

Σχολικός εκφοβισμός και άγχος στην προεφηβική ηλικία

Αφροδίτη Κοντογιάννη & Ευαγγελία Γαλανάκη

Εισαγωγή

Πλήθος ερευνών έχουν καταδείξει τις αρνητικές επιπτώσεις του σχολικού εκφοβισμού στην ψυχική υγεία και τη γενική ευημερία των παιδιών (για δύο σχετικές μετα-αναλύσεις βλ. Reijntjes, Kamphuis, Prinzie, Boelen, van der Schoot, & Telch, 2011· Reijntjes, Kamphuis, Prinzie, & Telch, 2010). Ποσοστό μεγαλύτερο από 10% των μαθητών έχουν εμπλακεί σε ένα περιστατικό εκφοβισμού ως θύματα, θύτες, ή θύτες/θύματα. Σύμφωνα με τον Olweus (1993), εκφοβισμός σημαίνει ότι «ένας μαθητής εκτίθεται επανειλημμένα και για αρκετό διάστημα σε αρνητικές ενέργειες εκ μέρους ενός ή περισσότερων άλλων μαθητών και δυσκολεύεται να υπερασπιστεί τον εαυτό του». Λαμβάνει διάφορες μορφές, όπως σωματικός, λεκτικός, σχεσιακός/κοινωνικός, έμμεσος, σεξουαλικός, φυλετικός/ρατσιστικός, ηλεκτρονικός, αρπαγή/καταστροφή προσωπικών αντικειμένων, απειλή και εξαναγκασμός.

Ο εκφοβισμός είναι ομαδικό φαινόμενο: ορισμένοι μαθητές συμμετέχουν πιο ενεργητικά, ενώ άλλοι είναι αμέτοχοι παρατηρητές. Οι θύτες ενισχύονται συνήθως από ακόλουθους, ενεργητικούς ή παθητικούς υποστηρικτές. Ως εκ τούτου, σε αυτόν τον «Κύκλο του Εκφοβισμού» (Olweus, 2001), τα θύματα στηρίζονται μόνο στους συνομηλίκους τους, που θα πάρουν θέση και θα ενεργήσουν ως υποστηρικτές τους.

Διαπολιτισμικές έρευνες και μετα-αναλύσεις στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. έχουν παρουσιάσει τη σχέση της θυματοποίησης με προβλήματα ψυχικής υγείας και κοινωνικές-συναισθηματικές δυσκολίες στην παιδική ηλικία (Analitis et al., 2009· Reijntjes et al., 2010). Τα θύματα έχουν διπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν εσωτερικευμένα προβλήματα, όπως κατάθλιψη, άγχος, ψυχοσωματικά συμπτώματα και προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις (Analitis et al., 2009· Baldry, 2004· Hawker & Boulton, 2000· Malti, Perren, & Buchman, 2010· Nishina, Juvonen, & Witkow, 2005· Reijntjes et al., 2010). Επομένως, η δυσφορία και η απόρριψη που βιώνουν οι θυματοποιημένοι από τους συνομηλίκους τους μαθητές είναι προάγγελοι προβλημάτων ψυχικής υγείας.

Εκφοβισμός/θυματοποίηση και κοινωνικό άγχος

Οι υπάρχουσες έρευνες δείχνουν ότι η θυματοποίηση από τους συνομηλίκους σχετίζεται με αυξημένο κοινωνικό άγχος, που χαρακτηρίζεται από φόβο αρνητικής αξιολόγησης από το περιβάλλον, φόβο για πιθανό εκφοβισμό και αποφυγή κοινωνικών περιστάσεων, προσώπων και χώρων στους οποίους είναι πιθανό να συμβεί περιστατικό εκφοβισμού (Baldry, 2004· Craig, 1998· Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rantanen, & Rimpelä, 2000· Kumpulainen, Räsänen, & Puura, 2001· Nishina et al., 2005· Peskin, Tortolero, Markham, Addy, & Baumler, 2007· Salmon, James, & Smith, 1998· Slee, 1994· Sourander, Helstelä, Helenius, & Piha, 2000). Τα συμπτώματα άγχους έχουν συνδεθεί με όλα τα είδη θυματοποίησης, αν και αναφέρεται ισχυρότερη σχέση με την άμεση θυματοποίηση (Craig, 1998· Crick & Bigbee, 1998).

Ο εκφοβισμός, ιδιαίτερα ο λεκτικός και ο έμμεσος, έχει συνδεθεί, επίσης, με συμπτώματα άγχους (Baldry, 2004· Craig, 1998· Kaltiala-Heino et al., 2000). Οι θύτες/θύματα βιώνουν συχνά συμπτώματα άγχους (ακολουθούν σε συχνότητα τα καταθλιπτικά συμπτώματα), με διάφορες εκδηλώσεις (Craig, 1998· Kaltiala-Heino et al., 2000· Peskin et al., 2007).

Εκφοβισμός/θυματοποίηση και Διαταραχή Μετα-Τραυματικού Στρες

Η σχέση μεταξύ της θυματοποίησης και του μετατραυματικού στρες έχει σχετικά πρόσφατα αναδειχτεί ως πεδίο ερευνητικού ενδιαφέροντος. Η χρόνια και επανειλημμένη έκθεση στον εκφοβισμό από τους συνομηλίκους σχετίζεται με συμπτώματα μετατραυματικού στρες, όπως φόβο, αίσθημα αβοήθητου, αποφευκτική συμπεριφορά, παρείσακτες σκέψεις, συναισθηματικό μούδιασμα, υπερδιέγερση και αποσυνδετικές εμπειρίες (Carney, 2008· Crosby, Oehler, & Capaccioli, 2010· Houbre, Tarquinio, Thuiller, & Hergott, 2006· Isdoe, Dyregrov, & Isdoe, 2012· Mynard, Alexander, & Joseph, 2000· Storch & Esposito, 2003). Αναφέρεται ότι σχεδόν τα δύο-τρίτα των θυμάτων βιώνουν έντονο μετατραυματικό στρες και ότι πάνω από το ένα-τρίτο αυτών εμπίπτουν στο κλινικό φάσμα (Houbre et al., 2006· Isdoe et al., 2012· Mynard et al., 2000). Η συχνότητα και η έκταση της θυματοποίησης αυξάνουν τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες ανεξάρτητα από το είδος της θυματοποίησης (Carney, 2008· Houbre et al., 2006· Isdoe et al., 2012· Storch & Esposito, 2003). Οι μαθητές που θυματοποιούνται και βιώνουν τέτοιου είδους συμπτώματα παρουσιάζουν μειωμένη αυτοαποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της θυματοποίησης σε σχέση με τους αμέτοχους συμμαθητές τους (Crosby et al., 2010).

Παρόλο που δεν έχει διαπιστωθεί σαφής σύνδεση με τον εκφοβισμό, ορισμένες έρευνες έδειξαν θετικές συσχετίσεις της διαταραχής μετατραυματικού στρες με την ομάδα των θυτών/θυμάτων. Αυτοί οι μαθητές εκδηλώνουν συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες, τα οποία τείνουν να αυξάνονται όσο αυξάνεται η συχνότητα των περιστατικών εκφοβισμού (Carney, 2008· Isdoe et al., 2012). Νεότερα ερευνητικά στοιχεία αποκαλύπτουν, επίσης, ότι οι θύτες/θύματα βιώνουν εντονότερο μετατραυματικό στρες, ακόμη και σε σύγκριση με τα θύματα (Houbre et al., 2006· Isdoe et al., 2012).

Εκφοβισμός/θυματοποίηση και ψυχοσωματικά συμπτώματα

Τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, αν και δεν έχουν διερευνηθεί εκτενώς, αποτελούν μια σημαντική έκφραση της δυσφορίας που βιώνουν τα θύματα. Τα θύματα υποφέρουν συχνότερα από πονοκεφάλους, πόνους στον αυχένα και στους ώμους, δύσπνοια, αίσθημα ζάλης, ναυτία, αίσθημα κόπωσης, νυχτερινή ενούρηση κ.λπ. Εκδηλώνουν διαταραχές ύπνου, για παράδειγμα δυσκολεύονται να κοιμηθούν ή βλέπουν τρομακτικά όνειρα, αλλά και διαταραχές πρόσληψης τροφής, για παράδειγμα απώλεια της όρεξης (Baldry, 2004· Carlerby, Viitasara, Knutsson, & Gådin, 2012· Due et al., 2005· Fekkes, Pijpers, Fredriks, Vogels, & Verloove-Vanhorick, 2006· Fekkes, Pijpers, & Verloove-Vanhorick, 2004· Forero, McLellan, Rissel, & Bauman, 1999· Gini, 2008· Kaltiala-Heino et al., 2000· Kumpulainen et al., 1998· Nansel, Craig, Overpeck, Saluja, Ruan & Health Behaviour in School-aged Children Bullying Analyses Working Group, 2004· Natvig, Albrektsen, & Qvarnstrøm, 2001· Nishina et al., 2005· Rigby, 1999· Williams, Chambers, Logan, & Robinson, 1996· Wolke, Woods, Bloomfield, & Karstadt, 2001· Woods & Wolke, 2004).

Παρομοίως, οι θύτες αναφέρουν συχνά προβλήματα ύπνου, αίσθημα έντασης, αλλά και πονοκεφάλους, στομαχόπονους, πόνους στη μέση, αίσθημα ατονίας και ζάλη (Gini, 2008· Kaltiala-Heino et al., 2000· Nansel et al., 2004). Οι θύτες/θύματα εμφανίζουν, επίσης, ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως πονοκεφάλους, κοιλιακούς πόνους, προβλήματα ύπνου, ναυτία, αίσθημα υπερέντασης, αίσθημα κόπωσης, τα οποία είναι σε επίπεδα συγκρίσιμα ή υψηλότερα από αυτά των θυμάτων και των θυτών (Carlerby et al., 2012· Fekkes, et al., 2004· Forero et al., 1999· Gini, 2008· Kaltiala-Heino et al., 2000· Nansel et al., 2004).

Η παρούσα έρευνα

Βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της σχέσης του σχολικού εκφοβισμού και της θυματοποίησης με τις διαταραχές άγχους στην προεφηβική ηλικία (μαθητές 10 έως 12 ετών). Ενώ η συχνότητα και οι διάφορες μορφές του εκφοβισμού έχουν εξεταστεί επαρκώς, η ψυχολογική ευημερία των μαθητών που εμπλέκονται σε περιστατικά εκφοβισμού έχει παραμεληθεί από τους Έλληνες ερευνητές (Andreou, 2000). Η παρούσα έρευνα αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου ερευνητικού προγράμματος για τη σχέση του σχολικού εκφοβισμού και της θυματοποίησης με τα προβλήματα ψυχικής υγείας των μαθητών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (μία από τρεις έρευνες).

Με βάση τα ευρήματα των ερευνών που ανασκοπήσαμε με συντομία παραπάνω, διατυπώνονται οι εξής υποθέσεις: (1) η θυματοποίηση –ως συνεχής μεταβλητή και στις επιμέρους μορφές της– αναμένεται να σχετίζεται θετικά με το κοινωνικό άγχος, τη διαταραχή μετατραυματικού στρες και τα ψυχοσωματικά συμπτώματα· και (2) ο εκφοβισμός –ως συνεχής μεταβλητή και στις επιμέρους μορφές του– αναμένεται να σχετίζεται θετικά με το κοινωνικό άγχος και τα ψυχοσωματικά συμπτώματα. Η σχέση μεταξύ εκφοβισμού και διαταραχής μετατραυματικού στρες παραμένει ερώτημα ανοικτό.

Μέθοδος

Συμμετέχοντες

Το δείγμα αποτέλεσαν 255 μαθητές Ε΄ (47,1%) και Στ΄ (52,9%) Δημοτικού (51,4% κορίτσια και 48,6% αγόρια), ηλικίας 10 έως 12 ετών ($M = 12,0$, $SD = 0,6$), που φοιτούσαν σε δημόσια δημοτικά σχολεία της Αττικής (Άγιος Δημήτριος, Αθήνα, Αιγάλεω, Αργυρούπολη, Γλυφάδα, Καισαριανή). Η πλειοψηφία των μαθητών (94,9%) είχε γεννηθεί στην Ελλάδα (ελληνική γλώσσα ως μητρική 82,0%, καλό επίπεδο γνώσης 14,5%, μέτριο επίπεδο γνώσης 3,1%). Οι περισσότεροι πατέρες των μαθητών είχαν γεννηθεί στην Ελλάδα (77,3%) και οι υπόλοιποι (13,7%) στην Αλβανία. Τα ποσοστά ήταν παρόμοια και για τις μητέρες των μαθητών (71,4% και 13,7%, αντίστοιχα).

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια του δεύτερου εξαμήνου του σχολικού έτους (άνοιξη 2013). Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν ομαδικά από τους μαθητές μέσα στις σχολικές τάξεις, στη

διάρκεια δύο διδακτικών ωρών (περίπου 90'). Η πρώτη συγγραφέας διάβαζε φωναχτά τις οδηγίες και καθεμία ερώτηση και περίμενε τους μαθητές να απαντήσουν προτού περάσει στην επόμενη ερώτηση. Ενυπόγραφη γραπτή συγκατάθεση των γονέων για τη συμμετοχή στην έρευνα δόθηκε για το 84,8% των μαθητών από τα σχολεία που συμμετείχαν.

Μέσα συλλογής δεδομένων

Olweus Ερωτηματολόγιο Εκφοβισμού/Θυματοποίησης (Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire). Αξιολογεί τη συχνότητα των διαφόρων μορφών εκφοβισμού και θυματοποίησης (π.χ., σωματικός, λεκτικός, φυλετικός, σεξουαλικός, ηλεκτρονικός, έμμεσος, κοινωνικός αποκλεισμός, κλοπή/καταστροφή προσωπικών αντικειμένων, απειλή/εξαναγκασμός και άλλες μορφές) (Olweus, 2006· ελληνική προσαρμογή από Γαλανάκη & Αμανάκη, 2009). Δίνεται ένας ορισμός του εκφοβισμού και ακολουθούν 23 ερωτήσεις, που βαθμολογούνται από 1 έως 5. Η τάση για θυματοποίηση ($\alpha = 0,90$) προκύπτει υπολογίζοντας το μέσο όρο των μορφών θυματοποίησης, ενώ η τάση για εκφοβισμό ($\alpha = 0,70$) υπολογίζοντας το μέσο όρο των μορφών εκφοβισμού. Υπάρχουν δύο ερωτήσεις-κλειδιά, με βάση τις οποίες οι συμμετέχοντες κατηγοριοποιούνται σε θύτες, θύματα, θύτες/θύματα και ούτε θύτες/ούτε θύματα.

Αναθεωρημένη Κλίμακα Κοινωνικού Άγχους για Παιδιά (Social Anxiety Scale for Children-Revised). Η κλίμακα αυτή αξιολογεί τα επίπεδα κοινωνικού άγχους των παιδιών (LaGreca & Stone, 1993· ελληνική προσαρμογή από Βασιλόπουλο, 2009). Οι 18 ερωτήσεις της ($\alpha = 0,91$) περιλαμβάνουν τρεις παράγοντες: (1) *Φόβος Αρνητικής Αξιολόγησης (Fear of Negative Evaluation)*, 8 ερωτήσεις· $\alpha = 0,90$), που αξιολογεί τους φόβους, τις στενοχώριες και τις ανησυχίες των παιδιών για τις αρνητικές αξιολογήσεις από συνομηλίκους· (2) *Κοινωνική Αποφυγή και Ενόχληση-Ειδική απέναντι σε Νέους Συνομηλίκους ή Καταστάσεις (Social Avoidance and Distress-Specific to New Peers or Situations)*, 6 ερωτήσεις· $\alpha = 0,73$), που αφορά την κοινωνική αποφυγή, αναστολή ή δυσφορία, η οποία αντανακλάται κυρίως σε νέες καταστάσεις ή με άγνωστους συνομηλίκους· και (3) *Κοινωνική Αποφυγή και Ενόχληση-Γενικευμένη (Social Avoidance and Distress-General)*, 4 ερωτήσεις· $\alpha = 0,70$), που αντανακλά μια πιο γενικευμένη κοινωνική αποφυγή, αναστολή της συμπεριφοράς και κοινωνική δυσφορία με τους συνομηλίκους. Οι ερωτήσεις βαθμολογούνται σε 5-βαθμη κλίμακα Likert, από 1 (καθόλου) έως 5 (πάντα), με τη συνολική βαθμολογία να κυμαίνεται από 18 έως 90 βαθμούς. Υψηλότερη βαθμολογία δείχνει υψηλότερα επίπεδα κοινωνικού

άγχους. Οι κατασκευαστές (LaGreca & Stone, 1993) προτείνουν ως «κλινικά σημαντική» τη βαθμολογία από 50 και άνω.

Αναθεωρημένη Κλίμακα Επίδρασης του Συμβάντος για Παιδιά (Children's Revised Impact of Event Scale). Αξιολογεί τα τρέχοντα επίπεδα υποκειμενικής δυσφορίας σε σχέση με ένα συγκεκριμένο γεγονός (π.χ., απώλεια, βία, ασθένεια) (Smith, Perrin, Dyregrov, & Yule, 2003· ελληνική προσαρμογή από Giannopoulou, Smith, Ecker, Strouthos, Dikaiakou, & Yule, 2006). Στην παρούσα έρευνα, οι μαθητές κλήθηκαν να απαντήσουν για ένα περιστατικό εκφοβισμού που συνέβη την τελευταία εβδομάδα. Οι 13 ερωτήσεις ($\alpha = 0,91$) αντιπροσωπεύουν τις τρεις ομάδες συμπτωμάτων της μετατραυματικής διαταραχής στρες: *Παρέισφρηση* (Intrusion, 4 ερωτήσεις· $\alpha = 0,83$), *Αποφυγή* (Avoidance, 4 ερωτήσεις· $\alpha = 0,86$) και *Διέγερση* (Arousal, 5 ερωτήσεις· $\alpha = 0,70$). Βαθμολογείται σε 4-βαθμη κλίμακα Likert, από 0 (καθόλου) έως 5 (συχνά). Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 65 βαθμούς και αποτελεί δείκτη της σοβαρότητας των αντιδράσεων των παιδιών στο μετατραυματικό στρες. Οι κατασκευαστές (Perrin, Meiser-Stedman, & Smith, 2005) προτείνουν τη χρήση των 17 βαθμών και άνω στις δύο υποκλίμακες Παρέισφρηση και Αποφυγή μαζί, ως οριακής τιμής για την ανίχνευση πιθανών περιπτώσεων μετατραυματικής διαταραχής άγχους ή τη χρήση των 30 βαθμών και άνω για το σύνολο των ερωτήσεων της κλίμακας. Με αυτόν τον τρόπο, οι μαθητές διακρίνονται σε φυσιολογική ομάδα και ομάδα υψηλού κινδύνου.

Κλίμακα Ψυχοσωματικών Συμπτωμάτων (Psychosomatic Symptom Score). Αξιολογεί την παρουσία και ένταση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων στα παιδιά, όπως πονοκέφαλο, κοιλιακό πόνο, απώλεια όρεξης, δυσκολίες επέλευσης ύπνου ή αφυπνίσεις στη διάρκεια της νύχτας, ζάλη, ναυτία κ.λπ. (Aro, Ragonen, & Aro, 1987· ελληνική προσαρμογή από τις συγγραφείς). Αποτελείται από 12 ερωτήσεις ($\alpha = 0,79$), οι οποίες βαθμολογούνται σε 4-βαθμη κλίμακα Likert, από 0 (ποτέ) έως 3 (συχνά ή συνεχώς). Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 36 βαθμούς, με την υψηλότερη βαθμολογία να δείχνει περισσότερα ψυχοσωματικά συμπτώματα.

Ευρήματα

Συχνότητες και Περιγραφικά Στοιχεία

Οι μαθητές που εμπλέκονται σε ένα περιστατικό εκφοβισμού τουλάχιστον δύο με τρεις φορές τον προηγούμενο μήνα ανέρχονται σε 12,9%. Συγκεκριμένα, το 8,6% των μαθητών δήλωσαν ότι είναι θύματα, το 2,4% θύτες και το 2,0% θύτες/θύματα.

Οι πιο συχνές μορφές θυματοποίησης ήταν η λεκτική (12,6%), ο κοινωνικός αποκλεισμός (7,4%), η σεξουαλική (7,1%), η έμμεση (7,0%), η φυλετική (4,4%) και η σωματική θυματοποίηση (4,0%). Οι συνηθέστερες μορφές εκφοβισμού ήταν ο λεκτικός (5,9%), ο κοινωνικός αποκλεισμός (3,2%), ο σωματικός (2,4%), ο έμμεσος (0,8%) και ο φυλετικός εκφοβισμός (0,8%).

Ο Πίνακας 1 δείχνει τα περιγραφικά στοιχεία για τις υπό μελέτη μεταβλητές. Η τάση για θυματοποίηση παρουσίασε κάπως υψηλότερο μέσο όρο ($M = 1,28$, $SD = 0,54$) από την τάση για εκφοβισμό ($M = 1,12$, $SD = 0,20$). Οι συνολικές βαθμολογίες των μαθητών στην κλίμακα κοινωνικού άγχους κυμαίνονταν σε μέτρια επίπεδα ($M = 40,7$, $SD = 13,9$), με τις βαθμολογίες στις υποκλίμακες Φόβος Αρνητικής Αξιολόγησης ($M = 19,3$, $SD = 7,8$) και Κοινωνική Αποφυγή και Ενόχληση-Ειδική ($M = 15,0$, $SD = 5,3$) να είναι υψηλότερες από τη βαθμολογία της υποκλίμακας Κοινωνική Αποφυγή και Ενόχληση-Γενικευμένη ($M = 6,3$, $SD = 2,9$). Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας για το μετατραυματικό στρες ήταν χαμηλή ($M = 11,5$, $SD = 14,1$), ενώ το ίδιο ίσχυε για τις υποκλίμακες Παρέισφρηση ($M = 2,9$, $SD = 4,5$), Αποφυγή ($M = 4,1$, $SD = 6,1$) και Διέγερση ($M = 4,6$, $SD = 5,0$). Οι μαθητές σημείωσαν χαμηλή συνολική βαθμολογία στην Κλίμακα Ψυχοσωματικών Συμπτωμάτων ($M = 5,0$, $SD = 4,5$).

Πίνακας 1

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για όλες τις μεταβλητές ($N = 255$)

Μεταβλητές	Min	Max	<i>M</i>	<i>SD</i>
Τάση για θυματοποίηση	1,00	5,00	1,28	0,54
Τάση για εκφοβισμό	1,00	2,09	1,12	0,20
Κοινωνικό Άγχος	18,00	80,0	40,7	13,9
Φόβος Αρνητικής Αξιολόγησης	8,00	40,0	19,3	7,8
Κοινωνική Αποφυγή και Ενόχληση-Ειδική	6,00	29,0	15,0	5,3
Κοινωνική Αποφυγή και Ενόχληση-Γενικευμένη	4,00	18,0	6,3	2,9
Μετατραυματικό Στρες	0,00	59,0	11,5	14,1
Παρέισφρηση	0,00	20,0	2,9	4,5
Αποφυγή	0,00	20,0	4,1	6,1
Διέγερση	0,00	25,0	4,6	5,0
Ψυχοσωματικά Συμπτώματα	0,00	24,0	5,0	4,5

Σχέσεις με Δημογραφικά Στοιχεία

Με τη χρήση του Mann-Whitney test, εξετάστηκε η τάση για θυματοποίηση και η τάση για εκφοβισμό σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία των μαθητών της έρευνας. Βρέθηκε ότι οι μαθητές με μητέρα γεννημένη στην Ελλάδα ($M = 1,23$, $SD = 0,47$) είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία τάσης για θυματοποίηση σε σύγκριση με τους μαθητές των οποίων η μητέρα γεννήθηκε στην Αλβανία ($M = 1,40$, $SD = 0,68$): Mann-Whitney test = 0,014, $p < 0,05$. Οι μαθητές που γεννήθηκαν στην Ελλάδα ($M = 1,26$, $SD = 0,49$) είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία τάσης για θυματοποίηση σε σχέση με τους μαθητές που γεννήθηκαν στην Αλβανία ($M = 1,61$, $SD = 1,10$): Mann-Whitney test = 0,050, $p = 0,05$. Ακόμη, οι μαθητές για τους οποίους η Ελληνική ήταν η μητρική γλώσσα ($M = 1,25$, $SD = 0,49$) είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία τάσης για θυματοποίηση σε σύγκριση με τους μαθητές που είχαν καλό ή μέτριο επίπεδο γνώσης της Ελληνικής γλώσσας ($M = 1,42$, $SD = 0,72$): Mann-Whitney test = 0,026, $p < 0,05$.

Ως προς τον εκφοβισμό άλλων μαθητών, οι μαθητές με πατέρα γεννημένο στην Ελλάδα ($M = 1,10$, $SD = 0,18$) είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία τάσης για εκφοβισμό από τους μαθητές με πατέρα γεννημένο στην Αλβανία ($M = 1,18$, $SD = 0,25$): Mann-Whitney test = 0,025, $p < 0,05$. Οι μαθητές με μητέρα γεννημένη στην Ελλάδα ($M = 1,10$, $SD = 0,18$) είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία τάσης για εκφοβισμό από τους μαθητές με μητέρα γεννημένη στην Αλβανία ($M = 1,17$, $SD = 0,23$): Mann-Whitney test = 0,002, $p < 0,05$. Ακόμη, οι μαθητές για τους οποίους η Ελληνική ήταν η μητρική γλώσσα ($M = 1,11$, $SD = 0,19$) είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία τάσης για εκφοβισμό σε σύγκριση με τους μαθητές που είχαν καλό ή μέτριο επίπεδο γνώσης της Ελληνικής γλώσσας ($M = 1,18$, $SD = 0,23$): Mann-Whitney test = 0,024, $p < 0,05$.

Σχέσεις μεταξύ του Σχολικού Εκφοβισμού και των Διαταραχών Άγχους

Στον Πίνακα 2 φαίνεται ότι όλοι οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ του εκφοβισμού και του άγχους είναι στατιστικά σημαντικοί. Η τάση για θυματοποίηση συσχετίστηκε θετικά με όλες τις υπό μελέτη μεταβλητές. Η τάση για εκφοβισμό συσχετίστηκε επίσης θετικά με όλες τις μεταβλητές, αν και σε χαμηλότερο βαθμό από ό,τι η τάση για θυματοποίηση. Επιπλέον, όλες οι μορφές θυματοποίησης παρουσίασαν σημαντικές θετικές, χαμηλές ($r = 0,14$, $p < 0,05$) έως μέτριες ($r = 0,54$, $p < 0,001$), συσχετίσεις με όλες τις μεταβλητές. Ωστόσο, δεν συσχετίστηκαν σημαντικά όλες οι μορφές του εκφοβισμού με τις κλίμακες άγχους. Συγκεκριμένα, στατιστικά σημαντικές θετικές συ-

σχετίσεις, αν και μάλλον χαμηλές (κυμάνθηκαν από $r = 0,13, p < 0,05$ έως $r = 0,34, p < 0,001$), βρέθηκαν για το λεκτικό εκφοβισμό, τον κοινωνικό αποκλεισμό, το σωματικό εκφοβισμό, τον έμμεσο εκφοβισμό, την απειλή/έξαναγκασμό, τον ηλεκτρονικό και τις άλλες μορφές εκφοβισμού.

Πίνακας 2

Συντελεστές συσχέτισης Spearman rho μεταξύ της τάσης για θυματοποίηση, της τάσης για εκφοβισμό και όλων των κλιμάκων άγχους

Μεταβλητές	Τάση για θυματοποίηση	Τάση για εκφοβισμό
Κοινωνικό Άγχος	0,55**	0,29**
Φόβος Αρνητικής Αξιολόγησης	0,60**	0,33**
Κοινωνική Αποφυγή και Ενόχληση-Ειδική	0,34**	0,16*
Κοινωνική Αποφυγή και Ενόχληση-Γενικευμένη	0,33**	0,15*
Μετατραυματικό Στρες	0,61**	0,36**
Παρείσφρηση	0,58**	0,28**
Αποφυγή	0,58**	0,31**
Διέγερση	0,51**	0,30**
Ψυχοσωματικά Συμπτώματα	0,48**	0,28**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$.

Πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση, με εξαρτημένη μεταβλητή την τάση για θυματοποίηση και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών και τις συνολικές βαθμολογίες άγχους. Τα παιδιά που ανήκαν στο κλινικό φάσμα ως προς το κοινωνικό άγχος, στην ομάδα υψηλού κινδύνου ως προς τη διαταραχή μετατραυματικού στρες και εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, είχαν σημαντικά μεγαλύτερη τάση για θυματοποίηση (Πίνακας 3). Χρησιμοποιώντας τις βαθμολογίες στις υποκλίμακες, η ίδια ανάλυση έδειξε ότι τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, οι υποκλίμακες του κοινωνικού άγχους Φόβος Αρνητικής Αξιολόγησης και Κοινωνική Αποφυγή και Ενόχληση-Ειδική, καθώς και η υποκλίμακα του μετατραυματικού στρες Παρείσφρηση προέβλεπαν ανεξάρτητα μεγαλύτερη τάση για θυματοποίηση.

Πίνακας 3

Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση (μέθοδος *stepwise*) με εξαρτημένη μεταβλητή την τάση για θυματοποίηση

Συνολικές βαθμολογίες		β	<i>SE</i>	<i>p</i>
Κοινωνικό	κλινικό εύρος	0,068	0,020	0,001
Άγχος	μη κλινικό εύρος	0,000		
Μετατραυματικό	ομάδα υψηλού	0,101	0,026	< 0,001
Στρες	κινδύνου			
	φυσιολογική ομάδα	0,000		
Ψυχοσωματικά Συμπτώματα		0,008	0,002	< 0,001

Βαθμολογίες υποκλιμάκων		β	<i>SE</i>	<i>p</i>
Φόβος Αρνητικής Αξιολόγησης		0,008	0,001	0,000
Κοινωνική Αποφυγή και Ενόχληση-Ειδική		0,003	0,001	0,019
Παρέισφρηση		0,010	0,002	0,000
Ψυχοσωματικά Συμπτώματα		0,005	0,002	0,003

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την τάση για εκφοβισμό και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών και τις συνολικές βαθμολογίες άγχους. Τα παιδιά με μητέρες γεννημένες στην Αλβανία και με υψηλότερα επίπεδα ψυχοσωματικών συμπτωμάτων είχαν σημαντικά μεγαλύτερη τάση για εκφοβισμό (Πίνακας 4). Χρησιμοποιώντας τις βαθμολογίες στις υποκλίμακες, η ίδια ανάλυση έδειξε ότι τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, η χώρα γέννησης της μητέρας, οι υποκλίμακες του κοινωνικού άγχους Φόβος Αρνητικής Αξιολόγησης και Κοινωνική Αποφυγή και Ενόχληση-Ειδική, καθώς και η υποκλίμακα του μετατραυματικού στρες Διέγερση είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της τάσης για εκφοβισμό.

Πίνακας 4

Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση (μέθοδος *stepwise*) με εξαρτημένη μεταβλητή την τάση για εκφοβισμό

Συνολικές βαθμολογίες		β	<i>SE</i>	<i>p</i>
Χώρα γέννησης της μητέρας	Ελλάδα	- 0,023	0,009	0,014
	Αλβανία	0,000		
Ψυχοσωματικά Συμπτώματα		0,003	0,001	0,001

Βαθμολογίες υποκλίμακων		β	<i>SE</i>	<i>p</i>
Χώρα γέννησης της μητέρας	Ελλάδα	- 0,022	0,009	0,016
	Αλβανία	0,000		
Φόβος Αρνητικής Αξιολόγησης		0,002	0,001	0,002
Κοινωνική Αποφυγή και Ενόχληση-Γενικευμένη		-0,004	0,002	0,016
Διέγερση		0,003	0,001	0,008
Ψυχοσωματικά Συμπτώματα		0,003	0,001	0,001

Εξαιτίας του μικρού μεγέθους (των κενών φατνίων) στις ομάδες των θυτών και των θυτών/θυμάτων, πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις μόνο μεταξύ της ομάδας των θυμάτων και της ομάδας ούτε θύτες/ούτε θύματα. Τα θύματα είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στο κοινωνικό άγχος και τις υποκλίμακες του, στο μετατραυματικό στρες και τις διαστάσεις του, καθώς και στα ψυχοσωματικά συμπτώματα, σε σύγκριση με την ομάδα ούτε θύτες/ούτε θύματα (Πίνακας 5).

Χρησιμοποιώντας τα σημεία τομής για το κλινικό φάσμα στις κλίμακες κοινωνικού άγχους και μετατραυματικού στρες, βρέθηκε ότι τα θύματα ανήκαν στο κλινικό φάσμα του κοινωνικού άγχους σε υψηλότερα επίπεδα (76,2%) από ό,τι οι αμέτοχοι συνομήλικοί τους (18,6%) ($p < 0,0001$). Επίσης, τα θύματα ανήκαν σε υψηλότερο ποσοστό στην ομάδα υψηλού κινδύνου για διαταραχή μετατραυματικού στρες (54,5% - 68,2%) σε σύγκριση με την ομάδα ούτε θύτες/ούτε θύματα (6,4% - 12,2%) ($p < 0,0001$) (Πίνακας 6).

Πίνακας 5

Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και Pearson's χ^2 -test για την ομάδα των θυμάτων και την ομάδα ούτε θύτες/ούτε θύματα

Μεταβλητές	Ούτε θύτες/ούτε θύματα		Θύματα		<i>p</i> Pearson's χ^2 -test ¹
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Κοινωνικό Άγχος	38,5	12,6	60,1	12,5	< 0,001
Φόβος Αρνητικής Αξιολόγησης	17,9	6,8	31,8	6,7	< 0,001
Κοινωνική Αποφυγή και Ενόχληση-Ειδική	14,6	5,1	18,4	5,8	< 0,001
Κοινωνική Αποφυγή και Ενόχληση-Γενικευμένη	6,1	2,5	9,1	4,5	0,004
Μετατραυματικό Στρες	8,8	11,1	33,3	20,0	< 0,001
Παρέισφρηση	2,1	3,5	9,6	7,4	0,007
Αποφυγή	3,0	5,1	13,0	7,7	< 0,001
Διέγερση	3,8	4,0	10,6	8,3	< 0,001
Ψυχοσωματικά Συμπτώματα	4,4	3,9	10,6	6,7	< 0,001

¹Mann-Whitney test.

Πίνακας 6

Απόλυτες (N) και σχετικές (%) συχνότητες και Pearson's χ^2 -test για την ομάδα των θυμάτων και την ομάδα ούτε θύτες/ούτε θύματα στο κλινικό εύρος των κλιμάκων κοινωνικού άγχους και μετατραυματικού στρες

		Ούτε θύτες/ούτε θύματα		Θύματα		<i>p</i> Pearson's χ^2 -test ¹
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Κοινωνικό Άγχος	κλινικό εύρος	41	18,6	16	76,2	< 0,001
	μη κλινικό εύρος	179	81,4	5	23,8	
Μετατραυματικό Στρες ²	ομάδα υψηλού κινδύνου	27	12,2	15	68,2	< 0,001
	φυσιολογική ομάδα	194	87,8	7	31,8	
Μετατραυματικό Στρες ³	ομάδα υψηλού κινδύνου	14	6,4	12	54,5	< 0,001
	Φυσιολογική ομάδα	205	93,6	10	45,5	

¹ Fisher's exact test.

² βάσει των υποκλιμάκων Παρέισφρηση και Αποφυγή (cut-off 17).

³ βάσει των συνολικών βαθμολογιών (cut-off 30).

Στη συνέχεια, έγινε πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση (odds ratio) με εξαρτημένη μεταβλητή τη θυματοποίηση των μαθητών και ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά στοιχεία και τις συνολικές βαθμολογίες σε όλες τις κλίμακες άγχους. Οι συνολικές βαθμολογίες στις κλίμακες κοινωνικού άγχους και μετατραυματικού στρες σχετίστηκαν ανεξάρτητα με τη θυματοποίηση (Πίνακας 7). Τα θύματα ήταν πιθανότερο να βιώσουν κοινωνικό άγχος ($OR = 1,08, p = 0,004$) και διαταραχή μετατραυματικού στρες ($OR = 1,06, p = 0,006$) από ό,τι οι αμέτοχοι συνομήλικοί τους. Χρησιμοποιώντας τις υποκλίμακες, βρέθηκε ότι τα θύματα ήταν πιθανότερο να εκφράσουν Φόβο Αρνητικής Αξιολόγησης ($OR = 1,25, p = 0,000$) και Αποφυγή ($OR = 1,12, p = 0,010$) σε σύγκριση με την ομάδα ούτε θύτες/ούτε θύματα.

Πίνακας 7

Πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση (odds ratio, μέθοδος stepwise) με εξαρτημένη μεταβλητή τη θυματοποίηση

Συνολικές βαθμολογίες	OR (95% df)	p
Κοινωνικό Άγχος	1,08 (1,02 – 1,13)	0,004
Μετατραυματικό Στρες	1,06 (1,02 – 1,10)	0,006
Βαθμολογίες υποκλιμάκων	OR (95% df)	p
Φόβος Αρνητικής Αξιολόγησης	1,25 (1,13 – 1,38)	0,000
Αποφυγή	1,12 (1,03 – 1,21)	0,010

Συζήτηση

Ένας σημαντικός αριθμός παιδιών προεφηβικής ηλικίας (10-12 ετών) παραδέχτηκαν ότι έχουν εμπλακεί σε ένα περιστατικό εκφοβισμού τουλάχιστον δύο με τρεις φορές το μήνα. Το ποσοστό των θυμάτων ήταν σύμφωνο με αυτό που έχει βρεθεί σε άλλες έρευνες στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες και ακολουθείται από χαμηλότερα ποσοστά για τους θύτες και για τους θύτες/θύματα. Οι πιο συχνές μορφές θυματοποίησης ήταν η λεκτική θυματοποίηση, ο κοινωνικός αποκλεισμός και η σεξουαλική θυματοποίηση. Οι πιο κοινές μορφές εκφοβισμού ήταν ο λεκτικός εκφοβισμός, ο κοινωνικός αποκλεισμός και ο σωματικός εκφοβισμός.

Σύμφωνα με τις υποθέσεις, βρέθηκαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ της τάσης για θυματοποίηση και όλων των κλιμάκων άγχους. Αν και χαμηλότερες, παρόμοιες σημαντικές θετικές συσχετίσεις εντοπίστηκαν και μεταξύ της τάσης για εκφοβισμό και όλων των κλιμάκων άγχους. Όσο το κοινωνικό άγχος, το μετατραυματικό στρες και τα ψυχοσωματικά συμπτώ-

ματα αυξάνονταν, τόσο αυξανόταν και η τάση για θυματοποίηση και η τάση για εκφοβισμό. Ακολούθως, όλες οι μορφές θυματοποίησης σχετίστηκαν θετικά με το κοινωνικό άγχος και τις διαστάσεις του, με το μετατραυματικό άγχος και τα ψυχοσωματικά προβλήματα, από χαμηλό έως μέτριο επίπεδο: χαμηλό για τις άλλες μορφές θυματοποίησης και μέτριο για τη λεκτική θυματοποίηση. Επομένως, οι μαθητές που βίωναν διάφορα συμπτώματα άγχους είχαν την τάση να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα σε όλα τα είδη θυματοποίησης. Μόνο κάποιες μορφές εκφοβισμού, δηλαδή ο λεκτικός, ο σωματικός, ο ηλεκτρονικός, ο κοινωνικός αποκλεισμός και άλλες μορφές εκφοβισμού, παρουσίασαν σημαντικές θετικές, αν και χαμηλές, συσχετίσεις με όλες τις κλίμακες άγχους και τις περισσότερες υποκλίμακές τους. Όσο το κοινωνικό άγχος, το μετατραυματικό στρες και τα ψυχοσωματικά συμπτώματα αυξάνονταν, τόσο οι μαθητές είχαν την τάση να εκδηλώνουν τις παραπάνω μορφές εκφοβισμού.

Τα παιδιά των οποίων η μητέρα γεννήθηκε στην Ελλάδα είχαν σημαντικά χαμηλότερη τάση για θυματοποίηση από τα παιδιά των οποίων η μητέρα γεννήθηκε στην Αλβανία. Το ίδιο ίσχυε και για τα παιδιά που γεννήθηκαν στην Ελλάδα και η μητρική τους γλώσσα ήταν η Ελληνική, σε σύγκριση με τα παιδιά που είχαν γεννηθεί στην Αλβανία και μιλούσαν ελληνικά σε καλό ή μέτριο επίπεδο. Τα παιδιά των οποίων οι γονείς είχαν γεννηθεί στην Ελλάδα είχαν σημαντικά χαμηλότερη τάση για εκφοβισμό από ό,τι τα παιδιά των οποίων οι γονείς είχαν γεννηθεί στην Αλβανία. Το ίδιο ίσχυε και για τα παιδιά των οποίων η μητρική γλώσσα ήταν η Ελληνική, σε σύγκριση με τα παιδιά εκείνα που είχαν γεννηθεί στην Αλβανία και μιλούσαν ελληνικά σε καλό ή μέτριο επίπεδο. Οι δυσκολίες προσαρμογής των οικονομικών μεταναστών και οι πιθανές διακρίσεις εις βάρος τους φαίνεται να αποτελούν, τουλάχιστον εν μέρει, αιτία της υψηλότερης τάσης τους να θυματοποιούνται, αλλά και να εκφοβίζουν τους συνομηλίκους τους.

Όπως ήταν αναμενόμενο, οι μαθητές στην ομάδα υψηλού κινδύνου για μετατραυματικό στρες εμφάνισαν σημαντικά μεγαλύτερη τάση για θυματοποίηση σε σύγκριση με τους μαθητές στην ομάδα χαμηλού κινδύνου. Το ίδιο ίσχυε και για τους μαθητές με κλινικά επίπεδα κοινωνικού άγχους και μαθητές που ανέφεραν υψηλά επίπεδα ψυχοσωματικών συμπτωμάτων. Ο φόβος για αρνητική αξιολόγηση, η κοινωνική αποφυγή και δυσφορία σε σχέση με νέους συνομηλίκους και καταστάσεις, καθώς και οι παρεισφορητικές σκέψεις και εικόνες αναφέρονταν συχνότερα από τους μαθητές που είχαν την τάση να είναι θύματα.

Μόνο τα ψυχοσωματικά προβλήματα προέβλεπαν σε σημαντικό βαθμό την τάση των μαθητών να είναι θύτες. Οι μαθητές με μητέρες γεννημένες στην Αλβανία, οι οποίοι παραδέχονταν φόβο για πιθανή αρνητική αξιολό-

γηση από το περιβάλλον τους, παρουσίαζαν γενικευμένο κοινωνικό άγχος και υπερδιέγερση και είχαν την τάση να εκφοβίζουν τους συμμαθητές τους.

Όταν έγινε σύγκριση μεταξύ θυμάτων και ούτε θυτών/ούτε θυμάτων, βρέθηκε ότι τα θύματα σημείωσαν υψηλότερους βαθμούς σε όλες τις κλίμακες άγχους (δηλαδή, σε όλες τις υποκλίμακες κοινωνικού άγχους και διαταραχής μετατραυματικού στρες και στα ψυχοσωματικά συμπτώματα). Είχαν, επίσης, μεγαλύτερες πιθανότητες να βιώσουν φόβο αρνητικής αξιολόγησης από τους συνομηλίκους τους και να αναφέρουν αποφευκτική συμπεριφορά σε σύγκριση με τους αμέτοχους συμμαθητές τους. Ανέφεραν, ακόμα, υψηλότερα ποσοστά κλινικού κοινωνικού άγχους και ταξινομήθηκαν σε υψηλότερο ποσοστό στην ομάδα υψηλού κινδύνου για μετατραυματικό στρες σε σχέση με την ομάδα ούτε θύτες/ούτε θύματα.

Εν κατακλείδι, όλες οι αγχώδεις διαταραχές που εξετάστηκαν στην παρούσα έρευνα αναδείχτηκαν ως σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της θυματοποίησης και του εκφοβισμού στα σχολεία – εύρημα που συνάδει με εκείνα άλλων ερευνών σε διεθνές επίπεδο (π.χ., Analitis et al., 2009· Hawker & Boulton, 2000· Reijntjes et al., 2010). Ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον εύρημα ήταν η σύνδεση της διαταραχής μετατραυματικού στρες με τον εκφοβισμό. Αν και η σχετική βιβλιογραφία είναι περιορισμένη, είναι δυνατόν να υποθέσουμε ότι οι θύτες πιθανόν να επαναβιώνουν μια προσωπική τους τραυματική κατάσταση (π.χ., εμπειρίες βίας) μέσω της αναπαράστασής της στο σχολικό πλαίσιο, δηλαδή εκφοβίζοντας τους συμμαθητές τους (Dyregrov & Yule, 2006· Perrin, Smith, & Yule, 2000). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η σχέση μεταξύ του εκφοβισμού/θυματοποίησης και των αγχωδών διαταραχών μπορεί να είναι πιο πολύπλοκη από όσο θα ανέμενε κανείς.

Η παρούσα συναφειακή έρευνα δεν διέκρινε αιτίες και αποτελέσματα, ωστόσο παρέχει σαφείς ενδείξεις ότι μια αξιοσημείωτη ομάδα παιδιών παραδέχονται ανοιχτά στα ερωτηματολόγια ότι έχουν πέσει θύματα εκφοβισμού από τους συνομηλίκους τους, και, παράλληλα, εκδηλώνουν την υποκειμενική τους δυσφορία με τη μορφή κοινωνικού άγχους, μετατραυματικού άγχους και διαφόρων ψυχοσωματικών ενοχλήσεων. Ο εκφοβισμός είναι κυρίως κοινωνικό φαινόμενο. Ως εκ τούτου, η ομάδα των συνομηλίκων και ο προστατευτικός ρόλος της φιλίας θα πρέπει να αξιοποιηθούν για την κατανόηση και την προσπάθεια αλλαγής των προτύπων συμπεριφοράς και των στάσεων των μαθητών που εμπλέκονται σε περιστατικά εκφοβισμού (Olweus, 2001). Με την αξιοποίηση της κοινωνικής δυναμικής του εκφοβισμού, οι μελλοντικές έρευνες είναι αναγκαίο να εστιάσουν στη μείωση των πολλών όψεων του άγχους που βιώνουν τα εμπλεκόμενα παιδιά.

Ευχαριστίες

Θερμές ευχαριστίες εκφράζονται προς τους μαθητές, τους διευθυντές και τους εκπαιδευτικούς για την πρόθυμη συνεργασία τους. Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε με την υποστήριξη της υποτροφίας από το Κληροδότημα Αντωνίου Παπαδάκη του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, η οποία έχει απονεμηθεί στην πρώτη συγγραφέα.

Βιβλιογραφία

- Analitis, F., Velderman, M. K., Ravens-Sieberer, U., Detmar, S., Erhart, M., Herdman, M., Berra, S., Alonso, J., Rajmil, L., & European Kidscreen Group. (2009). Being bullied: associated factors in children and adolescents 8 to 18 years old in 11 European countries. *Pediatrics*, *123*, 569-577.
- Andreou, E. (2000). Bully/victim problems and their association with psychological constructs in 8- to 12-year old Greek schoolchildren. *Aggressive Behavior*, *26*, 49-56.
- Aro, H., Paronen, O., & Aro, S. (1987). Psychosomatic symptoms among 14-16 year old Finnish adolescents. *Social Psychiatry*, *22*, 171-176.
- Baldry, A. C. (2004). The impact of direct and indirect bullying on the mental and physical health of Italian youngsters. *Aggressive Behavior*, *30*, 343-355.
- Βασιλόπουλος, Σ. Φ. (2009). Ντροπαλότητα και κοινωνικό άγχος σε μαθητές του δημοτικού: Συχνότητα εμφάνισης και ένα νέο ερωτηματολόγιο μέτρησης του παιδικού προσδοκητικού άγχους. *Ψυχολογία*, *16*, 44-59.
- Γαλανάκη, Ε., & Αμανάκη, Ε. (2009). Εκφοβισμός και θυματοποίηση στην προεφηβική και πρώτη εφηβική ηλικία: Συχνότητα και διαφορές ηλικίας και φύλου. Στο: Α. Τριλιανός, & Ι. Καραμήνας (Επιμ. Έκδ.), *Ελληνική Παιδαγωγική και Εκπαιδευτική Έρευνα, Πρακτικά του 6ου Πανελληνίου Συνεδρίου της Παιδαγωγικής Εταιρείας Ελλάδος, Τόμος Α'* (σσ. 371-382). Αθήνα: Ατραπός.
- Carlerby, H., Viitasara, E., Knutsson, A., & Gillander Gädin, K. (2012). How discrimination and participation are associated with psychosomatic problems among boys and girls in northern Sweden. *Health*, *4*, 866-872.
- Carney, J. V. (2008). Perceptions of bullying and associated trauma during adolescence. *Professional School Counseling*, *11*, 179-188.
- Craig, W. M. (1998). The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety and aggression in elementary school children. *Personality and Individual Differences*, *24*, 123-130.
- Crick, N. R., & Bigbee, M. (1998). Relational and overt forms of peer victimization: A multiinformant approach. *Journal of Consulting and Psychopathology*, *66*, 337-347.
- Crosby, J. W., Oehler, J., & Capaccioli, K. (2010). The relationship between peer victimization and post-traumatic stress symptomatology in a rural sample. *Psychology in the Schools*, *47*, 297-310.

- Due, P., Holstein, E. B., Lynch, J., Diderichsen, F., Gabhain, S. N., Scheidt, P., et al. (2005). Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *European Journal of Public Health, 15*, 128-132.
- Dyregrov, A., & Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health, 11*, 176-184.
- Fekkes, M., Pijpers, F. I., Fredriks, A. M., Vogels, T., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2006). Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms. *Pediatrics, 117*, 1568-1574.
- Fekkes, M., Pijpers, F. I., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2004). Bullying behaviour and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *Journal of Pediatrics, 144*, 17-22.
- Forero, R., McLellan, L., Rissell, C., & Bauman, A. (1999). Bullying behaviour and psychosocial health among school students in New South Wales, Australia: cross sectional survey. *British Medical Journal, 319*, 344-348.
- Giannopoulou, I., Smith, P., Ecker, C., Strouthos, M., Dikaiakou, A., & Yule, W. (2006). Factor structure of the Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES) with children exposed to earthquake. *Personality and Individual Differences, 40*, 1027-1037.
- Gini, G. (2008). Associations between bullying behavior, psychosomatic complaints, emotional and behavioural problems. *Journal of Pediatrics and Child Health, 44*, 492-497.
- Hawker, D. S. J. & Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 41*, 441-455.
- Houbre, B., Tarquinio, C., Thuillier, I., & Hergott, E. (2006). Bullying among students and its consequences on health. *European Journal of Psychology of Education, 21*, 183-208.
- Idsoe, T., Dyregrov, A., & Idsoe, E. C. (2012). Bullying and PTSD symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 901-911.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P., & Rimpelä, A. (2000). Bullying at school – an indicator of adolescence at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence, 23*, 661-674.
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Henttonen, I., Almqvist, F., Kresanov, K., Linna, S., Moilanen, I., Piha, J., Puura, K., & Tamminen, T. (1998). Bullying and psychiatric symptoms among elementary school-age children. *Child Abuse and Neglect, 22*, 705-717.
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., & Puura, K. (2001). Psychiatric disorders and the use of mental health services among children involved in bullying. *Aggressive Behavior, 27*, 102-110.

- La Greca, A. M., & Stone, W. L. (1993). The Social Anxiety Scale for Children-Revised: factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology, 22*, 17-27.
- Malti, T., Perren, S., & Buchmann, M. (2010). Children's peer victimization, empathy, and emotional symptoms. *Child Psychiatry and Human Development, 41*, 98-113.
- Mynard, H., Joseph, S., & Alexander, J. (2000). Peer-victimisation and posttraumatic stress in adolescents. *Personality and Individual Differences, 29*, 815-821.
- Nansel, T. R., Craig, W., Overpeck, M. D., Saluja, G., Ruan, W., & the Health Behaviour in School-Aged Children Bullying Analyses Working Group (2004). Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviours and psychosocial adjustment. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 158*, 730-736.
- Natvig, G. K., Albrektsen, G., & Qvarnström, U. (2001). Psychosomatic symptoms among victims of school bullying. *Journal of Health Psychology, 6*, 365-377.
- Nishina, A., Juvonen, J. & Witkow, M. R. (2005). Sticks and stones may break my bones, but names will make me feel sick: The psychosocial, somatic, and scholastic consequences of peer harassment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*, 37-48.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell.
- Olweus, D. (2001). Peer harassment: a critical analysis and some important issues. In J. Juvonen & S. Graham (Eds.), *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized* (pp. 3-20). New York: Guilford.
- Olweus, D. (2006). *The Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire*. Available from the author.
- Perrin, S., Meiser-Stedman, R. & Smith, P. (2005) The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Therapy, 33* (4), 487-498.
- Perrin, S., Smith, P., & Yule, W. (2000). Practitioner review: The assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*, 277-289.
- Peskin, M. F., Tortolero, S. R., Markham, C. M., Addy, R. C., & Baumler, E. R. (2007). Bullying and victimization and internalizing symptoms among low-income black and Hispanic students. *Journal of Adolescent Health, 40*, 372-375.
- Reijntjes, A., Kamphuis, J., Prinzie, P., Boelen, P. A., van der Schoot, M., & Telch, M. J. (2011). Prospective linkages between peer victimization and externalizing problems in children: a meta-analysis. *Aggressive Behavior, 37*, 215-222.
- Reijntjes, A., Kamphuis, J. H., Prinzie, P., & Telch, M. J. (2010). Peer victimization and internalizing problems in children: a meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse and Neglect, 34*, 244-252.
- Rigby, K. (1999). Peer victimisation at school and the health of secondary students. *British Journal of Educational Psychology, 69*, 95-104.

- Salmon, G., James, A., & Smith, D. M. (1998). Bullying in schools: self reported anxiety, depression, and self esteem in secondary school children. *British Medical Journal*, *317*, 924-925.
- Slee, P. T. (1994). Situational and interpersonal correlates of anxiety associated with peer victimization. *Child Psychiatry and Human Development*, *25*, 97-107.
- Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A., & Yule, W. (2003). Principal components analysis of the impact of event scale with children in war. *Personality and Individual Differences*, *34*, 315-322.
- Sourander, A., Helstelä, L., Helenius, H., & Piha, J. (2000). Persistence of bullying from childhood to adolescence – A longitudinal 8-year follow-up study. *Child Abuse and Neglect*, *24*, 873-881.
- Storch, E. A., & Esposito, L. E. (2003). Peer victimization and posttraumatic stress among children. *Child Study Journal*, *33*, 91-98.
- Williams, K., Chambers, M., Logan, S., & Robinson, D. (1996). Association of common health symptoms with bullying in primary school children. *British Medical Journal*, *313*, 17-19.
- Wolke, D., Woods, S., Bloomfield, L., & Karstadt, L. (2001). Bullying involvement in primary school and common health problems. *Archives of Disorders in Childhood*, *85*, 197-201.
- Woods, S., & Wolke, D. (2004). Direct and relational bullying among primary school children. *Journal of School Psychology*, *42*, 135-155.

Abstract

The purpose of this study was to examine the relation between school bullying/victimization and symptoms of anxiety disorders in preadolescents. Participants were 255 fifth- and sixth-grade students from primary schools of Attica region. They completed the Greek versions of the following measures: the *Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire* (Olweus, 2006), the *Social Anxiety Scale for Children-Revised* (LaGreca & Stone, 1993), the *Children's Revised Impact of Event Scale* (Smith, Perrin, Dyregrov, & Yule, 2003), and the *Psychosomatic Symptom Score* (Aro, Paronen, & Aro, 1987). Social anxiety, post-traumatic stress disorder and psychosomatic symptoms were all found to be positively correlated to both the tendency to be victimized and the tendency to bully others. The more the tendency to be victimized increased, the more students complained of psychosomatic symptoms and manifested clinically significant social anxiety and post-traumatic stress symptoms. The tendency to bully others could be predicted by psychosomatic symptoms and mothers' country of birth. Furthermore, compared to non bullies-non victims, victims were found to score higher on all anxiety measures. Implications of the results for bullying prevention and intervention are discussed.

Αφροδίτη Κοντογιάννη

Ψυχολόγος, M.Sc., Υποψήφια Διδάκτωρ Ψυχολογίας
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Σχολή Επιστημών της Αγωγής
Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης
Τομέας Ειδικής Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας
Ναυαρίνου 13Α, 10680 Αθήνα
Τηλ: 6974378272
E-mail: afrokon@primedu.uoa.gr

Ευαγγελία Γαλανάκη

Καθηγήτρια Αναπτυξιακής Ψυχολογίας
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Σχολή Επιστημών της Αγωγής
Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης
Τομέας Ειδικής Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας
Ναυαρίνου 13Α, 10680 Αθήνα
Τηλ: 210 3688089, Fax: 210 3688088
E-mail: egalanaki@primedu.uoa.gr