποδιευθυντής | <input type="radio"/> |
|                       |                       | Άλλο          | <input type="radio"/> |

60. Το πρόσωπο ήταν;

- Άντρας
- Γυναίκα

61. Πόσο χρονών ήσασταν όταν συνέβη;

- |            |                       |    |                       |             |                       |
|------------|-----------------------|----|-----------------------|-------------|-----------------------|
| Κάτω από 4 | <input type="radio"/> | 10 | <input type="radio"/> | 16          | <input type="radio"/> |
| 4          | <input type="radio"/> | 11 | <input type="radio"/> | 17          | <input type="radio"/> |
| 5          | <input type="radio"/> | 12 | <input type="radio"/> | 18          | <input type="radio"/> |
| 6          | <input type="radio"/> | 13 | <input type="radio"/> | 19          | <input type="radio"/> |
| 7          | <input type="radio"/> | 14 | <input type="radio"/> | 20          | <input type="radio"/> |
| 8          | <input type="radio"/> | 15 | <input type="radio"/> | Πάνω από 20 | <input type="radio"/> |
| 9          | <input type="radio"/> |    |                       |             |                       |

©2003 Western Psychological Services. Να μην αναπαράγεται ολόκληρο ή αποσπασματικά χωρίς την άδεια του Dr. Irwin Hyman ή του εκδότη.

62. Σε ποια βαθμίδα εκπαίδευσης ήσασταν όταν συνέβη αυτό;

- |             |                       |    |                       |
|-------------|-----------------------|----|-----------------------|
| Προνήπιο    | <input type="radio"/> | 6  | <input type="radio"/> |
| Νηπιαγωγείο | <input type="radio"/> | 7  | <input type="radio"/> |
| 1           | <input type="radio"/> | 8  | <input type="radio"/> |
| 2           | <input type="radio"/> | 9  | <input type="radio"/> |
| 3           | <input type="radio"/> | 10 | <input type="radio"/> |
| 4           | <input type="radio"/> | 11 | <input type="radio"/> |
| 5           | <input type="radio"/> | 12 | <input type="radio"/> |

63. Μήπως η χειρότερη εμπειρία σας συνέβη στη χώρα που φοιτάτε τώρα

- Ναι   
Όχι

64. Παρακαλούμε συμπληρώστε τον κύκλο δίπλα από την πρόταση που περιγράφει καλύτερα το πώς νιώσατε αμέσως μετά από αυτό που συνέβη.

- Δεν με ενόχλησε   
Με ενόχλησε λίγο   
Με ενόχλησε πολύ

65. Πού συνέβη η χειρότερη εμπειρία σας;

- Δημόσιο Σχολείο   
Ιδιωτικό Σχολείο   
Ιδιωτικό Οικοτροφείο

Περιγραφή της χειρότερης εμπειρίας μου

Τώρα, θα θέλαμε να περιγράψετε σύντομα την χειρότερη εμπειρία σας στο χώρο που ακολουθεί. Αυτό θα σας βοηθήσει να θυμηθείτε καλύτερα τι σκεφτήκατε και πώς αισθανθήκατε εκείνη τη στιγμή και επίσης θα σας βοηθήσει να απαντήσετε την επόμενη ενότητα με περισσότερη ακρίβεια.

Βεβαιωθείτε ότι μιλάτε για τη χειρότερη εμπειρία που κυκλώσατε ήδη στο Μέρος I. Αν οποιαδήποτε στιγμή αισθανθείτε αναστάτωση, μιλήστε στο πρόσωπο που σας έδωσε το ερωτηματολόγιο.

Μόλις συμπληρώσετε το Μέρος I, παρακαλούμε γυρίστε σελίδα και αρχίστε να απαντάτε τις ερωτήσεις στο Μέρος II

©2003 Western Psychological Services. Να μην αναπαραχθεί ολόκληρο ή αποσπασματικά χωρίς την άδεια του Dr. Irwin Hyman ή του εκδότη.

MWES (My Worst Experience Survey)  
105 Items

Μέρος II: Πώς αισθάνθηκα μετά από τη χειρότερη σχολική εμπειρία που είχα

Οδηγίες: Παρακαλούμε συμπληρώστε το κουτάκι κάτω από την απάντηση που περιγράφει καλύτερα πόσες φορές αισθανθήκατε ή συμπεριφερθήκατε κατ' αυτόν τον τρόπο μετά τη χειρότερη σχολική εμπειρία σας. Επίσης, συμπληρώστε τη τελευταία στήλη, αν αισθανθήκατε κατ' αυτόν τον τρόπο για περισσότερο από ένα μήνα.

	Δεν συνέβη	Μια φορά	Μερικές φορές	Περισσότερες	Πολλές φορές	Συνέχεια	Κρέτησε περισσότερο από μήνα
1. Θύμωσα πάρα πολύ χωρίς λόγο.....							
2. Μ' έπιασε νευρικότητα για κάποια πράγματα.....							
3. Έστησα καυγά με άλλα παιδιά.....							
4. Ήμουν πιο κουρασμένος-η από όσο ήμουν συνήθως.....							
5. Σκεφτόμουν ότι δεν ήμουν τόσο καλό παιδί όσο ήμουν συνήθως.....							
6. Έχασα την όρεξη μου.....							
7. Ήταν δυσκολότερο να κινητοποιήσω τον εαυτό μου να κάνω πράγματα.....							
8. Ήθελα να μένω κοντά στη μητέρα μου και στον πατέρα μου.....							
9. Σταμάτησα να τρωω.....							
10. Σκεφτόμουν πράγματα που μπορούσα να κάνω για να εκδικηθώ το άτομο που με πλήγωσε.....							
11. Δεν ήμουν τόσο ευτυχισμένος/η όσο στο παρελθόν.....							
12. Ονειροπολούσα για μεγάλα χρονικά διαστήματα.....							
13. Έκανα πράγματα και αργότερα δε μπορούσα να θυμηθώ ότι τα είχα κάνει.....							



	Δεν συνέβη	Μια φορά	Μερικές φορές	πιο συχνά	πολλές φορές	συνέχεια	Κατά τις περισσότερες από μήνα
14. Δε νοιαζόμουν για το μέλλον.....							
15. Έκλαιγα όταν σκεφτόμουν τη χειρότερη εμπειρία μου.....							
16. Σκεφτόμουν πράγματα που είναι πολύ άσχημα να μιλήσω γι' αυτά.....							
17. Αισθανόμουν σα να έπρεπε να φυλάγομαι απ' όλους.....							
18. Δυσκολευόμουν να συγκεντρώω το μυαλό μου σε μία δραστηριότητα.....							
19. Θύμωνα με το παραμικρό.....							
20. Δυσκολευόμουν να σκέφτομαι γιατί θυμόμουν διαρκώς τι συνέβη.....							
21. Δεν μπορούσα να ενθουσιαστώ τόσο πολύ όσο στο παρελθόν.....							
22. Φυλαγόμουν από τους άλλους για να μην ξαναπληγωθώ.....							
23. Φοβόμουν να μένω μόνος - η μου.....							
24. Κατουριόμουν απάνω μου.....							
25. Φανόταν να μην ενδιαφέρομαι για ό,τι μου συνέβη.....							
26. Έβρισκα τον μελέα μου στο σχολείο.							
27. Ευχόμουν να είχα πεθάνει.....							
28. Είχα εφιάλτες.....							
29. Ευχόμουν να ήμουν πάλι μικρό παιδί							
30. Αγνοούσα την οικογένειά μου.....							
31. Έτραγα συνέχεια μέχρι να κάνω εμετό.....							
32. Προσπαθούσα να κάνω τους ανθρώπους να είναι καλοί μαζί μου...							
33. Άρχισαν να με πονούν μέρη του σώματός μου χωρίς λόγο.....							
34. Σκεφτόμουν να αυτοκτονήσω.....							
35. Δεν μπορούσα πλέον να καθίσω ήσυχα.....							

	Δεν συνέβη	Μια φορά	Μερικές φορές	Περισσότερες	Πολλές φορές	Συνέχεια	Κράτησε περισσότερο από μήνα
36. Είχα ξεσπάσματα γέλιου ή κλάματος που δε μπορούσα να σταματήσω.....							
37. Σκεφτόμουν αυτό που συνέβη αν και δεν το ήθελα.....							
38. Άρχισα να τρώω ό,τι έβρισκα μπροστά μου.....							
39. Φοβόμουν το σκοτάδι.....							
40. Αισθανόμουν ότι η ζωή δεν έχει καμία αξία.....							
41. Έμενα μακριά από τους φίλους/ες μου.....							
42. Περνούσα πολύ χρόνο μόνος/η μου							
43. Είχα στομαχόπονους.....							
44. Δεν ήθελα να είμαι με τους φίλους/ες μου.....							
45. Δε μπορούσα να σκεφτώ καθαρά.....							
46. Δυσκολευόμουν να με πάρει ο ύπνος ή να παραμείνω κοιμισμένος/η.....							
47. Ήθελα να είμαι μόνος/η μου.....							
48. Έκανα εμετό όταν σκεφτόμουν τι συνέβη.....							
49. Έλεγα ότι ήμουν άρρωστος/η για να μην πηγαίνω σχολείο.....							
50. Ήθελα να καυγαδίζω συνέχεια.....							
51. Άρχισα να επαναλαμβάνω διαρκώς τα ίδια πράγματα.....							
52. Δε μπορούσα να θυμηθώ το τι συνέβη.....							
53. Ξύπναγα συχνά τη νύχτα.....							
54. Σκεφτόμουν ότι εγώ μόνο ευθυνόμουν.....							
55. Σκεφτόμουν ότι η ζωή μου δε θα καλυτερεύσει ποτέ.....							
56. Φοβόμουν όποιο άτομο έμοιαζε στο άτομο που με πλήγωσε.....							

©2003 Western Psychological Services. Να μην αναπαραχθεί ολόκληρο ή αποσπασματικά χωρίς την άδεια του Dr. Irwin Hyman ή του εκδότη.

	Δεν συνέβη	Μια φορά	Μερικές φορές	περισσότερες	πολλές φορές	συνέχεια	Κριότερη περισσότερη από μίνα
57. Εικόνες για το τι συνέβη ερχόντουσαν στο μυαλό μου.....							
58. Φοβόμουν να πάω σπίτι.....							
59. Προσπαθούσα να μένω μακριά από το άτομο που με πλήγωσε.....							
60. Μερικές φορές σκεφτόμουν ότι μπορεί να πληγώσω τον εαυτό μου ή κάποιον/α άλλον/η.....							
61. Δεν μπορούσα να μιλήσω για ό,τι συνέβη.....							
62. Αισθανόμουν αποτυχημένος/η.....							
63. Δεν μπορούσα να ελέγξω τη συμπεριφορά και τα αισθήματά μου..							
64. Ήμουν σε υπερδιέγερση και πεταγόμουν επάνω όταν κάτι με ξάφνιαζε.....							
65. Δεν φαινόταν να νοιάζομαι για ό,τι μου συνέβη.....							
66. Δυσκολευόμουν να παίρνω αποφάσεις.....							
67. Ονειρευόμουν πράγματα για τα οποία δε θα μπορούσα ποτέ να μιλήσω σε κανένα /καμία.....							
68. Η προσοχή μου δεν μπορούσε να μείνει σε κάτι στραμμένη για τόσο χρονικό διάστημα όσο στο παρελθόν							
69. Δεν πλησίαζα το μέρος που συνέβη							
70. Φοβόμουν να αφήσω οποιονδήποτε να με αγγίξει.....							
71. Ήθελα να είμαι μόνος/η.....							
72. Αισθανόμουν ότι είχα κάνει κάτι λάθος ή κακό.....							
73. Έκανα πράγματα για τα οποία αισθανόμουν άσχημα αργότερα.....							
74. Ένιωθα μοναξιά.....							
75. Προσπαθούσα να μένω μακριά από άτομα που ήταν εκεί όταν συνέβη.....							

©2003 Western Psychological Services. Να μην αναπαράχθει ολόκληρο ή αποσπασματικά χωρίς την άδεια του Dr. Irwin Hyman ή του εκδότη.

	Δεν συνέβη	Μια φορά	Μερικές φορές	περισσότερες	πολλές φορές	συνέχεια	Κριτικότες περισσότερες από μήνα
76. Αρνιόμουν να πηγαίνω σχολείο.....							
77. Έπαιρνα κακούς βαθμούς στο σχολείο.....							
78. Είχα σπασμούς (τικ) σε μέρη του σώματός μου.....							
79. Άρχισα να τραυλίζω.....							
80. Άρχισα να πιπιλίζω το δάχτυλό μου..							
81. Είχα πόνους στα αυτιά μου.....							
82. Άρχισα να τρωω τα νύχια μου.....							
83. Άρχισα να τραβάω τα μαλλιά μου.....							
84. Μιλούσα διαρκώς για το τι συνέβη....							
85. Έβγαζα γλώσσα σε μεγαλύτερους.....							
86. Σταμάτησα να κάνω τα μαθήματά μου.....							
87. Οι ενήλικες με αναστάτωναν περισσότερο από όσο στο παρελθόν							
88. Έκανα ό,τι ήθελα ακόμα κι αν αυτό δεν άρεσε στους άλλους.....							
89. Έβγαζα τα φρύδια μου.....							
90. Δυσκολευόμουν να θυμηθώ πράγματα.....							
91. Είχα νυχτερινή ενούρηση.....							
92. Ανησυχούσα πιο πολύ από ό,τι συνήθως.....							
93. Είχα πολύ συχνά πονοκέφαλο .....							
94. Δεν εμπιστευόμουν τους ανθρώπους τόσο όσο στο παρελθόν.....							
95. Δεν άφηνα τους ανθρώπους να ξέρουν πώς αισθάνομαι.....							
96. Έκανα λυπημένες γκριμάτσες.....							
97. Απομακρυνόμουν από τους ανθρώπους για να είμαι μόνος/η μου							
98. Ένιωθα πραγματικά έξαλλος/η από θυμό, αλλά δεν το έλεγα σε κανένα/καμία.....							
99. Έλεγα κακιές στους ανθρώπους.....							
100. Κοπανούσα τις πόρτες.....							

©2003 Western Psychological Services. Να μην αναπαραχθεί ολόκληρο ή αποσπασματικά χωρίς την άδεια του Dr. Irwin Hyman ή του εκδότη.

	Δεν συνέβη	Μια φορά	Μερικές φορές	περισσότερες	πολλές φορές	συνέχεια	Κρύατα περισσότερο από μήνα
101. Αρχισα να πίνω .....							
102. Αρχισα να παίρνω ναρκωτικά.....							
103. Αρχισα να αισθάνομαι ότι συνέβαινε ξανά.....							
104. Αισθανόμουν σα να επρόκειτο να πεθάνω.....							
105. Περίμενα διαρκώς κάτι να μου συμβεί.							

©2003 Western Psychological Services. Να μην αναπαραχθεί ολόκληρο ή αποσπασματικά χωρίς την άδεια του Dr. Irwin Hyman ή του εκδότη.