

UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI CLUJ-NAPOCA, ROMANIA
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI
DEPARTAMENTUL DE PSIHOLOGIE

**VICTIMIZAREA ÎN EPISOADELE DE DE HĂRȚUIRE ȘI
SĂNĂTATE MINTALĂ: ROLUL FACTORILOR DE RISC ȘI
PROTECTIVI**

Student doctorand: Alina P. COSMA

Coordonator științific: Prof. Univ. Dr. Adriana BĂBAN

Cluj-Napoca

2015

CAPITOLUL 1.....	4
INTRODUCERE GENERALĂ	4
1.1. Introducere	4
1.2. Hărțuirea- delimitări conceptuale	5
1.2.1. Aspecte relaționate cu măsurarea.....	5
1.3. Consecințe pe termen scurt și pe termen lung	6
1.4. Abordări teoretice folosite	6
1.4.1. Abordarea ecologică asupra dezvoltării	6
1.4.2. Abordarea rezilienței	7
1.4.3. Alte teorii locale	7
1.5. Statutul curent al cercetării în domeniu.....	7
1.6. Scopurile tezei	8
CAPITOLUL 2.....	10
STUDIUL 1: IMPLICAREA ELEVILOR ÎN COMPORTAMENTE DE HĂRȚUIRE: ANALIZĂ DE TREND 2006-2014	10
2.1. Introducere	10
2.2. Metodologie	11
2.2.1. Participanți.....	12
2.2.2. Instrumente	13
2.2.3. Metoda de analiză a datelor	13
2.3. Rezultate	14
2.4. Discuții.....	17
CAPITOL 2	19
STUDIUL 2. A.....	19
COMPORTAMENTE DE HĂRȚUIRE ȘI PROBLEMELE DE SĂNĂTATE MENTALĂ ÎN ȘCOALĂ LA COPII : ROLUL SUPTULUI SOCIAL DIN PARTEA FAMILIEI, ȘCOLII ȘI AL PRIETENILOR	19
I.3.1. Introducere.....	19
I.3.2. Metodologie.....	21
I.3.2.1. Participanți	21
I.3.2.2. Instrumente.....	21
I.3.2.3. Procedura de analiză a datelor.....	23
I.3.3. Rezultate	23
I.3.4. Discuții și Concluzii	28
2.B. ROLUL STRATEGIILOR COGNITIVE DE REGLARE EMOȚIONALĂ ÎN RELAȚIA DINTRE VICTIMIZARE ȘI PROBLEME DE INTERNALIZARE ÎN RÂNDUL COPIILOR DE VÂRSTĂ ȘCOLARĂ	30
II.3.1. Introducere	30
II.3.2. Metodologie	31
II.3.2.1. Participanți	31
II.3.2.2. Instrumente	31
II.3.2.3. Procedura de analiză a datelor	32
II.3.3. Rezultate.....	33
II.3.4. Discuții și concluzii.....	37

Studiul 2 C. VICTIMIZAREA PRIN HĂRȚUIRE (BULLYING) ȘI PROBLEME DE INTERNALIZARE LA COPII DE VÂRSTĂ ȘCOLARĂ: O ABORDARE LONGITUDINALĂ	39
III.3.1. Introducere	39
III.3.2. Metodologie	40
III.3.2.1. Participanți:	40
III.3.2.2. Instrumente	41
III.3.2.3. Procedură	41
III.3.2.4. Procedură de analiză a datelor	42
III.3.3. Rezultate	42
III.3.4. Discuție și concluzii	45
CAPITOL 4.	47
STUDIUL 3. VICTIMIZAREA TRADIȚIONALĂ ȘI ELECTRONICĂ ȘI ASOCIEREA CU EFECTELE SĂNĂTĂȚII MINTALE LA COPIII DE VÂRSTĂ ȘCOLARĂ.	47
4.1. Introducere	47
4.2. Metodologie	48
4.4.1. Participanți:	48
4.2.2. Instrumente:	48
4.2.3. Procedura de analiză a datelor	50
4.3. Rezultate	50
4.4. Discuții	53
CAPITOLUL 5.	54
STUDIUL 4. HĂRȚUIREA VICTIMEI ÎN COPILĂRIE : CARE SUNT FACTORII CARE ACȚIONEAZĂ CA PROTECȚIE PENTRU PROBLEMELE DE SĂNĂTATE LA VÂRSTA ADULTĂ ?	54
5.1. Introducere	54
5.2. Metodologie	55
5.2.1. Participanți	55
5.2.2. Instrumente	55
5.2.5. Analiza Datelor	56
5.2.5. Rezultate	56
5.3. Concluzii	58
CAPITOL 6.	59
DISCUȚII GENERALE ȘI CONCLUZII.	59
6.1. Prezentare sumară a rezultatelor	59
6.2. Limite și direcții viitoare de cercetare	60
6.3. Contribuții ale acestei teze	61
References	62

Cuvinte cheie: hartuire, victimizare, sanatate mentala, probleme de internalizare, factori protectivi, hartuire electronica

CAPITOLUL 1

INTRODUCERE GENERALĂ

1.1. Introducere

Copilăria noastră va fi întotdeauna parte activă din ceea ce suntem la toate vârstele. Acei primi ani din viață, acele experiențe vor rămâne întotdeauna întipărite în noi. Chiar dacă acești primi ani ar trebui să fie caracterizați de experiențe pozitive de învățare, de multă explorare și mici experimente, nu de puține ori în această perioadă copiii sunt expuși la experiențe total opuse, experiențe plin de durere, violență sau umilire. Impactul pe care aceste experiențe negative îl are asupra traiectoriei individuale de dezvoltare este bine documentat. Realitatea pe care acești copii expuși la violență și hărțuire trebuie înțeleasă pentru a-i ajuta să treacă peste aceste evenimente, precum și pentru a le putea preveni. În acest context, cercetarea de față se focalizează pe înțelegerea problemei de hărțuire în context școlar, în special ce anume îi face pe unii elevi mai vulnerabili în fața hărțuirii (engl. *Bullying*) și ce anume îi poate proteja împotriva experiențierii consecințelor negative.

Violența interpersonală reprezintă o problema acută la nivel internațional, reprezentând o provocare internațională (Organizația Mondială a Sănătății, 2014, p.4). Prioritatea internațională este bine evidențiată: „considerând prevalența ridicată și impactul asupra celor implicate, violența în școli poate fi prevenită și nu trebuie să fie tolerată” (Peihnarea, 2006, p12).

Dacă ne uităm dintr-o perspectivă evoluționistă, violența și comportamentele de hărțuire pot fi întâlnite pe o scală largă în lumea animală, unde apelul la astfel de comportamente sevesc ca o strategie de acces la resurse fizice, social și/sau sexuale. De exemplu, în studiile sale, Konrad Lorenz (1969) oferă o explicație clară a situațiilor unde în lumea animală, violența și agresivitatea față de un membru al aceluiași grup facilitează obținerea și menținerea statusului în grup, precum și accesul la resurse. După cum explică și Liu & Graves (2011, p.560), dintr-o perspectivă etologică, comportamentele de hărțuire pot fi văzute ca și comportamente innăscute sau instinctuale și pot fi cel mai bine înțelese ca și un mijloc de dominare socială- în special în adolescență. Putem concluziona că aceste comportamente de hărțuire pot fi întâlnite în toate societățile, de la societățile primitive și antice până la societatea contemporană (Wolke & Lereya, 2015).

Pe de altă parte, unii autori văd aceste comportamente ca fiind adaptive (Book, Volk, & Hosker, 2012), hărțuitorii fiind mult mai eficienți în a-și atinge scopurile. Comparativ cu victimele sau hărțuitorii-victime, aceștia prezintă un nivel mult mai scăzut al problemelor de sănătate mintală sau ale altor probleme de adaptare în momentul hărțuirii, cât și la vârsta adultă (Wolke et al., 2015). Totodată, ei par a fi mult mai populari în grupul lor de referință (de Bruyn, Cillessen &

Wissink, 2010), iar abilitățile lor sociale și de teorie a minții sunt bine dezvoltate (Caravita, di Blasio, & Salmivalli, 2009). Aceste rezultate pot sugera că dacă ne-am uita doar la efectul pe care aceste comportamente le au asupra hărțuitorilor, impactul negativ pare a fi unul redus. Dar dacă schimbăm focusul și ne uităm la impactul pe care expunerea la episoade de hărțuire le are asupra victimelor, sau asupra copiilor care sunt simultan hărțuitori și victime, problema devine una majoră.

1.2. Hărțuirea- delimitări conceptuale

Cercetarea în domeniul hărțuirii are un trecut lung, dar o istorie scurtă. După cum am arătat și anterior, aceste comportamente pot fi regasite în regnul animal, precum și preistorie, arta, literatură și media, dar conceptualizarea științifică oferită acestor comportamente violente este una relativ recentă. Acest termen și fenomen a fost introdus de către Dan Olweus în anul 1973, iar o variantă actualizată a definiției evidențiază că : ” un elev este hărțuit când el sau ea este expusă în mod repetat și de-a lungul timpului la acțiuni negative din partea unui elev sau a unui grup de elevi” (Olweus, 1999,p.10).

În cartea sa, Peter K. Smith (2014, p. 15) evidențiază că literatura de specialitate actuală acceptă definiția conform căreia hărțuirea (engl. Bullying) este *acțiunea agresivă (făcută cu intenția de a cauza rău) care este realizată prin intermediul oricărei metode de a agresa – fizică, verbal, cyber, direct sau indirect-, unde există o diferență de putere (victima nu se poate/ îi este greu să se apere), iar aceste comportamente au un caracter repetitiv*. Conform acestor delimitări conceptuale, putem conchide ca hărțuirea este o formă de agresiune, dar nu toate formele de agresivitate pot fi echivalate cu hărțuirea.

Un alt punct de interes al literaturii de specialitate este reprezentat de către hărțuirea mediată electronic (engl. Cyberbullying). Dezvoltarea și avântul tehnologic din ultimii ani, combinat cu disponibilitatea mijloacelor de comunicare (internet, smartphones, etc), precum și popularitatea de care se bucură rețelele sociale (ex: Facebook, Instagram, AskFM etc) creează un teren propice pentru apariția comportamentelor de hărțuire. În acest context, persoanele pot comunica mesaje ostile cu scopul de a răni și a face rău altor persoane. Astfel, hărțuirea electronică poate fi definită ca orice comportament realizat prin intermediul mijloacelor media și care are scopul de a agresa și a face rău unei alte persoane.

1.2.1. Aspecte relaționate cu măsurarea

Un aspect de interes general este acela că nu există un echivalent direct al acestui cuvânt în limba română. Acest lucru este valabil pentru un număr considerabil de țări la nivel internațional (Smith, 2014). În limba română mai multe variante au fost propuse, dar devine extrem de greu să surprindem caracteristicile fenomenului printr-un simplu cuvânt. În lucrarea de față, am optat pentru a folosi ”hărțuire” pentru a ilustra acest comportamente. În momentul colectării datelor, instrumentele folosite au oferit participanților o descriere amănunțită a ceea ce

înseamnă/înțelegem noi prin comportamente de hărțuire, precum li s-au oferit ca și ancore lingvistice agresivitate/hărțuite/intimidare. Instrumentul folosit în toate studiile are cea mai mare susținere din partea comunității științifice ca având cele mai bune caracteristici psihometrice în a măsura aceste comportamente.

Literatura de specialitate evidențiază existența a mai multor roluri pentru cei implicați: agresori/hărțuitori, victime/hărțuiți, hărțuitori-victime și copiii martori. De asemenea, formele de hărțuire diferă de la hărțuire fizică, la hărțuire verbală, socială sau cyberbullying (hărțuire mediată electronic); hărțuire directă și hărțuire indirectă. Studiile din această teză se vor focaliza pe analiza fenomenul de hărțuire în general, precum și pe hărțuirea mediată electronic, iar accentul va fi pus mai degrabă pe analiza implicării în aceste comportamente din perspectiva victimelor.

1.3. Consecințe pe termen scurt și pe termen lung

Ultimele decenii de cercetare indică faptul că o proporție ridicată ale copiilor expuși la victimizare experiențiază un spectru larg de consecințe negative. Copiii victimă au un risc mai mare de a experiențiază anxietate și depresie sau probleme psihosomatice cum ar: dureri de cap, probleme de somn, dureri de stomac, stăre de amețală și oboseală (McLaughlin, Hatzenbuehler, & Hilt, 2009). De asemenea, victimizarea în episoadele de hărțuire a fost asociată cu stări de îngrijorare cronică, distress, coșmaruri, precum și o stare de bine extrem de scăzută (Arseneault et al., 2010).

Aceste consecințe negative se mențin și la vârsta adultă. Studii recente indică faptul că victimele ale hărțuirii frecvente experiențiază niveluri ridicate de depresie, probleme de anxietate și tentative de sinucidere decât grupul de participanți care nu a trecut prin episoade de hărțuire. Mai mult, indivizii expuși la victimizare în perioada copilăriei la vârsta de 50 de ani aveau probleme de relaționare sociale, probleme financiare, precum și o calitate scăzută a vieții (Takizawa, Maughan, & Arseneault, 2014).

1.4. Abordări teoretice folosite

1.4.1. Abordarea ecologică asupra dezvoltării

Abordarea ecologică propusă de Urie Bronfenbrenner (1977) face parte din categoria mai largă a modelelor social-ecologice de conceptualizare a dezvoltării care au fost dezvoltate pentru a oferi o mai bună înțelegere a interacțiunii dinamice dintre diverși factori personali și de mediu în influențarea dezvoltării individuale. În acest rezumat, oferim doar o scurtă trecere în revistă a factorilor asociația cu implicarea în comportamente de hărțuire evidențiați de studii care au folosit această paradigmă conceptuală. Astfel, conform rezultatelor prezentate de către Smith (2014, p.104), regăsim la nivel individual (gene, temperament și caracteristici de personalitate); la nivelul familiei (natura relației părinte-copil și calitatea relațiilor cu frații); la nivelul grupului de prieteni (natura și calitatea relațiilor de prietenie; statutul sociometric în grupul de referință);

nivelul școlii (climatul școlii, calitatea relației profesor-elev și elev-elev; siguranța în unitatea școlară); la nivelul comunității (nivelul violenței la nivelul comunității, condițiile socio-economice); la nivel social (modul în care este potretizată și mediatizată violența în mass-media, inegalitățile sociale).

1.4.2. Abordarea rezilienței

Considerând ca nu toate victimele hărțuirii ajung să experimenteze probleme de sănătate mintală (e.g. Sapouna & Wolke, 2013) și mai ales că un număr consistent dintre cei care au fost victimizați arată dezvoltare pozitivă, rezilientă în ciuda expunerii la aversitate (Ttofi, Bowes, Farrington, Loesel, 2014), abordarea rezilienței poate oferi un cadru conceptual consistent pentru a analiza efectele victimizării. Reziliența se referă la procesul dinamic care presupune adaptare pozitivă în contextul confruntării cu o aversitate semnificativă (Luthar, Cicchetti, Becker, 2000, p.543). Pentru a vorbi de reziliență, două criterii esențiale trebuie îndeplinite: expunerea la o amenințare/aversitate puternică și atingerea unei dezvoltări pozitive în ciuda expunerii la acest episod aversiv. Din această perspectivă, expunerea la victimizare în episoadele de hărțuire poate fi considerat o situație aversivă puternică, în fața căruia copiii trebuie să se adapteze (Rigby, 2000).

O întrebare importantă care rămâne să primească un răspuns este care ar fi acei factori protectivi care pot atenua efectele aversității și a factorilor de risc. Urmând indicațiile oferite de către Ttofi et al., (2014), premisele noastre sunt că interacțiunea acestor factori protectivi este una dinamică și că aceștia nu interacționează într-o manieră liniară.

1.4.3. Alte teorii locale

Alte teorii locale care au fost folosite sunt: Modelul de atenuare a stresului (Stress Buffering Model) și Abordarea Sănătății Publice în studiul hărțuire (Public Health Approach to Bullying), care au fost detaliate în teză.

1.5. Statutul curent al cercetării în domeniu

Chiar dacă expunerea la hărțuire în perioada copilăriei reprezintă un factor de risc major pentru experiențierea unui spectru larg de probleme de adaptare și probleme de sănătate mintală, majoritatea copiilor victimizați indică adaptare pozitivă în pofida expunerii la aversitate (McVie, 2013). Ttofi et al., (2014) indică faptul că expunerea la factori cum ar fi: performanțe școlare pozitive, abilități sociale crescute, un mediu familial stabil, sentimente de atașament față de părinți și prieteni prosociali pot devini factori protectivi, care rup legătura din victimizare și consecințele sale negative. Mai mult, Sapouna și Wolke (2013) raportează că fiind băiat, o stimă de sine crescută, niveluri scăzute de conflict parental, și ne-expunerea la hărțuirea din partea fraților se pot comporta ca factori de protecție împotriva dezvoltării de probleme de sănătate mintală. Prioritatea comunității științifice este de a merge dincolo de a descoperi care sunt acești

factori de risc și protectivi spre a înțelege care este dinamica din spatele acestor mecanisme care sprijina variația dintre răspunsurilor individuale la hărțuire.

1.6. Scopurile tezei

Prevalența implicării în comportamente de hărțuire variază în mod consistente între state și regiuni, precum și determinați socio-demografici ai acestor comportamente prezintă rezultate variate (AERA, 2013). Chiar dacă la nivel european, în multe state există un interes direcționat spre analiza și înțelegerea acestui comportament, astfel de studii lipsesc în România sau au fost de curând derulate. În acest context primul scop al acestei teze este de **a investiga evoluția implicării în comportamente de hărțuire pentru elevii din România în intervalul 2006-2014** (Studiul 1). Mai specific, ne propunem să indentificăm prevalența acestor comportamente (pentru statutul de hărțuitor/agresor, victimă și agresor-victim) în rândul elevilor din România. În al doilea rând, ne propunem să analizăm evoluția implicării în acest comportament în intervalul 2006-2014. În al treilea rând ne propunem să investigăm modul în care variabilele sociodemografice ca genul, vârsta și statutul socio-economic sunt asociația cu implicarea în comportamente de hărțuire în intervalul de timp măsurat.

Al doilea obiectiv major al acestei teze este **de a indentifica care sunt factorii de protecție specifici care pot apărea în relația din expunere la hărțuire și experiențierea de probleme de sănătate mintală**. Acest obiectiv se va regăsi implementat în Capitolul 3, unde în Studiul 2A. vom investiga valoarea protectivă a suportului social, iar în studiul 2B vom investiga valoarea protectivă pe care o au folosirea strategiilor cognitive de reglare emoțională.

Al treilea obiectiv este acela de **a identifica natura longitudinală a relației dintre expunerea la victimizare în episoadele de hărțuire și problemele de internalizare** folosind un design longitudinal cu trei măsurători (Studiu 2C.).

În Capitolul 4 vom **explora asocierea dintre expunerea la hărțuire tradițională și hărțuire mediată electronic cu probleme de sănătate mintală în rândul elevilor din România** (Studiu 3.). Mai specific, ne propunem să indentificăm gradul de suprapunere dintre hărțuirea tradițională și hărțuirea mediată electronic. Totodată, având în minte rezultatele inconsistente cu privire la diferențele de gen asociate implicării în episoade de hărțuire online (Vieno et al., 2014; Callagher et al., 2014), un alt obiectiv este acela de a indentifica diferențele specifice de gen în ceea ce privește hărțuirea electronică, precum și asocierea cu probleme de sănătate mintală.

Considerând implicațiile pe termen lung care pot să fie vizibile la viața adulă, un ultim obiectiv vizează investigarea rolului deținut de expunerea la un climat familial pozitiv în timpul expunerii la episoade de hărțuire în perioada copilăriei și asocierea cu probleme de sănătate mintală și somatică la vârsta adultă (Studiu 4).

Implicațiile teoretice și practice vor fi discutate pe larg în Capitolul 6.

CAPITOLUL 2

STUDIUL 1: IMPLICAREA ELEVILOR ÎN COMPORTAMENTE DE HĂRȚUIRE: ANALIZĂ DE TREND 2006-2014

2.1. Introducere

Violența școlară reprezintă o problemă socială la nivel mondial (Clarke and Kiselica, 1997). Chiar dacă școala ar trebuie să fie un mediu în care copii găsesc un mediu propice pentru o dezvoltare pozitivă ca indivizi, există situații în care evenimentele negative iau locul celor pozitive. Printre comportamentele asociate violenței școlare, în ultimele patru decenii, comportamentele de hărțuire se află în atenția comunității științifice și a mass-mediei (Cosma & Băban, 2013). Implicarea în comportamente de hărțuire este definită astfel "un elev a fost intimidat/batjocorit/agresat atunci când acesta este expus în mod repetat unor acțiuni negative exercitate de un alt elev/grup de elevi" (Olweus, 1999, p. 10). Diferențele privind intensitatea, frecvența de apariție și intenția de a face rău unei persoane par a fi caracteristici cheie ce fac posibilă diferențierea între comportamentele de hărțuire și alte acte de violență (Olweus, 1993). Prin urmare, nu putem să definim ca hărțuire un conflict dintre doi elevi de puteri (forță) fizice și psihice asemănătoare (Smith et al., 1999).

Amploarea problemei a fost fundamentată și diseminată în diverse țări și societăți. Există în literatura de specialitate numeroase studii la nivel național și internațional care oferă o imagine asupra amplitudinii, consecințelor și altor fenomene care corelează cu această problemă socială. Unul dintre aceste studii este cel al HBSC-ului, studiu care face apel la o metodologie comună pentru a investiga comportamentele de sănătate la copiii de vârstă școlară. Este vorba despre chestionarul standard HBSC, chestionar care evaluează diverse dimensiuni ale vieții unei copil/adolescent, de la relațiile sale cu familia, prietenii, școala, statutul socio-economic, satisfacție cu viața, activitatea fizică, sănătate pozitivă, până la comportamentele sexuale și activitatea sexuală, consumul de alcool și droguri etc. Printre comportamentele de sănătate investigate un interes crescut este îndreptat spre violența școlară, în mod particular, hărțuirea școlară (Cosma & Baban, 2013). Potrivit ultimului raport internațional (Currie et al., 2012), raport care include studii din diverse țări efectuate în anii 2009/2010, profilul trans-național al elevului de vârstă școlară intimidat/batjocorit/agresat a fost supus unei analize detaliate. Rezultatele studiului de survey realizat de HBSC în 2010 ne arată o creștere semnificativă între 11 și 15 ani pentru ambele genuri, în ceea ce privește hărțuirea celorlalți, observându-se o cotă maximă în jurul vârstei de 13 ani în unele țări precum România, Slovacia, Estonia. În ceea ce

privește elevii hărțuiți, se observă un trend descendent o dată cu înaintarea în vârstă în marea majoritate a țărilor (Curie et al., 2012). Rezultatele obținute în cadrul studiului variază între 8.6 % și 45.2%, în cazul băieților, 4.8 % și 35.8 %, în cazul fetelor atunci când vorbim despre cei care inițiază hărțuirea. În ceea ce privește elevii hărțuiți, valorile medii privind incidența în toate țările sunt de 9.8% în cazul băieților 15 ani și 7.3% în cazul fetelor de 15 ani, în timp ce valorile medii pentru vârsta de 11 ani sunt de 14.3% în rândul băieților și 11.4% în rândul fetelor. În ceea ce privește incidența în cazul fiecărei țări, valorile medii variază între 2.8% și 31.9% în cazul baietilor si între 1.7% si 27.1% in cazul fetelor. Cele mai mari valori au fost înregistrate în cazul copiilor din țările baltice (Lituania, Letonia), iar cele mai scăzute valori au fost înregistrate în cazul țărilor nordice. Global vorbind, valorile sunt mult mai ridicate în cazul băieților în ceea ce privește implicarea în comportamente de hărțuire. Mai mult decât atât, în urma analizei trendului privind victimizarea în cele 33 de țări participante, Chester et al., (2015) arată că există un trend descendent global, atât în ceea ce privește victimizarea ca urmare a hărțuirii ocazionale de la 33.5% în 2001/02 la 29.2% în 2009/10, cât și victimizarea ca urmare a hărțuirii cronice, valorile descrescând de la 12.7% în 2001/02 la 11.3% în 2009/10. Unul dintre motivele care ar putea explica acest trend negativ ar putea fi dezvoltarea politicilor la nivel național privind hărțuirea în școli, dezvoltare ce constă în implementarea unor programe de prevenție și intervenție privind hărțuirea școlară (Molcho et al., 2009, Chester et al., 2015).

Spre deosebire de alte țări, în România, comportamentul de hărțuire școlară a început să fie investigat doar recent într-un mod bine structurat (Cosma & Baban, 2013; Cosma, Balazsi & Baban, 2015). România este una dintre țările din Europa în care se înregistrează cele mai mari valori privind implicarea elevilor în acte de hărțuire (Currie et al., 2012). Studiile efectuate de HBSC sau EU-Kid oferă o privire de ansamblu trans-culturală privind prevalența acestor comportamente în diferite intervale de timp (Currie et al., 2011, Levingstone & Haddon, 2009). Din perspectiva sănătății publice și a programelor de intervenție evidence-based, investigarea schimbărilor în ceea ce privește angajarea în acest tip de comportamente pare a fi extrem de importantă atât în înțelegerea fenomenului de hărțuire școlară, oferind totodată bazele necesare dezvoltării unor programe de prevenție eficiente. Studiul de față își propune investigarea prevalenței privind angajarea în comportamente de hărțuire (hărțuitor, victima sau hărțuitor-victimă) în cazul copiilor de vârstă școlară din România. În al doilea rând, ne propunem investigarea trendului general privind implicarea în hărțuirea școlară pornind de la valorile prezentate în studiile efectuate de HBSC în 2006, 2010 și 2011. Totodată, scopul acestui studiu este de a analiza modul în care genul, vârsta și statutul socio-economic se asociază cu fenomenul de hărțuire școlară de-a lungul a 10 ani (2006-2014).

2.2. Metodologie

Analiza va fi efectuată pe datele obținute pe populația românească în cadrul studiului Comportamente de Sănătate ale Elevilor de Vârstă Școlară (un studiu realizat în colaborare cu OMS). Scopul acestui studiu a fost să descrie comportamentele de sănătate ale persoanelor tinere

și să analizeze modul în care acestea sunt relaționate cu contextul social. Numărul țărilor în care au fost efectuate studii cros-sectionale pentru copiii de 11, 13 și 15 ani, la un interval de 4 ani, a crescut semnificativ în ultima perioadă ca urmare a protocoalelor semnate la nivel internațional. Ultimul studiu 2013/2014 include un număr total de 45 de țări din Europa și America de Nord. România este membră a HBSC-ului din 2005. Până în prezent, în România au fost colectate trei seturi de date, datele obținute în urma acestora fiind incluse în raportul studiului efectuată de către HBSC 2006-2014 (datele studiilor obținute în 2006, 2010, 2014). Protocolul celor trei studii a fost identic în ceea ce privește caracteristicile grupului țintă, modul de aplicare și colectare a datelor. În fiecare dintre aceste trei studii, eșantionul analizat a fost reprezentativ pentru populația elevilor scolarizați din România, nivel de studii pre-universitar, pentru toate categoriile de vârstă. Tipul de eșantionare a fost unul de tip cluster (în școli), stratul 1 fiind repartiția teritorială (județ) și al doilea cluster fiind nivelul de studii (liceu sau școală generală). Numărul școlilor în care s-a desfășurat studiul a fost de 109 în 2006, 153 în 2010 și 150 în 2015, iar populația inclusă în studiul au fost elevii de 11, 13 și 15 ani. Colectarea datelor a avut loc în primăvară în fiecare dintre cei trei ani. Studiul s-a bazat pe anonimitatea participanților, prin urmare nu a fost posibilă realizarea unei analize a non-răspunsului pentru fiecare individ. Distribuția în funcție de vârstă și gen au fost similare pentru toate cele trei studii. Pentru desfășurarea studiului, părinții și elevii au semnat un consimțământ scris, precum și școlile implicate. Desfășurarea studiului a fost aprobată de către Comisia de Etică a Universității Babeș-Bolyai.

Colectarea datelor a fost realizată prin aplicarea unui chestionar standardizat în cadrul rețelei HBSC. Chestionarul a fost tradus din limba engleză în limba română de către doi specialiști. Apoi, chestionarul a fost tradus înapoi în limba engleză de către traducători diferiți. Această versiune a fost trimisă unui specialist, vorbitor nativ de limba engleză, din cadrul rețelei HBSC care a revizuit versiunea tradusă în engleză. Versiunea finală a chestionarului este versiunea obținută în urma integrării feedback-ului primit din partea specialistului vorbitor nativ de limba engleză. O parte majoritară de itemi a fost utilizată în cadrul fiecărui ciclu al studiului cu scopul de a facilita analiza de trend în ceea ce privește diverse dimensiuni comportamentale. Chestionarul a fost administrat de către asistenți de cercetare sau operatori de teren, pe parcursul orelor de curs. O procedură standard de administrare a fost folosită în cadrul celor trei studii. Elevii au fost îndrumați că rezultatele sunt confidențiale și că pot să renunțe în orice moment pe parcursul completării chestionarului. După completarea chestionarului, fiecare elev a fost rugat să introducă dosarul într-un plic, plic recuperate de către asistentul de cercetare/operatorul de teren prezent.

2.2.1. Participanți

În cadrul studiului au participat 14068 elevi (47.5% băieți și 52.5% fete), cu o vârstă cuprinsă între 11 și 15 ani. Caracteristicile socio-demografice ale eșantionului sunt prezentate în Tabelul 2.1.

2.2.2. Instrumente

Comportamente de hărțuire. Întrebările privind implicarea în comportamente de hărțuire au fost realizate pornind de la chestionarul lui Olweus privind hărțuirea școlară și au fost precedate de următoarea introducere: *Urmează câteva întrebări referitoare la intimidare/batjocorire/agresare. Noi spunem că un elev a fost intimidat/batjocorit/agresat atunci când un alt elev/grup de elevi îi spun sau îi fac lucruri neplăcute. De asemenea, este tot intimidare/batjocorire/agresare/și atunci când elevul/a este necăjit/ă în mod repetat într-un fel în care lui/ei nu îi place, dar nu este intimidare/batjocorire/agresare atunci când doi elevi de puteri (forță) asemănătoare se ceartă sau se bat. De asemenea, nu este intimidare/batjocorire atunci când un elev este necăjit într-un mod prietenos și jucăuș.* Implicarea în comportamente de hărțuire a fost evaluată prin intermediul unei întrebări care cerea elevului să precizeze frecvența cu care au hărțuit o altă persoană la școală sau în afara școlii în ultimele 2 luni. În mod similar, frecvența de a fi hărțuit a fost evaluată prin intermediul unei întrebări prin care elevului i se cerea precizarea frecvenței cu care a fost hărțuit în cadrul școlii sau în exteriorul ei, în ultimele 2 luni. Variantele de răspuns au fost următoarele: (1) *Nu am fost intimidat-ă/batjocort-ă/agresat-ă;* (2) *O dată sau de două ori;* (3) *de 2-3 ori pe lună;* (4) *Cam o dată pe săptămână și* (5) *De câteva ori pe săptămână.* Potrivit recomandării specialistului care a realizat acest chestionar, cele 5 întrebări au fost categorizate astfel: răspunsurile 1 și 2 (nu am fost intimidat-ă/batjocort-ă/agresat-ă /nu am intimidat/batjocorit/agresat pe alții) au avut valoarea 0, iar răspunsurile de la 3 până la 5 au fost cotate cu un scor de 1 (am intimidat/batjocort/agresat; am fost intimidat-ă/batjocort-ă/agresat-ă/ de către alții). În plus, o categorie de victimă a hărțuirii a fost instaurată pentru răspunsurile elevilor care au fost hărțuiți sau care au hărțuit alte persoane mai mult de 2-3 în ultima săptămână.

Statut socio-economic a fost măsurat prin administrarea Scalei de Afluență Familială HBSC. Cei patru itemi ai acestei scale sunt următorii: *Familia ta deține o mașină sau o dubă? (0 nu; 1 da, una; 2 două sau mai multe), A dormitorul tău propriul? (0 nu; 1 da), În ultimele 12 luni, de câte ori ai călătorit/ai fost în vacanță cu familia ta? (0 deloc; 1 o dată; 2 de două ori; 3 mai mult de două ori) și Câte calculatoare deține familia ta? (0 niciunul, 1 unul, 2 două, 3 mai mult decât două).* Scorul total al acestei scale poate varia între 0 (cel mai mic rezultat) și 7 (cel mai mare rezultat) (Elgar, Craig, Boyce, Morgan, & Vella-Zarb, 2009). În următoarea etapă, am creat o variabilă categorică, în acest caz scala FAS a fost recodată astfel: afluență scăzută = 0-2, afluență medie = 3-4 și afluență ridicată = 5-7 (Due et al., 2009).

2.2.3. Metoda de analiză a datelor

În primul pas, au fost create variabile categorice de tip dummy în funcție de scorurile de raportare internaționale. Pentru a investiga implicarea în comportamente de hărțuire ale elevilor din România de-a lungul intervalului 2006-2014, au fost derulate analize logistice binare. Am inclus în model anul colectării de date (2006, 2010, 2014) ca și variabilă categorică de tip

dummy, luând valorile din 2006 ca și categorie de referință. Analiza descriptivă și de trend a fost derulată separat pentru fiecare gen. Rezultatele sunt prezentate cu un interval de probabilitate de 95% . Pentru testarea celui de-al doilea obiectiv au fost calculate șase modele logistice binare diferite. Pentru fiecare variabilă dependentă (agresor/hărțuitor, victimă, hărțuitor-victimă), primul model de regresie a investigat rolul deținut de variabile socio-demografice în explicarea varianței totale a modelului (Modelele 1, 3, 6). În al doilea pas (Modele 2, 4, 6) a fost inclus anul colectării datelor ca și predictor. Toate analizele au fost efectuate folosind pachetul statistic IBM-SPSS, versiunea 20.

2.3. Rezultate

Tabelul 2 prezintă prevalența privind a fi hărțuit, a hărțui pe ceilalți și victimizare în funcție de gen și pe parcursul fiecărui an. În general, observăm o creștere a prevalenței din 2006 în 2010 pentru fiecare din categoriile de mai sus. Creșterea este semnificativă doar pentru a hărțui pe ceilalți și a fi victima unei hărțuiri. Între anii 2010 și 2014 a fost înregistrată o descreștere semnificativă a prevalenței. Se observă un trend descendent global pentru toate cele trei categorii între anii 2006 și 2010. Se poate observa o diferență privind prevalența în funcție de gen. Astfel că, băieții înregistrează scoruri mai ridicate privind implicarea în comportamente de hărțuire decât fetele ($p < .05$). La nivel global, se poate observa între 2006-2014, de asemenea, o descreștere semnificativă pentru fiecare gen și fiecare categorie de comportamente, chiar dacă se înregistrează o creștere semnificativă a prevalenței privind hărțuirea sau a fi victima unei hărțuiri din 2006 până în 2010, în cazul ambelor genuri.

Tabel 2.1. Caracteristicile demografice ale participanților incluși în studiu (N=14068)

Anul colectării datelor	2006				2010				2014			
	Băieți		Fete		Băieți		Fete		Băieți		Fete	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	2135	(45.6%)	2549	(54.4%)	2671	(49.4%)	2733	(50.6%)	1880	(48.2%)	2100	(51.6%)
Vârsta												
11 ani	855	(52.2%)	784	(47.8%)	801	(49.3%)	823	(50.7%)	611	(48.5%)	648	(51.5%)
13 ani	674	(46.8%)	766	(53.2%)	800	(46.3%)	926	(53.7%)	621	(50.1%)	619	(49.9%)
15 ani	606	(37.8%)	999	(66.2%)	1046	(52.2%)	956	(47.8%)	633	(43.9%)	809	(56.1%)
SES												
Scăzut	815	(40.6%)	1190	(48.3%)	900	(36.8%)	1123	(43.3%)	572	(33.1%)	799	(40.1%)
Mediu	883	(44%)	1014	(41.2%)	1015	(41.5%)	1036	(39.9%)	793	(45.9%)	824	(41.4%)
Ridicat	310	(15.4%)	260	(10.6%)	532	(21.7%)	435	(16.8%)	392	(21%)	368	(18.5%)

Tabel 2.2. Evoluția implicării în comportamente de hărțuire ale elevilor din România între anii 2006 – 2014 în funcție de gen și anul colectării datelor, prevalența (%), odds ratio (OR) and 95% interval de încredere^a

Anul colectării datelor	Total		Băieți*		Fete*	
	%	OR (95%CI)	%	OR (95%CI)	%	OR (95%CI)

Victimă	2006	16.5%	(Ref.)	20.2%	(Ref.)	13.4%	(Ref.)
	2010	17%	1.05 ^b (.94-1.17)	19.6%	1 ^b (.87- 1.16)	14.6%	1.1 (.94-1.28)
	2014	11.5%	.65 (.57-.73)	14.3%	.66 (.56-79)	8.9%	.62 (.51-.75)
Hărțuitor	2006	23%	(Ref.)	28.3%	(Ref.)	18.8%	(Ref.)
	2010	25.6%	1.11 (1.01-1.22)	30.5%	1.09 (.96-1.24)	20.9%	1.13 (.99-1.3)
	2014	16%	.612 (.54-.68)	21.3%	.67 (.58-.78)	11.2%	.53 (.44-.62)
Hărțuitor/ victimă	2006	7.9%	(Ref.)	10.3%	(Ref.)	5.9%	(Ref.)
	2010	8.9%	1.14 (.99-1.32)	11%	1.09 (.96- 1.24)	6.8%	1.16 (.93-1.45)
	2014	5.1%	.618 (.51-.74)	7.2%	.67 (.58-.78)	3.3%	.52 (.39-.70)

a: Analizele de regresie logistică au fost controlate pentru vârstă și gen Logistic regression models adjusted for age.,

^bns, *- diferență semnificativă între cele două genuri (băieții au raportat frecvențe mai ridicate decât fetele).

Figura 1 prezintă prevalența rezultatelor pentru cele trei categorii de vârstă. Cu excepția valorii cele mai ridicate obținute în cadrul categoriei de 11 ani pentru categoriile de a hărțuit și victimă în 2006, cele mai mari valori rămân sunt înregistrate în jurul vârstei de 13 ani privind implicarea în comportamente de hărțuire. Mai mult decât atât, descreșterea trend-ului este evidentă când evaluăm evoluția privind angajarea în astfel de comportamente pentru fiecare categorie de vârstă. Pentru copiii care sunt hărțuiți sau sunt victime, valorile privind implicarea în comportamente de hărțuire pentru categoria de vârstă de 15 ani sunt mai mici decât cele obținute de categoria de vârstă de 11 ani (14.4% și 3.2% vs. 17.2% și 6.3%), valori înregistrate în același an. În schimb, în cazul elevilor care își hărțuiesc colegii, valorile privind implicarea în comportamente de hărțuire pentru categoria de vârstă de 15 ani sunt mai mari decât cele obținute de copiii de 11 ani în toate cele trei măsurători (e.g. 24.8% vs. 21.6% în 2010 sau 16% vs. 12.8% în 2014). În ceea ce privește rolul îndeplinit de fiecare ((hărțuitor, victima sau hărțuitor-victimă)) cea mai mare prevalență pentru toți cei trei ani a fost înregistrată în cazul elevilor care sunt hărțuiți. Pe de altă parte, în 2010, rezultatele arată că 1 din 10 elevi au fost hărțuiți sau au hărțuit pe cineva în mod simultan (12%).

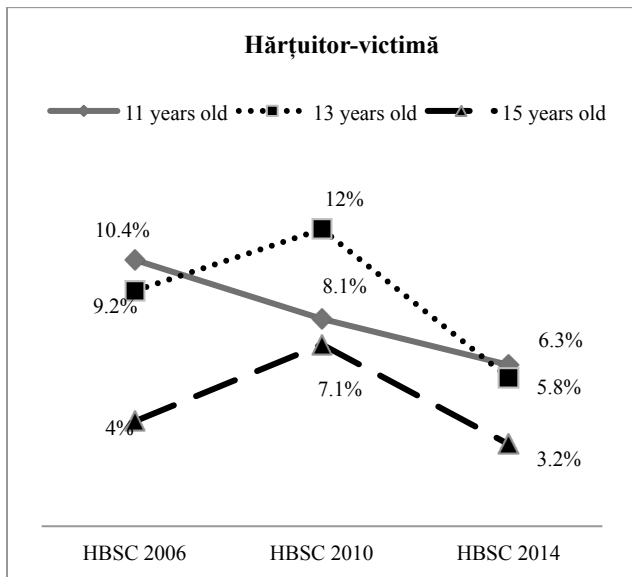
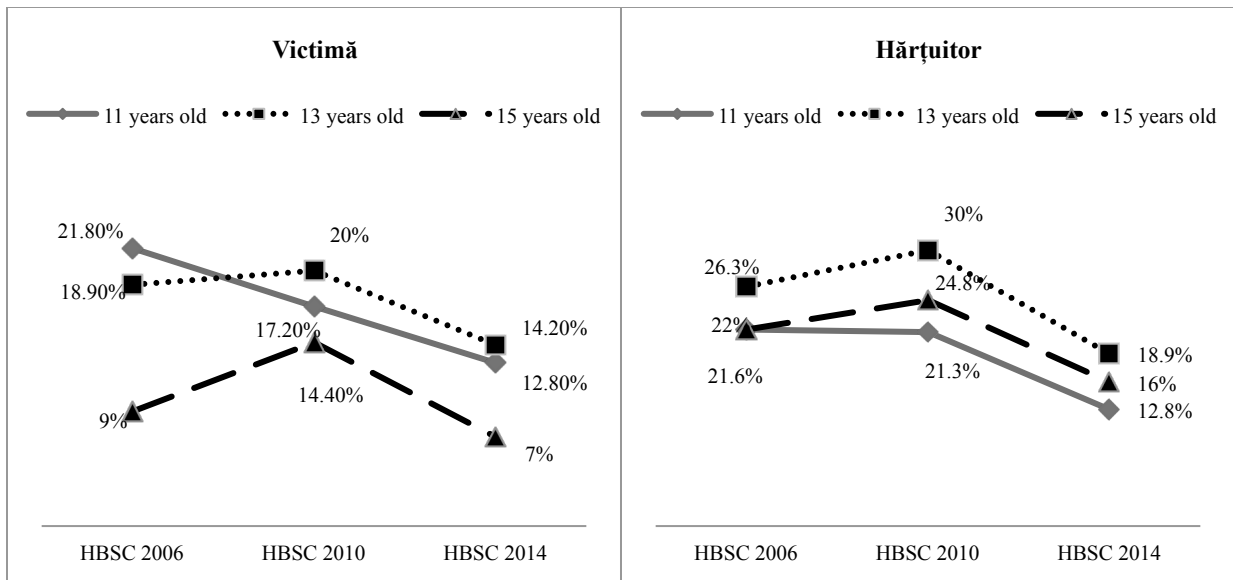


Figura 2.1a. Prevalența victimizării în funcție de rol și an de colectare

Figura 2.1b. Prevalența hărțuirii celorlalți în funcție de rol și an de colectare

Figura 2.1c. Prevalența hărțuitori-victime în funcție de rol și an de colectare

Tabelul 2.3. ilustrează modele de predicție pentru elevii hărțuiți, elevii care hărțuiesc alți elevi sau elevii victime ale hărțuirii în funcție de caracteristicile socio-demografice. Analizând predictorii pentru elevii care sunt hărțuiți (Modelul 1), pentru vârsta de 13 ani se observă o creștere cu 1.03 probabilitatea de a deveni o victimă ($OR=1.03$, $95\% CI=.92-1.15$) în comparație cu vârsta de 11 ani. În cazul elevilor de 15 ani, șansele acestora de a deveni victima unei hărțuiri scad ($OR=.57$, $95\% CI=.50-.64$). Mai mult decât atât, fetele care au obținut un scor mediu și ridicat obținut în urma administrării scalei de Afluență Familială au înregistrat o probabilitatea mai mica de a fi hărțuit, probabilitatea având valori între 0.62 și 0.70. Adăugând anul măsurătorilor în cadrul modelului (Modelul 2), variabilitatea datelor crește de la 0.031 la 0.039.

În comparație cu 2006, coeficientul de probabilitate arată că valorile privind prevalența victimizării descresc cu 0.66 (OR=0.66, 95% CI=.58-.76).

Modelul 3 prezintă principalii predictor pentru elevii care hărțuiesc alți elevi. Cu cât categoria de vârstă este mai mare, cu atât crește probabilitatea de a hărțui pe ceilalți (OR=1.49, 95% CI=1.34-1.66 pentru elevii de 13 ani și OR=1.17, 95% CI=1.06-1.31 pentru elevii de 15 ani și șansa de a înregistra valori ridicate în urma administrării scalei de Afluență Familială. Pe de altă parte, valorile obținute de către fete scad cu .56 probabilitatea de a deveni un elev care hărțuiește (OR=.56, 95% CI=.51-.61). Adaugând anul măsurătorilor în cadrul modelului, variabilitatea datelor crește de la 0.029 la 0.044 (Modelul 4). În comparație cu 2006, coeficientul de probabilitate arată valorile privind prevalența victimizării înregistrează o descreștere semnificativă cu 0.59 (OR=0.66, 95% CI=.58-.76).

Modelul de predicție în cazul victimizării prezintă similarități cu modelul elevilor care sunt hărțuiți (Modelul 5). Modelul global explică 0.041 din variația în cazul hărțuitor-victimă (Modelul 6).

Tabel 2.3. Prediction models for bullying involvement (as bully, victim, and bully victim) by sociodemographic predictors and survey year

	Being bullied		Bullying others		Bully-Victim	
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6
11 years old	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)
13 years old	1.03**	1.03**	1.49**	1.561**	1.1	1.1
15 years old	.57**	.57**	1.18**	1.18*	.57**	.58**
Boys	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)
Girls	.62**	.62**	.56**	.56**	.52**	.52**
FAS low	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)
FAS medium	.78**	.78**	.93	.95	.60**	.71**
FAS high	.72**	.72**	1.16*	1.2*	.82*	.83*
HBSC 2006		(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)		(Ref.)
HBSC 2010		1.05		1.09		1.13
HBSC 2014		.66**		.59**		.63**
Negelkerke R ²	.031	.039	.029	.044	.033	.041

* < 0.05 ** < 0.001

2.4. Discuții

Studiul de față și-a propus să investigheze prevalența implicării în comportamente de hărțuire școlară pe populație românească în urma a trei măsurători (2006, 2010 și 2014). Mai mult decât atât, ne-am propus să analizăm trendul global din 2006 până în 2014 privind elevii care hărțuiesc alți elevi, elevii care au fost supuși hărțuirii și elevii care au fost victime ale acesteia și totodată să investigăm rolul pe care îl joacă contextual socio-demographic privind prevalența

comportamentelor investigate. Global, prevalența implicării în comportamente de hărțuire a scăzut în cazul elevilor de vârstă școlară din România din 2006 până în 2014, dar o creștere semnificativă a fost înregistrată între 2006 și 2010. Pornind de la rezultatele obținute în cadrul studiului internațional HBSC, în 2006 și 2010 copiii de vârstă școlară din România au înregistrat o prevalență mai mare decât media obținută de către HBSC (Curie et al., 2008, Curie et al., 2012).

Chiar dacă în literatura de specialitate observăm un trend descendent asociat cu înaintarea în vârstă (de când intră la școala generală până la adolescență), trend-ul observat în cazul elevilor din România este unul diferit. Cota maximă privind implicarea în comportamente de hărțuire este atinsă în jurul vârstei de 13 ani. Indiferent că analizăm trend-ul pentru victimele unei hărțuiri sau a elevului care hărțuiește alți elevi, trend-ul rămâne constant în toți cei trei ani (2006, 2010, 2014). Având în vedere că studiul nu a evaluat dacă elevul hărțuit este în aceeași clasă cu hărțuitorul, am putea presupune că copiii mai mici sunt hărțuiți de către copiii mai mari. Smith, Madsen și Moody (1999), în studiul realizat în vederea explicării motivelor pentru care trend-ul prevalenței implicării în comportamente de hărțuire este unul descendent între vârsta de 8 și 16 ani, au descoperit că copiii mai mici sunt adesea hărțuiți de către colegii mai mari și mai mult aceștia nu au încă competențele sociale necesare pentru a face față acestor incidente. Pe de altă parte, rezultatele privind nominalizare din partea co-vârșnicilor nu susțin neapărat trend-ul descendent în cazul victimizării de hărțuire (Salmivalli, 2002).

Analiza de trend a studiului prezent arată un trend global în descreștere, din 2006 până în 2014 privind prevalența implicării în comportamente de hărțuire în cazul elevilor din România. Chiar dacă această diminuare poate fi interpretată ca un rezultat pozitiv cultural și social, valorile obținute de către elevi rămân foarte ridicate. De exemplu, 1 din 10 copii admite că a hărțuit alți colegi mai mult de două ori în ultimele luni de zile, proporția fiind și mai îngrijorătoare în cazul băieților (1 din 5 băieți). Pornind de la caracteristicile sistemului de învățământ românesc și evoluția implicării elevilor de vârstă școlară în România, un program de prevenire a acestor comportamente devine o necesitate. Aceste programe ar trebui să fie fundamentate pe datele obținute în cadrul ultimelor studii, ținându-se totodată cont de aspectele sociale și culturale ale societății românești.

CAPITOL 2

STUDIUL 2. A.

COMPORTAMENTE DE HĂRȚUIRE ȘI PROBLEMELE DE SĂNĂTATE MENTALĂ ÎN ȘCOALĂ LA COPII : ROLUL SUPORTULUI SOCIAL DIN PARTEA FAMILIEI, ȘCOLII ȘI AL PRIETENILOR

I.3.1. Introducere

Comportamentele de hărțuire reprezintă o problemă socială larg răspândită în rândul elevilor la nivel mondial, și în special în rândul elevilor români (Currie et al., 2012; Cosma & Baban, 2013). De asemenea, implicațiile pe care aceste comportamente le au asupra probleme de sănătate mentală și somatică sunt bine documentate. Având în vedere aceste evidențe, în literatura de specialitate există încă un decalaj susținut de necesitatea de a stabili care mecanisme (moderator sau mediatori) ar putea interacționa în această relație.

Victimizare și problemele de internalizare

Expunerea la episoade de hărțuire este documentată a avea consecințe negative pe termen scurt și lung puternice în special pentru victime. Problemele de sănătate mentală raportate de adolescenți sunt: depresia, anxietatea și stima de sine scăzută (Fekkes, Pijpers & Verloove-Vanhorick, 2004, Hawker & Boulton, 2000; Baldry, 2004; Craig, 1998), singurătatea, lipsa de concentrare și teama de a merge la școală, care s-au dovedit a fi cele mai frecvente în rândul copiilor victimizați față de copii care nu sunt victimizați (Gini & Pozzoli, 2009; Hawker & Boulton, 2000; Juvonen et al., 2003; Kaltiala-Heino et al., 2000). Un număr consistent de studii a arătat că există un efect puternic de gen atunci când vine vorba de a experiența depresia și problemele de internalizare pentru cei care au fost agresați sau victimizați. Concluziile lor au indicat faptul că fetele victimizate au tendința de a experiența mai frecvent problemele menționate mai sus (Baldry, 2004; Hawker & Boulton, 2000; Kaltiala-Heino et al., 2000; Roland, 2002).

Victimizare și suportul social

Suportul social poate fi definit ca un construct multidimensional care cuprinde asistență fizică și instrumentală, atitudine transmisă, resurse și schimbul de informații, și sprijin emoțional și psihologic (Lopez & Salas, 2006). Mai precis, suportul social ar putea fi văzut ca asistența instrumentală, informațională și/sau emoțională oferit de către alții (House & Kahn, 1985). Există un suport larg pentru constatarea că percepția cu privire la disponibilitatea de sprijin are o influență puternică asupra sănătății mentale și funcționarea individuală decât primirea efectivă a

suportului social (Dunkel-Schetter & Bennett, 1990). Suportul social a fost asociat cu reziliența și cu dezvoltarea pozitivă pentru copii care au trecut prin adversități (Dumont & Provost, 1999).

Suport social de la părinți

Părinții ar putea fi considerați prima sursă semnificativă de suport social pentru copii, și cei care au un rol important în abilitățile copiilor lor pentru a face față la aversiune (Tanigawa et al., 2011). Nivelurile înalte de suport social perceput de către părinți au fost asociate negativ cu simptome depresive (Holt & Espelage, 2005; Malacki, 2000, Stadler et al., 2010; Tanigawa, Furlong, J., Felix, & Sharkey, 2011; Bilsky et al. 2013) și victimizare din partea colegilor/prietenilor (Baldry & Farrington, 2005; Delfabbro et al., 2006). Suportul parental în contextul victimizării pare să beneficieze băieții și fetele în moduri similare (Tanigawa et al., 2011, Flouri & Buchanan, 2002; Stadler et al., 2010).

Suport social de la profesori

Profesorii sunt o sursă importantă de suport social pentru copii de-a lungul anilor de școală (Tanigawa et al., 2011). Suportul primit de la profesori a fost asociat cu succesul școlar (Domagala-Zysk, 2006), mai puține simptome psihosomatice (Torsheim & Wold, 2001) și simptome depresive (Colarossi & Eccles, 2003). Copii victimizați au tendința de a raporta un nivel mai scăzut de suport din partea profesorilor lor (Furlong, Chung, Bates, & Morrison, 1995), unele studii sugerând diferite efecte protective pentru băieți și fete împotriva problemelor de sănătate mentală (Davidson & Demaray, 2007).

Suport social de la prieteni

Suportul social de la prieteni ar putea fi conceptualizat ca un suport primit de către un copil de la prietenii apropiați, precum și de la colegi (Tanigawa et al., 2011). În copilărie și adolescență, experiența de nivele scăzute de suport social a fost asociată cu rezultate școlare negative (Domagala-Zysk, 2006; DuBois et al., 1992) și cu inadaptare (Davidson & Demaray, 2007).

Mai multe studii susțin efectul protectiv a suportului social al prietenilor în cazul victimizării din partea prietenilor/colegilor împotriva simptomelor depresive (Cooley, Fite, Rubens, Tunno, 2014; Papafratzeskakou et al. 2011).

Având în vedere argumentele menționate anterior, studiul de față își propune să exploreze rolul jucat de către suportul social perceput în cazul victimizării din partea prietenilor/colegilor și problemelor de internalizare. Mai exact, primul scop al acestui studiu a fost de a investiga frecvența victimizării prin hărțuire la adolescenții de sex feminin și masculin și cum se asociază expunerea la victimizare cu problemele de sănătate mentală. Ne așteptăm ca expunerea la victimizare să fie asociată cu un nivel ridicat de probleme de internalizare. În al doilea rând, ne-am propus să investigăm rolul protector jucat de percepția suportului social în relația dintre

victimizarea prin hartuire și problemele de internalizare. În plus, ne așteptăm ca participanții de vârste diferite să beneficieze diferit de suportul social primit de la părinți, prieteni, colegi și profesori.

I.3.2. Metodologie

Metodologia pentru colectarea de date a studiului de față a fost similară cu cea utilizată în primul studiu. Eșantionul inclus se bazează pe ancheta eșantionului român HBSC 2014. Colectarea datelor s-a bazat pe folosirea chestionarului standardizat în cadrul rețelei HBSC pentru 2014.

I.3.2.1. Participanți

Caracteristicile eșantionului sunt prezentate în Tabelul 2.3. Pentru acest studiu particular, numai eșantionul inclus în HBSC 2014 din România a fost inclus (N=3980, 48.2% băieți și 51.8% fete). Intervalul de vârstă a participanților a fost între 11 și 15 ani (M=13.22, SD=1.67).

I.3.2.2. Instrumente

Victimizat de grupul de prieteni. Întrebări legate de experiențele de hărțuire și victimizare de grupul de prieteni au fost derivate din Chestionarul Olweus Hărțuire/Victimă (engl. *Bullying Olweus Questionnaire*) și au fost precedate de următoarea introducere : *Iată câteva întrebări despre hărțuire. Spunem că un elev ESTE HĂRȚUIT atunci când un alt elev, sau un grup de elevi, spun ori fac lucruri urâte și neplăcute pentru el sau ea. De asemenea, hărțuirea este atunci când un elev este tachinat în mod repetat într-un anumit fel, iar lui sau ei nu îi place. Dar nu este HĂRȚUIALĂ când doi elevi de aproximativ aceeași putere se iau la ceartă sau la luptă.* Hărțuirea a fost evaluată cu o singură întrebare unde respondenții au avut de a raporta frecvența cu care aceștia au fost agresați în școală și departe de școală în ultimele 2 luni. Categoriile de răspuns oferite pentru ambele tipuri de întrebări au fost (1) „Nu am fost,”; (2) “o data sau de două ori,” ; (3) „două sau de trei ori în ultima săptămână,”; (4) „cam o dată pe săptămână,” și (5) „de mai multe ori pe săptămână”. În acord cu recomandările dezvoltatorilor acestui chestionar estimarea prevalenței, a fost de 5 puncte la întrebările care au fost dihotomizate astfel încât răspunsurile 1 și 2 au fost 0 (nu au fost hărțuiți) și răspunsurile de la 3 la 5 au fost marcate cu 1 (hărțuit) (Due et al., 2009). În faza următoare, participanți trebuiau se indice frecvența de expunere la șapte 7 tipuri diferite de hărțuire: poreclit; excludere intenționată din activități; împins/lovit; răspândirea de zvonuri; hărțuiți din cauza rasei și a religiei și hărțuirea sexuală. Categoriile de răspuns oferite au fost aceleași ca și pentru itemul general pentru victimizare prin hărțuire. Pentru acest studiu, am operat cu o măsură pentru hărțuirea victimelor în grupul de prieteni ca un construct latent prin însumarea scorurilor pentru cele 7 elemente specifice de victimizare. Noua scală are o bună consistență internă ($\alpha = .75$).

Problemele de sănătate mentală. Chestionarul Puncte Forte și Dificultăți (SDQ- Strength and Difficulties Questionnaire) este format din 25 de itemi și este un instrument de screening pentru evaluarea problemelor de sănătate mintală pentru copiii cu vârste cuprinse între 4 și 16 – ani (Goodman, 1997). Cele mai multe studii au arătat că acesta este un instrument bun pentru screening-ul problemelor de sănătate mentală la copii și adolescenți, similar cu CBCL (Achenbach, 1991). Respondenții au fost rugați să evalueze rata de apariție a variatelor simptome psihopatologice în ultimele șase luni pe o scală de trei puncte (0 = nu este adevărat, 1 = oarecum adevărat, și 2 = cu siguranță adevărat). Răspunsurile sunt codate în conformitate cu 5 scale : probleme de comportament prosocial, probleme de hiperactivitate și de atenție, probleme emoționale, probleme de comportament și probleme cu colegii. Dimensiunea *Probleme de internalizare* a fost obținut prin însumarea itemilor corespunzători scalelor probleme emoționale și probleme cu colegii (10 itemi). Un scor total pentru problemele de sănătate mentală a fost calculat prin însumarea itemilor corespunzători scalelor: probleme de hiperactivitate și a probleme de atenție, problemele emoționale, probleme de comportament și problemele cu colegii (20 itemi). Scalele folosite în acest studiu au consistența internă bună (Scala Problemelor Emoționale : $\alpha = .69$, Scala Problemelor de Internalizare : $\alpha = .65$ și, Totalitatea Problemelor de Sănătate Mentală : $\alpha = .77$).

Suportul social perceput. Suportul social perceput de părinți și prieteni a fost măsurat cu Scala Multidimensională de Suport Social Perceput (MSPSS; Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988). Scala suportului parental și al prietenilor constau fiecare din 4 itemi. [Exemplu de item pentru subscala de suport social din partea părinților („*Primesc ajutor emoțional și suport când am nevoie de la familia mea*”; „*Pot să vorbesc despre problemele mele cu familia mea*”) și pentru suportul social perceput din partea prietenilor („*Pot conta pe prietenii mei atunci când lucrurile nu merg bine*”, „*Pot să vorbesc despre problemele mele cu prietenii mei*”)], cu opțiuni de răspuns care variază de la 1 (foarte puternic dezacord) la 7 (foarte puternic acord). Scorul general pentru fiecare scală a fost calculat prin însumarea celor patru itemi. Mai multe studii confirmă fidelitatea și validitatea scalei, în special pentru „Subscala suportul social perceput din partea prietenilor” și „Subscala suport social din partea părinților” (e.g. Canty-Mitchell & Zimmet, 2000; Cheng & Chan, 2004). Pentru acest studiu, consistența internă pentru două subscale au avut indici buni (Suportul Parental: $\alpha = .91$, și Suportul Prietenilor : $\alpha = .87$).

Suportul social perceput de către profesor și coleg au fost măsurate cu două scale utilizate în studiul internațional HBSC. Fiecare subscală a avut trei itemi și categorii de răspuns care a variat de la 1 (total de acord) la 5 (total dezacord) [exemple de itemi pentru Subscala Suport Social Colegi („*Alți studenți mă acceptă așa cum sunt.*”; „*Cei mai mulți studenți din clasa mea sunt un fel de ajutor.*”) și Scala Suport Social Profesori („*Simt că profesorii mei mă acceptă așa cum sunt*”; „*Simt că profesorilor mei le pasă de mine ca persoană*”).]. Mai multe studii de validare indică proprietățile bune psihometrice ale acestor scale (Torsheim, Wold & Samdal, 2000; Torsheim et al., 2010). În acest studiu, scalele au consistență internă satisfăcătoare (Suport Social Profesor: $\alpha = .84$, Suport Social Colegi: $\alpha = .76$).

Variabilele socio – demografice : În afară de Scala FAS, copiilor li s-a cerut să furnizeze informații cu privire la persoanele cu care aceștia locuiesc (mamă, tată, bunic. bunică, în centre de plasament etc.) și de asemenea informații legate de statutul ocupațional al părinților lor (cât timp au avut sau nu loc de muncă, și dacă este afirmativ, ce loc de muncă au ei).

I.3.2.3. Procedura de analiză a datelor

Elevii au fost împărțiți în trei grupe de vârstă, în funcție de protocolul internațional al studiului HBSC : 11, 13 și 15 ani. În primul rând a fost calculata frecvența victimizării prin hartuire și dacă implicarea în episoadele particulare de hărțuire ca victime diferă între cele două sexe (testul *t* pentru eșantioane independente). Apoi, coeficienții de corelație Pearson între variabilele incluse în studiu (victimizarea grupului de prieteni, problemele de sănătate mentală, suportul parental, suportul prietenilor, suportul colegilor și al profesorilor) au fost calculate separat pentru fiecare gen. În scopul de a investiga modul în care suportul parental, grupul de prieteni și școala ar putea proteja adolescenții expuși la victimizare din partea prietenilor/ colegilor împotriva dezvoltării problemelor de sănătate mentală (probleme de internalizare), două analize de regresie ierarhice separate au fost efectuate cu variabilele *z* – standardizate. În primul set de regresie, variabila dependentă, nivelul de probleme de internalizare, au fost regresate la patru blocuri de variabile independente. În primul bloc, victimizarea din partea grupului de prieteni a fost inclus. În al doilea bloc, au fost incluse toți moderatorii propuși. În al treilea bloc, au fost create factori de interacțiune de moderare: victimizare x suport parental, victimizare x suportul prietenilor, victimizare x suportul colegilor, victimizare x suport profesor, precum și interacțiuni de explorare de gen. În al patrulea bloc, au fost incluși trei factori de interacțiune : victimizare x suport parental x gen, victimizare x suportul prietenilor x gen, victimizare x suportul colegilor x gen, victimizare x suport profesor x gen.

Procedura pentru a doua regresie ierarhică multiplă a fost identică, dar în loc de gen, vârstă a fost introdus ca un moderator pentru a investiga rolul multiplu de fațete de suport social în contextul diferitelor grupuri de vârstă.

I.3.3. Rezultate

Statistici descriptive :

În general, participanții care locuiesc împreună cu mamele lor (93%) și cu tații lor (83.6%), și pentru 67.4% dintre mame au avut un loc de muncă, în timp ce 79.3% dintre tați au avut un loc de muncă.

În general, 11.5% dintre elevi au indicat că ei au fost implicați ca victime în episoade de hărțuire mai mult de 2-3 ori în ultimele două luni (Tabelul I.3.1.). O diferență semnificativă de gen apărută, băieții raportează o prevalență semnificativă mai mare comparativ cu fetele (14.3% pentru băieți vs. 8.9% pentru fete) ($t= 5.34, p=000$). La analiza specifică tipurilor de victimizare, diferențele de gen au apărut constant. Băieții raportează o prevalență semnificativ mai mare

comparativ cu fetele pentru strigarea pe nume, lovirea, comentariile legate de rasă sau de culoarea pielii, religie, și hărțuire sexuală ($p < .05$).

Pe de altă parte, fetele raportează nivele ridicate semnificative pentru excludere și pentru răspândirea de zvonuri ($p < .05$).

Tabelul I.3.1. Caracteristicile hărțuirii victimelor asupra participanților (N=3890)

Hărțuirea victimelor	Medie și abatere standard per item (scor 1 – 5)	Procentul cu care au fost hărțuiți de două sau de trei ori pe lună sau mai mult
	M (SD)	(%)
Hărțuirea prin porecle	1.61 (1.03)*	11.1%
Hărțuire prin excludere	1.35 (.84)*	7%
Hărțuire prin lovire, lovind etc.	1.28 (.72)*	5%
Hărțuire prin minciuni/zvonuri false	1.45 (.90)*	8.8%
Hărțuire prin comentarii despre rasă/culoare	1.16 (.62)*	2.4%
Hărțuire prin comentarii despre religie	1.11 (.50)*	3.1%
Hărțuire prin comentarii sexuale	1.16 (.59)*	2%
Numărul/procentul cu care au fost hărțuiți o dată sau de trei ori pe lună sau mai mult cu ajutorul uneia sau mai multe din cele menționate mai sus		11.5%* ^a
Media și abaterea standard pentru victimizare – scor total (7-35)	9.04 (3.48)	

* diferențele de gen ($p < .001$); ^a – în general, băieții au raportat o prevalență semnificativ mai mare decât fetele

Corelațiile dintre variabilele de studiu, sunt prezentate separat pentru băieți și fete, în Tabelul I.3.2. pentru ambele sexe, o asociere semnificativă a apărut între hărțuire și problemele de internalizare ($r = .35$ pentru băieți și $r = .36$ pentru fete) și probleme de sănătate mentală în general ($r = .32$ pentru băieți și $r = .33$ pentru fete). Pentru ambele sexe, expunerea la victimizare și la problemele de internalizare au fost asociate negativ cu suportul social perceput de la părinți și prieteni, și asociat pozitiv cu suportul social perceput de la colegi și profesori ($p < .001$).

Table 3.2. Corelațiile dintre variabilele măsurate pentru băieți (italic și bold) și fete (mai jos pe diagonală) (N=3980)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Victimizare	-	.35**	.32**	-.17**	-.15**	.21**	.13**
2. Probleme de Internalizare	.36**	-	.87**	-.21**	-.20**	.17**	.08**
3. Probleme de sănătate mentală	.33**	.87**	-	-.17**	-.23**	.16**	.18**
4. Suportul social prieteni	-	-	-	-	.46**	-.27**	.08*
	.15**	.24**	.19**				
5. Suportul social părinți	-	-	-	.34**	-	-.08**	-.10**
	.11**	.19**	.26**				
6. Suportul social colegi	.22**	.27**	.28**	-.17**	-.16**	-	.37**
7. Suportul social profesori	.07**	.19**	.29**	-.06**	-.22*	.41**	-

** p<.001

Dimensiuni ale suportului social ca moderatori

Prima analiză de regresie ierarhică multiplă investighează efectul moderator al suportului social din partea părinților, prietenilor, colegilor și profesorilor de gen în relația dintre hărțuire și problemele de internalizare (Tabelul I.3.3.).

Tabelul I.3.3. Model de predicție pentru problemele de internalizare (victimizare prin suport social de gen)

	Probleme de internalizare			
		B	SE B	β
Victimizare	Block 1	1.23	.05	.33**
Gen	Block 2	.60	.05	.169**
Suport Social Parental		-.34	.06	-.09**
Suport Social Prieteni		-.44	.06	-.12*
Suport Social Colegi		.36	.06	.10**
Suport Social Profesori		.18	.05	.05*
Victimizare X Gen	Block 3	.03	.05	.01
Victimizare X Suport Social Parental		-.007	.05	-.002
Victimizare X Suportul Social Prieteni		.003	.05	-.002
Victimizare X Suportul Social Colegi		.003	.04	.001
Victimizare X Suportul Social Profesori		.03	.05	.001
Victimizare X Suport Social Parental X Gen	Block 4	-.04	.05	-.01
Victimizare X Suportul Social Prieteni X Gen		.02	.05	.007

Victimizare X Suportul Social Colegi X Gen	.09	.04	.03*
Victimizare X Suportul Social Profesori X Gen	-.07	.05	-.02

Model **F (20, 3890)= 47.81 (p=000)**
Varianță Explicată (R²) **R² = .207**

R² = .11 pentru primul pas (p < .001); ΔR² = .08 pentru al doilea pas (p < .001); ΔR² = .007 pentru al treilea pas (p < .001); ***: p < .001; *: p < .05; ^a – controlată de vârstă.

Figura I.3.1. prezintă efectele celor trei locuri de interacțiune, calculate după indicațiile oferite de Dawson (2014). Băieții și fetele care au fost expuse la hărțuirea au beneficiat de suport social diferit.

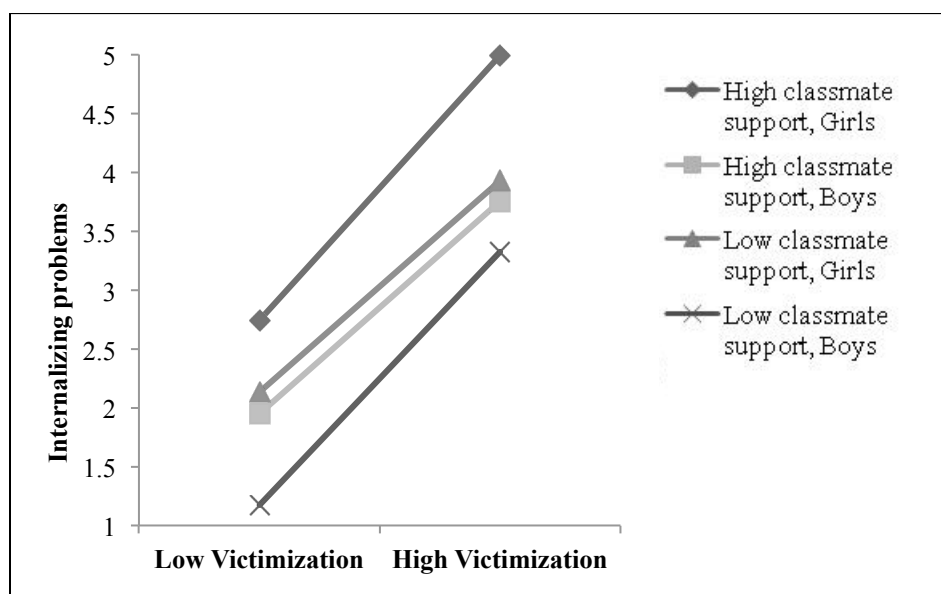


Figura I.3.1. Efectul de moderare de suportul colegilor și de gen

În scopul de a examina dacă rezultatul de sănătate mentală pentru elevii victimă diferă nu numai de sex, dar, de asemenea în funcție și de vârstă, o a doua regresie ierarhică multiplă a fost realizată (Tabelul I.3.4.).

Tabelul I.3.4. Model Predictor pentru problemele de internalizare (victimizarea de suport social de vârstă)

	Problemele de Internalizare			
		B	SE B	β
Victimizare	Block 1	1.2	.05	.34
Vârstă	Block 2	-.02	.05	-.006
Suport Social Parental		-.34	.06	-.09**

Suport Social Prieteni		-.43	.06	-.11**
Suport Social Colegi		.36	.06	.10**
Suport Social Profesori		.19	.06	.05**
Victimizare X Gen	Block 3	.02	.06	.005
Victimizare X Suport Social Parental		.003	.05	.001
Victimizare X Suportul Social Prieteni		.01	.05	.001
Victimizare X Suportul Social Colegi		.008	.04	.005
Victimizare X Suportul Social Profesori		.004	.05	.003
Victimizare X Suport Social Parental X Gen	Block 4	-.171	.05	-.05*
Victimizare X Suportul Social Prieteni X Gen		.284	.06	.07**
Victimizare X Suportul Social Colegi X Gen		-.08	.05	-.02
Victimizare X Suportul Social Profesori X Gen		.10	.05	.03
Model		F (20, 3890)= 47.73 (p< .000)		
Varianță Explicată (R²)		R² = .203		

R² = .14 pentru primul pas (p<.001); ΔR² = .05 pentru al doilea pas (p<.001); ΔR² = .002 pentru al treilea pas (p<.001); ***:p<.001; *:p<.05; ^a – controlată de sex.

Figura I.3.2. prezintă efectele interacțiunii victimizare x suport parental x vârstă la problemele de internalizare. În acest caz, pentru ambele sexe, nivele ridicate de suport parental au fost asociate cu niveluri scăzute de probleme de internalizare.

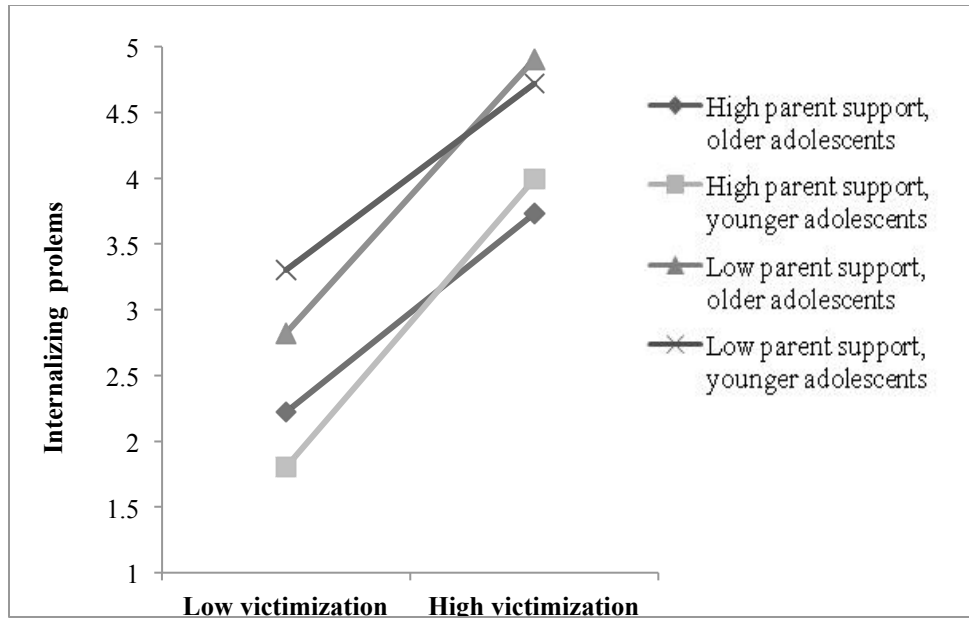


Figura 3.2. Efectul de moderare de suport parental și de vârstă

I.3.4. Discuții și Concluzii

În acest studiu, am evaluat frecvența și efectele victimizării prin hărțuire asupra problemelor de sănătate mentală, și în special problemele de internalizare, pe un eșantion reprezentativ de adolescenți. Mai exact, am investigat pentru copiii hărțuiți care sunt dimensiunile de suport social și protecție atunci când experimentează de probleme de internalizare. Mai mult decât atât, am investigat dacă vârsta și sexul moderează aceste interacțiuni.

Înainte, cele mai multe studii au găsit pentru copii victimizați un efect protectiv al suportului social parental împotriva simptomelor depresive (Stadler et al., 2010; Tanigawa, Furlong, J., Felix, & Sharkey, 2011; Bilsky et al. 2013). Chiar dacă ne-am așteptat să găsim un efect de suport parental, efectul protectiv a venit abia atunci când am ținut cont de gen ca fiind un factor interactiv. Rezultatele noastre vin în aceeași direcție cu Stadler et al., (2010), unde suportul parental a fost protectiv înaintea inadaptării în special pentru tinerele fete adolescente.

Efectul de moderare al victimizării de suportul colegilor vine în opoziție cu rezultatele raportate de Averdijk et al., (2014), dar când noi am adăugat genul la această interacțiune, am găsit că suportul colegilor nu este necesar un factor protectiv împotriva experienței de probleme de internalizare, dar fiind mai mult un factor care ajută. Fetele raportează niveluri ridicate de suport social similare cu rezultatele obținute de Demaray și Malecki (2002). Aceste rezultate ar putea veni în conformitate cu studiile care indică ca niveluri ridicate de suport social prezic creșterea apariției simptomelor depresive șase ani mai târziu (Desjardins and Leadbeater 2011). Mai mult decât atât, alte studii au demonstrat că solicitarea de suport social este asociat cu creșterea în anxietate, singurătate și simptome depresive (Visconti and Troop-Gordon, 2010; Holt and Espelage 200).

Chiar dacă ne-am așteptat ca suportul social din partea colegilor să acționeze ca un moderator în relația dintre victimizare și problemele de internalizare, și că această relație va fi diferită în funcție de gen și vârstă, rezultatele nu au sprijinit pe deplin ipoteza noastră. Acest lucru vine în conformitate cu alte studii, în cazul în care asocierea dintre suportul social protectiv și simptomele depresive, iar aceste efecte moderatoare de suport social nu diferă în concordanță cu genul (Cooley et al., 2014).

În general, nu am găsit nici un potențial de protecție în relațiile cu profesorii, chiar dacă alte studii susțin acest suport în această relație (Averdijk et al., 2014). În studiul nostru, suportul social de la profesor a fost un predictor pozitiv semnificativ pentru a experientia problemele de internalizare, atunci când sunt control pentru victimizare. Mai mult decât atât, potrivit lui Smith et al., (2004) victimele care caută suport de la familie ori de la prieteni când se confruntă cu hărțuirea au șanse ridicate de a nu fi hărțuiți din nou în viitor, în comparație cu cei care nu caută suport.

Acest studiu are mai multe implicații pentru politicile publice, mai ales începând cu anul 2007 și cu o actualizare în 2015, unde legile române au fost recunoscute împotriva violenței în școală ca o problemă majoră (ref). Aceste rezultate promovează această idee, ca eforturile de prevenție, fie ca programele de prevenire a hărțuirii standardizate sau ca regulamentul școlar intern, care ar trebui să ia în considerare dimensiunea suportului social. Accesul la mai multe rețele de suport social, fie la nivelul de familie sau de școală, ar putea acționa ca un factor protectiv în dezvoltarea problemelor de sănătate mentală. Elevii victimizați ar putea fi asistați și învățați cum să folosească în mod corespunzător aceste rețele.

2.B. ROLUL STRATEGIILOR COGNITIVE DE REGLARE EMOȚIONALĂ ÎN RELAȚIA DINTRE VICTIMIZARE ȘI PROBLEME DE INTERNALIZARE ÎN RÂNDUL COPILOR DE VÂRSTĂ ȘCOLARĂ

II.3.1. Introducere

Așa cum a fost prezentat și în capitolele și studiile anterioare, hărțuirea în mediul școlar este recunoscută ca unul dintre cele mai grave probleme interpersonale din viața tinerilor, cu consecințe negative de lungă durată pentru o mare parte din cei implicați direct.

În ultimii ani, un interes mare a fost îndreptat înspre înțelegerea factorilor care ar putea acționa ca și protecție în asocierea dintre victimizare și funcționarea maladativă. O astfel de direcție investighează care factori individuali ar putea proteja persoanele expuse la stres de a dezvoltarea ulterior probleme psihologice.

Victimizare, coping cognitiv și probleme de internalizare

În ultimele decenii un interes deosebit a fost direcționat către înțelegerea modului în care anumite strategii cognitive utilizate de către persoana atunci când se confruntă cu evenimente stresante pot avea un impact asupra stării de bine psihologice. Copingul disfuncțional și reglarea emoțională disfuncțională au fost asociate cu probleme de sănătate mintală. Copingul cognitiv emoțional poate fi definit ca modalitatea cognitivă utilizată de un individ de a gestiona stimulii emoționali (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001, Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001). Gross (2007) definește copingul cognitiv emoțional ca un proces distinct de reglarea emoțională sau reglarea dispoziției, cu rol central în ameliorarea efectelor negative ca răspuns la situații de stres. Mai multe studii au adus dovezi că copingul cognitiv emoțional ar putea acționa ca mediator și moderator al relației dintre confruntarea cu evenimente puternic stresante și starea de bine psihologică (Compas et al, 2001;. Connor-Smith & Compas, 2002).

Studiile recente au schimbat accentul de la analiza factorilor de protecție externi ai victimizării asupra funcționării maladative, la analiza factorilor de protecție interni, în special strategii de coping și reglarea emoțională (Garnefski & Kraaij, 2014; Hampel, Manhal, și Hayer, 2009). În acest context, cadrul teoretic și metodologia propusă de Garnefski, Kraaij și Spinhoven (2001) a fost aleasă pentru a reproduce și a extinde cercetările anterioare cu privire la rolul copingului emoțional în relația dintre victimizare și probleme de sănătate mintală. Autorii definesc copingul cognitiv sau strategiile de reglarea emoțională cognitivă ca strategii mentale conștiente pe care un individ le folosește pentru a gestiona aportul de informații puternic încărcate emoțional (Garnefski et al, 2001;. Thompson, 1991). Analizând rolul specific jucat de strategiile de reglarea emoțională în relația dintre victimizare și depresie/anxietate, studiul lui Garnefsky și Kraaij

(2014) a arătat că ruminăția a funcționat ca un amplificator de simptome depresive în rândul copiilor hartuiți, în timp ce strategiile cum ar fi ruminăția și catastrofarea au acționat ca amplificator pentru simptome de anxietate. Utilizarea reorientării pozitive a avut un efect protector în experimentarea simptomelor depresive, iar reevaluarea pozitivă a avut un efect protector în experimentarea simptomelor de anxietate.

Studiul de față este o extensie a cercetării realizate de Garnefsky și Kraaj (2014). Scopul general al acestui studiu este de a determina relația dintre victimizare, utilizarea strategiilor funcționale de reglare emoțională cognitivă și simptome de anxietate și depresie. Prima ipoteză susține că, atunci când controlăm comportamentele de victimizare anterioare, utilizarea unor strategii funcționale cognitive de reglare emoțională va fi asociată negativ cu simptome depresive și de anxietate, în timp ce utilizarea strategiilor disfuncționale de reglare cognitivă emoțională va fi asociată pozitiv cu simptome depresive și de anxietate. Cea de a doua ipoteză susține că strategii specifice de reglare emoțională cognitivă vor modera relația dintre victimizare și depresie/anxietate. A treia ipoteză declară că efectul moderator va fi diferit în funcție de vârstă și sex. Mai exact, ne-am așteptat să găsim diferențe în modul în care copiii hartuiți folosesc strategii de reglare emoțională cognitivă în funcție de vârstă datorită dezvoltării de metode mai sofisticate și mai eficiente de a face față evenimentelor stresante, cum ar fi victimizarea.

II.3.2. Metodologie

II.3.2.1. Participanți

La acest studiu au participat 321 de copii de vârstă școlară (52 % băieți și 48 % fete) recrutați din două școli, o școală primară din Cluj Napoca (85,4 % din participanți), și de la o școală din mediul rural, din localitatea Marca, județul Sălaj, România (14,6 % din participanți). Vârsta participanților a variat de la 10 la 15 ani, cu o medie de 12.67 (SD = 1.15)

II.3.2.2. Instrumente

Scala pentru Victimizare și Hărțuire (eng. *Victimization and Bullying Scale*). Hărțuirea și victimizarea au fost măsurate cu versiunea în limba română a chestionarului dezvoltat de Olweus (1993). Chestionarul include itemi distincți pentru a fi hărțuit sau pentru hărțuirea altora. Pentru fiecare item, elevii au trebuit să indice dacă cineva s-ar fi comportat față de ei în modurile specifice descrise în chestionar. Opțiunile de răspuns au variat de la "niciodată" (codificate ca "0"), "o dată sau de două ori" (1), "uneori" (2), "cam o dată pe săptămână" (3) sau "de mai multe ori pe săptămână" (4) în ultimele luni. Aceeași procedură a fost utilizată pentru a măsura hărțuirea altor persoane, operaționalizată cu alte șase tipuri de comportamente. În scopul studiului, șase scoruri noi au fost apoi calculate (utilizând o procedură similară celei folosite de Baldry, 2004). Scorul pentru "hărțuirea per ansamblu" a fost obținut prin însumarea celor șase itemi care măsoară cele șase tipuri de hărțuire directă și indirectă, plus itemii care măsoară victimizarea la nivel global (alfa Cronbach = 0.70).

Versiunea în limba română a chestionarului *Youth Self Report* a fost utilizată pentru a măsura funcționarea comportamentală și emoțională a adolescenților (Dobrea, 2009). YSR este o scală de screening standardizată folosită pentru a identifica problemele emoționale și comportamentale ale copiilor și adolescenților și face parte din scală originală CBCL pentru vârsta de 11-18 de ani (Child Behavioral Check List, Youth Self-report for ages 11–18, Achenbach, 1991). În scopul studiului actual, am folosit 112 de itemi din YSR, care măsoară șase simptome: simptome somatice, anxietate, depresie, ADHD, ODD, probleme de conduită (alfa Cronbach = 0.939). Fiecare item este scorat 0, 1, 2 ca răspuns la "fals", "oarecum adevărat", sau "cu siguranță adevărat", în prezent sau în ultimele șase luni. Un scor total este calculat pentru fiecare subdimensiune prin însumarea itemilor din acea subscală; valori mai mari indică mai multe probleme. Din această scală, în scopul acestui studiu am utilizat subscala referitoare la probleme de internalizare (*Internalizing Problems Subscale*). Comportamentele de internalizare au fost măsurate cu 31 de itemi. Scala de internalizare este formată din trei dimensiuni: comportamente de retragere, plângeri somatice și anxietate/depresie. O dimensiune finală a fost calculată prin însumarea scorurilor la aceste dimensiuni.

Chestionarul de evaluare a Strategiilor Cognitive de Reglare Emoțională – versiunea pentru copii. CERQ măsoară strategiile cognitive de reglare emoțională pe care adolescenții le utilizează ca răspuns la evenimente de viață stresante. Chestionarul include 36 itemi de autoevaluare, măsurate pe o scală de 5 puncte Likert de la 1 (aproape niciodată) la 5 (aproape întotdeauna) și organizate în următoarele subscale: auto-învinovățire, învinuirea celorlalți, ruminație, catastrofare, punerea în perspectivă, reorientarea pozitivă, reevaluarea pozitivă, acceptare și planificare (Garnefski & Kraaij, 2007) (alfa Cronbach = 0.861). Scorurile subscalelor individuale sunt obținute prin însumarea scorurilor aparținând subscalei specifice sau strategiei specifice de coping cognitiv (variind de la 4 la 20).

Scala pentru Suportul Social a Copilului și Adolescentului (eng. *Child and Adolescent Social Support Scale*) (Malecki et al, 2001) este un instrument multidimensional de măsurare a suportului social perceput, care evaluează suportul social din cinci surse diferite: părinți, profesori, colegi, prieteni apropiați și școala. Elevii raportează cât de des beneficiază de suport de la aceste persoane (de la 1 la 6), și cât de important este pentru ei să primească acest suport de la ei (la 1 la 3). În scopul acestui studiu, doar frecvența percepută de suport social din partea prietenilor apropiați a fost inclusă în analiză ca variabilă de control.

II.3.2.3. Procedura de analiză a datelor

În primă fază, au fost calculate statisticile descriptive pentru variabilele incluse în studiu. Pentru a avea o mai bună imagine de ansamblu a prevalenței și intensității victimizării, am calculat două scoruri diferite pentru implicarea în hărțuire: un scor total al victimizării și un scor dihotomizat, respectând procedura utilizată de Olweus (1993). În următorul pas, am decis să utilizăm pentru toate seturile de analize, variabilă continuu reprezentată de scorul total al victimizării. Ulterior, am utilizat mai multe analize de corelație între variabilele demografice (sex, vârstă, numărul de

prieteni) și variabila dependentă (scorul de anxietate și depresie) pentru a decide dacă aceste variabile trebuie incluse ca variabile de control în modele de regresie ulterioare. În continuare, au fost calculate corelații Pearson pentru a determina asocierile dintre variabilele predictor, rezultat și moderatoare propuse. În cele din urmă pentru a investiga dacă relația dintre victimizare și simptomele depresive și de anxietate sunt moderate de strategii cognitive specifice de reglare emoțională, au fost efectuate două regresii ierarhice multiple cu variabile predictor z-standardizate. Simptomele depresive și de anxietate au reprezentat variabilele de rezultat/dependente. Variabilele predictor au fost adăugate în patru etape. În prima etapă, au fost incluse variabile de control. În a doua etapă, a fost inclus principalul predictor- scorul total al victimizării. În a treia etapă au fost incluse cele nouă strategii. Datorită multicolarității între reorientarea pozitivă și reevaluarea pozitivă, numai reevaluarea pozitivă a fost exclusă în mod automat de către software. În ultima etapă, au fost incluse efectele de interacțiune dintre victimizarea totală și strategiile cognitive de reglare emoțională. În plus, am efectuat un alt set de analize de regresie pentru a investiga dacă efectul de moderare a fost moderat de vârstă și sex. Toate analizele au fost efectuate cu IBM SPSS-20 pachetul software pentru Windows.

II.3.3. Rezultate

Statistica descriptivă:

O examinare a prevalenței agresiunii în eșantionul utilizat indică faptul că aceste comportamente sunt larg răspândite. Tabelul 2 rezumă prevalența în conformitate cu victimizarea generală și implicarea în hărțuire, și cele mai frecvente patru tipuri diferite de comportamente specifice.

Tabelul II.3.1. Prevalența (în procente) a diferitelor tipuri de hărțuire și victimizare generală, diferențiată în funcție de sex

	All	Boys	Girls	$\chi^2 (1)$
Victimizare generală	16%	21.9%	10.7%	16.12*
Poreclire	15.9%	18.7%	14.1%	ns
Excludere din activități	8.5%	9.4%	14.1%	ns
Victimizare fizică	8.5%	12.5%	4.7%	ns
Bârfit	10%	12.5%	7.4%	ns
Hărțuire generală	9%	13.4%	4.7%	15.98*
Poreclire	6.6%	10.8%	2.7%	ns
Excludere din activități	2.8%	5.7%	0	ns
Hărțuire fizică	5%	10.2%	2.5%	34.12**
Bârfa	2.3%	2.5	0	ns

Notă. Comparațiile sunt pentru băieți și fete. *p <.05, **p <.01

Tabelul II.3.2. prezintă asocierile dintre principalele variabile incluse în studiu. Există o asociere pozitivă semnificativă între comportamentele de bătaș (bully) și simptome depresive ($r = 0.27$,

p < 0.01), precum și simptomele de anxietate (r = 0.22, p < 0.01). De asemenea și statutul de victima a hărțuirii a fost asociat în mod pozitiv cu utilizarea catastrofariei (r = 0.15, p < 0.01) și cu învinuirea celorlalți (r = .23a, p < 0.01), ca strategii cognitive de reglare emoțională

Tabel II.3.2. Intercorelații între expunerea la victimizare, variabilele moderator și problemele de internalizare (N=321, *p <.05, **p <.01)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1.Victimizare generală	1												
2. Depresie	.27* *	1											
3. Anxietate	.22* *	.63* *	1										
4. Probleme de Internalizare	.33* *	.88* *	.78* *	1									
5. Acceptare	-.02	.31* *	.19* *	.28* *	1								
6.Reorientare pozitivă	-.07	-.06	-.02	-.03	.23* *	1							
7.Reorientare pe planificare	-.07	.06	-.05	.06	.54* *	.52* *	1						
8.Punerea în perspectivă	.05	.14* *	.10	.17* *	.46* *	.36* *	.45* *	1					
9.Reevaluare Pozitivă	.05	.14* *	.10	.16* *	.46* *	.36* *	.46* *	1	1				
10. Ruminație	.03	.32* *	.21* *	.28* *	.56* *	.28* *	.39* *	.36* *	.35* *	1			
11.Auto-învinovățire	.00	.31* *	.24* *	.31* *	.82	.11* *	.47* *	.33* *	.32* *	.55 *	1		
12. Catastrofare	.15* *	.33* *	.27* *	.34* *	.44* *	.19* *	.33* *	.38* *	.38* *	.60 *	.5 2 *	1	
13.Învinovățirea altora	.23* *	.07	.07	.17	.08	.13* *	.14* *	.28* *	.28* *	.16 *	.3 0 6	.3 1 *	1

În faza următoare, a fost efectuată analiza de regresie multiplă cu simptome depresive ca variabilă dependentă (Tabelul II.3.3.). Mai întâi, au fost incluse variabilele de control. Primul bloc a explicat 12 % din varianta totală a simptomelor depresive. Scorul total al victimizării a fost un predictor pozitiv semnificativ pentru a experimenta simptome depresive ($\beta = .21$, p < .01). Din cele nouă strategii de reglare emoțională cognitive incluse, numai acceptarea ($\beta = .22$, p < .01) și catastrofa ($\beta = .14$, p < .01) au fost predictori pozitivi semnificativi. Numai reorientarea pozitivă a fost un moderator semnificativ. Utilizând ModGraph (Jose, 2013), am

reprezentat efectul semnificativ de interacțiune. Pentru participanții care au folosit frecvent reorientarea pozitivă ca strategie cognitivă generală de reglare emoțională atunci când se confruntă cu situații extrem de negative, această strategie a acționat ca și protecție împotriva simptomelor depresive indiferent de statutul lor în hărțuire. Pe de altă parte, pentru participanții care au folosit mai puțin frecvent aceste strategii cognitive de reglare emoțională, și care aveau statut de victime, nivelul de simptome depresive a fost mai mare.

Tabel II.3.3. Analize de regresie multiple cu problemele de depresie și anxietate ca variabile dependente și cu interacțiuni

	Probleme depresive ^a			Probleme de anxietate ^b				
	Bloc 1	B	SE B	β	B	SE B	β	
Vârsta		.22	.17	.07*		.15	.09	.08
Sex		.01	.03	.02				
Atracția față de școală		-.39	.23	-.09*	-.07	.01		-.03
Nr. de prieteni apropiați		-.63	.21	-.16*	-.15	.11		-.07
Suport parental		-.98	.23	-.26**	-.32	.13		-.16*
Suport din partea prietenilor		.20	.05	.38*	.03	.12		.01
Victimizare	Block 2	.80	.20	.21**	.38	.11		.19**
Acceptare	Block 3	.83	.34	.22*	-.02	.20		-.01
Reorientare pozitivă		-.34	.22	-.09	-.02	.13		-.01
Reorientare pe planificare		-.12	.25	-.03	-.04	.14		-.02
Reevaluare pozitivă		.06	.22	.01	.02	.13		-.01
Ruminație		.38	.25	.10	.04	.14		.02
Auto-învinovățire		.13	.34	.01	.33	.20		.17
Catastrofare		.52	.24	.14*	.32	.14		.16*
Învinovățirea altora		-.30	.19	-.08	-.12	.11		-.06
Victimizare prin Reorientare Pozitivă	Block 4	-.53	.26	-.15*	-.45	.15		-.24**
Victimizare prin Ruminație					-.32	.14		-.16*
Victimizare prin Catastrofare					.49	.12		.31***
Victimizare prin învinovățirea altora					-.25	.12		-.17*
Model		F (23, 321) =6.88, p=.000			F (23, 321) =4.30, p=.000			
Varianta explicată (R ²)		R ² =.30			R ² =.25			

^a - R²=.14 (p<.001); ΔR²=.04 (p<.001); ΔR²=.15 (p<.001);

^b- $R^2=.05$ pentru primul pas ($p<.001$); $\Delta R^2=.07$ pentru al doilea pas ($p<.001$); $\Delta R^2=.12$ pentru al treilea pas ($p<.001$); ***: $p<.001$; **: $p<.01$; *: $p<.05$;

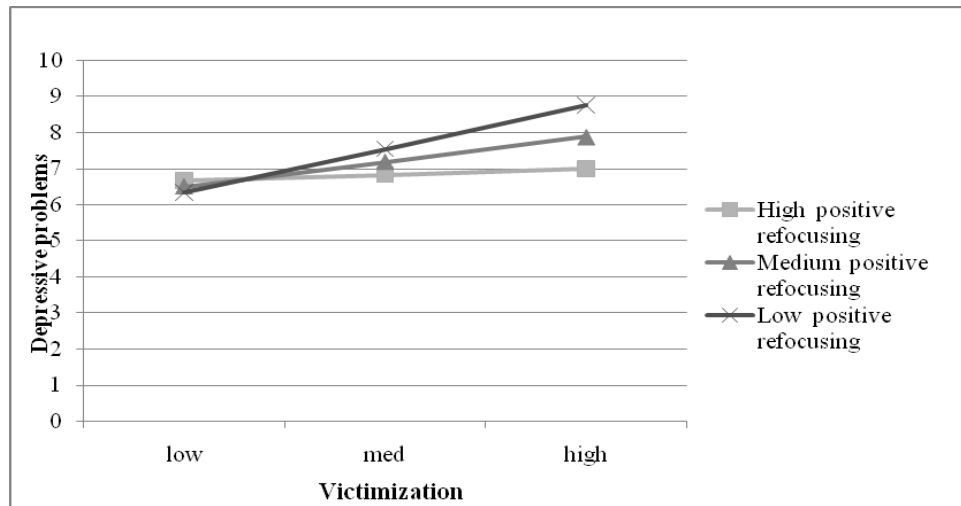


Figure II.3.2. Efect moderator pentru refocalizare pozitiva

Cea de a doua analiză de regresie multiplă a fost efectuată cu simptomele de anxietate ca variabilă dependentă (Tabelul II.3.3.). Primul bloc a explicat doar 5 % din varianta totală a problemelor de anxietate din variabilele incluse. Doar frecvența percepută a suportului parental a reprezentat un predictor negativ semnificativ.

Când controlam pentru variabilele incluse în primul bloc, scorul total al victimizare a fost predictor semnificativ ($\beta = .19$, $p < .01$) pentru confruntarea cu probleme de anxietate. În al treilea bloc, numai utilizarea catastrofării ca strategie cognitivă de reglare emoțională a fost un predictor pozitiv semnificativ ($\beta = 0.16$, $p < .01$). Toate variabilele incluse în acest bloc au crescut cu 12% varianța totală explicată de model. În ultimul bloc, patru strategii cognitive de reglare emoțională au moderat relația dintre victimizare și probleme de anxietate: reorientarea pozitivă, ruminația, catastrofarea, precum și învinovățirea celorlalți.

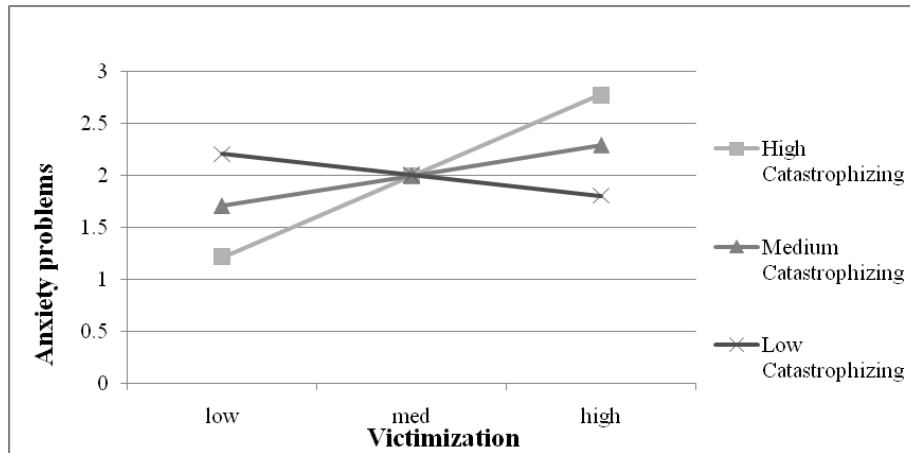


Figure II.3.2. Efectul moderator al catastrofării

II.3.4. Discuții și concluzii

Studiul de față s-a axat pe analiza rolului strategiilor cognitive de reglare emoțională ca moderatori în relația dintre victimizare și simptome de anxietate/depresie. Prima constatare consolidează rezultatele anterioare care susțin asocierea pozitivă dintre victimizarea experimentată în timpul episoadelor de hărțuire și simptome de anxietate/depresie. Pe lângă acest efect direct al victimizării, strategii specifice de reglare emoțională cognitivă au adăugat varianță semnificativă în explicarea problemelor de anxietate/depresie. Predictorii semnificativi au fost doar acceptare și catastrofarea pentru probleme depresive și catastrofarea pentru simptome de anxietate. Studiile anterioare indică faptul că reglarea emoțională caracterizată prin strategii precum catastrofarea, ruminația sau de auto-invinovare pun indivizii (adulți sau adolescenți) la risc pentru a experimenta probleme emoționale (Garnefski et al., 2001; 2006).

Mai mult decât atât, acest studiu oferă noi dovezi cu privire la rolul moderator jucat de strategiile cognitive de reglare emoțională în relația dintre victimizare și problemele de anxietate și depresie. Cu toate că studiile anterioare au identificat ruminația ca un moderator în relația dintre victimizare și probleme depresive (Garnefski și Kraij, 2014), în studiul de față nu a fost găsită această relație. Numai reorientarea pozitivă a reieșit ca moderator semnificativ. Copiii care nu folosesc această strategie sunt mai predispuși la simptome depresive. Pe de altă parte, patru strategii de reglare emoțională cognitivă par să modereze relația dintre victimizare și probleme de anxietate. Utilizarea catastrofării consolidează efectul de victimizare în cazul anxietății, în timp ce reorientarea pozitivă reduce efectul de victimizare în cazul anxietății.

Aceste rezultate, combinate cu rezultatele raportate de Garnefski și Kraij (2014), ar putea avea mai multe implicații practice. În primul rând, evaluarea strategiilor cognitive dezadaptative de reglare emoțională ar putea ajuta la identificarea adolescenților care sunt expuși riscului de a dezvolta depresie sau anxietate (Garnefski, Koopman, Kraij & Câte, 2009; Garnefski & Kraij,

2014). Această abordare ar fi cel mai bine aplicată în cadrul terapiei comportamentale rațional emotive (REBT) pentru screening-ul și conceptualizarea problemelor emoționale în rândul adolescenților (Ellis & Bernard, 2006). Pe lângă acestea, rezultatele prezente oferă un punct de plecare pentru a construi intervenții direcționate înspre copiii cu istoric de victimizare. În conformitate cu rezultatele prezente, aceste intervenții ar trebui să includă o secțiune în care să fie evaluate strategiile individuale de reglare emoțională (în special, catastrofarea, ruminația sau învinuirea celorlalți). De asemenea, etapele intervențiilor viitoare să fie bazate pe strategiile prin care copingul disfuncțional ar putea fi contestat și care pot fi considerate drept strategii adaptative care ar putea fi folosite în confruntarea cu situații stresante, și mai ales cu victimizarea. Așa cum au explicat și Banks și Zionts (2009), este important ca în timpul intervențiilor REBT copii și adolescenți să învețe diferența dintre gândirea care duce la atingerea scopului și gândirea care interferează cu atingerea obiectivelor lor în mediul școlar.

Studiul 2 C. VICTIMIZAREA PRIN HĂRȚUIRE (BULLYING) ȘI PROBLEME DE INTERNALIZARE LA COPII DE VÂRSTĂ ȘCOLARĂ: O ABORDARE LONGITUDINALĂ

III.3.1. Introducere

Comportamentele de hărțuire între copiii de vârstă școlară reprezintă o problemă mondială nu doar datorită incidenței din ce în ce mai dese, dar și din cauza efectului lor negativ asupra sănătății și dezvoltării copiilor implicați în hărțuire, atât ca hărțuitori, cât și ca victime. Definiția de bază a hărțuirii converge spre abuzul sistematic de putere a unui individ asupra altuia sau asupra unui grup, caracterizat printr-un dezechilibru al puterii, intenția de a face rău și comportamentul repetitiv (de ex. Olweus, 1993, Smith, 2014 etc.)

Relația dintre victimizare și probleme de internalizare

Un mare număr de studii s-au focalizat pe relația dintre victimizare și internalizarea problemelor. Printr-o abordare transversală, mai multe de studii indică faptul că victimele hărțuirii prezintă potențial mai ridicat spre depresie și anxietate (Fekkes, Pijpers, Verloove-Vanhorick, 2004; Hawker, Boulton, 2000), ideeație suicidară (Barker, Arseneault, Brendgen, Fontaine, & Maughan, 2008), probleme psiho-somatice (Gini & Pozzoli, 2009, 2013) sau școlare și academice (Nakamoto, Schwartz, 2010). În plus, în anumite studii, s-au observat diferențe semnificative între sexe din punctul de vedere al asocierii între victimizarea prin hărțuire și probleme de internalizare (e.g. Fekkes, Pijpers, Fredriks, Vogels, Verloove-Vanhorick, 2005, Kaltiala-Heino, Rimpela, Rantanen, Rimpela, 2000), pe când altele nu indică astfel de diferențe (Fekkes et al., 2004). Pe lângă o gamă largă de probleme somatice și de sănătate concurente episoadelor de victimizare, victimele hărțuirii prezintă o gamă largă de probleme psiho-somatice ulterior, ca adulți (Copland, Wolke, Angold, Costello, 2013; Takizawa, Maughan, Arseneault, 2014). Cele mai proaste rezultate pe termen lung sunt în curs de a se dovedi pentru elevii din categoria hărțuitori-victime (Wolke, Copeland, Angold, Costello, 2013).

Dacă se analizează această asociere din perspectivă longitudinală, majoritatea acestor studii se focalizează pe modul în care victimizarea este precursora internalizării ulterioare, rezultate din hărțuire, a problemelor (Gladstone, Parker, Malhi, 2006; Kochel, Ladd, Rudolph, 2012). De exemplu, într-un studiu longitudinal care investighează relația dintre victimizarea între colegi în copilărie și probleme de internalizare în adolescență, Zwierynska, Wolke și Lereya (2013) precizează că victimele episoadelor de hărțuire prezentau un potențial mai ridicat de simptome emoționale și depresive severe (>90 de procente), doi ani mai târziu. Analiza a fost controlată din perspectiva psihopatologiei existente, a adversității familiale, a genului și a nivelului de inteligență, iar rezultatele nu au ținut seama de persoana care a raportat episoadele de hărțuire (părinți, cadre didactice sau copiii înșiși). Biebl et al., (2011) indică o asociere substanțial mai puternică între victimizarea din copilărie și problemele mentale și de sănătate din adolescență,

decât în cazul non-victimelor. Efectul a fost mai puternic în cazul fetelor. În plus, în analiza lor sistematică, Ttofi, Farrington, Lösel, și Loeber (2011) subliniază că șansele de internalizare ulterioară a problemelor au fost, în cazul victimelor, de 1.74 (CI: 1.49-1.96) mai ridicate decât pentru non-victime, după controlarea a douăzeci de factori de risc majori în copilărie.

Pe de altă parte, există studii care subliniază că problemele inițiale de sănătate mintală reprezintă un factor semnificativ de predicție a victimizării viitoare (de ex. Turner, Finkelhor, Ormrod, 2010). În plus, alte studii sugerează că un diagnostic psihiatric și chiar consecințele psihologice ale victimizării pot deveni catalizatori pentru re-victimizare, și în special detresa psihologică (definită ca punctaj compozit pe scalele depresiei, furiei și anxietății) (Cuevas, Finkelhor, Ormrod și Turner, 2009; Cuevas, Finkelhor, Clifford, Ormrod și Turner, 2010). În plus, în studiul lor longitudinal Tran, Cole și Weiss (2012) precizează că, după un an, simptomele depresive prezic schimbări atât ale victimizării fizice și relaționale, dar nici un tip de victimizare între colegi nu prezice schimbarea simptomelor depresive și că acestea preziceau în mai mare măsură victimizarea fizică a băieților, față de a fetelor.

Ținând seama de aspectele de mai sus, în studiul de față am avut drept scop investigarea relației longitudinale reciproce între victimizarea prin hărțuire și probleme de internalizare pe un eșantion de vârstă școlară, printr-o abordare decalată transversală, bazată pe măsurători în 3 etape. Ipotezele asociate sunt H1: Există o asociere pozitivă puternică între victimizarea prin hărțuire și probleme de internalizare transversal. În plus, am estimat că victimizarea în T1 va prezice probleme de internalizare după șase luni și un an (H2).

III.3.2. Metodologie

III.3.2.1. Participanți:

Participanții au fost selectați dintr-o școală dintr-un cartier defavorizat al unui oraș mare din România. S-a obținut consimțământul consiliului de administrație al școlii și s-au trimis solicitări pentru consimțământ fiecăruia dintre părinții copiilor. Eșantionul inițial a cuprins 185 de elevi (52.2% fete și 47.8% băieți, cu vârsta medie de 13.2, SD= 1.54). Participanții selectați erau în clasele V-VIII. Eșantionul final (Etapa 3) a inclus 102 participanți (M=14.2, SD= 1.31).

Participanții la care nu am avut date lipsă (n=102), participanții la care am avut date din etapa 1, dar nu și din etapa 2 (n= 57) și participanții la care am avut date din etapa 1, dar nu și din etapa 3 (n= 83) nu au prezentat diferențe substanțiale la niciuna din variabile. Observațiile cu valori lipsă au fost omise din eșantion. În plus, am folosit estimarea posibilității de maximum de informații complete pentru a reduce posibilitatea de distorsionare din cauza posibilității de șabloane non-aleatorii de absență (Tran, Cole, Weiss, 2012).

III.3.2.2. Instrumente

- **Scala victimizării și hărțurii.** Hărțuirea și victimizarea au fost măsurate cu versiunea în română a chestionarului original privind hărțuirea elaborat de Olweus [1993]. Chestionarul cuprinde întrebări distincte privind hărțuirea de către cineva sau hărțuirea altora. La fiecare punct, elevul trebuia să indice dacă cineva s-a comportat cu el în modurile specifice descrise în chestionar. Opțiunile erau *niciodată* (cod 0), *o dată sau de două ori* (1), *uneori* (2), *aproximativ săptămânal* (3) sau *de câteva ori pe săptămână* (4) în ultimele câteva luni. Aceeași procedură a fost utilizată pentru hărțuitori, fiind operaționalizată cu șase tipuri de comportamente. În scopul studiului de față, s-au calculat șase noi punctaje (o procedură similară s-a folosit la Baldry, 2004): *Victimizare totală*: s-a obținut prin adunarea punctajelor a șapte puncte diferite, de măsurare a șapte tipuri de victimizare directă și indirectă și punctul privind victimizarea generală totală (alpha Cronbach = .80).
- **Youth Self Report.** Versiunea românească a Youth Self Report s-a utilizat pentru măsurarea funcționării comportamentale și emoționale a adolescenților (Dobrea, 2009). YSR este o scală de screening standardizată pentru identificarea problemelor emoționale și comportamentale și este parte a Scalei CBCL pentru tineri între 11 și 18 ani (Child Behavioral Check List, Youth Self-report for ages 11–18, Achenbach, 1991). În scopul studiului de față, am folosit 112 de puncte din YSR, care măsoară șase simptome folosind subscale: probleme somatice, anxietate și depresie, ADHD, ODD, probleme de conduită (alpha Cronbach = .939). Din această scală, în scopul studiului, am folosit **Internalizing Problems Subscale/subscala internalizării problemelor**. Comportamentul de internalizare s-a măsurat prin subscala de 31 de puncte din YSR. Scala internalizării este tridimensională: comportamente retrase, probleme somatice și anxietate/depresie. Fiecare punct are punctaje de 0, 1 sau 2, aferente răspunsurilor *nu este adevărat*, *într-o oarecare măsură adevărat* sau *cu certitudine adevărat*, în momentul de față sau în ultimele șase luni. Un punctaj total se calculează pentru fiecare subdimensiune, prin adunarea punctelor din subscală. Valorile mai mari indică probleme mai multe. Dimensiunea finală s-a calculat prin adunarea punctajelor tuturor dimensiunilor.

III.3.2.3. Procedură

Intervalele de timp între cele trei etape de colectare a datelor au fost de cca. șase luni. Înainte de colectarea datelor, le-am distribuit copiilor din clasele participante formulare de consimțământ pe care să le ducă părinților, în vederea obținerii consimțământului activ al acestora. Prima măsurătoare (etapa 1) a avut loc în iunie, la finalul semestrului al II-lea școlar. Următoarea colectare de date (etapa 2) a avut loc la finalul semestrului I școlar al anului școlar următor, în ianuarie, iar măsurătoarea finală (etapa 3) a avut loc la finalul semestrului al II-lea al anului școlar următor, în iunie. Din cauză că o parte din elevi, care erau în clasa a VIII-a în etapa 1 (27.3% din eșantionul inițial) au trecut la liceu în anul școlar următor, nu au putut fi incluși în măsurătorile următoare. Alte date lipsă pot fi atribuite faptului că respectivii copii lipseau de la școală la data măsurătorilor sau absenței consimțământului părinților pentru continuarea participării copilului la studiu.

III.3.2.4. Procedură de analiză a datelor

În primul rând, s-au analizat diferențele dintre participanții cu date complete și date lipsă. S-a aplicat un model de analiză de regresie logistică, folosind punctajele de vârstă și gen în T1 ca factori de predicție și absența internalizării (codată cu 0 - absență sau 1 - non-absență) și punctajele pentru internalizare și hărțuire în T2 și T3 ca variabile ale criteriilor. Nu s-a găsit vreun model semnificativ care să indice că hărțuirea subiectului nu a distorsionat eșantionul inițial. Pentru a testa ipoteza necesară funcției adecvate selectate, s-a investigat statistica descriptivă, împreună cu normalitatea fiecărei variabile. Conform ghidului privind normalitatea propus de West, Finch și Curran (1995) prezumția de normalitate este sever afectată când asimetria >2 sau excesul >7 .

Modelul adecvat a fost evaluat pe baza diversilor indicatori: Statistica chi pătrat (κ^2), indicatorul general de adecvare (General Fit Index/GFI), indicatorul comparativ de adecvare (Comparative Fit Index/CFI), indicatorul Tucker Lewis (Tucker Lewis Index/TLI) și eroarea de aproximare a rădăcinii pătrate medii (Root Mean Square Error of Approximation/RMSEA). Nivelurile de 0,90 sau mai ridicate pentru GFI, CFI și TLI, și de 0,08 sau mai mici pentru RMSEA indică o bună adecvare a modelului (Hu & Bentler, 1995; Byrne, 2002). Modelele seriale concurențiale au fost comparate prin testele de diferență $\Delta\kappa^2$ și ΔCFI . $\Delta\kappa^2$ semnificativă și valorile ΔCFI mai mari de 0,01 au fost interpretate ca înrăutățire sau îmbunătățire semnificativă a adecvării modelului (Weston & Gore, 2006; Chen, 2007; Cheung & Rensvold, 2002). Indicatorii locali de adecvare cum ar fi magnitudinea, semnul și valorile t ale parametrilor estimativi au fost și ei luați în considerare (Bollen, 1989). Parametrii modelului și adaptarea ori adecvarea lor s-au estimat cu IBM AMOS 21 pentru Windows (Arbuckle, 2012).

III.3.3. Rezultate

Statistică descriptivă:

Mediile, deviațiile standard și corelațiile între variabilele studiului în perioada respectivă de timp sunt prezentate în Tabelul III.3.1. Indicatorii de asimetrie și aplatizare nu prezintă niciun semn de afectare a normalității; drept consecință, pentru a estima parametrii modelului longitudinal decalat transversal și adecvarea acestuia față de date s-a folosit funcția de Probabilitate Maximă *Maximum Likelihood* (West, Finch & Curran, 1995).

Tabelul III.3.1. Statistica descriptivă univaribilă și bivariabilă a variabilelor studiului (N=111)

Variabile	1	2	3	4	5	6
1 Internalizare T1	1,000					
2 Victimizare T1	0,332	1,000				
3 Internalizare T2	0,485	0,177	1,000			
4 Victimizare T2	0,261	0,271	0,251	1,000		

5	Internalizare T3	0,330	0,158	0,400	0,187	1,000	
6	Victimizare T3	0,169	0,163	0,334	0,392	0,341	1,000
	Medie	8,180	11,33	6,885	11,06	8,351	10,75
	Deviație standard	5,512	2,931	6,535	2,973	6,804	2,151
	Asimetrie	0,803	1,984	1,078	1,950	1,320	1,886
	Aplatizare	0,700	4,450	0,552	4,530	2,414	4,339

Șablonul corelațiilor s-a încadrat în direcția estimată Corelațiile între probleme de internalizare și punctajele generale pentru victimizare au fost toate pozitive și semnificative. În privința stabilității temporale a variabilelor, corelațiile testare-retestare au variat între 0,33 și 0,49 (pentru internalizarea problemelor) și între 0,16 și 0,18 (pentru victimizare, general).

Rezultatele analizei decalate transversal:

Au fost testate câteva modele concurente de eroare standard a mediei, pentru examinarea relației de cauzalitate între probleme de internalizare și victimizare. În primul rând, modelul de referință (M1) a inclus doar efectele longitudinale, fără asocieri decalate transversal. În al doilea rând, modelul de cauzalitate transversale (M2) semăna cu M1, dar includea traseele de la victimizarea în timpul 1 la probleme de internalizare în timpul 2 și de la victimizarea în timpul 2 la probleme de internalizare în timpul 3. Modelul al treilea, de cauzalitate inversă (M3) semăna cu M1, constând din traseele decalate transversal de la probleme de internalizare în timpul 1 la victimizarea în timpul 2 și de la probleme de internalizare în timpul 2 la victimizarea în timpul 3. Ultimul model, al cauzalității reciproce (M4) semăna cu M1, dar includea trasee suplimentare decalate transversal de la victimizare la probleme de internalizare și invers. Tabelul III.3.2 prezintă indicatorii de adecvare ai modelelor concurente, precum și comparații între acestea.

Tabelul III.3.2. Comparația între modelele decalate transversal autoregresive

Mode l	κ^2	d f	p	GFI	CFI	TLI	RMSEA A	RMSEA CI95%	Comparați e	$\Delta\kappa^2$	Δ d f	Δ CFI
M1	17,32 7	8	0,02 7	0,95 0	0,90 5	0,82 2	0,103	0,03 3	0,17	-	-	-
M2	15,83 0	6	0,01 5	0,95 6	0,90 0	0,74 9	0,122	0,05 0	0,19 7	M2-M1	1,497	2 5
M3	5,016	6	0,54 2	0,98 5	1,00	1,00	0,000	0,00 0	0,11 2	M3-M1	12,31 1	2 5
M4	3,918	4	0,41 7	0,98 8	1,00	1,00	0,000	0,00 0	0,14 3	M4-M1	13,40 9	4 5

κ^2 - statistică chi pătrat; df – degree of freedom/gradul de libertate; p – probabilitatea unei valori de raport critic; GFI – general fit index/indicatorul general de adecvare; CFI – comparative fit index/indicatorul comparativ de adecvare; TLI - Tucker-Lewis Index/indicatorul Tucker-Lewis ; RMSEA – root mean square error of

approximation/eroarea de aproximare a rădăcinii pătrate medii; RMSEA CI95% - 95% intervalul de încredere pentru RMSEA; $\Delta\kappa^2$ - diferența chi pătrat; Δdf - diferența gradului de libertate; ΔCFI - diferența CFI.

Valorile generale chi pătrat sunt semnificative pentru M1 și M2, pe când același indicator a fost ne semnificativ pentru modelele M3 și M4, indicând, prin urmare, că acestea din urmă (cauzalitatea inversă și cauzalitatea reciprocă) au fost adecvate datelor. Concluzia este susținută și de alți indicatori de adecvare, situați sub pragul estimat pentru referință și modelul cauzalității încrucișate (TLI și RMSEA). Toți indicatorii de adecvare calculați pentru modelele cauzalității inversate și reciproce s-au aflat cu mult peste valorile specificate.

Analiza diferențelor între modele a indicat că adunarea traseelor decalate transversal de la victimizare în timpul 1 la probleme de internalizare în timpul 2 și de la victimizare în timpul 2 la probleme de internalizare în timpul 3 la modelul de referință nu îmbunătățește semnificativ adecvarea modelului ($\Delta\kappa^2=1,497$, $df=2$; $\Delta CFI=0,005$). În același timp, adunarea traseelor decalate transversal de la victimizare în timpul 1 la probleme de internalizare în timpul 2 și de la victimizare în timpul 2 la probleme de internalizare în timpul 3 a îmbunătățit semnificativ adecvarea modelului ($\Delta\kappa^2=12,311$, $df=2$; $\Delta CFI=0,095$). Adunarea traseelor decalate transversal la modelul de referință îmbunătățește semnificativ adecvarea comparativă a modelului, dar analiza indicatorilor de adecvare locală, de traseu, valoarea acestora și semnificația lor statistică nu prezintă indicatori semnificativi de traseu pentru VictimizareT1 => InternalizareT2 și VictimizareT2 => InternalizareT3 (v. Tabelul III.3.3).

Tabelul III.3.3. Estimarea parametrilor pentru modelul cu decalare transversală (modelul 4)

Trasee	B (β)	S.E	CR	<i>p</i>
VictimizareT1 => VictimizareT2	0,210 (0,207)	0,097	2,169	0,030
VictimizareT2 => VictimizareT3	0,238 (0,329)	0,063	3,762	0,001
InternalizareT1 => InternalizareT2	0,567 (0,479)	0,105	5,415	0,001
InternalizareT2 => InternalizareT3	0,392 (0,377)	0,094	4,193	0,001
InternalizareT1 => VictimizareT2	0,103 (0,192)	0,052	2,007	0,045
InternalizareT2 => VictimizareT3	0,083 (0,251)	0,029	2,872	0,004
VictimizareT1 => InternalizareT2	0,042 (0,019)	0,197	0,212	0,832
VictimizareT2 => InternalizareT3	0,212 (0,092)	0,206	1,029	0,304

B - Coeficienți nestandardizați; β - coeficienți standardizați; *S.E.* - eroare standard a coeficienților de traseu; *CR* - raport critic; *p* - probabilitatea *C.R.*

În ultima etapă a analizei datelor s-a impus progresiv modelul cauzalității inverse, ca modelul cel mai adecvat (v. Tabelul III.3.4). În primul rând, s-a impus constrângerea de egalitate între coeficientul de traseu de la VictimizareT1 la VictimizareT2 și de la VictimizareT2 la VictimizareT3 (M5), creșterea rezultată a chi pătrat, $\Delta\kappa^2(1)= 0,02$ și $\Delta CFI =0,000$ nu au fost semnificative. Rezultate similare, $\Delta\kappa^2(1)= 1,385$ și $\Delta CFI =0,000$, s-au identificat pentru modelul M6 (s-a impus constrângerea de egalitate între coeficienții de traseu pentru InternalizareT1 => InternalizareT2 și InternalizareT2 => InternalizareT3). S-au impus constrângeri ulterioare

modelului (M7), constrângerea de egalitate între efectele de decalaj transversal, de la internalizare la victimizare (InternalizareT1 => VictimizareT2 and InternalizareT2 => VictimizareT3) a dovedit o înrăutățire nesemnificativă a adecvării modelului, $\Delta\kappa^2(1)= 0,011$ și $\Delta CFI =0,000$. Ultimul model (M8) include constrângeri de egalitate între corelarea erorilor structurale ale variabilelor endogene ale modelului, scăderea rezultată a adecvării nefiind semnificativă statistic ($\Delta\kappa^2= 0,021$, $df=1$ și $\Delta CFI =0,000$).

Tabelul III.3.4. Comparația între modelele decalate transversal cu constrângeri

Model	κ^2	df	p	GFI	CFI	TLI	RMSEA	RMSEA CI95%	Comparație	$\Delta\kappa^2$	df	ΔCFI
M3	5,016	6	0,542	0,985	1,00	1,00	0,000	0,000 0,112	-	-	-	-
M5	5,036	7	0,656	0,985	1,00	1,00	0,000	0,000 0,095	M5-M3	0,02	1	0,000
M6	6,421	8	0,600	0,982	1,00	1,00	0,000	0,000 0,096	M6-M5	1,385	1	0,000
M7	6,432	9	0,696	0,982	1,00	1,00	0,000	0,000 0,083	M7-M6	0,011	1	0,000
M8	6,453	10	0,776	0,982	1,00	1,00	0,000	0,000 0,071	M8-M7	0,021	1	0,000

κ^2 - statistică chi pătrat; df – degree of freedom/gradul de libertate; p – probabilitatea unei valori de raport critic; GFI – general fit index/indicatorul general de adecvare; CFI – comparative fit index/indicatorul comparativ de adecvare; TLI - Tucker-Lewis Index/indicatorul Tucker-Lewis ; RMSEA – root mean square error of approximation/eroarea de aproximare a rădăcinii pătrate medii; RMSEA CI95% - 95% intervalul de încredere pentru RMSEA; $\Delta\kappa^2$ - diferența chi pătrat; Δdf – diferența gradului de libertate; ΔCFI – diferența CFI.

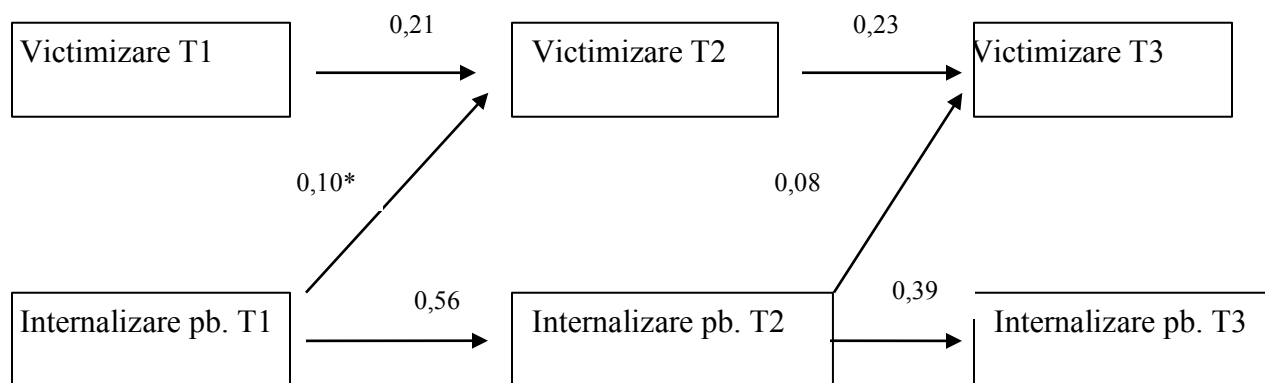


Figura III.3.1. Modelul final (Modelul 4)

III.3.4. Discuție și concluzii

În acest studiu, am fost interesați să explorăm relația longitudinală între victimizarea prin hărțuire și probleme de internalizare cu ajutorul unui model decalat transversal. Teoria prevalență și cercetările anterioare indicau concluzii de mai multe tipuri ale analizelor care să determine dacă victimizarea reprezintă un factor de risc în dezvoltarea ulterioară a internalizării problemelor sau dacă experiența inițială de internalizare a problemelor poate fi considerată un

factor de risc în cazul victimizării viitoare. Deoarece studiile anterioare utilizaseră fie o abordare transversală, fie măsurători în două etape, testarea acestei relații standard de cauzalitate nu a fost întotdeauna clară.

Concluziile noastre conduc la ideea că probleme de internalizare prezice schimbări în victimizarea prin hărțuire, pe baza unui interval de șase luni între măsurătorile efectuate, pe când victimizarea prin hărțuire nu prezice schimbări în probleme de internalizare în intervalul sus-menționat. Aceste rezultate vin în sprijinul ideii că exprimarea internalizării problemelor crește probabilitatea de hărțuire din partea colegilor și se aliniază la rezultatele anterioare din studiile longitudinale (McLaughlin, Hatzenbuehler, & Hilt, 2009; Sweeting et al., 2006). În plus, concluziile de față extind studiile anterioare care au identificat efecte similare, fără a se concentra specific pe probleme de internalizare (Tran, Cole, & Weiss, 2012). Probleme de internalizare poate fi interpretată ca semn de vulnerabilitate la victimizări viitoare.

Spre deosebire de concluziile studiilor precedente, rezultatele noastre nu au indicat că victimizarea prin hărțuire a prezis în mod semnificativ schimbări ale simptomelor depresive (Sweeting et al., 2006). O serie de studii longitudinale au adus dovezi în sprijinul afirmației că victimizarea prin hărțuire la vârstă școlară prezice modificări semnificative ale simptomelor depresive în intervale de timp de 1-2 ani (Sweeting et al., 2006, Zwierynska et al., 2013) sau mai lungi (Klomek et al., 2008). În schimb, rezultatele noastre vin în sprijinul concluziilor studiilor anterioare prin aceea că simptomele depresive prezic modificări ale victimizării de către colegi, chiar dacă sunt controlate pentru tipuri specifice ale acesteia (Tran et al., 2012). În plus, același studiu conchide că acele concluzii obținute prin investigarea relației longitudinale între victimizarea prin hărțuire și probleme de internalizare poate fi atribuită intervalului de timp ales pentru măsurători (Tran et al., 2012). Majoritatea studiilor efectuate în intervale mai lungi (peste un an între măsurători) indică faptul că victimizarea prin hărțuire prezice semnificativ schimbări în probleme de internalizare (Sweeting et al., 2006, Zwierynska et al., 2013), pe când studiile pe perioade mai scurte nu identificau întotdeauna această asocieră (McLaughlin et al., 2009).

Prezentul studiu lărgeste baza de cunoștințe privind asocierile longitudinale între victimizarea prin hărțuire și internalizarea problemelor. În plus, aceste rezultate vin în sprijinul concluziile lui Wolke et al.'s (2013) *care indică faptul că hărțuirea nu este un ritual inofensiv de trecere, ci are un impact pe termen lung asupra persoanelor afectate* (p.1).

CAPITOL 4.

STUDIUL 3. VICTIMIZAREA TRADIȚIONALĂ ȘI ELECTRONICĂ ȘI ASOCIEREA CU EFECTELE SĂNĂTĂȚII MINTALE LA COPIII DE VÂRSTĂ ȘCOLARĂ.

4.1. Introducere

Datele epidemiologice internaționale arată că pe lângă hărțuirea tradițională, hărțuirea electronică reprezintă o preocupare majoră în sistemul de sănătate publică (Kowalski et al., 2014). Hărțuirea electronică este definită ca un act agresiv, intenționat realizat, în mod repetat, de către un grup sau un individ, folosind mijloace electronice de contactare (ex. calculatoare, telefoane) (Jacobs, Dehue, Völlink, Lechner, 2014). Studiile recente arată că ponderea de hărțuire mediată electronică printre tinerii între 9 și 16 ani, în Europa ajunge la 8% (5% pe internet și 3% prin telefoane mobile, mesaje sau video; cu valori de la 2% până la 14% în țările din Europa); rata de săvârșire a hărțuirii electronice este mică, și anume 3% i-au hărțuit pe alții pe internet, în timp ce 2% au săvârșit hărțuirea folosind telefoane mobile, mesaje sau video (Livingstone, Haddon, Gorzig, & Olafsson, 2011). Pe de altă parte, potrivit raportului european EU Kids Online II (Livingstone, 2011), copiii din România au o pondere ridicată de hărțuire electronică în comparație cu alte țări din Europa; 14% au fost hărțuiți pe internet, în timp ce 41% dintre ei susțin că au fost hărțuiți offline (hărțuire tradițională) și online (hărțuire electronică). Acelaș studiu indică faptul că probabilitatea cea mai mare de a se confrunța cu emoții negative asociate cu hărțuirea pe internet o întâlnim la copiii cu vârsta între 11 și 13 ani, și deasemenea la copiii cu statut social-economic scăzut (SES) întâlnim o probabilitate mare de a fi hărțuiți electronic. Aceste rezultate sunt în conformitate cu rezultatele referitoare la hărțuirea tradițională.

Numeroase studii evidențiază relația dintre victimizarea electronică și probleme de adaptare (Turner, Lyn Exum, Brame, Holt, 2013). Mai mult decât atât, sunt studii care indică faptul că victimele adolescente ale hărțuirii electronice, fete și băieții, pot fi afectați diferit de aceste incidente. Spre exemplu, fetele, victime ale hărțuirii electronice, se confruntă cu un nivel ridicat de depresie, comparativ cu semenii lor de sex masculin (Turner et al., 2013). Totuși, alte studii conclud că efectele negative ale hărțuirii mediată electronică, somatice și psihologice, nu diferă în rândul adolescenților de sex masculin și feminin (Vieno et al., 2014). Câteva din studiile menționate nu au luat în considerare sugestia lui Olweus (2012), ca cercetătorii să se focalizeze pe identificarea efectelor hărțuirii electronice independent de posibilele efecte ale hărțuirii în școlii. Mai mult decât atât, în meta-analiza lui Kowalski și restul, (2014) se arată relația dintre victimizarea electronică și depresie este moderată de sex, pentru participanții de sex feminin, doar pentru studiile care au participanti mai multe persoane de sex feminin decât de sex masculin. Oricum, acestea poate arata ca de-a lungul studiului persoanele de sex feminin, care

sunt expuse victimizării electronice pot fi mai sensibile să resimtă consecințe negative în comparație cu persoanele de sex masculin (Kowalski et al., 2014). Deasemenea, cel mai rău rezultat legat de problemele de sănătate mintală și funcționarea socială este asociat cu adolescenții care sunt victime ale hărțuirii tradiționale și electronice în același timp (Gradinger, Strohmeier, Spiel, 2009).

Având în vedere toate argumentele discutate mai sus cu privire la diversele rezultate prezente în cercetarile de specialitate cu privire la victimizare prin hărțuire, studiul prezent își propune să identifice gradul de suprapunere dintre victimizarea tradițională și cea electronică pe un eșantion reprezentativ de copiii de vârstă școlară. Ipoteza noastră este că elevii care sunt victimizați electronic sunt diferiți față de copiii supuși episodic hărțuirii tradiționale. În al doilea rând, ne propunem să identificăm tiparul specific de gen pentru victimizarea electronică. Ipoteza noastră era că prevalența victimizării electronice e mult mai mare în rândul fetelor comparativ cu băieții. Mai mult decât atât, ne propunem să identificăm dacă victimizarea electronică este asociată cu probleme de sănătate (sănătate mintală și somatică). În plus, ne propunem să cercetăm relația dintre utilizarea mediilor electronice și hărțuirea mediată electronic.

4.2. Metodologie

Metodologia pentru colectarea datelor pentru studiul acesta este similară cu cea folosită în primul studiu. Eșantionul cuprins este bazat pe eșantionul român al Studiului internațional HBSC 2014. Colectarea datelor s-a bazat pe utilizarea chestionarului standardizat în cadrul rețelei HBSC pentru HBSC 2014.

4.4.1. Participanți:

Caracteristicile eșantionului sunt prezentate în Tabelul 2.3. Pentru acest studiu în special, a fost inclus doar eșantionul cuprins în HBSC 2014 Romania Survey (N=3980, 48.2% băieți și 51.8% fete). Media vârstei participanților a fost între 11 și 15 ani (M=13.22, AS=1.67).

4.2.2. Instrumente:

Victimizare tradițională. Victimizarea tradițională a fost măsurată folosind întrebarea ‘Cât de des ai fost hărțuit la școală în ultimele două luni?’ Răspunsurile au fost evaluate pe o scală de cinci (1 = niciodată; 2 = odată sau de două ori; 3 = de două sau de trei ori pe lună; 4 = odată pe săptămână; 5 = de mai multe ori pe săptămână). S-au constituit două variabile dihotomice: victimizare ocazională (odată, de două sau mai multe ori = 1 o săptămână vs. niciodată =0) și victimizarea frecventă (de două, trei sau mai multe ori pe săptămână =1 vs. niciodată=0).

Victimizarea electronică. Victimizarea electronică a fost măsurată cu două întrebări cu privire la experiența legată de hărțuirea electronică. Întrebările au fost ‘Cât de des ai fost hărțuit la școala în ultimele două luni într-un mod expus mai jos? i). Cineva a trimis mesaje răutăcioase, postări pe perete, email-uri și mesaje, sau a creat pagină Web prin care râde de mine; ii).

Cineva ți-a făcut poze compromițătoare sau nepotrivite, fără permisiunea ta și le-a postat online. Răspunsurile au fost evaluate pe o scală de cinci (1 = niciodată; 2 = odată sau de două ori; 3 = de două sau de trei ori pe lună; 4 = odată pe săptămână; 5 = de mai multe ori pe săptămână). În compatibilitate cu studiile anterioare (e.g. Vieno et al., 2014), s-au constituit două variabile dihotonice: victimizarea ocazională (odată, de două sau mai multe ori=1 o săptămână vs. niciodată=0) și victimizarea frecventă (de două, trei sau mai multe ori pe săptămână =1 vs. niciodată=0).

Problemele de sănătate mintală. Chestionarul cu 25 de itemi comportamentali, *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*, a fost folosit pentru evaluarea problemelor emoționale și comportamentale, la copiii de la 4 la 16 ani (Goodman, 1997). Numeroase studii au arătat că acesta e un instrument bun de screening al problemelor de sănătate mintale la copii și adolescenți, asemănător cu CBCL (Achenbach, 1991). Persoanele chestionate au fost rugate să evalueze apariția diferitelor simptome psihopatologice apărute în ultimele șase luni pe o scală de trei (0 = neadevărat, 1 = oarecum adevărat, și 2 = foarte adevărat). Răspunsurile sunt codificate în conformitate cu 5 scale: comportament prosocial, hiperactivitate și probleme de atenție (deficit de atenție?), probleme emoționale, probleme de comportament și probleme cu colegii. Itemii evaluării problemelor emoționale și cu colegii s-au adăugat pentru a genera un scor total pentru problemele de internalizare (10 itemi). Un scor total pentru problemele de sănătate mintală a fost calculat prin însumarea problemelor de hiperactivitate și atenție, celor emoționale, de comportament și cu colegii (20 de itemi). Scalele folosite în acest studiu a avut consecințe interne satisfăcătoare (Scala Problemelor Emoționale: $\alpha = .69$, Problemelor de internalizare: $\alpha = .65$ și, totalul Problemelor de sănătate mintală: $\alpha = .77$).

Probleme psihosomatice. A fost folosit un instrument non-clinic de 8 itemi (ca parte din HBSC Symptom checklist) cuprinzând și cei 8 itemi folosiți. Acești itemi evaluează simptomele psihologice și somatice. Pentru scopul acestui studiu s-a folosit doar Dimensiunile Simptomelor Somatice. Aceste dimensiuni includ trei itemi: În ultimele 6 luni, cât de des ai avut următoarele? (i) dureri de cap; (ii) dureri de stomac; (iii) dureri de spate. Elevii care au semnalat două sau mai multe simptome de mai multe ori pe săptămână erau luați în considerare cu trăiri simptomatice somatice multiple (Sentenac et al., 2012).

Variabilele de control. Au fost incluse multiple variabile de control: **1. Folosirea zilnică a calculatorului:** elevii au fost întrebați câte ore pe zi folosesc calculatorul, laptopul, Ipad-ul, tabletele, etc. O variabilă dihotonică a fost creată (1= mai mult de două ore pe zi, 0= mai puțin de două ore pe zi); **2. Comunicare prin mijloace electronice cu prietenii:** elevii au fost întrebați cât de des își contactează prietenii folosind: telefonul, SMS-urile, email, mesajele prin chat și rețeaua de socializare. Răspunsurile au fost evaluate pe o scală de 4 (1=niciodată până la 4= zilnic). Variabilele dihotonice au fost luate în calcul pentru fiecare mijloc de comunicare în parte 1= comunicare electronică zilnică și 0= comunicare electronică nu în fiecare zi; **3. Family Affluence Scale.** Scala FAS conține patru itemi: “Familia ta deține o mașină?” (0= nu, 1= da, una; 2= două sau mai multe), “Tu ai dormitorul tău?” (0=nu, 1=da), “În ultimele 12 luni de câte

ori ai călătorit în vacanță cu familia ta?’’ (0= niciodată, 1= odată, 2= de două ori, 3= mai mult de două), și, ‘‘Câte calculatoare aveți în familie?’’ (0 =niciunul, 1=unu, 2=două, 3=mai mult de două). Puse împreună, acești itemi au generat un scor aliniat de la 0 (lowest affluence) până la 7 (highest affluence) (Elgar, Craig, Boyce, Morgan, & Vella-Zarb, 2009). În faza următoarea, am creat o variabilă decisivă, FAS a fost recodificat după cum urmează: low affluence=0–2, medium affluence =3–4, and high affluence=5–7 (Due et al., 2009).

4.2.3. Procedura de analiză a datelor

Analiză bivariată descriptivă și calcularea coeficientului de corelație dintre variabile au fost derulate Mai departe, prevalența victimizării electronice la fel și problemele internalizării și durerile somatice au fost comparate în funcție de sex folosind testul *t*. În ultimul pas, am determinat nivelul de asociere dintre tipul de victimizare, probleme de internalizare și probleme somatice folosind analiză logistică binară. Toate analizele au fost efectuate folosind IBM SPSS Statistics versiunea 21.

4.3. Rezultate

În eșantionul nostru, majoritatea participanților nu au fost implicați în victimizarea prin hărțuire de orice tip, frecvent (86.6%) sau ocazional (57.3%) (Tabel 4.1.). Când am folosit criteriul de selecție ‘*mai mult de 2-3 ori în ultimele două luni*’ numai 2 % dintre cei chestionați au indicat ca au fost doar victime ale hărțuirii electronice (1.9% băieții și 2% fetele). Mai mult, 1.8% au raportat că episodic sunt victime ale hărțuirii tradiționale și electronice simultan (2.1% băieții și 1.5% fetele). Victimizarea ocazională a fost raportată mai des. În ansamblu, 9.1% dintre cei chestionați au indicat faptul ca au fost doar victime ale hărțuirii electronice (7.6% băieții și 10.5% fetele). Un procent mare (10.8%) au raportat că ocazional sunt simultan victime ale hărțuirii tradiționale și electronice (10.7% băieți și 10.9% fete). În jur de jumătate dintre participanți au raportat că folosesc calculatorul în timpul zilelor lucrătoare (47.6% băieți și 49.4% fete) și în timpul sfârșitului de săptămână (56.4% baieti și 61.5% fete). Telefonul este folosit cel mai des zilnic ca mijloc de comunicare cu prietenii (31.4% dintre toți; 26.4% băieți și 35.8% fete), urmat îndeaproape de comunicare prin chat (25.1% dintre toți; 20.3% băieți și 29.6% fete) și comunicarea prin SMS (21.8% dintre toți; 17.1% băieți și 31.9% fete). Contactul zilnic cu prietenii prin site-uri de socializare (e.g. Facebook) a fost raportată de către 12.9% dintre participanți (11.5 băieți și 14% fete). O diferență sistematică de gen a apărut în folosirea mijloacelor electronice de a comunica cu prietenii. Cu excepția contactelor zilnice prin email, fetele folosesc semnificativ mai des acest tip de comportament.

Tabel 4.1. Date descriptive pentru variabilele incluse în studiu

	Total	Băieți	Fete	
Implicare frecventă în comportamente de hărțuire				

Neimplicați	86.6%	83.7%	89.1%	28.21*
Victimizare frecventă DOAR tradițional	9.7%	12.3%	7.4%	**
Victimizare frecventă DOAR mediată electronic	2%	1.9%	2%	
Victimizare frecventă tradițională și mediată electronic	1.8	2.1%	1.5%	
Implicare ocazională în comportamente de hărțuire				
Neimplicați	57.3%	55.7%	58.6	25.91*
Victimizare ocazională DOAR tradițional	22.8%	26.1%	20%	**
Victimizare ocazională DOAR mediată electronic	9.1%	7.6%	10.5%	
Victimizare ocazională tradițională și mediată electronic	10.8%	10.7%	10.9%	
Folosirea calculatorului în timpul săptămânii (2+ore)	48.5%	47.6%	49.4%	ns.
Folosirea calculatorului la finalul săptămânii (2+ore)	59.2%	56.4%	61.5%	10.40* **
Contact telefonic zilnic cu prietenii	31.4%	26.4%	35.8%	36.12* **
Contact prin SMS zilnic cu prietenii	21.8%	17.1%	31.9%	102.22 ***
Contact prin email zilnic cu prietenii	7.6%	7.4%	7.8%	ns.
Contact prin chat zilnic cu prietenii	25.1%	20.3%	29.6%	39.70* **
Contact prin intermediul rețelelor de socializare zilnic cu prietenii	12.8%	11.5%	14%	5.10*

*p <.05, **p <.01, ***<.001

Luând ca grup de referință elevi neimplicați, implicare în orice tip de victimizare, frecventă sau ocazională, a fost asociată cu șanse mari de a resimți probleme somatice sau de internalizare. Când am luat ca predictor victimizarea frecventă, șansele de a resimți probleme de internalizare au crescut de trei ori doar pentru participatii expuși la victimizarea tradițională (OR=3.1; 95%CI=2.30-4.37) și de două ori pentru participanții expuși doar la victimizarea electronică (OR=13.05; 95%CI=3.79-16.06). Pentru participanții expuși la ambele tipuri de victimizări, tradițională și electronică, probabilitatea de a resimți probleme de internalizare a crescut de 13 ori (OR=2.08; 95%CI=1.45-5.43). Apare un tipar diferit pentru fete și băieți. Pentru băieții expuși la ambele tipuri de victimizare, șansele să resimtă probleme de internalizare cresc de 18 ori (OR=18.77; 95%CI=7.60-46.37). Pentru fetele expuse la ambele tipuri de victimizare, șansele să resimtă probleme de internalizare cresc de 9 ori (OR=9.88; 95%CI=4.12-23.65). Mai

mult decât atât, pentru fete, expunerea doar la vitimizarea electronică, nu a fost un predictor semnificativ pentru problemele de internalizare. Modelul global de predicție pentru problemele de internalizare explică 10% din varianța totală (Nagelkerke $R^2=.14$ pentru băieți și Nagelkerke $R^2=.09$ pentru fete). Mai mult decât atât, când introducem ca predictor victimizarea ocazională, expunerea la vitimizarea tradițională și electronică crește de 4 ori șansa de a resimți problemele de internalizare (OR=4.03; 95%CI=3.13-5.97). În acest caz, 9% din varianța problemelor de internalizare au fost explicate de predictorii incluși în model (Nagelkerke $R^2=.08$ pentru băieți și Nagelkerke $R^2=.09$ pentru fete).

Tabel 4.3. Odds ratio pentru experiențierea problemelor de internalizare și somatice pentru victime

	Probleme de internalizare			Acuze somatice		
	Total	Băieți	Fete	Total	Băieți	Fete
	OR (95%CI)	OR (95%CI)	OR (95%CI)	OR (95%CI)	OR (95%CI)	OR (95%CI)
a						
Neimplicați	(Ref).	(Ref).	(Ref).	(Ref).	(Ref).	(Ref).
Victimizare frecventă DOAR tradițional	3.10 (2.30-4.37)**	2.49 (1.53-4.05)**	4.03(2.60-6.26)*	1.70(1.18-2.43)*	1.57(.81-3.05)ns	1.69 (1.04-2.74)*
Victimizare frecventă DOAR mediată electronic	2.08 (1.45-5.43)**	7.79 (3.11-19.49)**	ns	2.30 (1.16-4.54)*	3.95(1.27-12.27)*	ns
Victimizare frecventă tradițională și mediată electronic	13.05 (3.79-16.06)**	18.77 (7.60-46.37)**	9.88 (4.12-23.65)**	5.46 (2.94-10.14)**	8.44(2.85-24.99)**	ns
b						
Neimplicați	(Ref).	(Ref).	(Ref).	(Ref).	(Ref).	(Ref).
Victimizare ocazională DOAR tradițional	2.00 (1.52-2.65)**	ns	2.37(1.67-3.38)**	1.83(1.39-2.42)**	ns	2.24(1.59-3.16)**
Victimizare ocazională DOAR mediată electronic	1.54 (1.01-2.34)*	2.28 (1.20-4.33)*	ns	1.85(1.26-2.73)**	ns	1.88 (1.18-2.98)*
Victimizare ocazională tradițională și	4.33 (3.13-5.97)**	4.24 (2.49-7.21)**	4.33 (2.88-6.50)**	2.50(1.25-2.81)**	4.07 (2.35-7.03)**	1.90(1.22-2.95)*

*p <.05, **p <.01, ***<.001

4.4. Discuții

Acest studiu și-a stabilit să cerceteze prevalența hărțurii electronice (la diferite nivele: frecven și ocazional), și asocierea acesteia cu problemele somatice și de internalizare. În plus, o atenție deosebită a fost dedicată cercetării diferențelor de gen pentru asociațiile menționate anterior. În concordanță cu alte studii, o mare parte din elevii implicați în acest studiu nu au raportat expunerea la victimizare prin hărțuire (tradițională și electronică) (Callaghan, Kelly, Molcho, 2014; Chester et al., 2015). În ansamblu, 2% dintre participanți au semnalat expunerea frecventă la victimizarea electronică. Această prevalență este mai mică în comparație cu alte rezultate raportate în alte contexte social-culturale (Callaghan, Kelly, Molcho, 2014; Vieno et al., 2014; Beckman et al., 2013). Acest fapt ar putea fi atribuit tendinței generale de a nu raporta astfel de evenimente. Mai mult decât atât, cum au arătat cei de la EU-KIDS ONLINE Survey (Livingstone et al., 2011) mai mult de jumătate dintre elevii incluși în studiul lor au abilități și cunoștințe tehnice legate de protejarea pe internet. Acesta fapt ar putea acționa ca un factor protectiv împotriva victimizării electronice. Când luăm în considerare criteriul victimizării ocazionale (mai mult de 1-2 ori în ultimele două luni), unul din 10 participanți semnalează expunerea la hărțuirea electronică. Acest studiu este în concordanță cu alte studii recente (Vieno et al., 2014). Suprapunerea între victimizarea tradițională și victimizarea electronică este mică. Acesta ar putea indica faptul că elevii care sunt hărțuiți electronic nu sunt același grup ca cei victimizați față în față. În concordanță cu scopul principal al acestui studiu, rezultatele noastre ne arată că fiind victimă a hărțurii electronice este în asociere cu problemele somatice și de internalizare, cu ce mai mare asociere la participanții expuși victimizării online și offline. Analiza de regresie arată că fiind o victimă atât a hărțurii tradiționale cât și a cea electronică este asociată cu un risc ridicat de a resimți probleme de sănătate somatică și de internalizare. Acest rezultat a fost constant indiferent de gen și nivel de victimizare (frecvent sau ocazional), cu excepția fetelor care au resimțit probleme somatice, fiind expuse la victimizării frecvente.

Aceste rezultate pot contribui la planificarea unor cercetări și intervenții de prevenție viitoare în contextul școlar. Chiar dacă suprapunerea dintre victimizarea tradițională și cea electronică nu a fost așa de mare, este obligatoriu cercetarea prezenței victimizării electronice în special datorită impactului negativ în sănătatea mintală și somatică a victimelor. Mai mult decât atât, acțiuni de prevenire care să soluționeze incidentele de hărțuire, atât tradițională cât și electronică.

CAPITOLUL 5

STUDIUL 4. HĂRȚUIREA VICTIMEI ÎN COPILĂRIE : CARE SUNT FACTORII CARE ACȚIONEAZĂ CA PROTECȚIE PENTRU PROBLEMELE DE SĂNĂTATE LA VÂRSTA ADULTĂ ?

5.1. Introducere

Comportamentele de hărțuire sunt un anumit tip de comportament agresiv, care poate fi definit ca oricare act destinat să producă un prejudiciu și un disconfort unei alte persoane (Olweus, 1993; 2013). Există câteva criterii utilizate de specialiști pentru a distinge comportamentele de hărțuire din alte tipuri de comportamente de agresivitate : intenționalitate, repetitivitate și dezechilibrul de putere (Olweus, 2013). Hărțuirea implică de asemenea roluri specifice: agresor, victimă, agresor – victimă (sau victime reactive), și persoane care asista pasiv (Olweus, 1993; Salmivalli, Lagerspetz, Björkqvist, Österman, Kaukiainen, 1996).

Hărțuirea victimei: prevalența și consecințele

Conform unor studii epidemiologice internaționale, comportamentele de hărțuire au prevalență mare la nivel mondial, cu estimările variind de la 8.6% până la 45.2% în rândul băieților, și de la 4.8% la 35.8% în rândul fetelor (Craig et.al 2009). La nivel European, elevii din țările baltice au raportat rate mai mari de hărțuire și victimizare, în timp ce țările din nordul Europei au raportat cel mai mic nivel (Craig et al., 2009; Due et al. 2005). Printre copiii români de vârstă școlară comportamentele de hărțuire au o prevalență ridicată. Mai precis, 25,7% din băieții de 11 ani, 35,3% din băieții de 13 ani și 30,4% din băieții de 15 ani au fost victime de cel puțin 2 – 3 ori pe lună. Urmând o tendință similară, 17,2% din fetele de 11 ani, 26,1% din fetele de 13 ani și 18,9% din fetele de 15 ani au fost victime pentru mai mult de două – trei ori în ultima lună (Cosma & Baban, 2013). Autorii au identificat o diferență semnificativă între cele două genuri, băieții raportând un angajament în aceste tipuri de comportamente mult mai des. Aceste constatări sunt în conformitate cu literatura de specialitate care subliniază că băieții raportează rate mai mari de implicare în hărțuire (Olweus, 1993, Craig et.al 2009).

De asemenea, se pare că pentru copii din școala română, statusul lor socio economic scăzut a fost asociat cu rate mai mari de hărțuire și de victimizare pentru ambele genuri (Currie et al., 2012). Copii din școlile românești raportează un procent ridicat de hartuire a altora și de a fi hartuiti comparativ cu media HBSC (Cosma, Baban, 2013).

Reziliența și hărțuirea victimei

Reziliența este prezentă atunci când o persoană manifestă o dezvoltare pozitivă, în ciuda experiențelor mai multor adversități semnificative (Luthar, Cicchetti, Becker, 2000).

Relațiile pozitive în cadrul familiei sunt un aspect important care a fost legat de dezvoltarea rezilienței la copii (Garmezy, 1985; Rutter, 1999). Conform acestei cercetări, experiențierea de relații pozitive cu familia diminuează impactul negativ al adversității la care copiii au fost expusi (Rutter, 1999). Un studiu care a conceptualizat existența de funcționarii rezilienți a copiilor hărțuiți prin scoruri ale depresiei scăzute indică faptul că a fi barbat, a avea stima de sine ridicată, a avea niveluri scăzute de conflict cu părinții și nici o victimizare de la frați au fost caracteristici asociate cu reziliența (Sapouna, Wolke, 2013). Mai mult decât atât, alte studii longitudinale indică faptul că pentru copiii hărțuiți următoarele caracteristici : căldura mamei, căldură fraternală și atmosferă pozitivă acasă, au fost asociate cu mai puține probleme emoționale și comportamentale (Bowes, Maughan, Caspi, Moffitt, Arseneault, 2010).

Studiul de față are două obiective principale. În primul rând, am investigat prevalența de a fi hărțuit în timp până ce cresc ca tineri adulți. În al doilea rând, am evaluat rolul pozitiv relevant din contextul familiei în relația dintre a fi hărțuit în timpul primilor 18 ani de viață și problemele de sănătate.

5.2. Metodologie

5.2.1. Participanți

Prezentul studiu a inclus 2088 de participanți (64.3% au fost de sex feminin și 35.7% au fost de sex masculin). Am ales un eșantion reprezentativ pentru elevii români. Vârsta medie a respondenților a fost de 24.51 ani ($SD = \pm 7.09$).

5.2.2. Instrumente

Chestionarele care au fost utilizate în acest studiu au fost Experiențele Adverse din Copilărie (ACE). Aceste chestionare au fost elaborate de către Centrul pentru Controlul și Prevenirea Bolilor (Atlanta) în 1997, (www.cdc.gov/nccdphp/ace) și include Chestionarul de Sănătate a Familiei și Chestionarul de Sănătate Fizică, atât în versiuni separate pentru bărbați și femei. În scopul acestui studiu, au fost incluse și urmărite următoarele dimensiuni : expunerea la experiențe adverse în copilărie, contextul pozitiv legat de familie, problemele de sănătate mentală și somatică.

Hărțuirea victimei

Întrebările legate de experiențe legate de hărțuire au fost precedate de următoarea introducere : *Iată câteva întrebări. Spunem că un elev ESTE HĂRȚUIT atunci când un alt elev, sau un grup de elevi, spun sau fac lucruri urâte și neplăcute pentru el sau ea. De asemenea, hărțuirea se întâmplă atunci când un student este tachinat în mod repetat într-un fel care lui sau ei nu îi place. Dar NU ESTE HĂRȚUIRE atunci când doi elevi de aproximativ aceeași putere se iau la ceartă sau luptă.* Hărțuirea a fost evaluată de către o întrebare prin care respondenții au avut de

raportat frecvența cu care aceștia au fost hărțuiți în școală și departe de școală în ultimele 2 luni. Categoriile de răspuns au fost : „Refuz să răspund”, „ Nu am fost ...”, „o dată”, „de câteva ori”, și „de mai multe ori”. Am inclus în analiza noastră toate răspunsurile care indicau o frecvență de cel puțin „o dată”. De asemenea, participanții au fost rugați să indice tipul de agresiune la care aceștia au fost supuși.

Contextul pozitiv relatat al familiei

Contextul pozitiv relatat al familiei (PFRC) a fost măsurat utilizând 7 itemi : *a fost cineva din familia ta :care a avut grijă de tine; care să meargă cu tine la doctor; care să te iubească; care te-a făcut să te simți important; membrii familiei tale te fac să simți că sunteți aproape unul de altul; membrii familiei tale au avut grijă unul de altul; familia ta a fost o sursă de putere și de sprijin.* Pentru a verifica dimensionalitatea singulara a scalei, am folosit o analiză factorială de confirmare, și indicii potrivesc calculului susținut de existența a unui singur factor. Un scor compozit a fost calculat prin însumarea scorului la fiecare din cei șapte itemi, scorul final variind de la 5 la 35.

Probleme de sănătate mentală și somatică

Scorul pentru problemele de sănătate mentală au fost generate prin adăugarea scorului la doi itemi : „ați avut depresie” și „ați avut probleme de somn”. Un scor compozit a fost calculat prin însumarea scorului la fiecare din cei șapte itemi, scorul final variind între 0 și 2.

Scorul pentru problemele de sănătate somatică au fost calculate prin adăugarea scorului din următorii itemi : constipație, hipertensiune arterială, dureri de spate, și probleme cu tractul urinar. Un scor compozit a fost calculat prin însumarea scorului la fiecare din cei șapte itemi, scorul final variind între 0 și 5.

5.2.5. Analiza Datelor

În scopul acestui studiu am folosit statistici descriptive univariate și bivariate. Pentru a verifica ipoteza studiului nostru, am testat un model de analiză. Toate procedurile și analizele statistice au fost efectuate folosind SPSS-IBM 20.

5.2.5. Rezultate

În general, 39.2% din participanți au raportat că au fost hărțuiți pe durata copilăriei lor (primii 18 ani de viață). Am identificat o diferență semnificativă între genuri ($p < 0.05$), participanții de sex masculin au raportat că aceștia au fost hărțuiți mai frecvent decât participanții de sex feminin (46.3% dintre bărbați vs. 35.5% dintre femei). Cele mai frecvente categorii de victimizare la care

participanții au fost expuși au fost : situații în care alte persoane au făcut haz din cauza modului în care arata (28.7% dintre femei vs. 7.8% dintre bărbați), situații în care au fost lăsați în afara activităților propuse (18.1% dintre bărbați și 20.7% dintre femei) sau situații în care au fost batjocoriti utilizând glume sexuale (13.8% dintre bărbați și 11.6% dintre femei). Femeile participante raportează semnificativ mai des decât bărbații participanți că s-a făcut haz pe seama felului în care arata.

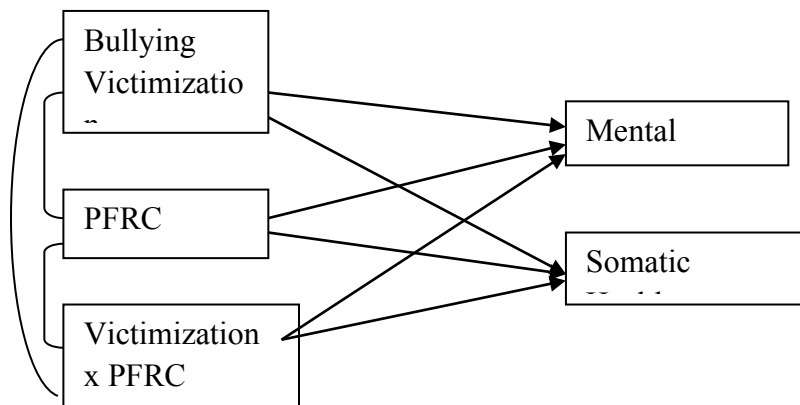


Figura 1. Modelul Propus

Pentru a verifica ipoteza noastră, am specificat un model analitic de direcție utilizând hărțuirea victimei, PFRC și Hărțuirea Victimei x PFRC ca variabile exogene (predictori) și sănătatea mentală și somatică ca variabile endogenă (criteriu). Rezultatul modelului a fost doar identificat, în consecință nu s-a găsit o potrivire cu vreun model global. Indicatorii de direcție sunt prezentați în Tabelul 1 (coeficienții nestandardizați).

Tabelul 10. Indicatorii statistici pentru modelul propus

	Estimate	S.E.	C.R.	P
Mental Health <--- Bullying Victimization	.175	.017	9.992	***
Somatic Health <--- Bullying Victimization	-.104	.028	-3.692	***
Mental Health <--- PFRC	.095	.018	5.402	***
Somatic Health <--- PFRC	-.108	.029	-3.786	***
Somatic Health <--- Bullying Victimization x PFRC	-.069	.027	2.603	.009
Mental Health <--- Bullying Victimization x PFRC	-.029	.016	-1.788	.074

O creștere cu o unitate a scorului hărțuirii victimei a fost semnificativ asociat cu .175 și cu o creștere a punctajelor de sănătate mentală ($p > .001$). De asemenea, o creștere cu o unitate a

scorurilor de victimizare este semnificativ asociată cu o scădere de -.104 din scorurile de sănătate somatică ($p > .001$). Am identificat o asociere semnificativă între PFRC și sănătatea mentală și somatică. Mai exact, o creștere cu o unitate pentru scorurile PFRC au fost asociate cu o creștere de .095 pentru scorurile de sănătate mentală ($p > .001$). O creștere cu o unitate pentru scorurile PFRC a fost asociată cu o scădere de .108 pentru scorurile de sănătate somatică ($p > .001$). Mai mult decât atât, interacțiunea dintre victimizare și PFRC a moderat doar relația dintre expunerea la victimizare și scorurile de sănătate somatică.

5.3. Concluzii

Acest studiu aduce informații noi despre prevalența victimizării retrospective pentru populația românilor elevi și rolul jucat de contextul pozitiv familial în relația dintre victimizare și consecințele asupra sănătății. Experiențierea victimizării în timpul primilor 18 ani de viață de tinerii adulți din România are o prevalență ridicată. Prevalența este mai mare decât cea identificată anterior într-un eșantion format din elevi romani (Cosma & Baban, 2013). Această diferență ar putea fi atribuită scalei de măsurare. În studiul de față, participanții au fost rugați să își amintească cât de des au fost victimele hărțuirii în primii 18 ani de viață, în timp ce celălalt studiu a avut o perioadă de timp strict : numai incidentele care au avut loc în ultimele două săptămâni. Această constatare vine în conformitate cu concluziile anterioare, care pun accentul pe efectele pe termen lung ale hărțuirii victimei (Wolke, Copeland, Angold, Costello, 2013). Mai mult decât atât, faptul că am identificat o relație negativă între a fi hartuit și problemele de sănătate somatică (o creștere a victimizării a fost asociată cu o scădere de probleme de sănătate somatică) ar putea fi cauzat de faptul că eșantionul nostru a fost format din tineri adulți care nu au avut încă probleme medicale grave.

Un aspect important relevat de cercetarea de față este că pentru copii care au fost hărțuiți experiențierea unui context familial pozitiv scade scorul pentru problemele de sănătate somatică. Astfel, în contextul unui mediu familial care promovează interacțiunea pozitivă și îngrijirea, problemele de sănătate somatică raportate pentru copii hărțuiți au fost mai mici. Tendința este similară pentru problemele de sănătate mentală, dar asocierea nu a fost semnificativă statistic. Studiile viitoare ar trebui să se concentreze pe analiza rolului factorilor familiali pozitivi în interacțiunea dintre tipurile diferite de victimizare (hărțuire socială, hărțuire fizică, cyberbullying) și rezultatele din domeniul sănătății.

CAPITOL 6

DISCUȚII GENERALE ȘI CONCLUZII

6.1. Prezentare sumară a rezultatelor

Studiul 1 și-a propus să investigheze prevalența implicării în comportamente de hărțuire școlară pe populație românească în urma a trei măsurători (2006, 2010 și 2014). Mai mult decât atât, ne-am propus să analizăm trendul global din 2006 până în 2014 privind elevii care hărțuiesc alți elevi, elevii care au fost supuși hărțuirii și elevii care au fost victime ale acestora și totodată să investigăm rolul pe care îl joacă contextual socio-demographic privind prevalența comportamentelor investigate. Global, prevalența implicării în comportamente de hărțuire a scăzut în cazul elevilor de vârstă școlară din România din 2006 până în 2014, dar o creștere semnificativă a fost înregistrată între 2006 și 2010. Pornind de la rezultatele obținute în cadrul studiului internațional HBSC, în 2006 și 2010 copiii de vârstă școlară din România au înregistrat o prevalență mai mare decât media obținută de către HBSC (Curie et al., 2008, Curie et al., 2012). Chiar dacă în literatura de specialitate observăm un trend descendent asociat cu înaintarea în vârstă (de când intră la școala generală până la adolescență), trend-ul observat în cazul elevilor din România este unul diferit. Cota maximă privind implicarea în comportamente de hărțuire este atinsă în jurul vârstei de 13 ani. Indiferent că analizăm trend-ul pentru victimele unei hărțuiri sau a elevului care hărțuiește alți elevi, trend-ul rămâne constant în toți cei trei ani (2006, 2010, 2014). Analiza de trend a studiului prezent arată un trend global în descreștere, din 2006 până în 2014 privind prevalența implicării în comportamente de hărțuire în cazul elevilor din România. Chiar dacă această diminuare poate fi interpretată ca un rezultat pozitiv cultural și social, valorile obținute de către elevi rămân foarte ridicate. De exemplu, 1 din 10 copii admite că a hărțuit alți colegi mai mult de două ori în ultimele luni de zile, proporția fiind și mai îngrijorătoare în cazul băieților (1 din 5 băieți). Pornind de la caracteristicile sistemului de învățământ românesc și evoluția implicării elevilor de vârstă școlară în România, un program de prevenire a acestor comportamente devine o necesitate. Aceste programe ar trebui să fie fundamentate pe datele obținute în cadrul ultimelor studii, ținându-se totodată cont de aspectele sociale și culturale ale societății românești.

Studiul 2A. a indicat faptul că victimizare este un factor de risc semnificativ pentru experiența problemelor de internalizare pentru elevii din școlile din România. Chiar dacă ne-am așteptat să găsim un efect de suport parental, efectul protectiv a venit abia atunci când am ținut cont de gen ca fiind un factor interactiv. Rezultatele noastre vin în aceeași direcție cu Stadler et al., (2010), unde suportul parental a fost protectiv înaintea inadapării în special pentru tinerele fete adolescente.

Studiul 2B s-a axat pe analiza rolului strategiilor cognitive de reglare emoțională ca moderatori în relația dintre victimizare și simptome de anxietate/depresie. Prima constatare consolidează

rezultatele anterioare care susțin asocierea pozitivă dintre victimizarea experimentată în timpul episoadelor de hărțuire și simptome de anxietate/depresie. Pe lângă acest efect direct al victimizării, strategii specifice de reglare emoțională cognitivă au adăugat varianță semnificativă în explicarea problemelor de anxietate/depresie. Predictorii semnificativi au fost doar acceptare și catastrofarea pentru probleme depresive și catastrofarea pentru simptome de anxietate. Pe de altă parte, copiii care nu folosesc refocalizarea pozitivă ca strategie de reglare emoțională când sunt confrunțați cu situații negative sunt mai predispuși la simptome depresive. Pe de altă parte, patru strategii de reglare emoțională cognitivă par să modereze relația dintre victimizare și probleme de anxietate. Utilizarea catastrofării consolidează efectul de victimizare în cazul anxietății, în timp ce reorientarea pozitivă reduce efectul de victimizare în cazul anxietății.

În studiul 2C am arătat faptul că problemele de internalizare prezic schimbări în victimizarea prin hărțuire, pe baza unui interval de șase luni între măsurătorile efectuate, pe când victimizarea prin hărțuire nu prezice schimbări în probleme de internalizare în intervalul sus-menționat. Aceste rezultate vin în sprijinul ideii că exprimarea internalizării problemelor crește probabilitatea de hărțuire din partea colegilor și se aliniază la rezultatele anterioare din studiile longitudinale (McLaughlin, Hatzenbuehler, & Hilt, 2009; Sweeting et al., 2006).

Studiul 3 și-a propus să investigheze prevalența hărțuirii electronice (la diferite nivele: frecvent și ocazional), și asocierea acesteia cu problemele somatice și de internalizare. Copii care sunt victimă atât a hărțuirii tradiționale cât și a cea electronică este asociată cu un risc ridicat de a resimți probleme de sănătate somatică și de internalizare. Acest rezultat a fost constant indiferent de gen și nivel de victimizare (frecvent sau ocazional), cu excepția fetelor care au resimțit probleme somatice, fiind expuse victimizării frecvente.

6.2. Limite și direcții viitoare de cercetare

Rezultatele prezentate în această teză trebuie să fie interpretate prin prisma unor limite generale ale studiilor derulate. În primul rând, aproape în exclusivitate datele se bazează un design de tip cross-sectiional, ceea ce face imposibilă trasarea unor relații cauzale între variabilele analizate. Am încercat să depășim această limită prin realizarea unui studiu longitudinal cu trei măsurători. O altă limită este reprezentată de faptul că datele în exclusivitate se bazează pe autoraportare ceea ce poate duce la o sub-raportare a unor incidente specifice de hărțuire și a dezirabilității sociale. Această limită poate să fie depășită prin faptul că toți participanții au completat chestionarele în mod anonim. Totodată studii viitoare vor trebui să introducă colectarea de date de la informanți multipli, mai ales când se urmărește evidențierea prevalenței episoadelor de hărțuire.

De cealaltă parte, studii viitoare pot introduce și o componentă calitativă care să vizeze explorarea și indentificarea modului în care elevii înțeleg și definesc hărțuirea. Totodată, studii calitative pot să exploreze strategii specifice de coping pe care copiii victimă le folosesc când

trebuie să facă față hărțuirii, pentru a înțelege astfel cum putem maximiza efectul acestor factori protectivi.

Nu în ultimul rând, studii viitoare pot să se focalizeze pe dezvoltarea de intervenții care să vizeze specific reducerea comportamentelor de hărțuire pornind de la factori de risc și protectivi investigați în această teză.

6.3. Contribuții ale acestei teze

Principalele contribuții aduse de către această teză sunt:

- Oferirea unei prezentări analitice și comprehensive cu privire la definirea conceptuală a comportamentelor de hărțuire; consecințele pe termen scurt și pe termen lung pe care aceste comportamente le au, precum și prezentarea principalelor abordări teoretice care pot fi folosite pentru a înțelege asocierea dintre expunerea la victimizare în episoadele de hărțuire și experiențierea de probleme de sănătate mintală (Capitol 1).
- Primul studiu din România și din Europa de Est care a investigat specific evoluția implicării elevilor în comportamente de hărțuire, precum și analiza principalilor determinanți socio-demografici (Studiu 1).
- Derularea unei analize de trend complexe folosind o baza de date mare pentru a evidenția evoluția implicării elevilor în comportamente de hărțuire (Studiu 1).
- Derularea unuia dintre puținele studii care au investigat interacțiunea dintre patru dimensiuni specifice ale suportului social cu genul și vârsta în relația dintre expunerea la victimizare și experiențierea de probleme de internalizare (Studiu 2A).
- Evidențierea rolului specific pe care strategiile cognitive de reglare emoțională îl au în relația dintre expunerea la victimizare și experiențierea de probleme de internalizare (Studiu 2B).
- Primul studiu care a analizat efectul moderator al genului și vârstei cu strategiile cognitive de reglare emoțională în relația dintre expunerea la victimizare și experiențierea de probleme de internalizare (Studiu 2B).
- Evidențierea faptului că problemele de internalizare pot constitui un factor de risc pentru victimizare ulterioară (Studiu 2C).
- Primul studiu realizat în România cu privire la prevalența victimizării mediate electronică și a gradului de suprapunere pe care aceasta o are cu victimizarea tradițională. (Studiu 3)
- Derularea unui set de prelucrări statistice complexe și de ultimă generație pentru a atinge obiectivele propuse.

References

- Achenbach TM (1991) *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 Profile*. Department of Psychiatry, University of Vermont, Burlington, VT
- Aiken, L., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. NewburyPark:Sage.
- American Educational Research Association. (2013). *Prevention of bullying in schools, colleges, and universities: Research report and recommendations*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Armstrong, M. I., Birnie-Lefcovitch, S., & Ungar, M. T. (2005). Pathways between social support, family well being, quality of parenting, and child resilience: what we know. *Journal of Child and Family Studies*, 14, 269-281.
- Arseneault L, Milne BJ, Taylor A, et al. (2008). Being bullied as an environmentally mediated contributing factor to children's internalizing problems: a study of twins discordant for victimization. *Arch Pediatr Adolesc Med*;162:145–50.
- Arseneault, L., Bowes, L., & Shakoor, S. (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: 'Much ado about nothing'?. *Psychological medicine*, 40(05), 717-729.
- Arseneault, L., Cannon, M., Fisher, H. L., Polanczyk, G., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2011). Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, 168(1), 65–72.
- Austin, S., & Joseph, S. (1996). Assessment of bully/victim problems in 8 to 11 year-olds. *British Journal of Educational Psychology*, 66(4), 447-456.
- Baban A, Cosma, A., Balazsi, R., Dinesh, S., & Olsavszky, V., (2013). *Survey of adverse childhood experiences among Romanian university students*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/187713/e96846.pdf, accessed 25 November 2013).
- Barchia, K., & Bussey, K. (2010). The psychological impact of peer victimization: Exploring social-cognitive mediators of depression. *Journal of adolescence*, 33(5), 615-623.
- 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.
- Baldry, A. C. (1998). Bullying among Italian middle school students. *School Psychology International*, 19, 361–374.
- Banks, T., & Zions, P. (2009). REBT used with children and adolescents who have emotional and behavioral disorders in educational settings: A review of the literature. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 27(1), 51-65.
- Barker, E. D., Arseneault, L., Brendgen, M., Fontaine, N., & Maughan, B. (2008). Joint development of bullying and victimization in adolescence: relations to delinquency and self-harm. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1030–1038.
- Beckman, L., Hagquist, C., & Hellström, L. (2013). Discrepant gender patterns for cyberbullying and traditional bullying—An analysis of Swedish adolescent data. *Computers in Human Behavior*, 29(5), 1896-1903.
- Besag, V. (2006). *Understanding girls' friendships, fights and feuds: a practical approach to girls' bullying*. McGraw-Hill International.
- Biebl, S. J., DiLalla, L. F., Davis, E. K., Lynch, K. A., & Shinn, S. O. (2011). Longitudinal associations among peer victimization and physical and mental health problems. *Journal of pediatric psychology*, jsr025.
- Bilsky, S. A., Cole, D. A., Dukewich, T. L., Martin, N. C., Sinclair, K. R., Tran, C. V., & Maxwell, M. A. (2013). Does supportive parenting mitigate the longitudinal effects of peer victimization on depressive thoughts and symptoms in children? *Journal of Abnormal Psychology*, 122,406–419.
- Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D., Kaufman, J., Dahl, R., et al. (1996). Children and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part 1 *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1427–1439.
- Book, A. S., Volk, A. A., & Hosker, A. (2012). Adolescent bullying and personality: An adaptive approach. *Personality and Individual Differences*, 52(2), 218-223.

- Boulton, M. J. (1993). Aggressive fighting in British middle school children. *Educational Studies, 19*(1), 19–39.
- Bouman, T., van der Meulen, M., Goossens, F. A., Olthof, T., Vermande, M. M., & Aleva, E. A. (2012). Peer and self-reports of victimization and bullying: Their differential association with internalizing problems and social adjustment. *Journal of school psychology, 50*(6), 759-774.
- Bowes L, Arseneault L, Maughan B, Taylor A, Caspi A, Moffitt TE. (2009) School, neighborhood, and family factors are associated with children's bullying involvement: a nationally representative longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 48*(5):545-553.
- Bradshaw, C. P., Sawyer, A. L., & O'Brennan, L. M. (2009). A social disorganization perspective on bullying-related attitudes and behaviors: The influence of school context. *American Journal of Community Psychology, 43*, 204–220.
- Branson, C. E., & Cornell, D. G. (2009). A comparison of self and peer reports in the assessment of middle school bullying. *Journal of Applied School Psychology, 25*, 5–27.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist, 32*, 513-531.
- Buhs ES, Ladd GW, Herald SL. (2006). Peer exclusion and victimization: processes that mediate the relation between peer group rejection and children's classroom engagement and achievement? *J. Educ. Psychol. 98*:1–13.
- Callaghan, M., Kelly, C., & Molcho, M. (2014). Exploring traditional and cyberbullying among Irish adolescents. *International journal of public health, 1*-8.
- Canty-Mitchell, J. & Zimet, G.D. (2000). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American Journal of Community Psychology, 28*, 391-400.
- Caravita, S. C. S., Di Blasio, P., & Salmivalli, C. (2009). Unique and interactive effects of empathy and social status on involvement in bullying. *Social Development, 18*, 140–163
- Cassidy, T., & Taylor, L. (2005). Coping and psychological distress as a function of the bully victim dichotomy in older children. *Social Psychology of Education, 8*(3), 249-262.
- Cheng ST, Chan ACM. The multidimensional scale of perceived social support: dimensionality and age and gender differences in adolescents. *Personality and Individual Differences 2004; 37*: pp. 1359–1369.
- Cheng, S., Cheung, K. C. C., & Cheung, C. (2008). Peer victimization and depression among Hong Kong adolescents. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 766–776.
- Chester, K., Callaghan, M., Cosma, A., Donnelly, P., Craig, W., Walsh, S., Molcho, M., (2015). Cross-national time trends in bullying victimisation among children aged 11, 13 and 15 from 2002 – 2010, *European Journal of Public Health, Supplement 2* (in press).
- Clarke, E., & M. Kiselica (1997). A Systemic Counseling Approach to the Problem of Bullying. *Elementary School Guidance and Counseling, 31*(4), 310-335.
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). *Social support, stress, and the buffering hypothesis: A theoretical analysis*. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (pp. 253–267). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310–357.
- Colarossi, L. G., & Eccles, J. S. (2003). Differential effects of support providers on adolescents' mental health. *Social Work Research, 27*, 19–30.
- Cook, C. R., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T. E., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: a meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly, 25*, 65 – 83.
- Cooley, J. L., Fite, P. J., Rubens, S. L., & Tunno, A. M. (2014). Peer Victimization, Depressive Symptoms, and Rule-Breaking Behavior in Adolescence: The Moderating Role of Peer Social Support. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 1*-11.
- Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychol Bull 127*:87–127.

- Connolly, J., Pepler, D., Craig, W., & Taradash, A. (2000). Dating experiences of bullies in early adolescence. *Child Maltreatment*, 5, 299–310.
- Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A., & Costello, E. J. (2013). Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA psychiatry*, 70(4), 419-426.
- Cornell, D. G., & Brockenbrough, K. (2004). Identification of bullies and victims: A comparison of methods. *Journal of School Violence*, 3(2-3), 63-87.
- Cosma, A., Baban, A., (2013). The associations between bullying behaviors and health outcomes among Romanian school children, *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, Volume XVII, Nr 4, 263-276.
- Cosma, A., Balazsi, R., Baban, A., (2015) Bullying involvement and the experience of negative emotional states in Romanian school children: the role of substance abuse, *Psicologia, Saude and Doenca*, 2/2015, dx.doi.org/10.15309/15psd160206.
- Cowie, H., & Jennifer, D. (2008). *New perspectives on bullying*. McGraw-Hill International.
- Craig, W. M. (1998). The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety, and aggression in primary school children. *Personality and Individual Differences*, 24, 123 – 130.
- Crump, KS; Hoel, DG; Langley, CH; Peto, R (1976). "Fundamental carcinogenic processes and their implications for low dose risk assessment". *Cancer Research* 36 (9 Part1): 2973–9.
- Cuevas, C. A., Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2009). Psychiatric diagnosis as a risk marker for victimization in a national sample of children. *Journal of interpersonal violence*, 24(4), 636-652.
- Cuevas, C. A., Finkelhor, D., Clifford, C., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2010). Psychological distress as a risk factor for re-victimization in children. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 235-243.
- Cullerton-Sen, C., & Crick, N. R. (2005). Understanding the effects of physical and relational victimization: The utility of multiple perspectives in predicting social-emotional adjustment. *School Psychology Review*, 34(2), 147.
- Currie, D., Gabhainn, S. N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Picket, W., ... & Barnekow, V. (2008). *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey* (Vol. 5). Copenhagen: World Health Organization.
- Currie, D., Zanotti, C., Morgan, A., Looze, M. D., Roberts, C., Samdal, O., ... & Barnekow, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- Davidson, L. M., & Demaray, M. K. (2007). Social support as a moderator between victimization and internalizing-externalizing distress from bullying. *School Psychology Review*, 36, 383–405.
- de Bruyn, E. H., Cillessen, A. H., & Wissink, I. B. (2010). Associations of peer acceptance and perceived popularity with bullying and victimization in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 30, 543–566.
- Desjardins, T. L., & Leadbeater, B. J. (2011). Relational victimization and depressive symptoms in adolescence: moderating effects of mother, father, and peer emotional support. *Journal of Youth and Adolescence*, 40,531–544.
- Demaray, M., & Malecki, C. (2003). Perceptions of the frequency and importance of social support by students classified as victims, bullies, and bully/victims in an urban middle school. *School Psychology Review*, 32, 471 – 489.
- Dawson, J. F. (2014). Moderation in management research: What, why, when and how. *Journal of Business and Psychology*, 29, 1-19.
- Demaray, M. K., Malecki, C. K., Davidson, L. M., Hodgson, K. K., & Rebus, P. J. (2005). The relationship between social support and student adjustment: A longitudinal analysis. *Psychology in the Schools*, 42(7), 691-706.
- Domagala-Zysk, E. (2006). The significance of adolescents' relationships with significant others and school failure. *School Psychology International*, 27,
- Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 343 – 363.

- Dunkel-Schetter, C., & Skokan, L. A. (1990). Determinants of social support provision in personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(4), 437-450.
- Due, P., Merlo, J., Harel-Fisch, Y., Damsgaard, M. T., soc, M. S., Holstein, B. E., ... & Lynch, J. (2009). Socioeconomic inequality in exposure to bullying during adolescence: a comparative, cross-sectional, multilevel study in 35 countries. *American Journal of Public Health*, 99(5), 907-914.
- Elgar, F. J., Craig, W., Boyce, W., Morgan, A., & Vella-Zarb, R. (2009). Income inequality and school bullying: multilevel study of adolescents in 37 countries. *Journal of Adolescent Health*, 45(4), 351-359.
- Ellis, A., & Bernard, M. E. (2006). *Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders: Theory, Practice and Research*. New York: Springer.
- Espelage, D. L., Gutsell, E. W., & Swearer, S. M. (Eds.). (2004). *Bullying in American schools: A social-ecological perspective on prevention and intervention*. Routledge.
- Espelage, D. L., & Swearer, S. M. (2010). A social-ecological model for bullying prevention and intervention. *Handbook of Bullying in Schools: An International Perspective*, ed. Shane R. Jimerson, Susan M. Swearer and Dorothy L. Espelage (New York: Routledge, 2010), 61-72.
- Farmer, T. W., Hamm, J. V., Leung, M.-C., Lambert, K., & Gravelle, M. (2011). Early adolescent peer ecologies in rural communities: Bullying in schools that do and do not have a transition during the middle grades. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 1106–1117.
- Farrington, D. P. (1993). Understanding and preventing bullying. In M. Tonry (Ed.), *Crime and justice*(pp. 381–458). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Fekkes, M., Pijpers, F. I. M., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2004). Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression. *Journal of Pediatrics*, 144, 17 – 22.
- Fekkes, M., Pijpers, F. I. M., & Verloove-Vanhorick, S.P. (2005). Bullying: Who does what, when and where? Involvement of children, teachers and parents in bullying behavior. *Health Education Research*, 20, 81 – 91.
- Flouri, E., & Buchanan, A. (2002). Life satisfaction in teenage boys: The moderating role of father involvement and bullying. *Aggressive Behavior*, 28, 126–133. doi:10.1002/ab.90014
- Furlong, M. J., Chung, A., Bates, M., & Morrison, R. L. (1995). Who are the victims of school violence? A comparison of student non-victims and multi-victims. *Education and Treatment of Children*, 18, 282–298.
- Garbarino, J. (2001). An ecological perspective on the effects on violence on children. *Journal of Community Psychology*, 29, 361–378.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30,1311-1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). *CERQ: Manual for the use of the cognitive Emotion Regulation Questionnaire: A questionnaire measuring cognitive coping strategies*. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC.
- Garnefski, N., Boon, S., & Kraaij, V. (2003). Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life event. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 401-408.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659-1669.
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & ten Cate, R. (2009). Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of adolescence*, 32(2), 449-454.
- Gini, G., & Pozzoli, T. (2009). Association between bullying and psychosomatic problems: A meta-analysis. *Pediatrics*, 123, 1059 – 1065.
- Gini G, Pozzoli T. (2013). Bullied children and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics*; 132 :720–9.

Gladden, R.M., Vivolo-Kantor, A.M., Hamburger, M.E., & Lumpkin, C.D. Bullying Surveillance Among Youths: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements, Version 1.0. Atlanta, GA; National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention and U.S. Department of Education; 2014.

Gladstone, G. L., Parker, G. B., & Malhi, G. S. (2006). Do bullied children become anxious and depressed adults? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(3), 201–208.

Glew GM, Fan MY, Katon W, Rivara FP, Kernic MA. Bullying, psychosocial adjustment, and academic performance in elementary school. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159(11):1026-1031.

Goodman R (1997) The strength and difficulties questionnaire: a research note. *J Child Psychology Psychiatry*. 38:581–586.

Gradinger, P., Strohmeier, D., & Spiel, C. (2009). Traditional bullying and cyberbullying. *Zeitschrift Für Psychologie/Journal of Psychology*, 217 (4), 205–213.

Gross JJ (2007). *Handbook of emotion regulation*. The Guilford Press, New York

Hamburger, M. E., Basile, K. C., & Vivolo, A. M. (Eds.). (2011). *Measuring bullying victimization, perpetration, and bystander experiences: A compendium of assessment tools*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention.

Hanish LD, Guerra NG (2002) A longitudinal analysis of patterns of adjustment following peer victimization. *Dev Psychopathol* 14:69–8913

Hawker, D. S. J., & 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 & Psychiatry & Allied Disciplines*, 41, 441 – 455.

Herman-Stahl, M., & Petersen, A. C. (1996). The protective role of coping and social resources for depressive feelings among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 733 – 753.

Hodges EVE, Perry DG. (1999). Personal and interpersonal antecedents and consequences of victimization by peers. *Journal of Personal. Social Psychology*. 76:677–85.

Holt, M. K., & Espelage, D. L. (2007). Perceived social support among bullies, victims, and bully-victims. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(8), 984-994.

Hong, J. S., & Garbarino, J. (2012). Risk and protective factors for homophobic bullying in schools: An application of the social-ecological framework. *Educational Psychology Review*, 24(2), 271-285.

Hourbe, B., Targuinio, C., Thuillier, I., & Hergott, E. (2006). Bullying among students and its consequences on health. *European Journal of Psychology of Education*, 21, 183–208.

House, J. S., Kahn, R. L., McLeod, J. D., & Williams, D. (1985). Measures and concepts of social support. pp.83-108 in *Social Support & Health* edited by S. Cohen & S.L. Syme. Orlando FL.: Academic Press.

Jackson, P. B. (1992). Specifying the buffering hypothesis: Support, strain and depression. *Social Psychology Quarterly*, 55, 363 – 378.

Jacobs, N. C., Dehue, F., Völlink, T., & Lechner, L. (2014). Determinants of adolescents' ineffective and improved coping with cyberbullying: A Delphi study. *Journal of adolescence*, 37(4), 373-385.

Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., & Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): confirmatory factor analyses and psychometric properties of the French translation. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 126-131.

Jormann, J., Dkane, M., & Gotlib, I. H. (2006). Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases. *Behavior Therapy*, 37, 269-280.

Jose, P.E. (2013). ModGraph-I: A programme to compute cell means for the graphical display of moderational analyses: The internet version, Version 3.0. Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand. Retrieved 15 January 2015 from <http://pavlov.psync.vuw.ac.nz/paul-jose/modgraph/>

- Jose, P. E., Kljakovic, M., Scheib, E., & Notter, O. (2012). The joint development of traditional bullying and victimization with cyber bullying and victimization in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 22(2), 301–309.
- Juvonen, J., Graham, S., & Schuster, M. A. (2003). Bullying among young adolescents: The strong, the weak and the troubled. *Pediatrics*, 112, 1231 – 1237.
- Juvonen, J., & Graham, S. (2013). Bullying in schools: The power of bullies and the plight of victims. *Annual Review of Psychology*, 65, 159–185.
- Kállay, É., & Visu-Petra, L. (2014). Indicators of cognitive and emotional functioning in first-year master students in conference interpreting: a focus on individual differences. *Cognitie, Creier, Comportament/Cognition, Brain, Behavior*, 18(3).
- Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., Rantanen, P., & Rimpela, A. (2000). Bullying at school: An indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence*, 23, 661 – 74.
- Kaniasty, K. & Norris, F. H. (1995). Mobilization and deterioration of social support following natural disasters. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 94-98.
- Kauffman, J. M. (2004). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth (7th ed.)*. New Jersey: Prentice Hall.
- Katz-Wise SL, Hyde JS. (2012). Victimization experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals: a meta-analysis. *J. Sex Res.* 49:142–67.
- Khoury-Kassabri, M., Benbenishty, R., Astor, R. A., & Zeira, A. (2004). The contributions of community, family, and school variables to student victimization. *American Journal of Community Psychology*, 34, 187–204.
- Kim, M. J., Catalano, R. F., Haggerty, K. P., & Abbott, R. D. (2011). Bullying at elementary school and problem behaviour in young adulthood: a study of bullying, violence and substance use from age 11 to age 21. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(2), 136–144.
- Klein, J., & Cornell, D. (2010). Is the link between large high schools and student victimization an illusion? *Journal of Educational Psychology*, 102, 933–946.
- Klomek, A. B., Sourander, A., Niemelä, S., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen, T., et al. (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: A populationbased birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(3), 254–261.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, R Lozano. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>, accessed 12 Januar 2015)
- Kochel KP, Ladd GW, Rudolph KD. (2012). Longitudinal associations among youth depressive symptoms, peer victimization, and low peer acceptance: an interpersonal process perspective. *Child Development* .83:637– 50.
- Kowalski, R. M., Giumetti, G. W., Schroeder, A. N., & Lattanner, M. R. (2014). Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychological Bulletin*, 140(4), 1073–1137.
- Kubiszewski, V., Fontaine, R., Potard, C., & Auzoult, L. (2015). Does cyberbullying overlap with school bullying when taking modality of involvement into account?. *Computers in Human Behavior*, 43, 49-57.
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Henttonen, I., Almqvist, F., Kresanov, K., Linna, S. L., ... & Tamminen, T. (1998). Bullying and psychiatric symptoms among elementary school-age children. *Child abuse & neglect*, 22(7), 705-717.
- Land, D. (2003). Teasing apart secondary students' conceptualizations of peer teasing, bullying and sexual harassment. *School Psychology International*, 24(2), 147-165. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0143034303024002002>
- Legerstee, J. S., Garnefski, N., Jellesma, F. C., Verhulst, F. C., & Utens, E. M. (2010). Cognitive coping and childhood anxiety disorders. *European child & adolescent psychiatry*, 19(2), 143-150.
- Lemstra ME, Nielsen G, Rogers MR, Thompson AT, Moraros JS. (2012). Risk indicators and outcomes associated with bullying in youth aged 9-15 years. *Can J Public Health.*;103(1):9-13.

- Li, Q. (2007). New bottle but old wine: A research of cyberbullying in schools. *Computers in Human Behavior*, 23(4), 1777–1791
- Lim, C. S., Graziano, P. A., Janicke, D. M., Gray, W. N., Ingerski, L. M., & Silverstein, J. H. (2011). Peer victimization and depressive symptoms in obese youth: the role of perceived social support. *Children's Health Care*, 40, 1–15.
- Levin, K. A., Torsheim, T., Volleberg, W., Richter, M., Davies, C. A., Schnohr, C. W., Due, P., & Currie, C. (2012). National income and income inequality, family affluence and life satisfaction among 13 year old boys and girls: A multilevel study in 35 countries. *Social Indicators Research*. 104(2), 179-194.
- Livingstone, S., and Haddon, L. (2009) *EU Kids Online: Final Report*. Deliverable D6.5 for the EC Safer Internet plus programme. London: EU Kids Online, accessed 01/02/2015, <http://eprints.lse.ac.uk/24372/>.
- Livingstone, S., Haddon, L., & Ólafsson, K. (2011). EU kids online: Final report
- Liu, J., & Graves, N. (2011). Childhood bullying: A review of constructs, concepts, and nursing implications. *Public Health Nursing*, 28(6), 556-568.
- Lopez, E. J. & Salas, L. (2006). Assessing social support in Mexican American high school students: a validity study. *Journal of Hispanic Higher Education*, 5, 97-106.
- Lorenz, K. (1969) *On Aggression*. London: University Paperback, Methuen.
- Ledwell, M., & King, V. (2013). Bullying and Internalizing Problems Gender Differences and the Buffering Role of Parental Communication. *Journal of Family Issue*.
- Malecki, C. K., Demaray, M. K., & Elliott, S. N. (2000). *The child and adolescent social support scale*. DeKalb, IL: Northern Illinois University.
- Mercy, J. A., Rosenberg, M. L., Powell, K. E., Broome, C. V., & Roper, W. L. (1993). Public health policy for preventing violence. *Health Affairs*, 12(4), 7-29.
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., & Hilt, L. M. (2009). Emotion dysregulation as a mechanism linking peer victimization to internalizing symptoms in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 894.
- McVie, S (2014). 'The Impact of Bullying Perpetration and Victimization on Later Violence and Psychological Distress: A Study of Resilience amongst a Scottish Youth Cohort'. *Journal of School Violence*, vol 13, no. 1, pp. 1-39.,
- Menesini, E., & Smith, P. K. (2003). Parents' definition of children's bullying in a five-country comparison. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 34, 417–432.
- Mishna, F., Cook, C., Gadalla, T., Daciuk, J., & Solomon, S. (2010). Cyber bullying behaviors among middle and high school students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(3), 362–374.
- Molcho, M., Craig, W., Due, P., Pickett, W., Harel-Fisch, Y., & Overpeck, M. (2009). Cross-national time trends in bullying behaviour 1994–2006: findings from Europe and North America. *International Journal of Public Health*, 54(2), 225-234.
- Muscanell, N. L., & Guadagno, R. E. (2012). Make new friends or keep the old: Gender and personality differences in social networking use. *Computers in Human Behavior*, 28, 107–112
- Nadeem E, Graham S. 2005. Early puberty, peer victimization, and internalizing symptoms in ethnic minority adolescents. *J. Early Adolesc.* 25:197–222,
- Nakamoto, J., & Schwartz, D. (2010). Is peer victimization associated with academic achievement? A meta-analytic review. *Social Development*, 19(2), 221–242.
- Nansel, T. R., Craig, W., Overpeck, M. D., Saluja, G., & Ruan, W. (2004). Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(8), 730.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115–121.

- Olweus, D. (1993). *Bullying at school – what we know and what we can do*. Cambridge, MA: Blackwell.
- Olweus, D. (1999). Norway. In P. K. Smith, Y. Morita, J. Junger-Tas, D. Olweus, R. Catalano, & P. Slee (Eds.), *The nature of school bullying: A cross-national perspective* (pp. 7–27). London: Routledge.
- Olweus Bullying Questionnaire (2009). Olweus bullying questionnaire script. Hazelden Foundation (Retrieved from <http://www.sisd.net/cms/lib/TX01001452/Centricity/Domain/56/Teacher%20Script%20for%20Olweus%20Questionnaire.pdf>).
- Olweus, D., Jimerson, S., Swearer, S., & Espelage, D. (2010). Understanding and researching bullying. *Handbook of bullying in schools*, 9-34.
- Olweus, D. (2011). Bullying at school and later criminality: Findings from three Swedish community samples of males. *Criminal Behavior and Mental Health*, 21,151–156.
- Olweus, D. (2012). Cyberbullying: an overrated phenomenon? *European Journal of Developmental Psychology*, 9, 520–538.
- Rigby, K., & Slee, P.T. (1999). Suicidal ideation among adolescent school children, involvement in bully/victim problems and perceived low social support, *Suicide and Life-threatening Behavior*, 29, pp 119-130.
- Rigby, K. (2000). Effects of peer victimisation in schools and perceived social support on adolescent well-being. *Journal of Adolescence*, 23(1), 57–68.
- Rigby, K. and P.K. Smith, Is school bullying really on the rise? *Social Psychology of Education*, 2011. 14(4): p. 441- 456.
- Paquette JA, Underwood MK (1999) Gender differences in young adolescents' experiences of peer victimization: social and physical aggression. *Merrill Palmer Q* 45:242–266
- Paul JJ, Cillessen AHN (2003) Dynamics of peer-victimization in early adolescence: results from a four-year longitudinal study. *J Appl Psychol* 19:25–43
- Pearce MJ, Boergers J, Prinstein MJ. (2002). Adolescent obesity, overt and relational peer victimization, and romantic relationships. *Obesity* 10:386–93.
- Pellegrini, D. (2002). Affiliative and aggressive dimensions of dominance and possible functions during early adolescence. *Aggression and Violent Behavior*, 7,21–31.
- Pellegrini, A. D., & Long, J. D. (2002). A longitudinal study of bullying, dominance, and victimization during the transition from primary school through secondary school. *British journal of developmental psychology*, 20(2), 259-280.
- Pepler, D. J., & Craig, W. M. (1995). A peek behind the fence: Naturalistic observations of aggressive children with remote audiovisual recording. *Developmental Psychology*, 31(4), 548.
- Pepler, D. J., Craig, W. M., & Roberts, W. L. (1998). Observations of aggressive and nonaggressive children on the school playground. *Merrill-Palmer Quarterly*, 44(1), 55–76.
- Pouwelse, M., Bolman, C., Lodewijkx, H., & Spaa, M. (2011). Gender differences and social support: Mediators or moderators between peer victimization and depressive feelings?. *Psychology in the Schools*, 48(8), 800-814.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior research methods*, 40(3), 879-891.
- Pujazon-Zazik, M., & Park, M. J. (2010). To tweet, or not to tweet: Gender differences and potential positive and negative health outcomes of adolescents' social internet use. *American Journal of Men's Health*, 4(1), 77–85.
- 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 & neglect*, 34(4), 244-252.
- Reynolds BM, Juvonen J. (2010). The role of early maturation, perceived popularity, and rumors in the emergence of internalizing symptoms among adolescent girls. *J. Youth Adolesc*.40:1407–22.
- Rigby, K. (2002). *New perspectives on bullying*. Jessica Kingsley Publishers.
- Roland, E. (2002). Bullying, depressive feelings and suicidal thoughts. *Educational Research*, 44, 55 – 67.

- Roland E, Idsoe T. (2001). Aggression and Bullying. *Aggressive Behavior*, 27:446–462.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1–12.
- Saarento, S., Garandeanu, C. F., & Salmivalli, C. (2014). Classroom- and School-Level Contributions to Bullying and Victimization: A Review. *Journal of Community & Applied Social Psychology*.
- Saarento, S., Kärnä, A., Hodges, E. V. E., & Salmivalli, C. (2013). Student-, classroom-, and schoollevel risk factors for victimization. *Journal of School Psychology*, 51, 421–434.
- Salin, D. (2003). Ways of explaining workplace bullying: A review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment. *Human relations*, 56(10), 1213–1232.
- Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Björkqvist, K., Österman, K., & Kaukiainen, A. (1996) Bullying as a group process: participant roles and their relations to social status within the group. *Aggressive Behavior*, 22,1–15.
- Salmivalli, C. (2002). Is there an age decline in victimization by peers at school?. *Educational Research*, 44(3), 269–277.
- Salmivalli, C. (2010). Bullying and the peer group: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 112–120.
- Sapouna, M. & Wolke, D. (2013). Resilience to bullying victimization: The role of individual, family and peer characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 37, 997–1006.
- Schuster, B. (1997). Aussenseiter in der schule: Prävalenz von viktimisierung und zusammenhang mit sozialem status. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 28, 251–264.
- Schwartz, D., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1997). The early socialization of aggressive victims of bullying. *Child Development*, 68(4), 665–675.
- Sharp, S. (1995). How much does bullying hurt? The effects of bullying on the personal well-being and educational progress of secondary-aged students. *Educational and Child Psychology*, 12, 81.
- Schmidt, M. E., & Bagwell, C. L. (2007). The protective role of friendships in overtly and relationally victimized boys and girls. *MerrillPalmer Quarterly*, 53,439–460.
- Sentenac M, Gavin A, Gabhanin SN, et al. (2012). Peer victimization and subjective health among students reporting disability or chronic illness in 11 Western countries. *Eur J Public Health*; 23:421–6.
- Shetgiri, R., Espelage, D. L., & Carroll, L. (2015). Bullying Trends, Correlates, Consequences, and Characteristics. In *Practical Strategies for Clinical Management of Bullying* (pp. 3–11). Springer International Publishing.
- Sikora, P., Moore, S., Greenberg, E., & Grunberg, L. (2008). Downsizing and alcohol use: A cross-lagged longitudinal examination of the spillover hypothesis. *Work & Stress*, 22(1), 51–68.
- Skinner EA, Zimmer-Gembeck MJ (2007). The development of coping. *Annu Rev Psychol* 58:119–144.
- Slonje, R., & Smith, P. K. (2008). Cyberbullying: Another main type of bullying? *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(2), 147–154.
- Smith, P. K., Morita, Y., Junger-Tas, J., Olweus, D., Catalano, R., & Slee, P. (1999). *The nature of school bullying: A cross-national perspective*. London: Routledge.
- Smith, P. K., Madsen, K. C., & Moody, J. C. (1999). What causes the age decline in reports of being bullied at school? Towards a developmental analysis of risks of being bullied. *Educational Research*, 41, 267–285.
- Smith, P. K. (2014). *Understanding school bullying: Its nature and prevention strategies*. SAGE.
- Smith PK, Talamelli L, Cowie H, Naylor P, Chauhan P (2004) Profiles of non-victims, escaped victims, continuing victims and new victims of school bullying. *Br J Educ Psychol* 74:565–581.
- Son E, Parish SL, Peterson NA. 2012. National prevalence of peer victimization among young children with disabilities in the United States. *Child. Youth Serv. Rev.*34:1540–45.

- Sourander, A., Klomek, A. B., Ikonen, M., Lindroos, J., Luntamo, T., Koskelainen, M.,... Henenius, H. (2010). Psychosocial risk factors associated with cyberbullying among adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 67, 720–728.
- Srabstein, J. C., & Leventhal, B. L. (2010). Prevention of bullying-related morbidity and mortality: a call for public health policies. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(6), 403-404.
- Swearer, S.M., A.B. Siebecker, L.A. Johnsen-Frerichs, and C. Wang (2010). Assessment of bullying/victimization: the problem of comparability across studies and across methodologies. In: S. Jimmerson, S. Swearer, and D.L. Espelage (Eds.), *Handbook of Bullying in Schools: An International Perspective*(pp. 305-327). New York: Taylor & Francis.
- Swearer Napolitano, Susan M.; Collins, Adam; Haye Radliff, Kisha; and Wang, Cixin, "Internalizing Problems in Students Involved in Bullying and Victimization [Chapter 5]" (2011). *Educational Psychology Papers and Publications*. Paper 139. <http://digitalcommons.unl.edu/edpsychpapers/139>.
- Sweeting, H., Young, R., West, P., & Der, G. (2006). Peer victimization and depression in early–mid adolescence: A longitudinal study. *British journal of educational psychology*, 76(3), 577-594.
- Takizawa, R., Maughan, B., & Arseneault, L. (2014). Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *American journal of psychiatry*. Jul;171(7):777-84. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13101401.
- Tanigawa, D., Furlong, M. J., Felix, E. D., & Sharkey, J. D. (2011). The protective role of perceived social support against the manifestation of depressive symptoms in peer victims. *Journal of School Violence*, 10(4), 393-412.
- Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3, 269-307.
- Thomsen, D. K. (2006). The association between rumination and negative affect: a review. *Cognition and Emotion*, 20, 1216–1235
- Torsheim, T., & Wold, B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: A general population study. *Journal of Adolescent Research*, 16, 293–303
- Torsheim T, Wold B & Samdal O. (2000) The Teacher and Classmate Support scale - Factor structure, test-retest reliability and validity in samples of 13-and 15-year-old adolescents. *School Psychology International*; 21(2): pp. 195-212.
- Torsheim T, Samdal O, Rasmussen M, Freeman J, Griebler R & Dur W. (2010) Cross-National Measurement Invariance of the Teacher and Classmate Support Scale. *Social Indicator Research*; 105(1): pp. 145-60.
- Tran, C. V., Cole, D. A., & Weiss, B. (2012). Testing reciprocal longitudinal relations between peer victimization and depressive symptoms in young adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(3), 353-360.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). Child mental health problems as risk factors for victimization. *Child maltreatment*, 15(2), 132-143.
- Ttofi, M. M., & Farrington, D. P. (2011). Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: A systematic and meta-analytic review. *Journal of Experimental Criminology*, 7(1), 27-56.
- Ttofi, M. M., Farrington, D. P., Lösel, F., & Loeber, R. (2011b). Do the victims of school bullying tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 3(2), 63–73.
- Vaillancourt, T., McDougall, P., Hymel, S., Krygsman, A., Miller, J., Stiver, K., & Davis, C. (2008). Bullying: Are researchers and children/youth talking about the same thing? *International Journal of Behavioral Development*, 32(6), 486-495. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0165025408095553>
- Vervoort, M. H. M., Scholte, R. H. J., & Overbeek, G. (2010). Bullying and victimization among adolescents: The role of ethnicity and ethnic composition of school class. *Journal of Youth and Adolescence*, 39,1–11.
- Vessey, J., Strout, T. D., DiFazio, R. L., & Walker, A. (2014). Measuring the youth bullying experience: a systematic review of the psychometric properties of available instruments. *Journal of school health*, 84(12), 819-843.
- Vieno, A., Gini, G., Lenzi, M., Pozzoli, T., Canale, N., & Santinello, M. (2014). Cybervictimization and somatic and psychological symptoms among Italian middle school students. *The European Journal of Public Health*, cku191.

Vivolo-Kantor, A. M., Martell, B. N., Holland, K. M., & Westby, R. (2014). A systematic review and content analysis of bullying and cyber-bullying measurement strategies. *Aggression and violent behavior, 19*(4), 423-434.

Vreeman, R. C., & Carroll, A. E. (2007). A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 161*(1), 78.

Veenstra, R., Lindenberg, S., Oldehinkel, A. J., Winter, A. F. de, Verhulst, F. C., & Ormel, J. (2005). Bullying and victimization in elementary schools: a comparison of bullies, bully/victims, and uninvolved preadolescents. *Developmental Psychology, 41*, 672 – 682.

Wang J, Iannotti RJ, Nansel TR. School bullying among adolescents in the United States: physical, verbal, relational, and cyber. *Journal of Adolescent Health, 2009, 45*(4):368–375.

World Health Organization. (2014). Global status report on violence prevention 2014. Geneva (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/ accessed 04/02/2015)

Williams, K. R., & Guerra, N. G. (2007). Prevalence and predictors of Internet bullying. *Journal of Adolescent Health, 41*(6, Suppl.), S14–S21.

Wolke D, Woods S, Bloomfield L, et al. (2001). Bullying involvement in primary school and common health problems. *Arch Dis Child, 85*: 197–201.

Wolke, D., Copeland, W. E., Angold, A., & Costello, E. J. (2013). Impact of bullying in childhood on adult health, wealth, crime, and social outcomes. *Psychological science, 24*(10), 1958-1970.

Ybarra, M. L., Espelage, D. L., & Mitchell, K. J. (2007). The co-occurrence of Internet harassment and unwanted sexual solicitation victimization and perpetration: Associations with psychosocial indicators. *Journal of Adolescent Health, 41*(6), S31–S41.

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52*, 30-41.

Zwierzynska, K., Wolke, D., & Lereya, T. S. (2013). Peer victimization in childhood and internalizing problems in adolescence: a prospective longitudinal study. *Journal of abnormal child psychology, 41*(2), 309-323.

www.edu.ro/index.php?module=uploads&func. Anexa la OMECT nr. 1409/29.06.2007 (retrieved at 2 February 2015)

<http://www.jeremydawson.co.uk/slopes.htm> (accessed at 10 January 2015)