



Η Ψυχική υγεία των παιδιών στην Κοινωνία της κρίσης



Ο ρόλος των γονέων και των εκπαιδευτικών

Επιστημονική επιμέλεια: Στέφανος Κούτρας,
Δρ. Ειδικής Αγωγής – Ψυχομετρίας Παν/μίου Ιωαννίνων



Θερμές ευχαριστίες εκφράζουμε στο INEΔΙΒΙΜ και στις εκδόσεις Ταξιδευτής
για τη συμβολή τους στην έκδοση του βιβλίου

© Ταξιδευτής, Πολιτιστική Κίνηση Εκπαιδευτικών
Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης

ISBN: 978-960-9692-41-0

Σελιδοποίηση: Ασπασία Μπακογιάννη

Εκδόσεις «Ταξιδευτής»
Βαλτετσίου 10, Τ.Κ. 10680 Αθήνα
Τηλ.: 210 3638616, Fax: 210 3638617

Πολιτιστική Κίνηση Εκπαιδευτικών
Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ΠΟ.Κ.Ε.Π.Ε)
Βερανζέρου 5, Αθήνα
e-mail: pokepe2005@yahoo.gr
www.pokepenet.wordpress-com

email: info@taxideftis.gr
www.taxideftis.gr

*Όλα τα δικαιώματα ανήκουν στους ιδιοκτήτες copyright.
Απαγορεύεται η αναπαραγωγή του έργου (ή τμήματός του)
με οποιοδήποτε μέσο, χωρίς γραπτή άδειά τους.*

Πώς σχετίζεται ο σχολικός εκφοβισμός με την κατάθλιψη και την τάση αυτοκτονίας σε παιδιά και εφήβους

Αλέξανδρος-Σταμάτιος Αντωνίου

Επίκ. Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε. ΕΚΠΑ

Γεωργία Καμπόλη

Ψυχολόγος

Εισαγωγή

Η σχολική θυματοποίηση αναγνωρίζεται σήμερα ως ένα μείζον πρόβλημα όσον αφορά την παιδική ηλικία (APA, 2004). Ο εκφοβισμός, σύμφωνα με τον διακεκριμένο ερευνητή αυτού του φαινομένου Dan Olweus, ορίζεται ως η άσκηση βίας και κοινωνικής απομόνωσης στο πλαίσιο του σχολικού περιβάλλοντος. Ένας μαθητής θεωρείται «θύμα εκφοβισμού», όταν εκτίθεται κατ' επανάληψη και για μεγάλο χρονικό διάστημα σε κακόβουλες ενέργειες προερχόμενες από έναν ή περισσότερους μαθητές, οι οποίοι και προβαίνουν σε αυτές χωρίς προκληθούν. Το γεγονός αυτό συνιστά και την ειδοποιό διαφορά του εκφοβισμού με άλλες μορφές επιθετικότητας, δηλαδή το απρόκλητο της επιθετικής συμπεριφοράς στον εκφοβισμό. Μια ενέργεια θεωρείται αρνητική και κακόβουλη, όταν βλάπτει σκόπιμα ή επιχειρεί να βλάψει ή να ταλαιπωρήσει ένα άτομο και ενδέχεται να έχει λεκτική ή μη λεκτική μορφή. Τόσο ο δράστης όσο και το θύμα μπορεί να είναι είτε μεμονωμένα άτομα είτε ομάδες, αν και ο στόχος είναι συνήθως μόνο ένας μαθητής. Χαρακτηριστικό δε είναι ότι στις περιπτώσεις του εκφοβισμού ανάμεσα στο δράστη και το θύμα δεν υπάρχει συμμετρική σχέση δύναμης και εξουσίας (Χουντουμάδη & Πατεράκη, 2008).

Συνεπώς, ο σχολικός εκφοβισμός (bullying) αποτελεί μια μορφή επιθετικής συμπεριφοράς μεταξύ συμμαθητών με βασικά χαρακτηριστικά: (α) την πρόθεση του δράστη να βλάψει και να επιβληθεί επί του θύματος χωρίς εμφανή δικαιολογία για την πράξη του, (β) την επαναληπτικότητα της συμπεριφοράς και (γ) την ικανοποίηση που αντλεί ο δράστης από την προκληθείσα βλάβη προς το θύμα (Suckling & Temple, 2001). Συναφής προς εκείνη του σχολικού εκφοβισμού είναι και η έννοια της θυματοποίησης (victimisation) ως άμεσο επακόλουθο του εκφοβισμού στο άτομο-στόχο, καθώς καθίσταται θύμα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι για την ελληνική πραγματικότητα, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας), το ποσοστό των μαθητών που εκφοβίζονταν στην Ελλάδα το 2002 ανερχόταν στο 8,7%, ενώ το ποσοστό όσων εκφόβιζαν υπολογιζόταν στο 7,45% (Γιαννακοπούλου και συν., 2010. Π.Ο.Υ., 2002). Εν συνεχεία, η πρώτη εκτενής έρευνα σε Έλληνες μαθητές (1312 μαθητές, 8-12 έτη) κατέδειξε ότι ένα ποσοστό της τάξης του 14,7% των μαθητών εμπλέκονται ως θύματα, το 6,2% ως θύτες και το 4,8% ως θύμα/θύτης τουλάχιστον για μια φορά την εβδομάδα (Pateraki & Houndoumadi, 2001). Ο τύπος της εκφοβιστικής συμπεριφοράς διαφοροποιείται αναλόγως προς την ηλικία. Με άλλα λόγια, ο σωματικός εκφοβισμός παρατηρείται συχνότερα σε μικρότερες ηλικίες, ενώ ο λεκτικός και ο σχεσιακός περισσότερο μεταξύ των μεγαλύτερων παιδιών (Sarouna, 2008). Γενικότερα όμως, οι νεότεροι μαθητές σε οποιοδήποτε σχολείο βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να γίνουν θύματα εκφοβισμού.

Έχουν επισημανθεί πολλοί αιτιολογικοί παράγοντες ως προς τον εκφοβισμό τόσο σε κοινωνικό και κοινοτικό επίπεδο, όσο και σε σχολικό, διαπροσωπικό, οικογενειακό και ατομικό. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται ποικίλες μορφές σχολικού εκφοβισμού (Boulton et al., 2001. Suckling & Temple, 2001), όπως:

- Σωματικός εκφοβισμός, ο οποίος αναφέρεται στην άσκηση βίας (γρονθοκοπήματα, κλωτσιές, σπρωξιές) αλλά και στην καταστροφή ιδιοκτησιακών στοιχείων.
- Λεκτικός εκφοβισμός, που περιλαμβάνει το πείραγμα, τη λεκτική επιθετικότητα, την απόδοση περιπαικτικών παρωνύμιων και τη διάδοση φημών.
- Κοινωνικός εκφοβισμός, με την κοινωνική απομόνωση και τον αποκλεισμό του θύματος από την παρέα και την ανάμειξη τρίτων προσώ-

πων, συσπείρωση σε κλίκες που αγνοούν τους συμμαθητές και τους κάνουν να αισθάνονται άσχημα.

- Εκβιασμός με απειλές, που εξαναγκάζουν τα θύματα να τους παραδώσουν το χαρτζιλίκι τους και το κολατσιό τους.
- Οπτικός εκφοβισμός, με προσβλητικά σημειώματα που τοποθετούνται σε εμφανή σημεία.
- Ηλεκτρονικός εκφοβισμός (cyberbullying), με τη χρήση ηλεκτρονικών μέσων και προώθηση μηνυμάτων σε κινητά τηλέφωνα ή e-mails.
- Σεξουαλικός εκφοβισμός, ανήθικες χειρονομίες, αγενή και προσβλητικά «αστεία» και σχόλια σεξουαλικού περιεχομένου εις βάρος του θύματος.
- Ρατσιστικός/φυλετικός εκφοβισμός, ο οποίος εκφράζεται σωματικά, κοινωνικά ή ψυχολογικά και αποσκοπεί να στιγματίσει τη διαφορετικότητα του θύματος σε σχέση με την πολιτισμική του προέλευση.

Η έκθεση στον σχολικό εκφοβισμό ως μορφή βίας λαμβάνει χώρα σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης και τα εκφοβιστικά επεισόδια εμφανίζονται στο προαύλιο του σχολείου, στις αίθουσες διδασκαλίας κατά την απουσία του δασκάλου, στο δρόμο προς και από το σχολείο, στους διαδρόμους, στις σκάλες και στις αίθουσες διδασκαλίας αλλά και κατά τη διάρκεια της γυμναστικής.

Το να είναι κάποιο παιδί θύμα εκφοβισμού έχει βρεθεί ότι αφ' ενός δεν συνιστά τυχαίο γεγονός και μπορεί να εξαρτάται ως προς κάποιον βαθμό από ατομικά χαρακτηριστικά και οικογενειακούς παράγοντες και αφ' ετέρου ενδέχεται να σχετίζεται με σοβαρή συμπτωματολογία ψυχικής νόσου (ακόμη και ψυχωτικά συμπτώματα). Οι επιδράσεις του φαινομένου συνήθως είναι μακροχρόνιες, είναι πιθανόν να παραμείνουν μέχρι και το τέλος της εφηβείας και λειτουργούν ως παράμετροι πρόκλησης ψυχικών διαταραχών κατά την παιδική ηλικία (Arseneault et al., 2009). Πιο συγκεκριμένα, σημαντικό εύρημα που καταδεικνύει τη σοβαρότητα του εκφοβισμού καθίσταται το γεγονός ότι προβλήματα ψυχικής υγείας στην παιδική ηλικία μετατρέπονται συχνά σε ψυχιατρικές διαταραχές κατά την ενήλικη ζωή (Kim-Cohen et al. 2003).

Βέβαια, έχουν παρατηρηθεί χαρακτηριστικές διαφορές μεταξύ θυμάτων και θυτών. Ορισμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας έχουν βρεθεί ότι σχετίζονται με το προφίλ του θύματος, χωρίς ωστόσο να μπορεί θεμελιωθεί μια σαφής αιτιολογική σχέση μεταξύ τους. Έτσι, το θύμα συνήθως χαρακτηρίζεται ως ντροπαλός, με αυξημένο στρες, ήσυ-

χος, δειλός, εσωστρεφής, παθητικός, σωματικά αδύναμος, ανασφαλής, υπερευαίσθητος, με χαμηλή αυτοεκτίμηση, διαφορετικός από τον μέσο όρο, με αυξημένο δείκτη μάζας σώματος (BMI), με μαθησιακές δυσκολίες αλλά και με τάσεις αυτομομφής για οποιαδήποτε δύσκολη κατάσταση ανακύπτει (Meltzer, 2011). Τα θύματα και οι θύτες διαφέρουν στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και στην κατάχρηση ουσιών, τα οποία κυριαρχούν κατά βάση μεταξύ των θυτών και όχι μεταξύ των θυμάτων του εκφοβισμού (Kaltiana-Heino et al., 2000). Συνεπώς, συνάγεται ότι τόσο τα θύματα όσο και οι θύτες του εκφοβισμού είναι δυνατόν να εμφανίζουν ψυχικά προβλήματα, αν και σε διαφορετικούς τομείς. Αξίζει να σημειωθεί όμως ότι η πλειονότητα των προγραμμάτων αντιμετώπισης του εκφοβισμού αφορούν και στοχεύουν στους θύτες αγνοώντας τις ψυχολογικές συνέπειες που αντιμετωπίζουν τα θύματα.

Όσον αφορά τους οικογενειακούς παράγοντες, έχει βρεθεί ότι τα παιδιά που εμπλέκονται σε εκφοβιστικές συμπεριφορές είναι πιθανόν να έχουν προβλήματα χαμηλής λειτουργικότητας της οικογένειας, μειωμένης συνοχής της και ανασφαλούς προσκόλλησης με τους γονείς τους. Επιπρόσθετα, αναφερόμενοι στους σχολικούς παράγοντες έχει βρεθεί ότι οι περιορισμένες σχέσεις εντός αιθούσης αποτελούν προβλεπτικό παράγοντα εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς (Wang et al., 2012). Όπως θα φανεί και στη συνέχεια, οι αυτοκτονικοί ιδεασμοί που παρατηρούνται στα θύματα αυξάνονται λόγω της βίωσης αισθημάτων απόρριψης στο σπίτι όπως και από γονείς που εμφανίζουν προβλήματα εσωτερίκευσης (Herba et al., 2008).

Έχουν εντοπισθεί τρεις μηχανισμοί που συνηγορούν στην εξήγηση του γιατί τα θυματοποιημένα παιδιά εκδηλώνουν πρώιμα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγεται η οργανική ανταπόκριση στο στρες, οι γνωστικές διαστρεβλώσεις (cognitive distortion) που υιοθετεί το άτομο για μια κατάσταση και η επεξεργασία των συναισθημάτων (Arseneault et al., 2010). Εν συνεχεία, θα παρουσιασθεί η σύνδεση μεταξύ του φαινομένου του σχολικού εκφοβισμού και της κατάθλιψης καθώς και των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, όπως ο αυτοκτονικός ιδεασμός και οι απόπειρες αυτοκτονίας, όσον αφορά τα θύματα του εκφοβισμού και της θυματοποίησης εν γένει. Είναι γεγονός ότι διεθνής έρευνα επί του συγκεκριμένου φαινομένου φαίνεται να τεκμηριώνει σε σημαντικό βαθμό το συμπέρασμα ότι ο εκφοβισμός και η θυματοποίηση συνδέονται με κατάθλιψη (Fekkes et al., 2004. Hawker &

Boulton, 2000. Kaltiala-Heino et al., 2000. Klomek et al., 2007. van der Wal et al., 2003), αυτοκτονικό ιδεασμό (Kim et al., 2005. Klomek et al., 2007. van der Wal et al., 2003) και απόπειρες αυτοκτονίας (Cleary, 2000. Kim et al., 2005. Klomek et al., 2007).

Συνέπειες

Η πεποίθηση πολλών μελετητών αλλά και η καθημερινή εμπειρία μαθητών και εκπαιδευτικών καταδεικνύουν ότι η έκθεση στη σχολική βία μειώνει την ικανότητα των μαθητών για μάθηση και συνδέεται με *συναίσθηματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς*. Οι μαθητές που εκτίθενται σε υψηλά επίπεδα βίας είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν *συμπτώματα ψυχικού τραύματος* σε σχέση με εκείνους που εκτίθενται σε χαμηλότερα επίπεδα (Flannery et al., 2003).

Τα παιδιά που θυματοποιούνται σε χρόνια βάση βιώνουν τόσο μακροπρόθεσμες όσο και βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις συμπεριλαμβανοντας διαταραχές εσωτερικευσης και εξωτερικευσης (internalizing and externalizing disorders), σχολική αποφυγή, ακαδημαϊκή υπο-επίδοση και αυξημένο αυτοκτονικό ιδεασμό (Hodges & Perry, 1999). Πιο συγκεκριμένα, σημαντικός αριθμός μελετών έχει δείξει ότι η θυματοποίηση συνδέεται ταυτόχρονα με μια σειρά από δυσκολίες προσαρμογής, συμπεριλαμβανομένης της μοναξιάς, των συμπτωμάτων σχολικής φοβίας, των αισθημάτων ανασφάλειας στο σχολικό περιβάλλον, των δυσκολιών συγκέντρωσης, του άγχους και της αποφευκτικής συμπεριφοράς, της κατάθλιψης και της χαμηλής αυτοεκτίμησης (Reijntjes et al., 2010). Επιπλέον, τα παιδιά που εκφοβίζονται παρουσιάζουν δυσκολία στο να υπερασπισθούν τον εαυτό τους, μαθησιακές δυσκολίες, ψυχοσωματικές ενοχλήσεις (διαταραχή ύπνου, πονοκεφάλους, κοιλιακά άλγη, νυχτερινή ενορήση κ.ά.) (Rigby, 2007, Orpinas et al., 2003, Seals & Young, 2003).

Το 2000 οι Hawker και Boulton παρουσίασαν μια μετα-αναλυτική ανασκόπηση, η οποία διερευνούσε τις συσχετίσεις μεταξύ της θυματοποίησης και των δεικτών των ψυχοκοινωνικών δυσκολιών προσαρμογής. Η εν λόγω μετα-ανάλυση περιελάμβανε 23 μελέτες και άνω των 5.000 παιδιών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι εν συγκρίσει προς τους συνομηλίκους τους, τα θύματα παρουσίαζαν σημαντικώς υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικών προβλημάτων, όπως κατάθλιψη, μοναξιά και άγχος. Επιπλέον, τα υψηλότερα επίπεδα θυματοποίησης βρέθηκε ότι σχετίζονταν αρνητι-

κά με τη συνολική αυτοεκτίμηση και την κοινωνική αυτο-αντίληψη των παιδιών. Στη μετα-ανάλυση των Hawker και Boulton (2000) παρέχονται σαφείς ενδείξεις ότι τα θύματα του εκφοβισμού χαρακτηρίζονται από αυξημένα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας (distressed).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι τα παιδιά που επιδεικνύουν αποδιοργανωμένη αντιδραστικότητα (dysregulated reactivity), χαρακτηρίζονται δηλαδή από μειωμένη ικανότητα συναισθηματικής αυτορρύθμισης, βιώνουν προβλήματα κοινωνικής δυσλειτουργίας, στα οποία περιλαμβάνεται η υποβαθμισμένη θέση στην ομάδα, οι περιορισμένες κοινωνικές δεξιότητες, οι χαμηλοί δείκτες προκοινωνικής συμπεριφοράς και η θυματοποίηση από συνομηλίκους τους (Rosen, 2012). Ακόμη, τα θύματα εκφοβισμού έχουν αυξημένα επίπεδα στρες, δυσκολεύονται στην προσπάθειά τους για συγκέντρωση και βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για χρήση ουσιών, αναπαραγωγή του φαύλου κύκλου της βίας και απόπειρες αυτοκτονίας (Anti-Bullying Center, 2002).

Εκφοβισμός και κατάθλιψη

Η έρευνα σχετικά με την κατάθλιψη στην εφηβεία αποκάλυψε την ύπαρξη ενός υψηλότερου ποσοστού του μελαγχολικού/ανηδονικού τύπου της κατάθλιψης στον πληθυσμό αυτόν. Συνοπτικά, τα συνήθη χαρακτηριστικά της εφηβικής κατάθλιψης περιλαμβάνουν ψυχοκινητική επιβράδυνση και παραισθήσεις, ιδιαίτερα ακουστικές. Στην παιδική ηλικία, τα συμπτώματα συχνά αφορούν σωματικές ενοχλήσεις, ευερεθιστότητα και κοινωνική απόσυρση (DSM-IV-TR, 2000). Καθίσταται σαφές ότι η εκφοβιστική συμπεριφορά σχετίζεται περισσότερο με διαταραχές του Άξονα Ι και κυρίως με την εμφάνιση κατάθλιψης (Coolidge, 2004).

Ο εκφοβισμός, λοιπόν, σχετίζεται με αυξημένη ψυχική δυσφορία (distress) και άλλες αρνητικές συνέπειες, όπως αισθήματα παγίδευσης, ηττοπάθειας, απελπισίας, ταπείνωσης, τα οποία και οδηγούν στην κατάθλιψη και την αυτοκτονική συμπεριφορά. Μάλιστα, η εμμένουσα κατάθλιψη φαίνεται να επιδρά ως διαμεσολαβητικός παράγων μεταξύ του θύματος του εκφοβισμού στην παιδική ηλικία και της ενήλικης αυτοκτονικότητας. Το γεγονός αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το εύρημα ότι αισθήματα παγίδευσης και ματαίωσης μπορούν να ενεργοποιηθούν εκ νέου σε περιόδους με μειωμένη διάθεση, όπως είναι η υποτροπή της κατάθλιψης (Speckens & Hawton, 2005. Williams et al., 2005).

Αισθήματα παγίδευσης, ματαιώσης, μειωμένης αίσθησης του ανήκειν και αυτοαντίληψης του εαυτού ως βάρος αναγνωρίζονται ως προβλεπτικοί παράγοντες αυτοκτονικής συμπεριφοράς (O' Connor, 2011. Van Orden et al., 2010). Η μειωμένη αποτελεσματικότητα επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων, λοιπόν, αποτελεί μια κοινή συνιστώσα των εφήβων που αυτοτραυματίζονται, αλλά δεν είναι ακόμη σαφές σε ποιον βαθμό αυτά τα ελλείμματα συγχέονται και διαμεσολαβούν την ύπαρξη κατάθλιψης (Speckens & Hawton, 2005). Ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες, ειδικότερα προβλήματα σχέσεων συνιστούν συχνές αιτίες αυτοκτονίας κατά την εφηβική ηλικία και μάλιστα σε ηλικίες μικρότερες των 14 ετών, στις οποίες η αυτοκτονία ακολουθεί μια σύντομη περίοδο στρες και οι ψυχικές διαταραχές είναι λιγότερο συχνές (Hawton et al., 2012). Αξίζει να σημειωθεί ότι σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η χρονιότητα του στρες, καθώς έχει πολύ πιο δυσμενείς επιδράσεις τόσο στην έκβαση της κατάθλιψης όσο και της αυτοκτονικότητας.

Εν συνεχεία, προς επίρρωση των προαναφερθέντων, οι Sourander και συνεργάτες ανέφεραν σε προοπτική τους έρευνα ότι αγόρια που είχαν θυματοποιηθεί επανειλημμένα στην ηλικία των 8 ετών ήταν περισσότερο πιθανό, συγκριτικά με τους μη θυματοποιημένους συνομηλίκους τους, να εκδηλώσουν αντικοινωνική συμπεριφορά, κατάχρηση ουσιών, κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές μετά από 15 έτη. Τα ευρήματα αυτά έρχονται να συμπληρώσουν τη 10μηνη προοπτική έρευνα των Kim και συνεργατών (2006), η οποία βρήκε ότι κοινωνικά προβλήματα, επιθετικότητα και συμπεριφορικές δυσκολίες εξωτερίκευσης συνιστούν συνέπειες των εμπειριών εκφοβισμού.

Επιπροσθέτως, νορβηγική έρευνα του Olweus (1993), ανέφερε ότι παιδιά-θύματα του εκφοβισμού στην ηλικία των 11 ετών εμφάνισαν υψηλά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως νεαροί ενήλικες εν αντιθέσει προς τα μη θύματα. Σε άλλη έρευνα επανεξέτασης (follow-up) νεαρών εφήβων που διεξήχθη στην Αυστραλία (Bond et al., 2001), παρατηρήθηκε ότι η εμπειρία της θυματοποίησης στα 13 έτη συνδεόταν με τις πρώτες ενδείξεις συμπτωμάτων κατάθλιψης το επόμενο έτος της ζωής τους. Οι Haavisto και συνεργάτες (2004) ανέφεραν ότι τα αγόρια που υπήρξαν θύματα εκφοβισμού στα 8 έτη, αλλά όχι οι θύτες, εκδήλωσαν στατιστικά σημαντικά περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα στην ηλικία των 18 ετών. Το τελευταίο αυτό εύρημα βρίσκεται σε συμφωνία με αντίστοιχη έρευνα (2.348 αγόρια γεννημένα το 1981) των Klomek και συνεργα-

τών (2008), στην οποία βρέθηκε ότι τα αγόρια που εκφοβίζονταν συχνά ήταν περισσότερο πιθανόν να αναπτύξουν καταθλιπτική συμπτωματολογία και να αναφέρουν αυτοκτονικούς ιδεασμούς συγκριτικά με τα αγόρια που δεν υπήρξαν θύματα. Επιπλέον, όταν ελέχθησαν για κατάθλιψη στην ηλικία των 8 ετών, η συσχέτιση μεταξύ συστηματικού εκφοβισμού και σοβαρής κατάθλιψης παρέμεινε, αλλά η συσχέτιση με τον αυτοκτονικό ιδεασμό μετετράπη σε στατιστικώς ασήμαντη. Τα αγόρια, λοιπόν, που είχαν τον διττό ρόλο θύτη-θύματος βρέθηκε ότι βρίσκονταν σε κίνδυνο για μελλοντική εκδήλωση κατάθλιψης, ενώ τα αγόρια που υπήρξαν μόνο θύματα δεν ήταν τόσο πιθανό να εκδηλώσουν κατάθλιψη ή να αναφέρουν αυτοκτονικό ιδεασμό στην ηλικία των 18 ετών.

Κατά συνέπεια, διαφαίνεται λοιπόν η ιδιαίτερη σημασία της συχνότητας και διάρκειας του φαινομένου για μελλοντική εκδήλωση προβλημάτων ψυχικής υγείας. Έτσι, όσο πιο συχνή είναι η εμπλοκή σε συμπεριφορές εκφοβισμού στην ηλικία των 8 ετών, τόσο αυξάνει αναλογικά ο κίνδυνος εκδήλωσης κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού στα 18 έτη (Kolmek et al., 2008). Τα ευρήματα της εν λόγω έρευνας υποδεικνύουν ότι ακόμα και στην περίπτωση ελέγχου της παιδικής κατάθλιψης, η σχέση μεταξύ συστηματικής εκφοβιστικής συμπεριφοράς και εμφάνισης κατάθλιψης στο μέλλον παραμένει στατιστικώς σημαντική. Συνεπώς, καθίσταται σαφές ότι η σχέση μεταξύ εκφοβισμού και αυτοκτονικού ιδεασμού φαίνεται να διαμεσολαβείται από την ύπαρξη ή μη κατάθλιψης.

Σε μετα-ανάλυση των Reijntjes και συνεργατών (2010), εξετάστηκε η σχέση μεταξύ θυματοποίησης και εκδήλωσης προβλημάτων εσωτερίκευσης με την πάροδο του χρόνου. Πιο συγκεκριμένα, η εν λόγω έρευνα σκόπευε να εξετάσει αν τα προβλήματα εσωτερίκευσης προηγούνται της θυματοποίησης, έπονται αυτής ή και τα δύο. Κατεδείχθη λοιπόν από τα ευρήματα της έρευνας ότι τα προβλήματα εσωτερίκευσης λειτουργούν τόσο ως αιτία όσο και ως αποτέλεσμα του φαινομένου της θυματοποίησης. Αυτές οι αμοιβαίες επιρροές καταδεικνύουν τον φαύλο κύκλο που συντηρεί την αυξημένη εκδήλωση του φαινομένου (Reijntjes, 2010).

Νεανική αυτοκτονικότητα

Εύλογο είναι ότι η νεανική αυτοκτονικότητα συνιστά ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Οι περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας

συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εφηβείας από ό,τι σε οποιαδήποτε άλλη περίοδο στη ζωή ενός ανθρώπου, παρά το χαμηλό επιπολασμό θανάτων λόγω αυτοκτονιών στον εφηβικό πληθυσμό (Miranda & Shaffer, 2013). Η αυτοκτονία αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου στον νεανικό πληθυσμό παγκοσμίως (μετά τα αυτοκινητικά ατυχήματα), προσεγγίζοντας το 12% όλων των θανάτων στο ηλικιακό εύρος 14-15 ετών. Όσον αφορά όμως τα κορίτσια στην εφηβεία, η αυτοκτονία συνιστά την πιο συχνή αιτία θανάτου παγκοσμίως στο ηλικιακό φάσμα 15-19 ετών (Hawton et al., 2012. Patton et al., 2009).



Όπως φαίνεται και από το παραπάνω σχήμα, μόνο ένα μικρό ποσοστό των ατόμων που οδηγούνται σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά επισκέπτονται τα νοσοκομεία, γεγονός που καταδεικνύει ότι τέτοιες ενέργειες παραμένουν κρυφές (τουλάχιστον από τις κλινικές δομές) όσον αφορά στο κοινοτικό επίπεδο (Hawton et al., 2012). Ο αυτοκτονικός ιδεασμός αφορά σκέψεις με σκοπό να βλάψει ή να σκοτώσει κανείς τον εαυτό του, τάσεις δηλαδή αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (Institute of Medicine, 2002). Επιπλέον, στον αυτοκτονικό ιδεασμό μπορεί να υπάρχει ή να απουσιάζει η πρόθεση θανάτου, ενώ οι σκέψεις αυτές λαμβάνουν διαφοροποιημένη μορφή, από ακαθόριστες ιδέες θανάτου στο μέλλον έως κατάρτιση συγκεκριμένου σχεδίου απόπειρας αυτοκτονίας. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός όχι μόνο αυξάνει τον νεανικό κίνδυνο για

απόπειρα αυτοκτονίας και θάνατο από αυτοκτονία, αλλά συνιστά εν παραλλήλω δείκτη μιας σειράς από σημαντικές ανάγκες ψυχικής υγείας, συμπεριφορές σεξουαλικού κινδύνου, κατάχρηση ουσιών και παραβατική συμπεριφορά (Thompson et al., 2010).

Η αυτοκτονία και οι αυτοτραυματικές συμπεριφορές είναι το αποτέλεσμα μιας πολύπλοκης αλληλεπίδρασης μεταξύ γενετικών (γενετική ευαλωτότητα), βιολογικών, ψυχιατρικών, ψυχολογικών, οικογενειακών, κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων (Hawton et al., 2012). Οι ειδικοί επιστήμονες θεωρούν ότι το μοντέλο προδιάθεσης στρες μπορεί να παρέχει εξηγήσεις για το φαινόμενο της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Πιο συγκεκριμένα, θεωρούν ότι ψυχολογικά, ψυχοπαθολογικά και βιολογικά στοιχεία αλληλεπιδρούν με την προϋπάρχουσα ευαλωτότητα του ατόμου σε διάφορα επίπεδα: βιολογικό (π.χ. ανισορροπίες σεροτονίνης), γνωστικό (π.χ. μειωμένη ικανότητα επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων), ψυχολογικό ή ακόμη και σε επίπεδο παραμέτρων προσωπικότητας (π.χ. τελειομανία, παρορμητικότητα) και όταν επιδράσουν στα προαναφερθέντα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής πυροδοτείται μια ενδεχόμενη αυτοκτονική συμπεριφορά (Evans et al., 2004. Hawton et al., 2012).

Θα πρέπει να αναφερθεί επίσης το γεγονός ότι ο Srabstein παρατήρησε από μια μελέτη των αγγλικών εφημερίδων ότι από το 1950 είχαν καταγραφεί τουλάχιστον 250 περιπτώσεις θανάτων συνδεδεμένων με τον σχολικό εκφοβισμό. Συν τοις άλλοις, έχουν παρατηρηθεί μελέτες περίπτωσης παιδιών που διέπραξαν αυτοκτονία εξαιτίας του εκφοβισμού (Prewitt, 1988). Ως ενήλικες, τα θύματα εκφοβισμού είναι περισσότερο πιθανόν να βιώσουν κατάθλιψη, να εμφανίζουν μειωμένη αυτοεκτίμηση (O'lewis, 1993) αλλά και δυσκολίες στις μελλοντικές σεξουαλικές τους σχέσεις (Kumpulainen et al., 1997).

Στην έρευνά τους οι Meltzer και συνεργάτες (2011) επεδίωξαν να διερευνήσουν την υπόθεση κατά πόσον η έκθεση σε συμπεριφορές εκφοβισμού κατά την παιδική ηλικία αποτελεί προγνωστικό δείκτη μελλοντικών αποπειρών αυτοκτονίας στην ενήλικη ζωή. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 7.461 άνθρωποι, οι οποίοι είχαν συμμετάσχει σε έρευνα για ψυχιατρική συννοσηρότητα ενηλίκων στη Μεγάλη Βρετανία. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι ενήλικες που ανέφεραν ότι ήταν θύματα εκφοβιστικών συμπεριφορών στην παιδική τους ηλικία είχαν διπλάσιες πιθανότητες να προβούν σε απόπειρα αυτοκτονίας στη συνέχεια της ζωής τους συγκριτικά με άλλους ενήλικους.

Επιπροσθέτως, η έκθεση σε τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, όπως ο εκφοβισμός (και όχι μόνο) σχετίζεται με μειωμένη λειτουργικότητα της αυτοβιογραφικής μνήμης, η οποία συνδέεται με μειωμένη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και ικανότητα σκέψης για σχεδιασμό του μέλλοντος σε ανθρώπους με αυτοκτονικές συμπεριφορές (Meltzer et al., 2011. Sinclair et al., 2007). Αξίζει να αναφερθεί ο ρόλος των γενετικών παραγόντων στη σύνδεση μεταξύ των τραυματικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας, της κατάθλιψης και της απόπειρας αυτοκτονίας. Έχει βρεθεί ότι το γονίδιο μεταφορέα σεροτονίνης ευθύνεται για τη σοβαρότητα της κατάθλιψης και την ευαλωτότητα σε γεγονότα ζωής. Βέβαια, έχει παρατηρηθεί ότι η σχέση μεταξύ σεροτονεργικών γονιδίων (serotonergic genes) και αυτοκτονικής συμπεριφοράς μπορεί να περιορίζεται από την ικανότητα των ασθενών για μάθηση και λήψη αποφάσεων (Gibb et al., 2006). Προκύπτει λοιπόν ότι οι συνδέσεις μεταξύ πρόσφατων αρνητικών εμπειριών και αυτοκτονικού ιδεασμού διαμεσολαβούνται στατιστικώς σε σημαντικό βαθμό από την ύπαρξη ψυχολογικής δυσφορίας (Thompson et al., 2012).

Εκφοβισμός, κατάθλιψη και ψυχοσωματικά συμπτώματα

Η έρευνα των Kaltiana-Heino και συνεργατών (2000) αναφέρεται συμπληρωματικά στο φάσμα των ψυχικών διαταραχών που μπορεί να προκληθούν εξαιτίας της εμπλοκής σε περιστατικά εκφοβισμού. Πέρα από το άγχος και την κατάθλιψη, ένα νέο εύρημα είναι ότι ο εκφοβισμός ενδέχεται να αποδειχθεί ένδειξη κινδύνου για ψυχοσωματικά συμπτώματα. Τόσο οι χρόνιες αντιξοότητες όσο και η αποτυχία να ληφθεί υποστήριξη από κοινωνικά δίκτυα έχει συσχετισθεί με τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης στην πρώιμη εφηβική ηλικία. Από την άλλη πλευρά, οι Hodges και Perry (1999) ανέφεραν ότι τα προβλήματα εσωτερίκευσης συμβάλλουν στη θυματοποίηση ενός παιδιού, γεγονός που αυξάνει τη μελλοντική εκδήλωση συμπτωμάτων εσωτερίκευσης, χωρίς να είναι κατανητό τι προηγείται και τι έπεται σε αυτόν τον φαύλο κύκλο. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην εφηβεία, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, οι οποίες είναι συχνότερες στα κορίτσια, μπορεί να αντιπροσωπεύουν διαταραχές εσωτερίκευσης και θα μπορούσε να αναμένεται μια σύνδεση με το φαινόμενο της θυματοποίησης. Συνάγεται λοιπόν ότι η κατάθλιψη, το

άγχος, τα πολλά ψυχοσωματικά συμπτώματα, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής και η κατάχρηση ουσιών (άλλων εκτός από αλκοόλ) είναι περισσότερο συχνά μεταξύ των κοριτσιών (Kaltiana-Heino et al., 2000).

Τα παιδιά που εμπλέκονται σε εκφοβιστικές συμπεριφορές έχει παρατηρηθεί ότι παραπέμπονται πιο συχνά σε ψυχιατρικές δομές. Το στρες που προκαλεί η εμπειρία του εκφοβισμού, μπορεί να οδηγήσει επίσης σε ψυχοσωματικά συμπτώματα. Σε μια διατμηματικής μεθοδολογίας μελέτη (cross-sectional) των Fekkes και συνεργατών (2004) συμμετείχαν 2.766 μαθητές πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, ηλικίας 9-12 ετών, οι οποίοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο εκφοβιστικής συμπεριφοράς και προβλημάτων υγείας. Οι τρεις ομάδες που συγκροτήθηκαν (θύματα, θύτες και ομάδα θύματα/θύτες) συγκρίθηκαν με μια ομάδα ελέγχου (παιδιά που δεν συμμετείχαν σε εκφοβιστικές συμπεριφορές) και προέκυψε ότι τα θύματα του εκφοβισμού είχαν στατιστικώς σημαντικά περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης (τρεις φορές υψηλότερος κίνδυνος) και εύρος ψυχοσωματικών συμπτωμάτων συγκρινόμενα με εκείνα της ομάδας ελέγχου.

Ειδικότερα, στα ψυχοσωματικά συμπτώματα περιλαμβάνονταν: πονοκέφαλοι, προβλήματα ύπνου, κοιλιακά άλγη, άγχος, αίσθημα δυστυχίας, μειωμένη όρεξη και νυχτερινή ενούρηση. Καθώς τα συμπτώματα αυτά προσιδιάζουν προς εκείνα της κατάθλιψης, θα μπορούσε εύλογα να υποστηριχθεί ότι η εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων συνιστά ενδεχομένως πρόδρομο στοιχείο κατάθλιψης. Οι συσχετισμοί αυτοί είναι παρόμοιοι με αντίστοιχα παράπονα υγείας που αναφέρονται στην παιδική κακοποίηση. Ωστόσο, δεν θα μπορούσε να υποστηριχθεί η ύπαρξη αιτιολογικής σχέσης μεταξύ θυματοποίησης και ψυχοσωματικών προβλημάτων υγείας, αν και είναι δυνατόν να δημιουργεί πολλά προβλήματα υγείας, καθώς συνιστά μια αξιοσημείωτη πηγή στρες, γεγονός που εξηγεί και τη σχέση μεταξύ στρες και αυτοκτονικού ιδεασμού (Fekkes et al., 2004).

Εκφοβισμός, στρες και PTSD

Η εμπλοκή σε εκφοβιστικές συμπεριφορές (θύμα και θύτης) έχει συνδεθεί, όπως προαναφέρθηκε, με αυξημένο κίνδυνο συννοσηρών ψυχικών διαταραχών. Η θυματοποίηση μπορεί να είναι το αποτέλεσμα αυξημένου στρες, αλλά είναι αρκετά πιθανόν οι έφηβοι που έχουν προβλή-

ματα ψυχικών διαταραχών να είναι λιγότερο ικανοί να υπερασπισθούν τους εαυτούς τους συγκριτικά με τους συνομηλίκους τους και επόμενως προσελκύουν αρνητική προσοχή. Έχει βρεθεί ότι προβλήματα ψυχικής υγείας ενδέχεται να εμπλέκονται, ώστε να καταστεί ο μαθητής θύμα, γεγονός που με τη σειρά του επιδεινώνει τα συμπτώματα των ψυχικών διαταραχών οδηγώντας κατ' αυτόν τον τρόπο στη δημιουργία ενός ατέρμονος φαύλου κύκλου, από τον οποίο ο μαθητής δεν είναι εύκολο να αποδράσει (Hodges & Perry, 1999. Kaltiana-Heino et al., 2000).

Όσον αφορά στο στρες, έχει βρεθεί ότι η κοινωνική απόμόνωση συνδέεται με αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης (κατ' εξοχήν ορμόνη του στρες) σε παιδιά προσχολικής ηλικίας και εφήβους (Peters et al., 2011), γεγονός που σημαίνει ότι η ποσότητα και η ποιότητα της φιλίας δρα ως ρυθμιστής ενάντια στα αρνητικά αποτελέσματα της απόρριψης από συνομηλίκους διευκολύνοντας την προσαρμογή των παιδιών και τη βίωση αισθημάτων ευεξίας. Σύμφωνα με τους Cohen και Wills (1985) η κοινωνική υποστήριξη μειώνει το στρες αλλά και τις δυσμενείς επιδράσεις του για τον οργανισμό με δύο τρόπους: πρώτον, οι απειλητικές καταστάσεις φαίνονται λιγότερο στρεσογόνες στις περιπτώσεις όπου υπάρχει διαθέσιμη υποστήριξη και δεύτερον, η υποστήριξη βελτιώνει τη ρύθμιση στρεσογόνων εμπειριών οδηγώντας κατά αυτόν τον τρόπο σε μειωμένη φυσιολογική ανταπόκριση στο στρες.

Στην έρευνα των Peters και συνεργατών (2011) βρέθηκε ότι η απομόνωση προέβλεπε δραστηριότητα του άξονα HPA του στρες (υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια). Τα παιδιά λοιπόν που απομονώθηκαν από τους συνομηλίκους τους ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης στο σχολείο. Παρατηρήθηκε, επίσης, ότι η θυματοποίηση δεν σχετιζόταν άμεσα με τη δραστηριότητα του HPA άξονα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παρ' ότι η ύπαρξη φίλων δεν είναι σε θέση να εξαλείψει εντελώς το στρες του αποκλεισμού/απομόνωσης στο σχολείο, μπορεί ωστόσο να το περιορίσει (Peters et al., 2011).

Επίσης, έχει βρεθεί η σύνδεση μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και μετατραυματικής διαταραχής στρες, σχέση ωστόσο που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης (Idsoe et al., 2012). Πιο συγκεκριμένα και αναφορικά με το στρες, όταν ένα παιδί θυματοποιείται, συνήθως οι αντιδράσεις του αλλά και η ψυχική του ευαλωτότητα δεν το βοηθάνε να αντεπεξέλθει επιτυχώς απέναντι στο στρες, το οποίο αυξάνεται από τις ανεπιτυχείς αντιδράσεις του αλλά και από το γεγονός ότι οι επιθέσεις είναι απρόβλεπτες. Η

αποτυχία αυτή το κάνει να νιώθει ανεπαρκές και ταπεινωμένο στα μάτια των συμμαθητών του βρισκόμενο αντιμέτωπο με μια κατάσταση, όπου η διαφυγή φαίνεται αδύνατη, καθώς οι προσπάθειές του αποτυγχάνουν, με αποτέλεσμα να οδηγείται στην κοινωνική απομόνωση και οι ευκαιρίες του να αλληλεπιδράσει με τα άλλα παιδιά μειώνονται με δυσμενείς επιπτώσεις τόσο για την ακαδημαϊκή όσο και για την ψυχοκοινωνική του προσαρμογή. Τέτοιου είδους καταστάσεις οδηγούν σε στρες, κατάθλιψη ή ακόμα και σε αυτοκτονικό ιδεασμό (Houbre et al., 2006. Rigby, 2005). Ο εκφοβισμός στην εφηβεία έχει συσχετιστεί με γενική ψυχολογική δυσφορία ή ειδικές ψυχιατρικές διαταραχές και θεωρείται παράγων κινδύνου των πλέον συχνών ψυχιατρικών διαταραχών αργότερα, κατά την ενήλικη ζωή (Sourander et al., 2007).

Ας σημειωθεί όμως ότι πολλές αυτοκτονικές συμπεριφορές (αυτοκτονικές σκέψεις, σχέδια και δράσεις) έχουν αναφερθεί στη μετατραυματική διαταραχή στρες. Συννοσηρές λοιπόν ψυχιατρικές διαταραχές και κυρίως η συννοσηρότητα με μείζονα κατάθλιψη έχει βρεθεί ότι αυξάνει τα επίπεδα αυτοκτονικότητας σε άτομα με μετατραυματική διαταραχή στρες (Panagioti, 2012).

Όπως είναι γνωστό, η κοινωνική διένεξη προκαλεί δυσφορία σε όλα τα παιδιά. Ωστόσο, τα παραπάνω ευρήματα δείχνουν ότι τα παιδιά που αδυνατούν να ρυθμίσουν αποτελεσματικά το αρνητικό τους συναίσθημα και να ανταποκριθούν αποτελεσματικά σε κοινωνικές διενέξεις με μια αντίστοιχη προσαρμοστική συμπεριφορά, αδυνατούν να αντιμετωπίσουν αυτή τη δυσφορία, αυξάνοντας κατά αυτόν τον τρόπο την πιθανότητα θυματοποίησής τους (Rosen, 2012).

Εν κατακλείδι

Παρότι δεν μπορεί με βεβαιότητα να υποστηριχθεί ότι η εμπλοκή σε συμπεριφορές εκφοβισμού προκαλεί από μόνη της κατάθλιψη και αυτοκτονικότητα αλλά και όλα τα άλλα ψυχιατρικά προβλήματα που αναφέρθηκαν και αναλύθηκαν στο παρόν πόνημα, ωστόσο, φαίνεται ότι το εν λόγω φαινόμενο σχετίζεται όχι μόνο με ψυχικά προβλήματα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία αλλά και ψυχικές διαταραχές που θα ανακύψουν στη διάρκεια της ενήλικης ζωής του ατόμου. Σαφώς και συνηγορούν πολλοί άλλοι παράγοντες στην εμφάνιση κατάθλιψης και αυτο-

κτονικότητας, αλλά καθίσταται φανερό ότι η εμπλοκή σε καταστάσεις εκφοβισμού διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο σε αυτή τη διαδικασία. Η ειλικρινής ευαισθητοποίηση για οποιοδήποτε ψυχοσωματικό σύμπτωμα και αυξημένο στρες που προκαλείται από τον εκφοβισμό εν προκειμένω σε ένα παιδί αλλά και σε έναν έφηβο μπορεί να προλάβει την εκδήλωση κατάθλιψης και μετέπειτα αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, καθώς η πρόληψη και του εκφοβισμού αξιολογείται ως καταλληλότερη μέθοδος από την αντιμετώπισή του. Ως εκ τούτου, ο εκφοβισμός δεν θα πρέπει να θεωρείται εσφαλμένως ως ένα φαινόμενο ακίνδυνο, παροδικό και «φυσιολογικό» στην πορεία ανάπτυξης ενός παιδιού.

Κατά συνέπεια, προτείνεται να αναληφθούν δράσεις για τη μείωση και ει δυνατόν για την εξάλειψη του φαινομένου σύμφωνα με αντίστοιχα ευρωπαϊκά προγράμματα και στρατηγικές που θα προσαρμοσθούν προς τις ανάλογες συνθήκες και απαιτήσεις του εκάστοτε πλαισίου εφαρμογής. Όπως άλλωστε έχει υποστηριχθεί, οι ολιστικές παρεμβάσεις με τη συμπερίληψη γονέων, οικογένειας και κοινωνίας που διαβιβεί ο μαθητής θα επιφέρουν μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων. Οι ενδεδειγμένες δράσεις θα διευκολύνουν την ομαλή ψυχοσυναισθηματική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών και την υγιή μετάβασή τους σε ισορροπημένους εφήβους και ενήλικες αποφεύγοντας τις δυσμενείς επιδράσεις εξαιτίας των όποιων προβλημάτων ψυχικής υγείας.

Βιβλιογραφικές παραπομπές

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (APA) (2004). Resolution on bullying among children and youth. *Clinical Child and Adolescence Psychological Newsletter*, 19(5), 7.
- Anti-Bullying Centre. School Bullying: Key Facts. Trinity College, Dublin: Anti-Bullying Centre, 2002. Available on-line at www.abc.tcd.ie/school.htm.
- Arseneault, L., Bowes, L., & Shakoor, S. (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: 'Much ado about nothing'? *Psychological Medicine*, 40, 717-729.
- Bond, L., Carlin, J. B., Thomas, L., Rubin, K., & Patton, G. (2001). Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *British Medical Journal*, 323(7311), 480-484.

- Boulton, M. J., Καρέλλου, Ι., Λανίτη, Ι., Μανούσου, Β., & Λεμονή, Ο. (2001). Επιθετικότητα και θυματοποίηση ανάμεσα στους μαθητές των ελληνικών Δημοτικών σχολείων. *Ψυχολογία*, 8(1), 12-29.
- Cleary, S. D. (2000). Adolescent victimization and associated suicidal and violent behaviors. *Adolescence*, 35, 671-682.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Coolidge, F. L., DenBoer, J. W., & Segal, D. L. (2004). Personality and neuropsychological correlates of bullying behavior. *Personality and Individual Differences*, 36, 1559-1569.
- Evans, E., Hawton K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24, 957-979.
- Fekkes, M., Pijpers, F. I., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2004). Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *Journal Pediatrics*, 144, 17-22.
- Fekkes, M., Pijpers, F. I. M., & Verloone-Vanhorick, P. (2004). Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *Journal of Pediatrics*, 144, 17-22.
- Flannery, D.J., Singer, M. I., & Wester, K. L. (2003). Violence, coping, and mental health in a community sample of adolescents. *Violence and Victims*, 18, 403-418.
- Γιαννακοπούλου, Δ., Διαρεμέ, Σ., Σουμάκη, Ε., Χατζηπέμου, Θ., Ασημόπουλος, Χ., & Τσιάντης, Ι. (2010). Καταγραφή αναγκών και ευαισθητοποίηση για το φαινόμενο του εκφοβισμού σε σχολεία της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στην περιοχή της Αθήνας. *Ψυχολογία*, 17(2), 156-175.
- Gibb, B., McGeary, J., Beevers, C., Miller, I. (2006). Serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype, childhood abuse, and suicide attempts in adult psychiatric inpatients. *Suicide Life Threat Behaviour*, 36, 687-93.
- Haavisto, A., Sourander, A., Multimaki, P., Parkkola, K., Santalahti, P., Helenius, H., Nikolakaros, G., Kumpulainen, K., Moilanen, I., Piha, J., Aronen, E., Puura, K., Linna, S.L., & Almqvist, F. (2004). Factors associated with depressive symptoms among 18-year-old boys: a prospective 10-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 2-3, 143-154.
- Hawker, D. S., & Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross sectional studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 441-455.
- Hawton, K., Sauders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373-82.

- Herba, C. M., Ferdinand, R.F., Stijnen, T., Veenstra, R., Oldehinkel, A. J., Omel, J., & Verhulst, F. C. (2008). Victimization and suicide ideation in the TRAILS study: specific vulnerabilities of victims. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*, 867-876.
- Hodges, E., & Perry, D. (1999). Personal and interpersonal antecedents and consequences of victimization by peers. *Journal of Personality Social Psychology*, *76*, 677-685.
- Houbre, B., Tarquinio, C., & Thuillier, I. (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.
- Institute of Medicine (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., Rimpela, A., & Rantanen, P. (2000). Bullying at school-an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence*, *23*, 661-674.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 709-717.
- Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y. J., Hubbard, A., & Boyce, W. T. (2006). School bullying and youth violence. causes or consequences of psychopathologic behavior? *Archives of General Psychiatry*, *63*, 1035-1041.
- Klomek, A. B., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I. S., & Gould, M. S. (2007). Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*(1), 40-49.
- Klomek, A. B., Sourander, A., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen, T., Moilanen, I., Almqvist, F., & Gould, M. S. (2008). Childhood bullying as a risk for later depression and suicidal ideation among Finnish males. *Journal of Affective Disorders*, *109*, 47-55.
- Kumpulainen, K., Rasanen, E., Henttonen, I., Almqvist, F., Kresanov, K., Moilanen, I., Linna, Piha, J., Puura, S-L., & Tamminen, T. K. (1997). Children and psychiatric symptoms among elementary school-age children. *Child Abuse & Neglect*, *22*(7), 705-717.
- Meltzer, H., Vostanis, P., Ford, T., Bebbington, P., & Dennis, M. S. (2011). Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood. *European Psychiatry*, *26*, 498-503.

- Miranda, R., & Shaffer, D. (2013). Understanding the suicidal moment in adolescence. *Annals of the New York Academy of Sciences. Childhood Onset Developmental Disorders, 1304*, 14-21.
- O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In R. C. O'Connor, S. Platt, J. Gordon (eds.), *International Handbook of Suicide Prevention* (97-119). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school*. Oxford, UK: Blackwell Publishers.
- Orpinas, P., Horne, A. M., & Staniszewski, D. (2003). School bullying: Changing the problem by changing the school. *School Psychology Review, 32*(3), 431-444.
- Panagioti, M., Gooding, P. A., & Tarrier, N. (2012). A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry, 53*, 915-930.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO: World Health Organisation) (2001-2002). Μελέτη HSBC του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας- Π.Ο.Υ. (2001-02) σε 35 χώρες (N=162.000), 11-13-15 ετών.
- Pateraki, L., & Houndoumadi, A. (2001). Bullying among primary school children in Athens, Greece. *Educational Psychology, 21*(2), 167-175.
- Patton, G. C., Coffey, C., Sawyer, S. M., Viner, R. M., Haller, D. M., Bose, K., Vos, T., Ferguson, J., Mathers, C. D. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet, 374*, 881-92.
- Peters, E., Riksen-Walraven, M. J., Cillessen, H. N. A., & de Weerth, C. (2011). Peer rejection and HPA activity in middle Childhood: Friendship makes a difference. *Child Development, 82*(6), 1906-1920.
- Prewitt, P. W. (1988). Dealing with Ijime (bullying) among Japanese students. *School Psychology International, 9*, 189-195.
- Reijntjes, A., Kamphuid, J. H., Prinzie, P., & Telch, M. J. (2010). Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse & Neglect, 34*, 244-252.
- Rigby, K. (2005). Why do some children bully at school? The contributions of negative attitudes towards victims and the perceived expectations of friends, parents and teachers. *School Psychology International, 26*, 147-161.
- Rigby, K. (2007). *Bullying in schools and what to do about it* (updated, revised). Camberwell: ACER.
- Rosen, P. J, Milich, R., & Harris, M. J. (2012). Dysregulated negative emotional reactivity as a predictor of chronic peer victimization in childhood. *Aggressive Behavior, 38*(5), 414-27.

- Sapouna, M. (2008). Bullying in Greek primary and secondary schools. *School Psychology International*, 29, 199.
- Seals, D., & Young, J. (2003). Bullying and victimization: Prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem, and depression. *Adolescence*, 38(152), 736-747.
- Sinclair, J., Crane, C., Hawton, K., Williams, J. (2007). The role of autobiographical memory specificity in deliberate self-harm: correlates and consequences. *Journal of Affective Disorders*, 102, 11-8.
- Sourander, A., Jensen, P., Rönning, J. A., Niemelä, S., Helenius, H., Sillanmäki, L., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen T., Moilanen, I., & Almqvist, F. (2007). What is the early adulthood outcome of boys who bully or are bullied in childhood? The Finnish "From a Boy to a Man" study. *Pediatrics*, 120, 397-404.
- Sourander, A., Ronning, J., Brunstein-Klomek, A., Gyllenberg, D., Kumpulainen, K., Niemela, S., et al. (2009). Childhood bullying behaviour and later psychiatric hospital and psychopharmacologic treatment. *Archives of General Psychiatry*, 66(9), 1005-12.
- Speckens, A. E. M., & Hawton, K. (2005). Social problem-solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review. *Suicide Life Threat Behavior*, 35, 365-87.
- Srabstein, J. (2008). Deaths linked to bullying and hazing. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20(2), 235-9.
- Suckling, A., & Temple, C. (2001). *Bullying: A whole-school approach*. Publisher: Acer Press.
- Thompson, R., Proctor, L. J., English, J. D., Dubowitz, H., Narasimhan, S., & Everson, M. D. (2012). Suicidal ideation in adolescence: Examining the role of recent adverse experiences. *Journal of Adolescence*, 35, 175-186.
- Thompson, R., & Whimper, L. A. (2010). Exposure to family violence and reading level of early adolescents. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 19, 721-733.
- Van der Wal, M. F., De Wit, C. A., & Hirasing, R. A. (2003). Psychosocial health among young victims and offenders of direct and indirect bullying. *Pediatrics*, 111, 1312-1317.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K.C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117, 575-600.
- Wang, H., Zhou, X., Lu, C., Wu, J., Deng, X., et al. (2012). Adolescent Bullying Involvement and Psychosocial Aspects of Family and School Life: A Cross-Sectional Study from Guangdong Province in China. *PLoS ONE*, 7(7), e38619.

Williams, J., Crane, C., Barnhofer, T., & Duggan, D. (2005). Psychology and suicidal behaviour: elaborating the entrapment model. In K. Hawton (Ed.) *Prevention and treatment of suicidal behavior* (pp. 71-89). Oxford, UK: Oxford University Press.

Χουντουμάδη, Α., & Πατεράκη, Λ. (2008). *Λεξικό Ψυχολογίας*. Εκδόσεις Τόπος.