



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della  
Socializzazione**

**Corso di Laurea Magistrale in  
Psicologia Clinica dello Sviluppo**

**Tesi di Laurea Magistrale**

**Vittimizzazione tra pari, sintomi depressivi e  
autostima in adolescenza**

**Peer Victimization, Depressive Symptoms and Self-Esteem in  
Adolescence**

*Relatrice*

**Prof.ssa Tiziana Pozzoli**

***Laureanda: Maddalena Tonina***

***Matricola: 2016869***

**Anno Accademico 2021/2022**

# INDICE

<b>1. LA VITTIMIZZAZIONE TRA PARI .....</b>	<b>3</b>
1) IL BULLISMO E LA VITTIMIZZAZIONE TRA PARI.....	3
2) FATTORI DI RISCHIO E DI PROTEZIONE PER LA VITTIMIZZAZIONE TRA PARI.....	8
3) LE CONSEGUENZE A BREVE E LUNGO TERMINE DELLA VITTIMIZZAZIONE TRA PARI.....	14
4) POSSIBILI MEDIATORI DELLA RELAZIONE TRA LA VITTIMIZZAZIONE TRA PARI E LE SUE CONSEGUENZE.....	16
<b>2. LA DEPRESSIONE .....</b>	<b>20</b>
1) INQUADRAMENTO GENERALE DELLA DEPRESSIONE .....	20
2) LA DEPRESSIONE IN ADOLESCENZA .....	23
3) LA RELAZIONE TRA LA VITTIMIZZAZIONE TRA PARI E LA DEPRESSIONE ....	25
4) IL MODELLO DI RISCHIO INTERPERSONALE .....	26
5) IL MODELLO SYMPTOMS-DRIVEN .....	29
6) IL MODELLO TRANSAZIONALE .....	33
<b>3. L'AUTOSTIMA .....</b>	<b>38</b>
1) INQUADRAMENTO GENERALE DELL'AUTOSTIMA .....	38
2) L'AUTOSTIMA ESPLICITA E L'AUTOSTIMA IMPLICITA .....	39
3) L'AUTOSTIMA IN ADOLESCENZA .....	41
4) LA RELAZIONE TRA LA VITTIMIZZAZIONE TRA PARI E L'AUTOSTIMA .....	43
5) LA RELAZIONE TRA L'AUTOSTIMA E LA DEPRESSIONE .....	48
6) LA RELAZIONE TRA LA VITTIMIZZAZIONE TRA PARI, LA DEPRESSIONE E L'AUTOSTIMA .....	57
<b>4. METODI E RISULTATI.....</b>	<b>61</b>
1) DOMANDE DI RICERCA E IPOTESI .....	61
2) PARTECIPANTI E PROCEDURE .....	62
3) MISURE .....	63
4) RISULTATI.....	64

STATISTICHE DESCRITTIVE E DIFFERENZE DI GENERE .....	64
CORRELAZIONI BIVARIATE .....	65
MODELLI DI MEDIAZIONE .....	67
<b>5. CONCLUSIONI .....</b>	<b>71</b>
1) DISCUSSIONE.....	71
2) IMPLICAZIONI .....	74
3) PUNTI DI FORZA, LIMITI E PROSPETTIVE FUTURE .....	78
<b>RINGRAZIAMENTI .....</b>	<b>81</b>
<b>INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE .....</b>	<b>82</b>
<b>APPENDICI.....</b>	<b>98</b>

# 1. LA VITTIMIZZAZIONE TRA PARI

## 1) IL BULLISMO E LA VITTIMIZZAZIONE TRA PARI

Il bullismo è definito come una forma di aggressione in cui uno o più individui intendono danneggiare o arrecare disagio a un altro individuo che viene percepito come incapace di difendersi (Glew, Rivara & Feudtner, 2000). Il bullismo è spesso utilizzato dall'aggressore per stabilire e/o mantenere la propria posizione di dominanza e il proprio status. Inoltre è contraddistinto da un'intensa intimidazione da parte del bullo che crea uno stato di umiliazione, paura e abuso nella vittima (Roberts, 2000).

Il bullismo può essere considerato la forma più frequente di violenza giovanile e può degenerare in gravi forme di comportamento antisociale. Uno studio di Brockenbrough, Cornell e Loper (2002) ha infatti dimostrato che preadolescenti e adolescenti statunitensi che attuano comportamenti di bullismo presentano maggiori comportamenti delinquenti, come abusare di alcol, partecipare a lotte fisiche e portare armi a scuola. La maggior parte degli episodi di bullismo si verifica a scuola o nelle vicinanze di questa, il cortile e i corridoi sono due dei luoghi più comuni in cui si realizzano gli atti di bullismo (Beale, 2001). Solitamente, infatti, gli episodi di bullismo si verificano nei luoghi in cui la supervisione degli adulti, come gli insegnanti, è minima. Questo è particolarmente rilevante in adolescenza, in quanto nelle scuole secondarie solitamente è presente una minore sorveglianza da parte degli insegnanti in luoghi come corridoi, mense e aree di ricreazione, in concordanza con il fatto che ci si aspetta che gli studenti siano sempre più responsabili del loro comportamento. Inoltre, le scuole secondarie spesso offrono anche una maggiore varietà di attività extracurricolari, rispetto alle scuole elementari, che possono diventare terreno fertile per l'insorgere di episodi di bullismo (Troop-Gordon, 2017).

In generale i ricercatori identificano quattro tipi di bullismo (Beale, 2001).

Ben noti nelle scuole i bambini e adolescenti che attuano un bullismo di tipo fisico sono orientati all'azione e usano comportamenti come colpire e prendere a calci. Questo è il tipo meno sofisticato di bullismo a causa della facilità con cui è possibile identificare questi bulli. I bulli che usano azioni fisiche sono più comunemente di genere maschile.

Col tempo, solitamente, i bulli fisici diventano sempre più aggressivi e possono continuare ad attuare comportamenti di bullismo anche in età adulta.

Il bullismo verbale consiste nel ferire le vittime attraverso l'uso delle parole. Questa forma di prevaricazione in genere si sviluppa rapidamente, il che la rende difficile da individuare e fermare attraverso la programmazione di interventi. Anche se non causa cicatrici visibili il bullismo di tipo verbale può avere effetti devastanti.

Il terzo tipo è quello relazionale. I bulli che utilizzano questa forma di bullismo convincono i loro coetanei a escludere da un gruppo sociale certi bambini o adolescenti. Questo tipo di bullismo avviene più spesso nel genere femminile e può portare a sentimenti di rifiuto, che è particolarmente rilevante se avviene in un momento in cui l'accettazione sociale è critica, come in adolescenza.

Il quarto tipo di bullismo è quello reattivo, che può essere il più difficile da identificare. Questi bulli tendono a essere impulsivi, provocando gli altri a combattere con loro. I bulli reattivi inizialmente reagiscono all'attacco, ma poi rivendicano l'autodifesa (Crick & Grotpeter, 1995).

Esiste, inoltre, un altro tipo di bullismo, ovvero il cyberbullismo. Il cyberbullismo è una forma emergente di bullismo ed è definito come un danno inflitto minacciando, molestando, deridendo o intimidendo un coetaneo utilizzando un mezzo elettronico, come un computer o un cellulare. Il cyberbullismo è caratterizzato dalla presenza di un comportamento aggressivo, con l'intento di nuocere, è una forma di bullismo particolarmente insidiosa in quanto può verificarsi in diversi contesti, è difficile da rilevare e verificare e può raggiungere rapidamente un vasto pubblico, è, inoltre, facilmente accessibile, dal momento in cui l'80% degli adolescenti ha accesso alla tecnologia dei media (Shetgiri, 2013).

La letteratura mostra che il bullismo di tipo fisico e il cyberbullismo raggiungono il picco nella scuola media, per poi diminuire, mentre quello verbale può continuare ad aumentare per tutta la durata della scuola superiore. Relativamente al bullismo relazionale gli studi mostrano che aumenta nel corso dell'adolescenza. Infatti, anche se l'aggressione relazionale può essere presente già negli anni precedenti, il maggiore sviluppo delle funzioni esecutive e delle abilità mentali come la pianificazione,

l'inibizione, la presa di prospettiva altrui, la teoria della mente, e il maggiore sviluppo delle abilità linguistiche possono contribuire a un maggior uso del bullismo relazionale nell'adolescenza. Inoltre, in quanto l'aggressione relazionale è spesso difficilmente identificabile e mirata a colpire lo status della vittima, risulta particolarmente adatta per ottenere popolarità, caratteristica molto ricercata in adolescenza.

In sintesi, quindi, è importante ricordare che in adolescenza il bullismo relazionale aumenta esponenzialmente e che gli adolescenti vittimizzati sperimentano un'aggressione principalmente mirata a inficiare la loro capacità di formare legami sociali di supporto e ad abbassare il loro status sociale (Troop-Gordon, 2017).

La vittimizzazione tra pari è definita come abuso fisico, verbale o psicologico, che avviene in una relazione tra coetanei, spesso bambini o adolescenti, caratterizzata da uno squilibrio di potere, in cui la vittima è meno potente dell'aggressore. Per parlare di vittimizzazione è necessaria questa condizione di squilibrio di potere, reale o percepito, in quanto gli effetti di essere ripetutamente attaccati o minacciati da una persona o un gruppo di persone più potenti sono differenti dagli effetti dell'essere attaccati o minacciati da qualcuno di pari potere. La differenza di potere può essere psicologica/sociale, dovuta alla dimensione fisica o ad altri fattori e rende difficile alla vittima di bullismo difendersi. Un'altra caratteristica che distingue la vittimizzazione tra pari dal semplice conflitto tra coetanei è l'intenzione da parte dell'aggressore di causare danno alla vittima. Un'ultima caratteristica è rappresentata dalla ripetitività, infatti per poter parlare di vittimizzazione relativamente al bullismo è necessario che le condotte di bullismo nei confronti della vittima siano continuative e ripetute nel tempo (Olweus, 1993).

Per quanto riguarda la vittimizzazione tra pari si possono fare alcune distinzioni. In primo luogo si può distinguere l'essere vittima di un singolo individuo e l'essere vittima di un gruppo di individui. In secondo luogo la vittima può essere oggetto di bullismo in quanto appartenente a un gruppo contro il quale il bullo o i bulli hanno dei pregiudizi oppure può essere vittimizzata a causa di una qualità personale (Rigby, 2003).

Relativamente alle caratteristiche delle vittime di bullismo è importante mettere in luce che spesso risultano essere più piccole di statura, maggiormente insicure e sensibili

rispetto ai bulli. Le vittime di bullismo, oltre a quanto già detto, risultano avere anche maggiori difficoltà nel fare amicizia e tendono a relazionarsi più facilmente con gli adulti, come genitori e insegnanti, invece che con i coetanei. In aggiunta presentano spesso scarse capacità comunicative, assertive e di problem solving. Quando vengono attaccate, molte vittime, specialmente i bambini, tendono infatti a reagire piangendo o ritirandosi e isolandosi (Smokowski & Kopasz, 2005).

Oltre a bulli e vittime esiste, inoltre, la categoria dei bulli-vittima, ossia coloro che pur subendo le prepotenze dei compagni mostrano uno stile di interazione di tipo reattivo e aggressivo. Possono essere sia soggetti fautori di irritazioni verso chi li circonda e provocatori di azioni negative, sia vittime che passano dalla vittimizzazione a comportamenti di bullismo per un determinato periodo di tempo (Shetgiri, 2013).

La vittimizzazione in adolescenza presenta alcune peculiarità. Coloro che sono bersaglio di bullismo in adolescenza sono, infatti, spesso aggrediti da coetanei popolari, che non significa siano individui aggressivi benvenuti dai compagni. È necessario, infatti, distinguere l'accettazione da parte dei pari e la popolarità. La prima riflette l'essere graditi dai membri del gruppo dei pari ed è associata negativamente all'aggressività. La seconda è una forma di status sociale che indica una posizione di leadership, influenza e rispetto, gli adolescenti popolari possono non essere benvenuti dalla maggioranza dei coetanei ma essere ricercati spesso per il fatto che possiedono dei tratti desiderabili (Cillessen & Rose, 2005). A partire dalla prima adolescenza, l'aggressività promuove, piuttosto che ostacolare, la popolarità. Di conseguenza gli adolescenti vittime possono essere bersaglio di aggressioni da parte di coetanei che ammirano, rispettano e con i quali desiderano relazionarsi (Troop-Gordon, 2017).

Un'altra peculiarità della vittimizzazione in adolescenza consiste nel fatto che gli adolescenti vittime di bullismo da parte di coetanei popolari hanno anche minore probabilità di ricevere sostegno da altri membri facenti parte del gruppo dei pari. L'aggressività dei giovani popolari risulta, addirittura, essere imitata dai coetanei che desiderano affiliarsi ai compagni di scuola popolari. Inoltre gli adolescenti, rispetto ai bambini vittime di bullismo, tendono a riferire di accettare maggiormente l'aggressività da parte dei pari, soprattutto se perpetrata da compagni di classe popolari (Dijkstra, Lindenberg & Veenstra, 2008).

Un ruolo molto importante nelle dinamiche di bullismo lo giocano gli spettatori. Durante la preadolescenza si verifica un cambiamento nei tipi di comportamento degli spettatori; da questa età in poi, infatti, sempre più spesso gli spettatori esibiscono comportamenti che rafforzano e incoraggiano il bullismo, come ridere (Pouwels, Lansu & Cillessen, 2015). Inoltre, durante la prima adolescenza, i comportamenti di difesa, come difendere le vittime affrontando direttamente l'aggressore o fornendo alle vittime sostegno emotivo, diminuiscono (Salmivalli & Voeten, 2004). Di conseguenza, anche se gli adolescenti sono vittime di bullismo da parte di un piccolo sottoinsieme di giovani popolari, le vittime possono confrontarsi con un gruppo di pari più grande che appare sempre più ostile e che non fornisce sostegno.

Insieme questi risultati suggeriscono un cambiamento qualitativo durante la preadolescenza e l'adolescenza nelle dinamiche sociali che sostengono la vittimizzazione tra pari. Questo cambiamento riflette probabilmente una confluenza di fattori contestuali e di sviluppo che sostengono l'uso intensificato dell'aggressività per ottenere lo status all'interno del gruppo dei pari.

A livello contestuale, l'ingresso nella preadolescenza e nell'adolescenza coincide con una transizione scolastica, ossia il passaggio dalla scuola elementare alla scuola media e dalle medie alle superiori. Le transizioni scolastiche sconvolgono le gerarchie sociali portando a una riorganizzazione della struttura sociale; di conseguenza l'aggressione tra pari può rappresentare un mezzo efficace per affermare il proprio dominio sociale e la propria importanza all'interno del gruppo dei pari appena formato. A sostegno di questa ipotesi i ricercatori hanno documentato un aumento del bullismo subito dopo le transizioni scolastiche, che diminuisce nell'anno successivo alla transizione (Pellegrini & Long, 2002). In queste condizioni gli atti di bullismo tendono a non essere indirizzati verso una vasta gamma di coetanei ma verso un sottoinsieme di coetanei altamente vulnerabile, garantendo in questo modo che i comportamenti aggressivi permettano ai bulli di stabilire la dominanza sociale.

Durante la preadolescenza anche le dinamiche di amicizia si trasformano, passando da un'amicizia basata principalmente su diadi a una centrata su gruppi di amicizia. I membri dei gruppi di amicizia non solo sono simili nei comportamenti di bullismo, ma condividono anche gli obiettivi dell'aggressione. Il bullismo, quindi, può essere un



mezzo per assicurarsi l'appartenenza a un gruppo sociale, in particolare durante le transizioni scolastiche (Troop-Gordon, 2017). I bersagli della vittimizzazione, dall'altra parte, possono trovarsi in gruppi di pari con altri individui che sono vittime di bullismo o possono essere isolati dal punto di vista sociale e avere pochi amici.

L'aumento della vittimizzazione da parte di coetanei popolari può riflettere non solo i cambiamenti contestuali nella vita dei preadolescenti, ma anche quelli dello sviluppo. L'adolescenza è un periodo in cui i giovani desiderano agire ed essere visti come maggiormente maturi e adulti di quanto sia spesso consentito loro. Il bullismo può quindi essere percepito dagli adolescenti come un segno di indipendenza e potere adulto sull'ambiente sociale, rendendo i giovani che aggrediscono i coetanei più deboli maggiormente rispettati e ricercati dai pari.

Il coinvolgimento in comportamenti aggressivi è anche spesso visto dagli adolescenti come una caratteristica desiderabile in potenziali partner. Con l'aumento dell'attrazione tra i sessi durante la prima adolescenza, l'attuare comportamenti aggressivi può essere una strategia per aumentare il proprio status e la propria desiderabilità. La teoria dell'attrazione afferma, infatti, che i giovani adolescenti, nel loro bisogno di separazione dai genitori, sono attratti dai giovani che possiedono caratteristiche che riflettono l'indipendenza, come l'aggressività e la disobbedienza, e sono meno attratti da individui che possiedono caratteristiche più tipiche dell'infanzia, come conformità e obbedienza. I giovani vittimizzati dai pari, al contrario dei bulli, spesso hanno invece difficoltà a ottenere sostegno da parte dei coetanei di sesso opposto, in un momento in cui le relazioni di genere si stanno sviluppando (Pellegrini & Long, 2003).

## **2) FATTORI DI RISCHIO E DI PROTEZIONE PER LA VITTIMIZZAZIONE TRA PARI**

In generale relativamente ai fattori di rischio per la vittimizzazione si trova l'aver pochi amici o avere amicizie caratterizzate da assenza di supporto e protezione, che comportano una maggiore probabilità di sperimentare isolamento e rifiuto da parte dei compagni di classe. Gli individui con questo tipo di relazioni tra pari, infatti, hanno maggiore probabilità di essere emarginati, rendendo più facile e socialmente accettabile per i bulli prenderli di mira. Al contrario, individui con fattori di rischio personali per la

vittimizzazione, come problemi internalizzanti, ma che hanno delle relazioni di amicizia di supporto con i pari presentano un minor rischio di essere vittime di bullismo, in quanto le amicizie risultano essere un fattore di protezione contro la vittimizzazione (Shetgiri, 2013).

Relativamente ai fattori di rischio per la vittimizzazione la letteratura evidenzia, inoltre, che individui con disturbi dell'apprendimento o con disabilità sono a maggior rischio di vittimizzazione tra pari. Bambini e adolescenti con disabilità, in particolare, possono sperimentare la vittimizzazione a scuola a causa della loro passività o delle loro risposte che possono rafforzare il comportamento dei bulli (Hong & Espelage, 2012). Nello specifico, è stato messo in luce che le vittime che presentano disabilità tendono a sviluppare maggiormente, rispetto agli individui che non presentano disabilità, comportamenti aggressivi come strategia per far fronte agli atti di bullismo subiti (Rose, Monda-Amaya & Espelage, 2011).

A livello familiare le famiglie delle vittime sono spesso iperprotettive e caratterizzate da un eccessivo controllo, come conseguenza dell'ansia e dell'insicurezza del bambino (Smokowski & Kopasz, 2005). I genitori tendono a evitare ai figli possibili conflitti perché credono che non siano in grado di gestirli, in questo modo però non insegnano loro abilità appropriate per la risoluzione dei conflitti, portando a far sì che l'iperprotezione sia non solo conseguenza ma anche causa di vittimizzazione. Inoltre, molti genitori diventano eccessivamente coinvolti nelle attività dei loro figli per compensare le carenze sociali del figlio (Smokowski & Kopasz, 2005).

Un altro importante fattore da considerare è il contesto etnico. La ricerca di Graham (2006) dimostra, infatti, che una maggiore diversità etnica nelle classi riduce la vittimizzazione e la vulnerabilità degli studenti, in quanto permette un maggiore equilibrio di potere tra i diversi gruppi etnici. Al contrario, classi in cui è presente una minore diversità etnica, ossia ci sono dei gruppi etnici più potenti in senso numerico, sono a maggior rischio di presentare episodi di bullismo, a causa del fatto che è presente uno squilibrio di potere fra gruppi etnici più numerosi e gruppi etnici minoritari.

Nonostante nel complesso i fattori di rischio per la vittimizzazione tra pari siano relativamente uguali nelle diverse fasi dello sviluppo, in adolescenza alcuni fattori di

rischio risultano essere particolarmente rilevanti, in quanto aumentano la loro influenza, altri fattori, invece, emergono in questo periodo.

Fra i fattori che aumentano la loro influenza in adolescenza si trova la presenza di disturbi internalizzanti, come ansia e depressione, che possono essere considerati aspetti di vulnerabilità da parte dei coetanei, in un momento in cui molti adolescenti possono voler esercitare il proprio dominio attraverso l'uso dell'aggressività nei confronti dei coetanei più deboli. In particolare, relativamente alla depressione, i giovani con sintomi depressivi, anche a livello subclinico, tendono a essere socialmente ritirati o isolati e spesso manifestano una maggiore sensibilità emotiva. Questi comportamenti e reazioni segnalano la vulnerabilità emotiva delle vittime, aspetto saliente per i bulli, che tendono a cercare coetanei sottomessi che possono dominare con successo (Troop-Gordon, 2017).

Inoltre, un altro fattore di rischio per la vittimizzazione è rappresentato dall'autocolpevolizzazione. Questo costrutto è spesso presente in un quadro di depressione ma può presentarsi anche singolarmente. L'autocolpevolizzazione implica che gli eventi negativi vengano attribuiti a cause interne, imm modificabili e inevitabili. A livello comportamentale può portare gli adolescenti a ricercare maggiori rassicurazioni ed essere più ritirati e riservati, diventando bersagli più facili per i coetanei aggressivi (Schacter & Juvonen, 2017).

Fra i fattori di rischio che emergono in preadolescenza, e risultano particolarmente importanti in adolescenza, si trovano i cambiamenti biologici, conseguenti allo sviluppo puberale. Nello specifico, sia i tempi che i cambiamenti fisiologici associati alla pubertà possono aumentare il rischio di vittimizzazione tra pari. La maggior parte degli studi dimostra che esiste una relazione tra sviluppo puberale precoce e vittimizzazione tra pari, sia tra i ragazzi che tra le ragazze. Se sperimentati precocemente i cambiamenti fisiologici associati alla pubertà vengono infatti considerati dai pari degli indicatori salienti che lo sviluppo di quell'adolescente diverge da quello dei coetanei. Questa evidente deviazione dal gruppo dei pari, dovuta a uno sviluppo puberale precoce, aumenta la probabilità di essere vittimizzati (Ge, Conger & Elder, 1996). Dall'altra parte, anche lo sviluppo puberale tardivo può aumentare la probabilità di essere bullizzati, sia per le ragazze che per i ragazzi. Nello specifico, nelle ragazze uno

sviluppo tardivo è particolarmente visibile dal punto di vista estetico e fisico, diventando, quindi, un possibile elemento soggetto a prese in giro. Nei ragazzi, invece, uno sviluppo puberale tardivo comporta una minore forza fisica rispetto ai coetanei, che può diventare un fattore per cui essere bullizzati (Haynie & Piquero, 2006).

Sempre relativamente allo sviluppo puberale è importante ricordare che questo è anche spesso accompagnato da un aumento di peso e problemi relativi all'immagine corporea. Anche se le prese in giro relative al peso iniziano nell'infanzia, i tassi di vittimizzazione legati al peso in adolescenza sono molto più alti. Lo studio di Einsenberg, Neumark-Sztainer, Haines e Wall (2006) ha, infatti, dimostrato che circa un terzo dei partecipanti di genere maschile e poco meno della metà delle partecipanti di genere femminile ha riferito di essere stato/a bullizzato/a per il proprio peso e, in generale, gli adolescenti riferiscono che il peso è una delle maggiori caratteristiche per cui i loro coetanei, o loro stessi, vengono presi in giro (Puhl, Luedicke & Heuer, 2011). Anche a causa degli ideali culturali di magrezza e muscolosità le prese in giro legate al peso possono essere un mezzo efficace per ferire i sentimenti delle vittime da parte dei bulli adolescenti e comunicare al gruppo dei pari che la vittima non è conforme agli standard della società e del gruppo dei pari (Keery, Shroff, Thompson, Wertheim & Smolak, 2004).

Un altro fattore di rischio per la vittimizzazione è legato all'orientamento sessuale. Spesso, infatti, i giovani appartenenti a minoranze sessuali diventano vittime di prese in giro legate all'orientamento sessuale. Le prese in giro sull'identità sessuale non sono limitate a individui con orientamento sessuale omosessuale o bisessuale, ma sono indirizzate anche a giovani gender nonconforming, ossia individui con un'identità di genere, comportamenti, ruoli o preferenze non completamente conformi alle norme di genere della società, mettendo in luce che anche il non-conformismo di genere è un fattore di rischio per la vittimizzazione (Troop-Gordon, 2017).

Un ulteriore fattore di rischio o di protezione è la bassa o alta autostima. L'autostima è definita come la valutazione positiva o negativa che un individuo ha di se stesso. Un'alta autostima indica che una persona si considera degna, di valore e si rispetta, mentre una bassa autostima implica auto-rifiuto, insoddisfazione e disprezzo di sé. Alcuni studi hanno indicato che l'autostima è significativamente correlata alla vittimizzazione, i soggetti bersaglio degli atti di bullismo tendono, infatti, ad avere una

minore autostima, che può condurre a una minore probabilità di riferire che sono vittime di bullismo, portando di conseguenza a essere presi di mira ripetutamente da parte dei bulli. La bassa autostima porta questi individui a considerarsi come dei falliti, delle persone poco attraenti, poco intelligenti e insignificanti.

Inoltre, rispetto ai bulli, gli individui vittime di bullismo riportano maggiore solitudine, anche causata da un evitamento da parte dei compagni di classe, e maggiore ansia, oltre che un minore status sociale (Shetgiri, 2013).

Un altro fattore di rischio particolarmente rilevante in adolescenza, ma non solo, riguarda il clima scolastico. Una percezione negativa del clima scolastico è, infatti, associata alla vittimizzazione tra pari. Nello specifico risultano essere particolarmente importanti il sentimento di appartenenza e la percezione di sicurezza a scuola (Viau et al., 2020). Un altro aspetto importante relativamente ai fattori di rischio scolastici è rappresentato dalle relazioni degli studenti con gli insegnanti. Gli studenti che hanno relazioni negative con gli insegnanti hanno maggiore probabilità di essere vittime di bullismo, mentre relazioni positive tra studenti e insegnanti risultano essere associate a una minore vittimizzazione e a un maggior numero di comportamenti di difesa da parte degli spettatori nei confronti delle vittime (Vidourek & King, 2019).

Un ulteriore fattore di rischio per la vittimizzazione in adolescenza è rappresentato dal maltrattamento infantile. Le vittime di maltrattamento infantile, infatti, sono sottoposte a un maggior rischio di essere vittime di bullismo in adolescenza. I bambini maltrattati, da una parte, possono sviluppare uno stile di attribuzione ostile che aumenta la probabilità di interpretare situazioni e individui come minacciosi, portando a un aumento dei comportamenti aggressivi. Dall'altra parte, possono diventare maggiormente sottomessi, socialmente isolati e/o ritirati rispetto ai coetanei. In entrambi i casi questi aspetti risultano essere associati a un maggior rischio di diventare bersaglio degli atti di bullismo in adolescenza (Benedini, Fagan & Gibson, 2016).

Relativamente a molti dei fattori di rischio citati, come bassa autostima e sintomi internalizzanti, è importante evidenziare che fra questi e la vittimizzazione è presente un'associazione ciclica, ossia si rafforzano a vicenda, quindi, da una parte, gli adolescenti spesso diventano vittime di bullismo a causa della presenza di fattori di

rischio, dall'altra, la vittimizzazione incide su questi, per esempio abbassando l'autostima delle vittime o aumentando i sintomi internalizzanti (van Geel, Goemans, Zwaanswijk, Gini & Vedder, 2018).

Relativamente ai fattori di protezione per la vittimizzazione uno molto importante, come accennato in precedenza, è il supporto sociale. Il sostegno sociale viene definito come il grado in cui un individuo è stimato e apprezzato e riceve aiuto strumentale o compagnia (Taylor, 2011). Soprattutto in adolescenza, sebbene i genitori rimangano un'importante fonte di sostegno sociale, i ragazzi e le ragazze sempre più spesso si rivolgono agli amici più stretti in caso di bisogno. Specialmente durante l'adolescenza, infatti, le vittime di bullismo sono più propense a rivelare la loro situazione agli amici piuttosto che ai genitori o ad altri adulti (Rigby & Barnes, 2002). Inoltre, è stato messo in luce che un alto livello di supporto da parte degli amici è associato a una diminuzione della vittimizzazione tra pari durante il periodo adolescenziale. Oltre a ciò la letteratura dimostra che il supporto sociale da parte di coetanei, moderando l'effetto negativo di esperienze stressanti, come l'essere vittima di bullismo, diminuisce il rischio di sviluppare sintomi depressivi, come conseguenza di una prolungata vittimizzazione (Brendgen & Poulin, 2017).

Una seconda forma di supporto sociale, che costituisce un fattore di protezione per la vittimizzazione, è rappresentata dal supporto da parte degli insegnanti. Gli insegnanti hanno, infatti, un ruolo centrale nella prevenzione e nei programmi di intervento contro il bullismo nelle scuole. La gestione della classe da parte dei docenti è direttamente correlata alla frequenza dei tassi di bullismo in classe. Diversi studi (Ahn, Garandea & Rodkin, 2010) dimostrano che gli aggressori tendono a essere più popolari, rispetto alle vittime, nelle classi in cui sono presenti delle gerarchie sociali, evidenziando che le gerarchie di status sono una preconditione per lo squilibrio di potere che definisce la relazione bullo-vittima, quindi promuovendo delle relazioni tra pari egualitarie e democratiche gli insegnanti potrebbero avere un grande impatto contro il bullismo.

Una terza forma di supporto sociale è rappresentata dal calore genitoriale. Diverse ricerche dimostrano che il calore dei genitori è associato negativamente con il rischio di vittimizzazione tra pari. In particolare, un rapporto caldo e positivo tra genitori e figli può prevenire il rischio di essere vittima di bullismo e può aiutare le vittime ad

affrontare gli effetti negativi del bullismo, in quanto risulta essere associato con la resilienza emotiva e comportamentale nei confronti della vittimizzazione tra pari (Karlsson, Stickley, Lindblad, Schwab-Stone & Ruchkin, 2014).

### **3) LE CONSEGUENZE A BREVE E LUNGO TERMINE DELLA VITTIMIZZAZIONE TRA PARI**

Gli studi che hanno indagato le conseguenze della vittimizzazione tra pari hanno messo in luce diverse possibili conseguenze negative, a breve e lungo termine, relativamente alla salute mentale e/o fisica. In particolare sono state identificate quattro principali categorie (Rigby, 2003): (i) la prima è rappresentata da un basso benessere psicologico, che include stati d'animo generalmente considerati sgradevoli ma non eccessivamente angoscianti, come l'infelicità generale, la bassa autostima e sentimenti di rabbia e tristezza; (ii) la seconda categoria è rappresentata dallo scarso adattamento sociale, che include la solitudine e sentimenti di avversione verso il proprio ambiente sociale, resi evidenti dall'avversione nei confronti della scuola; (iii) la terza categoria riguarda il distress psicologico, che include alti livelli di ansia, depressione e pensieri suicidi; infine, (iv) l'ultima categoria è rappresentata dal malessere fisico, che comprende diversi sintomi psicosomatici.

Per quanto riguarda le conseguenze a breve termine le vittime possono gradualmente considerare se stesse come emarginate e come dei fallimenti (Smokowski & Kopasz, 2005). Gli studi suggeriscono, inoltre, che la vittimizzazione ha una correlazione positiva significativa con diversi disturbi internalizzanti, come ansia e depressione (Moore et al., 2017). Questo legame risulta essere particolarmente forte per gli adolescenti, in particolare per le ragazze, e può contribuire allo sviluppo di disturbi alimentari (Smokowski & Kopasz, 2005).

Relativamente alla relazione tra vittimizzazione e problemi di salute mentale è importante sottolineare che esiste un'associazione dose-risposta, ossia un aumento della dose di vittimizzazione tra pari, ovvero della frequenza (essere vittima di bullismo frequentemente vs era vittima qualche volta), porta ad un aumento del rischio di disturbi mentali (Moore et al., 2017).

Le vittime presentano, inoltre, una minore percezione di controllo che porta a sperimentare maggiore stress e a utilizzare strategie di coping centrate sulle emozioni, anziché centrate sul problema. In particolare, vengono maggiormente usate le strategie del pensiero illusorio (*wishful thinking*) e del sostegno sociale (*social support*). Con pensiero illusorio ci si riferisce al fatto che l'individuo tende a focalizzarsi sui propri desideri, invece che su dati di realtà; la ricerca di sostegno sociale comporta, invece, sforzi per ottenere informazioni, consigli e supporto, sia concreto che emotivo, da parte degli altri (Nakano, 1991). Diversi studi relativi al bullismo e alla vittimizzazione mostrano che l'utilizzo della strategia di coping del pensiero illusorio è associato a risultati psicologici negativi, probabilmente a causa della natura ruminativa e inefficace delle cognizioni coinvolte. Al contrario, è emerso che il sostegno sociale è associato a una migliore gestione delle emozioni suscitate dagli atti di bullismo, come rabbia, paura e tristezza (Hunter, Boyle & Warden, 2007).

In aggiunta, diversi studi hanno messo in luce che le vittime di bullismo spesso presentano assenteismo cronico da scuola, ridotto rendimento scolastico, solitudine e autolesionismo. Inoltre, poiché il bullismo molto spesso si verifica nell'istituzione scolastica, molte vittime sono riluttanti a recarsi a scuola o possono sviluppare sintomi psicosomatici, come mal di testa o dolori allo stomaco, che si presentano la mattina. Mentre di notte possono avere difficoltà a dormire e/o avere incubi (Smokowski & Kopasz, 2005).

A livello di salute fisica la letteratura mostra che le vittime sono a maggior rischio di essere in sovrappeso e di essere obesi.

Le vittime sperimentano anche conseguenze negative a lungo termine. Innanzitutto a causa delle numerose assenze scolastiche il loro rendimento scolastico può essere inferiore rispetto a quello dei pari.

In secondo luogo, un'altra conseguenza a lungo termine della vittimizzazione, che può manifestarsi anche in età adulta, riguarda le relazioni personali. In particolare le vittime di bullismo possono presentare difficoltà psicosociali e nelle relazioni sessuali (Smokowski & Kopasz, 2005). Per quanto riguarda il periodo adolescenziale le vittime



hanno una maggiore probabilità di incorrere in comportamenti sessuali a rischio, gravidanze precoci e inizio precoce delle attività sessuali (Moore et al., 2017).

Un'altra categoria di conseguenze relative alla vittimizzazione tra pari riguarda l'uso di sostanze stupefacenti. La meta-analisi di Moore et. al (2017) ha dimostrato che esiste un'associazione significativa tra la vittimizzazione e il consumo di alcol, di tabacco e di sostanze stupefacenti.

#### **4) POSSIBILI MEDIATORI DELLA RELAZIONE TRA LA VITTIMIZZAZIONE TRA PARI E LE SUE CONSEGUENZE**

Come descritto nel paragrafo precedente, l'essere vittima di bullismo può portare a una serie di conseguenze psicologiche negative. Bambini e adolescenti vittime di molestie da parte dei coetanei spesso presentano problemi internalizzanti, tra cui bassa autostima, ansia sociale, depressione. Le vittime, inoltre, anche se meno frequentemente, possono presentare problemi esternalizzanti, come disturbi del comportamento, spesso associati a un conseguente calo del rendimento scolastico. Un ruolo importante relativamente ai problemi internalizzanti ed esternalizzanti, che le vittime possono presentare, è giocato dal disadattamento psicologico e dal modo in cui le vittime interpretano le cause delle loro molestie, ossia dal locus of control, con cui si intende la percezione del singolo individuo del controllo degli eventi, che può essere esterno o interno (Radliff, Wang & Swearer, 2016).

Diversi studi sulla vittimizzazione tra pari hanno evidenziato che un locus of control esterno, in cui gli eventi sono percepiti come imprevedibili, incontrollabili e le loro cause sono attribuite a fattori esterni, è associato a diverse conseguenze psicologiche negative, come depressione, in quanto la vittima sente di non poter far nulla per fermare gli atti di bullismo (Radliff, Wang & Swearer, 2016).

Dall'altra parte la letteratura dimostra che anche l'attribuzione della colpa a se stessi può portare a disadattamento psicologico. Esistono due tipi di autocolpevolizzazione, l'autocolpevolizzazione caratteriale, caratterizzata da attribuzioni interne, stabili e incontrollabili, e l'autocolpevolizzazione comportamentale, caratterizzata da attribuzioni interne, instabili e controllabili (Janoff-Bulman, 1979). Questi due tipi di

autocolpevolizzazione relativamente agli eventi negativi, come l'essere vittima di bullismo, portano a risultati differenti per quanto riguarda l'adattamento psicologico, la letteratura dimostra, infatti, che quella caratteriale è associata a un peggior adattamento psicologico (Graham, Bellmore & Mize, 2006). Lo studio di Graham et al. (2006) ha dimostrato che gli studenti vittime di bullismo che si incolpano per la loro situazione, attraverso l'autocolpevolizzazione caratteriale, presentano maggiori problemi di adattamento socio-psicologico e in termini di salute mentale, che, a loro volta inficiando le risorse cognitive, determinano peggiori risultati scolastici.

Un altro aspetto importante, causato dalla vittimizzazione, che influisce negativamente sui risultati scolastici delle vittime di bullismo è il distress psicologico, che rende difficile concentrarsi e impegnarsi a scuola. Una teoria utilizzata per comprendere la relazione tra la vittimizzazione, i sintomi di distress psicologico e i risultati accademici delle vittime di bullismo è la Teoria Generale della Tensione (General Strain Theory-GST; Lin, Cochran & Mieckzkowski, 2011), secondo la quale essere sottoposti a una particolare tensione, come la vittimizzazione, porta a sperimentare maggiori difficoltà psicologiche ed emotive, contribuendo al declino dell'impegno nei compiti scolastici e conseguentemente dei risultati accademici. Diversi studi (Wienke Totura, Karver & Gesten, 2014) hanno, infatti, dimostrato che individui vittime di bullismo presentano, oltre ad alti livelli di disagio psicologico, un minor interesse e coinvolgimento nei confronti delle attività scolastiche, una minore capacità di concentrarsi, un peggior adattamento scolastico e un maggior numero di assenze rispetto a individui non bullizzati. Fra questi l'aspetto che è risultato essere maggiormente associato al calo del rendimento scolastico nelle vittime è l'impegno. L'impegno studentesco è concettualizzato come un costrutto multidimensionale composto dal comportamento accademico (partecipazione al lavoro in classe e concentrazione), dal fattore cognitivo (investimento nell'apprendimento e desiderio di raggiungere la padronanza) e dal fattore emotivo (interesse per l'istruzione e senso di appartenenza alla scuola). In particolare, sono maggiormente connesse al rendimento scolastico alcune componenti dell'impegno studentesco, ossia l'obiettivo di ottenere buoni risultati e padroneggiare le sfide accademiche, il coinvolgimento nei compiti in classe e la capacità di concentrarsi nelle attività accademiche.

In sintesi, quindi, si può affermare che distress psicologico e impegno studentesco siano due mediatori importanti della relazione tra vittimizzazione e rendimento scolastico. Nello specifico, la letteratura ha dimostrato che l'essere vittima di bullismo porta allo sviluppo di diversi sintomi internalizzanti, come depressione e ansia, che predicono un minor impegno con conseguente calo del rendimento scolastico (Wienke Totura, Karver & Gesten, 2014).

Un altro importante mediatore della relazione tra la vittimizzazione e le sue conseguenze è rappresentato dal sentimento di vergogna. In particolare, relativamente all'ansia sociale, ossia una condizione di paura marcata che un individuo sperimenta in situazioni sociali (American Psychiatric Association, APA, 2013), lo studio di Wu, Qi e Zhen (2020) ha dimostrato che l'associazione tra la vittimizzazione in situazioni di bullismo e l'ansia sociale è mediata dal sentimento di vergogna. La vergogna delle vittime di bullismo comporta imbarazzo, frustrazione, paura ed è un importante predittore dell'ansia sociale, manifestata principalmente dalle vittime di bullismo con diffidenza nei confronti degli altri e paura di socializzare. In particolare, la vergogna porta nelle vittime il desiderio di cercare di nascondersi o fuggire, attraverso l'evitamento o l'isolamento sociale, che può provocare ansia sociale (Wu et al., 2020).

Relativamente alla relazione tra vittimizzazione e ansia sociale un ruolo importante è giocato anche dalle strategie di coping utilizzate dal soggetto. Con coping ci si riferisce agli sforzi di un individuo per dominare le richieste che sono valutate o percepite come eccedenti le sue risorse (condizioni di danno, minaccia o sfida). Esistono quattro distinti tipi di coping (Roger, Jarvis & Najarian, 1993). Il primo è il coping razionale, in cui l'individuo si sforza per risolvere i problemi e cambiare le circostanze dell'evento stressante. Il secondo è il coping distaccato, caratterizzato dal tentativo di prendere cognitivamente le distanze da una situazione stressante e svincolarsi dalle corrispondenti emozioni. Le strategie di coping razionale e distaccato sono considerate delle strategie adattive, in quanto gli individui che impiegano questi due tipi di coping tendono a mostrare un buon adattamento psicosociale.

Il terzo tipo di coping è quello emotivo, con cui l'individuo tenta di gestire una situazione stressante attraverso la regolazione delle emozioni. Relativamente a questa strategia di coping lo studio di Grennan e Woodhams (2007) ha dimostrato che

raramente viene utilizzata con successo, portando invece spesso a una disregolazione emotiva, ossia a una difficoltà o incapacità di gestire ed elaborare efficacemente le emozioni. L'ultimo tipo è il coping di evitamento, con cui l'individuo si ritira o fugge da una situazione, ignorando il problema e/o desiderando che non esista. Queste ultime due strategie sono considerate delle strategie di coping di natura disadattiva. La letteratura evidenzia che il coping emotivo e l'evitamento sono le strategie di coping maggiormente utilizzate da bambini e adolescenti vittime di bullismo e dagli individui con alti livelli di ansia sociale (Lee, Shellman, Osmer, Day & Dempsey, 2016).

Lo studio di Lee et al. (2016) su studenti universitari ha reso evidente che la vittimizzazione tra pari è associata a una maggiore probabilità di utilizzare il coping emotivo, il quale predice l'ansia sociale.

Un altro aspetto importante all'interno della teoria dello stress e del coping è rappresentato dalla valutazione della minaccia, definita come valutazione primaria, che implica l'anticipazione delle conseguenze di una situazione in termini di esiti negativi e positivi. La valutazione della minaccia è importante perché guida l'utilizzo delle strategie di coping e riflette ciò che è significativo per gli individui. Secondo questa prospettiva gli individui vittime di bullismo potrebbero valutare la vittimizzazione dei coetanei come minacciosa e ciò influenzerebbe le loro risposte alla vittimizzazione e le conseguenze psicologiche dell'evento.

In sintesi, si può affermare che la valutazione della minaccia è un fattore che può spiegare l'associazione tra la vittimizzazione e il benessere. La letteratura, a sostegno di ciò, mostra che bambini che sperimentano diversi tipi di stressor caratterizzati da una minaccia elevata presentano maggiori problemi di adattamento, come depressione e ansia, e che studenti universitari con più alti livelli di valutazione della minaccia legati alle loro esperienze di bullismo presentano livelli maggiori di angoscia. Si può, quindi, affermare che la valutazione della minaccia sia una risposta alla vittimizzazione associata a un adattamento negativo e che abbia un ruolo di mediazione nella relazione tra vittimizzazione tra pari e problemi internalizzanti, in particolare sintomi di depressione e ansia (Giannotta, Setani, Kliewer & Ciairano, 2012).

## **2. LA DEPRESSIONE**

### **1) INQUADRAMENTO GENERALE DELLA DEPRESSIONE**

Il termine “depressione” deriva dal verbo latino “deprimere”, che significa “premere verso il basso”. Il primo utilizzo di questo termine per riferirsi a un sintomo psichiatrico fu per opera dello psichiatra francese Louis Delasiauve nel 1856 e, a partire dal 1860, il termine iniziò a comparire nei dizionari medici per far riferimento a un abbassamento fisiologico e metaforico della funzione emotiva. Con il tempo l’uso di questo termine è cresciuto d'utilizzo nei trattati di medicina e lo psichiatra tedesco Emil Kraepelin, introducendo un primo sistema nosologico dei disturbi mentali, è stato il primo a usare il termine “depressione” come termine generale per riferirsi a un abbassamento del tono dell’umore e un rallentamento dei processi fisici e mentali (Decker, 2007).

Oggi il termine “depressione” viene utilizzato per indicare la presenza di umore triste o irritabile, accompagnato da modificazioni fisiche, fisiologiche e cognitive che incidono in modo significativo sulla capacità di funzionamento dell’individuo (APA, 2013).

I sintomi della depressione sono molteplici e possono essere divisi in: sintomi cognitivi, affettivi, somatici e psicomotori (APA, 2013). Fra i sintomi cognitivi si trova una riduzione della concentrazione o della capacità di decision making, distraibilità e diminuzione della capacità di pensare e di memoria. Inoltre, fra i sintomi cognitivi sono presenti sentimenti di autosvalutazione, di colpa, di indegnità. Le ruminazioni su piccoli sbagli del passato sono frequenti, così come l’inclinazione a interpretare eventi quotidiani come prova di difetti o mancanze personali.

Fra i sintomi affettivi ed emotivi della depressione si trova umore depresso, profonda tristezza, quasi quotidiana, con pensieri spesso negativi. Un’altra caratteristica frequentemente presente nei disturbi depressivi è la mancanza di piacere e interesse nel fare qualsiasi cosa, come svolgere hobby o attività, nota come anedonia. Può essere presente, inoltre, ritiro dalle attività sociali e/o riduzione del desiderio sessuale.

Tra i sintomi somatici e psicomotori si trova un aumento o una diminuzione dell’appetito, una perdita o un aumento di peso, un aumento o una diminuzione del

sonno, un significativo rallentamento motorio, che si può esprimere come maggiore lentezza nello svolgere le attività, nell'eloquio, nei pensieri e nei movimenti del corpo; al contrario, può essere invece presente una significativa agitazione, caratterizzata, per esempio, dalla difficoltà a stare fermi e dalla tendenza a camminare avanti e indietro. Fra i sintomi del cluster somatico può anche essere presente una significativa perdita delle energie e una stanchezza cronica, per cui la persona si sente debole e stanca anche senza aver svolto attività motoria, i compiti più piccoli sembrano richiedere uno sforzo rilevante e possono essere svolti con minore efficienza. Infine, tra i sintomi somatici-vegetativi della depressione si può trovare anche mal di testa, palpitazioni o tachicardia, dolori muscolari, alle ossa, alle articolazioni e addominali. Coloro che soffrono di depressione possono avere, inoltre, la sensazione di avere la testa confusa o vuota.

Tutti i sintomi della depressione descritti possono manifestarsi con fasi di depressione parecchio acute e a volte improvvise, oppure in modo costante, anche se in forma leggera, con possibili improvvisi periodi di peggioramento.

A seconda del numero e della durata dei sintomi il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) distingue due principali tipi di disturbi depressivi: il Disturbo Depressivo Maggiore (DDM) e il Disturbo Depressivo Persistente, noto anche come Disturbo Distimico (DD) (APA, 2013). Il Disturbo Depressivo Maggiore è caratterizzato da umore depresso per la maggior parte del giorno e/o perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi, le attività, per almeno due settimane. Altri possibili sintomi del DDM sono significativa perdita o aumento di peso oppure diminuzione o aumento dell'appetito, insonnia o ipersonnia, agitazione o rallentamento psicomotorio, faticabilità o mancanza di energia, sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati, ridotta capacità di concentrazione o indecisione, pensieri ricorrenti di morte o ricorrente ideazione suicidaria. Per fare diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore, oltre alla necessità che cinque o più dei sintomi descritti siano presenti per almeno due settimane, è necessario che questi causino disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (APA, 2013).

Tra i disturbi depressivi si trova, inoltre, il Disturbo Distimico caratterizzato da umore depresso, per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, per almeno due anni e due

o più dei seguenti sintomi: scarso appetito o iperfagia, insonnia o ipersonnia, scarsa energia o astenia, bassa autostima, scarsa concentrazione o indecisione e sentimenti di disperazione. Anche in questo caso per fare diagnosi è necessario che i sintomi causino disagio clinicamente significativo o compromettano il funzionamento sociale o lavorativo dell'individuo (APA, 2013).

Un'altra condizione diffusa e spesso sottovalutata dai clinici è la depressione sottosoglia. I sintomi sono gli stessi dei disturbi depressivi conclamati, ma sebbene siano clinicamente significativi e abbiano un importante impatto sul funzionamento sociale, familiare e lavorativo del soggetto, per il DSM non sono sufficienti per porre diagnosi. La depressione sottosoglia è un importante fattore di rischio per lo sviluppo di un disturbo depressivo conclamato, in particolare per il Disturbo Depressivo Maggiore, è, quindi, importante che tale sintomatologia, seppure non soddisfi tutti i criteri del DSM per fare diagnosi, sia identificata e trattata (Cuijpers et al., 2014).

La depressione sottosoglia ha un impatto considerevole sulla qualità di vita dei pazienti, comporta una notevole sofferenza psicologica e può essere definita secondo tre differenti prospettive. La prima prospettiva presume che la sintomatologia depressiva possa essere concettualizzata come un continuum che va dall'assenza di sintomi alla depressione maggiore, e che nel mezzo si trovi la depressione sottosoglia. La seconda prospettiva considera la depressione sottosoglia come una condizione con caratteristiche uniche che la distinguono da altre diagnosi. Nella terza prospettiva la depressione sottosoglia è considerata come parte della fase prodromica della depressione maggiore o come sintomi residui in persone che sono recentemente guarite da una depressione maggiore. Secondo quest'ultima prospettiva, quindi, tutti o quasi tutti i soggetti che sviluppano una depressione maggiore sono inizialmente passati attraverso un periodo, seppur breve, di depressione sottosoglia (Cuijpers, Smit & van Straten, 2007).

Complessivamente le cause dei disturbi depressivi sono riassumibili in: fattori biologici, fattori psicologici e sociali e infine fattori genetici e fisiologici. I primi sono rappresentati dalle alterazioni a livello neurotrasmettitoriale, ormonale e nel sistema immunitario. In particolare, alterazioni nella regolazione dei neurotrasmettitori, come noradrenalina e serotonina, poiché alterano la trasmissione degli impulsi nervosi,

possono influire sull'iniziativa dell'individuo, sul sonno, sul rimuginio e nelle interazioni sociali. Per quanto riguarda i fattori psicologici e sociali gli eventi di vita stressanti sono considerati dei fattori precipitanti per gli episodi depressivi, alcuni esempi sono lutti, conflitti interpersonali e familiari, malattie gravi o croniche, essere vittima di un reato, divorzi e separazioni dai figli, la malattia di una persona cara. Altri eventi di vita stressanti sono rappresentati da cambiamenti di vita, di città, nelle amicizie, nelle condizioni lavorative o l'inizio di una nuova occupazione. Gli eventi appena descritti possono essere dei fattori di rischio maggiori per individui che hanno vissuto esperienze infantili avverse e che non possiedono quindi abilità per affrontarli adeguatamente. Fra i fattori genetici e fisiologici è importante ricordare che i parenti di primo grado di persone con un Disturbo Depressivo Maggiore presentano un rischio di sviluppare il disturbo da due a quattro volte superiore rispetto alla popolazione generale, a causa della predisposizione genetica (Bhowmik, Sampath Kumar, Srivstava, Paswan & Dutta, 2012).

## **2) LA DEPRESSIONE IN ADOLESCENZA**

Il Disturbo Depressivo Maggiore è il più comune disturbo depressivo negli adolescenti. I cambiamenti fisici, psicologici e sociali dell'adolescenza rendono, infatti, questa transizione di vita un periodo ad alto rischio per lo sviluppo di DDM. In particolare, alcuni attributi personali, spesso presenti in adolescenza, sono stati associati al DDM, fra cui la cognizione negativa e uno stile attribuzionale depressivo, ovvero la tendenza ad attribuire gli insuccessi della vita a difetti del proprio carattere, di natura stabile e globale. Altre caratteristiche associate al DDM in adolescenza sono bassa autostima, ridotto livello di attività fisica, scarse competenze sociali e uso di tabacco (Hauenstein, 2003). Anche fattori di stress della vita che si verificano nel periodo adolescenziale sono stati associati al rischio di DDM nell'adolescenza, in particolare gli adolescenti con DDM spesso riportano fattori di stress più frequenti e gravi, come la morte di un genitore (Flament, Cohen, Choquet, Phillippe & Ledoux, 2001).

Il Disturbo Depressivo Maggiore spesso complica i tumultuosi anni dell'adolescenza e alcune delle conseguenze che comporta in questa fascia d'età sono insuccesso accademico, scarse relazioni tra pari, problemi comportamentali, conflitti con i genitori



e altre figure che rappresentano l'autorità, abuso di sostanze e rischio di suicidio (Hauenstein, 2003). Nello specifico, soprattutto lo sviluppo sociale risulta essere influenzato dalla presenza di sintomi depressivi, in quanto l'adolescenza è un periodo critico per lo sviluppo delle capacità relazionali e sociali. Queste abilità risultano essere alterate a causa della presenza di sintomi depressivi; le relazioni tra pari sono, infatti, particolarmente suscettibili ai sintomi depressivi che riducono l'energia e possono portare a un minore interesse nello sviluppare relazioni interpersonali. Queste difficoltà nelle relazioni sociali in questo periodo della vita possono fornire all'adolescente un modello di riferimento che condiziona le aspettative relative alle relazioni future. Gli adolescenti che soffrono di depressione tendono a ricordare come maggiormente negativi i feedback degli altri, portando al desiderio di voler evitare le relazioni, che a sua volta può portare a ulteriori deficit sociali. Inoltre, l'adolescenza è un periodo chiave per imparare a formare e mantenere relazioni romantiche positive. I sintomi depressivi in adolescenza possono causare difficoltà nell'imparare a stabilire relazioni romantiche, portando a maggiore solitudine e a sviluppare minori relazioni sentimentali anche in età adulta, che a loro volta possono avere delle conseguenze negative a lungo termine, in quanto le relazioni sentimentali nella vita adulta sono delle fonti primarie di sostegno sociale (Holt-Lunstad, Birgmingham & Jones, 2008).

Negli adolescenti si può osservare anche il Disturbo Distimico e coloro che ne soffrono sono ad alto rischio di sviluppare un Disturbo Depressivo Maggiore e quando questo accade si parla di doppia depressione. Il DD in adolescenza può presentarsi con irritabilità, problemi comportamentali, scarso rendimento scolastico, difficoltà a relazionarsi e tendenza a isolarsi, visione fortemente pessimistica e mancanza di spensieratezza e speranza (Hauenstein, 2003).

Per quanto riguarda la depressione sottosoglia la letteratura mostra che la presenza di questa condizione in adolescenza è predittiva di successivi problemi di salute mentale (Jinnin et al., 2017). In particolare, lo studio di Balázs et al. (2013) mostra che adolescenti con depressione sottosoglia presentano un maggior rischio di avere, nel presente e in futuro, disturbi mentali, ideazioni suicidarie e di compiere suicidi. Inoltre, è importante sottolineare che in adolescenza anche i sintomi depressivi che non superano i cut-off dello screening clinico, ossia i sintomi depressivi sottosoglia, possono

predire un rischio significativo di difficoltà sociali nella prima età adulta e comportare dei rischi a lungo termine per lo sviluppo delle relazioni sociali (Allen, Chango, Szewedo & Scahd, 2014). Altri problemi che gli adolescenti che soffrono di depressione sottoglia riportano maggiormente, rispetto ad adolescenti senza disturbi depressivi, sono problemi scolastici e minor rendimento scolastico, violazioni della legge, disturbi somatici e ritiro sociale (Philipp et al., 2018).

### **3) LA RELAZIONE TRA LA VITTIMIZZAZIONE TRA PARI E LA DEPRESSIONE**

Relativamente alla relazione tra la vittimizzazione tra pari e i sintomi depressivi la letteratura evidenzia che esiste una relazione significativa, sia nei bambini che negli adolescenti. Infatti, le vittime di bullismo mostrano un maggior disadattamento psicosociale rispetto ai coetanei non bullizzati e, in particolare, risultano essere caratterizzati da maggiori livelli di depressione, mettendo in luce che esiste una correlazione positiva fra questi due aspetti (Hawker & Boulton, 2000). Alcuni ricercatori hanno teorizzato che anche se alcuni sintomi internalizzanti possono essere presenti prima che un bambino o adolescente sia vittimizzato dai suoi coetanei, altri sintomi potrebbero svilupparsi come conseguenza della vittimizzazione da parte dei pari (Bernstein & Watson, 1997). A sostegno di ciò uno studio su adolescenti inglesi ha dimostrato che essere vittima di bullismo all'età di 13 anni comporta più del doppio della probabilità di soffrire di depressione all'età di 18 anni (Holbrook, 2020).

Dall'altra parte, esiste anche la relazione opposta, infatti i giovani con sintomi internalizzanti, come sintomi di depressione, hanno maggiore probabilità di essere presi in giro o essere isolati dai coetanei. Di conseguenza, le vittime di bullismo potrebbero cercare di evitare le situazioni sociali per ridurre i sentimenti negativi, come impotenza e preoccupazione, che può portare a una maggiore vittimizzazione, in quanto evitando le situazioni sociali le vittime perdono l'opportunità di migliorare le loro abilità sociali e di sperimentare interazioni positive (La Greca & Lopez, 1998). Lo studio di Schacter e Juvonen (2017) ha dimostrato che la presenza di problemi internalizzanti può fungere da fattore di rischio per la vittimizzazione fra pari. I risultati di questo studio, infatti, mettono in luce che studenti che presentano maggiori livelli di depressione all'inizio

della scuola secondaria di primo grado sono soggetti a un maggior rischio di essere vittime di bullismo l'anno scolastico successivo.

Fra vittimizzazione tra pari e depressione è stata dimostrata anche la presenza di una relazione ciclica, una ricerca su preadolescenti e adolescenti britannici ha, infatti, evidenziato che la vittimizzazione predice la depressione e parimenti la presenza di depressione predice la possibilità di essere bullizzati, mettendo in luce che le due variabili si rafforzano vicendevolmente (Sweeting, Young, West, & Der 2006).

Per quanto riguarda la relazione tra la vittimizzazione tra pari e la depressione esistono, infatti, tre principali modelli che tentano di spiegarla e che verranno descritti nei paragrafi successivi: il modello di rischio interpersonale, il modello symptoms-driven e il modello transazionale.

#### **4) IL MODELLO DI RISCHIO INTERPERSONALE**

Il modello di rischio interpersonale evidenzia il ruolo delle relazioni sociali nello sviluppo e nel mantenimento della psicopatologia, sostenendo che alcune esperienze sociali, come la vittimizzazione, possano essere implicate nello sviluppo di problemi internalizzanti. In particolare, secondo questa prospettiva teorica le relazioni conflittuali tra pari, rappresentando un evento di vita stressante, costituiscono un fattore di rischio significativo per lo sviluppo psicopatologico. Nello specifico, questo modello sostiene che un basso status sociale all'interno del gruppo dei pari possa portare a una diminuzione del senso di appartenenza al gruppo e a scarse relazioni sociali con i coetanei. A loro volta, il deficit nel senso di appartenenza e soprattutto le scarse relazioni interpersonali, che possono portare a scarsa accettazione da parte dei pari e vittimizzazione tra pari, rappresentano dei fattori di rischio per lo sviluppo di sintomi depressivi, i quali, secondo questa prospettiva, emergono non solo come conseguenza di distorsioni cognitive ma anche a causa della presenza di un contesto sociale non supportivo, caratterizzato da relazioni sociali conflittuali (Kochel, Ladd & Rudolph, 2012). In sintesi, secondo questa prospettiva la presenza di vittimizzazione tra pari, che può portare a vivere relazioni conflittuali, a sperimentare rifiuto da parte dei coetanei e solitudine, interferisce con il bisogno di appartenenza, particolarmente rilevante in adolescenza, e un deficit nel senso di appartenenza, causando una diminuzione del senso

di inclusione al gruppo e della percezione del proprio valore personale, può essere predittivo dello sviluppo di disturbi internalizzanti, come depressione (Sentse, Prinzie & Salmivalli, 2017). La letteratura mostra alcune evidenze del modello di rischio interpersonale, mettendo in luce che il rifiuto da parte dei pari, riferito dall'individuo, dai genitori e dagli insegnanti, precede lo sviluppo di sintomi depressivi, riportati da tutte e tre le fonti considerate (Krygsman & Vaillancourt, 2017).

La maggior parte degli studi che hanno analizzato la relazione tra vittimizzazione tra pari e depressione, e che rappresentano una conferma del modello di rischio interpersonale, sono stati condotti su preadolescenti, in quanto durante gli anni della preadolescenza si verifica un incremento degli atti di bullismo e la preadolescenza rappresenta un periodo cruciale per lo sviluppo di psicopatologia, anche a causa della contemporaneità tra l'ingresso in questa fase di transizione del ciclo di vita, con i cambiamenti biologici che comporta, e la transizione scolastica alla scuola secondaria di primo grado (Forlim, Stelko-Pereira & Williams, 2014). Fra questi si trova lo studio longitudinale di Arora, Wheeler, Fisher, Restituyo e Barnes-Najor (2020), in cui è emerso che studenti asioamericani che riportano alti livelli di vittimizzazione tra pari presentano un aumento dei sintomi depressivi un anno dopo. Un altro studio che conferma che la vittimizzazione tra pari può fungere da fattore di rischio per lo sviluppo di depressione è lo studio trasversale di da Silva et al. (2020) su ragazzi e ragazze brasiliani frequentanti il primo anno di scuola media. Questo studio ha dimostrato che le vittime di bullismo sono sei volte più a rischio di sviluppare sintomi depressivi rispetto ai coetanei non bullizzati. Più nello specifico, i risultati di questo studio hanno evidenziato che nelle partecipanti di genere femminile la vittimizzazione verbale, relazionale e fisica è significativamente associata a depressione, anedonia, umore negativo, problemi interpersonali e minore autostima. Nei partecipanti di genere maschile, invece, questa associazione è risultata essere valida solo per la vittimizzazione verbale e relazionale (da Silva et al., 2020).

Anche lo studio di Kotchick, Papadakis, Nettles e Jobe (2019) ha evidenziato una relazione positiva significativa tra vittimizzazione tra pari e depressione in partecipanti preadolescenti, ipotizzando che la vittimizzazione tra pari, soprattutto se si verifica ripetutamente nel corso del tempo, sia un fattore di stress sociale e psicologico che può

contribuire al rischio di sviluppare disturbi psicopatologici, come un disturbo depressivo. Gli autori dello studio sostengono, inoltre, che la vittimizzazione tra pari possa essere particolarmente dannosa in preadolescenza in quanto questo periodo di vita è caratterizzato da un'elevata attenzione da parte dei ragazzi e delle ragazze sulle relazioni tra pari e sullo status sociale. Di conseguenza, i preadolescenti vittime di bullismo possono farsi influenzare dall'esperienza di vittimizzazione per valutare la propria autostima, portando allo sviluppo di una negativa immagine di sé, a sentimenti di solitudine e sintomi depressivi.

Il modello di rischio interpersonale è stato testato anche da uno studio con partecipanti europei, nello specifico spagnoli, di età compresa fra i 10 e i 14 anni. Dai risultati è emerso che la vittimizzazione è associata alla depressione, soprattutto nelle vittime che riportano assenza di supporto sociale e rifiuto da parte dei pari, le quali presentano livelli di depressione maggiori rispetto alle vittime che riportano maggiore supporto sociale (Palomares-Ruiz, Oteiza-Nascimento, Toldos, Serrano-Marugàn & Martín-Babarro, 2019).

Per quanto riguarda gli studi condotti con partecipanti adolescenti, citiamo lo studio longitudinale di Moore et al. (2014), condotto su ragazzi e ragazze australiani frequentanti le scuole superiori, in cui è stata valutata l'associazione tra la vittimizzazione tra pari a 14 anni e i problemi di salute mentale a 17, controllando la presenza di psicopatologia pre-esistente, attraverso una valutazione della presenza di eventuali sintomi internalizzanti, fra cui sintomi depressivi, ed esternalizzanti a 5 e a 14 anni. I risultati di questo studio hanno evidenziato che ragazzi e ragazze vittime di bullismo hanno maggiore probabilità di avere meno amici stretti e presentano un rischio maggiore di avere problemi di salute mentale, soprattutto sintomi internalizzanti, caratterizzati da un ipercontrollo delle emozioni. In altre parole, lo studio di Moore et al. (2014) ha dimostrato che esiste una relazione significativa tra vittimizzazione a 14 anni e problemi di salute mentale a 17 anni, tra cui depressione. Inoltre, controllando la presenza di psicopatologia pre-esistente, lo studio ha potuto mettere in luce la presenza di una relazione temporale tra vittimizzazione tra pari e successivi problemi di salute mentale, suggerendo che questo risultato non sia semplicemente legato alla presenza di psicopatologia pre-esistente.

Un ulteriore studio che conferma il modello di rischio interpersonale per quanto riguarda la vittimizzazione tra pari in adolescenza e la depressione è quello di Chang, Wu, Lin, Chang e Yen (2019), condotto su adolescenti di Taiwan, attraverso tre somministrazioni di uno stesso questionario, ognuna a distanza di un anno dalla precedente. I risultati hanno dimostrato che la vittimizzazione tra pari misurata nella prima somministrazione è associata positivamente alla presenza di sintomi depressivi nei partecipanti di entrambi i generi nell'ultima somministrazione.

## **5) IL MODELLO SYMPTOMS-DRIVEN**

Il modello symptoms-driven sostiene che i sintomi della depressione rappresentino un fattore di rischio per la vittimizzazione tra pari e che, quindi, precedano la vittimizzazione. Più specificatamente questo modello ipotizza che coloro che hanno sperimentato un episodio di depressione, o sintomi depressivi, siano a maggior rischio di essere vittime di atti di bullismo, rispetto a individui che non esibiscono una sintomatologia depressiva. Il modello symptoms-driven si basa sulle teorie interpersonali della depressione, le quali sostengono che la presenza di sintomi depressivi in bambini e adolescenti possa interferire con lo sviluppo di adeguate abilità socio-relazionali, fondamentali per l'interazione con gli altri, in quanto necessarie per lo sviluppo e il mantenimento delle relazioni interpersonali, causando, di conseguenza, difficoltà relazionali (Krygsman & Vaillancourt, 2017). La teoria interpersonale della depressione di Coyne (1976) afferma che gli individui depressi possono influenzare il loro ambiente sociale attraverso caratteristiche e comportamenti che emergono come conseguenze della depressione, ad esempio deficit nelle competenze sociali e uno stile comportamentale passivo, che a loro volta possono suscitare negli altri rifiuto, derisione o comportamenti aggressivi, fra cui atti di bullismo (Smith et al., 2021). La letteratura, infatti, evidenzia che adolescenti depressi sono maggiormente socialmente isolati, meno socievoli e hanno un minor status sociale all'interno del gruppo dei pari, aspetti che aumentano la probabilità di essere individuati dai coetanei come maggiormente vulnerabili e di essere bersagli di atti di bullismo. L'aspetto dello status sociale, caratteristica molto saliente in adolescenza, è particolarmente importante in quanto permette di spiegare alcune differenze di genere relative alla relazione tra depressione e vittimizzazione tra pari nel periodo adolescenziale. Nonostante esistano risultati

contrastanti in merito, esistono alcune evidenze della letteratura che hanno messo in luce che in adolescenza, a differenza della preadolescenza, la relazione per cui la depressione predice la successiva vittimizzazione possa essere più forte per gli adolescenti di genere maschile, rispetto alle adolescenti di genere femminile e l'interpretazione data dagli autori consiste nel fatto che i sintomi depressivi, come tristezza o piangere in pubblico, sono maggiormente associati all'impopolarità nei ragazzi rispetto alle ragazze (Malamut, Mali, Schwartz, Hopmeyer & Luo, 2017). La spiegazione di questa differenza, relativa all'associazione tra depressione e impopolarità, consiste nel fatto che i sintomi e i comportamenti tipicamente associati alla depressione sono maggiormente coerenti con le norme di genere femminile e violano, invece, le norme di genere maschile. Di conseguenza, i ragazzi che mostrano sintomi depressivi hanno una maggiore probabilità di essere bersaglio di atti di bullismo rispetto alle ragazze con sintomi simili (Baweja, 2015).

In sintesi, il modello symptoms-driven sostiene l'ipotesi della “cicatrice della depressione” (*Scar hypothesis*), ossia che la presenza di problemi internalizzanti predice il rifiuto da parte dei coetanei e la vittimizzazione tra pari, a causa della cicatrice duratura e interpersonale lasciata dalla depressione, che comporta difficoltà relazionali (Sentse et al., 2017).

Uno studio che conferma il modello symptmos-driven per quanto riguarda la relazione tra depressione e vittimizzazione tra pari, come accennato in precedenza, è quello di Schacter e Juvonen (2017) su preadolescenti californiani, a cui è stato fatto compilare un questionario nell'autunno del primo anno di scuola secondaria di primo grado, nella primavera dello stesso anno e nella primavera dell'anno successivo. I risultati di questo studio hanno dimostrato che i sintomi depressivi agiscono come un fattore di rischio per la vittimizzazione tra pari durante la preadolescenza. Infatti, studenti che presentano maggiori sintomi depressivi nell'autunno e nella primavera della prima media riportano maggiore vittimizzazione sia nelle prime due somministrazioni, avvenute nel primo anno scolastico, sia in quella avvenuta nella primavera del secondo anno. Lo studio ha, inoltre, evidenziato che l'autocolpevolizzazione caratteriale media la relazione tra depressione e vittimizzazione. Difatti i partecipanti che riportano maggiore depressione durante la prima somministrazione sono maggiormente propensi a incolpare se stessi

delle loro esperienze sociali negative, attraverso attribuzioni interne, stabili e incontrollabili, che a livello comportamentale portano a ritirarsi e isolarsi socialmente, determinando una maggiore probabilità di divenire vittime di atti di bullismo (Schacter & Juvonen, 2017).

Per quanto riguarda gli studi condotti con partecipanti europei, interessante è lo studio longitudinale di Sentse et al. (2017), condotto su ragazzi e ragazze preadolescenti finlandesi. Questo studio si è focalizzato sulla transizione alla scuola secondaria di primo grado, valutando i partecipanti tre volte durante il primo anno di scuola media, considerando che quest'ultima in Finlandia copre la fascia d'età che va dai 13 ai 16 anni. I risultati hanno evidenziato che la depressione è predittiva della successiva vittimizzazione per entrambi i generi e non è stata trovata la relazione opposta.

Lo studio longitudinale di Kochel, Bagwell, Ladd e Rudolph (2017) si è focalizzato, invece, sia sulla fascia d'età della preadolescenza che su quella dell'adolescenza. I partecipanti di questo studio sono preadolescenti e adolescenti statunitensi valutati nell'ultimo anno delle elementari, il primo anno di medie e durante il primo e secondo anno di scuole superiori, attraverso questionari self, parent e teacher report; sono state utilizzate, inoltre, le nomine dei pari per valutare l'accettazione tra pari e le amicizie reciproche. I risultati di questo studio confermano il modello symptoms-driven, in quanto la presenza di depressione predice il rischio di vittimizzazione tra pari un anno dopo, ma non viceversa. Questo risultato è emerso sia nei partecipanti preadolescenti (ultimo anno di elementari e primo anno di scuole medie), sia nei partecipanti adolescenti (primo e secondo anno di scuole superiori). Questo studio ha, inoltre, evidenziato due fattori protettivi per la vittimizzazione tra pari in preadolescenza, ossia il supporto sociale e l'accettazione da parte del gruppo dei pari, in quanto i bulli sono maggiormente inclini a rivolgere i propri comportamenti verso i coetanei percepiti come più vulnerabili e allo stesso tempo disprezzati e con un basso status sociale all'interno del gruppo dei pari. Infatti, preadolescenti con sintomi depressivi nell'ultimo anno di elementari riportano minori livelli di vittimizzazione l'anno successivo se riportano un alto livello di accettazione da parte del gruppo dei pari, rispetto ai coetanei con alti livelli di depressione e bassa accettazione sociale. L'accettazione da parte del gruppo dei pari non è risultata, invece, essere protettiva nei confronti della vittimizzazione tra



pari in adolescenza. Una possibile spiegazione di questa differenza consiste nel fatto che in preadolescenza l'accettazione da parte del gruppo dei pari offre ai ragazzi e alle ragazze inclusione e compagnia e promuove lo sviluppo di competenze comportamentali che permettono ai preadolescenti di distanziarsi dai genitori e stabilire relazioni più intime con i coetanei. Mentre in adolescenza nel soddisfare i bisogni emotivi, come l'affiliazione e l'intimità, assumono un ruolo più importante le amicizie diadiche e le relazioni con partner romantici, rispetto al gruppo dei pari e l'accettazione da parte di questo. In sintesi, i risultati di questa ricerca evidenziano che sintomi depressivi a livello subclinico, in un campione normativo di preadolescenti e adolescenti, predicono la vittimizzazione tra pari a scuola a distanza di un anno (Kochel et al., 2017).

Un ulteriore studio longitudinale che ha confermato il modello symptoms-driven è quello di Krygsman e Vaillancourt (2017) condotto per otto anni, in particolare dalla quinta elementare alla quarta superiore, su un campione di partecipanti canadesi. Anche i risultati di questo studio hanno messo in luce che i sintomi depressivi predicono una successiva vittimizzazione tra pari, soprattutto durante le transizioni scolastiche (dalla scuola primaria alla scuola secondaria di primo grado e dalla scuola secondaria di primo grado a quella secondaria di secondo grado), in quanto l'aver sperimentato sintomi depressivi in passato rende maggiormente difficile affrontare le sfide interpersonali che le transizioni scolastiche richiedono. Questa relazione è risultata essere particolarmente forte per quanto riguarda la transizione alla scuola secondaria di secondo grado, periodo in cui le relazioni con i pari diventano ancora più salienti e aumenta l'intimità con i coetanei. Gli adolescenti che soffrono di sintomi depressivi possono avere maggiore difficoltà nell'affrontare le esigenze sociali tipiche del periodo, mettendoli a rischio di diventare bersagli di atti di bullismo. Infatti, i partecipanti di questo studio che presentano sintomi depressivi in terza media sono maggiormente sottoposti a vittimizzazione al primo anno di superiori e coloro che presentano depressione al primo anno di superiori sono maggiormente sottoposti a vittimizzazione al secondo anno (Krygsman & Vaillancourt, 2017).

## 6) IL MODELLO TRANSAZIONALE

Secondo il modello transazionale, che considera entrambi i modelli precedenti, le scarse relazioni con i pari e i sintomi depressivi sono reciprocamente associati. Secondo questa prospettiva teorica gli individui che soffrono di depressione presentano deficit socio-comportamentali che interferiscono con le relazioni interpersonali provocando reazioni negative nei pari, come rifiuto, prese in giro e atti di bullismo, queste difficoltà interpersonali, a loro volta, perpetuano i sintomi depressivi, dando vita, quindi, a delle associazioni bidirezionali tra scarsi rapporti con i pari e depressione (Kochel et al., 2012). Il modello transazionale sostiene, infatti, che le caratteristiche dell'individuo, come sintomi depressivi, e l'ambiente, fra cui le relazioni con i pari, sono associati in modo bidirezionale, sottolineando la natura mutevole dell'individuo e dell'ambiente e la capacità dell'individuo di influenzare l'ambiente e il proprio sviluppo (Krygsman & Vaillancourt, 2017). Per il modello transazionale, quindi, la presenza di depressione predice la vittimizzazione tra pari, la quale, a sua volta, mantiene i sintomi depressivi (Sweeting et al., 2006). È inoltre importante ricordare che quando sia la vittimizzazione che la depressione persistono nel tempo possono causare effetti cumulativi, contribuendo alla stabilità temporale di ciascuna delle due variabili, portando a un "effetto valanga" in cui i sintomi depressivi e la vittimizzazione si sostengono a vicenda. Ciò può creare un circolo vizioso, ledere ulteriormente alla salute mentale dell'individuo e aumentare il rischio di conseguenze secondarie, come il fallimento accademico (Baweja, 2015).

Questo modello, oltre alla presenza di sintomi internalizzanti nelle vittime, si è focalizzato sul fatto che le giovani vittime di bullismo spesso sono anche impopolari, aspetto che aumenta ulteriormente la loro vulnerabilità, in quanto comporta assenza di supporto sociale e isolamento, che fan sì che siano bersagli più facili per i bulli e allo stesso tempo aumentano i sintomi depressivi (Prinstein & Cillessen, 2003). È importante ricordare che secondo il modello transazionale anche fra impopolarità e depressione esiste un'associazione bidirezionale, per cui, non solo l'impopolarità aumenta il rischio di depressione, ma anche i sintomi depressivi determinano una maggiore probabilità di divenire impopolari all'interno del gruppo dei pari (Baweja, 2015).

Uno dei lavori più importanti che rappresenta un'evidenza del modello transazionale relativamente alla relazione tra vittimizzazione tra pari e depressione è la meta-analisi di Reijntjes, Kamphuis, Prinzie e Telch (2010), che ha messo in luce che i problemi internalizzanti rappresentano sia degli antecedenti che delle conseguenze della vittimizzazione tra pari, suggerendo la presenza di un circolo vizioso che contribuisce a rendere stabile la vittimizzazione tra pari. I diversi studi presi in considerazione da questa meta-analisi hanno infatti trovato che la vittimizzazione tra pari conduce a un aumento dei problemi di salute mentale e che alcuni di questi problemi, come la depressione, aumentano il rischio di essere vittime di atti di bullismo.

Una meta-analisi più recente è quella di Christina, Magson, Kakar e Rapee (2021), che ha esaminato diversi studi longitudinali che hanno confermato la presenza di una relazione bidirezionale tra disturbi internalizzanti e vittimizzazione tra pari. Infatti, dagli studi presi in considerazione è emerso che la vittimizzazione tra pari predice un incremento di sintomi internalizzanti e che i sintomi internalizzanti predicono una maggiore probabilità di essere bullizzati, relazioni emerse anche negli studi che hanno controllato i livelli di base di queste due variabili. Più nello specifico questa meta-analisi ha messo in luce che tutte le forme di vittimizzazione tra pari predicono successivi problemi internalizzanti e che quest'ultimi predicono tutte le forme di vittimizzazione tra pari. La spiegazione data dagli autori consiste nel fatto che i giovani che presentano alti livelli di sintomi internalizzanti, come depressione, mettono in atto una serie di comportamenti sociali, come il ritiro, che aumentano la probabilità di divenire vittime di bullismo, la vittimizzazione, a sua volta, determina il mantenimento di una negativa immagine di sé e porta all'autocolpevolizzazione, aspetti che aumentano il rischio di mantenimento dei disturbi internalizzanti, in particolare depressivi (Christina et al., 2021).

Una ricerca che rappresenta un'evidenza dell'esistenza di relazioni bidirezionali tra vittimizzazione tra pari e depressione è quella di Davis et al. (2019), condotta su preadolescenti statunitensi, seguiti longitudinalmente per due anni attraverso quattro somministrazioni nel tempo di uno stesso questionario. I risultati di questo studio hanno evidenziato che i partecipanti di entrambi i generi che nella prima somministrazione hanno riportato un livello di depressione maggiore, rispetto alla media, presentano

maggiori livelli di vittimizzazione nelle somministrazioni successive. A sua volta una maggiore vittimizzazione è risultata essere associata a una successiva maggiore depressione (Davis et al., 2019).

Un ulteriore studio che rappresenta una conferma del modello transazionale, e mette in luce l'esistenza di un circolo vizioso tra vittimizzazione tra pari e depressione, è quello di Burke, Sticca e Perren (2017), condotto su preadolescenti svizzeri, valutati longitudinalmente nell'arco di due anni attraverso quattro somministrazioni di un questionario. I risultati dello studio hanno evidenziato la presenza di una relazione reciproca e positiva tra vittimizzazione tra pari e depressione. In particolare, è emerso che la depressione predice la vittimizzazione, infatti coloro che avevano un punteggio maggiore relativo alla depressione hanno riportato nelle somministrazioni successive una maggiore vittimizzazione. È, inoltre, emersa anche la relazione opposta, ossia che coloro che hanno riportato una maggiore vittimizzazione tra pari avevano, in seguito, un punteggio più alto di sintomi depressivi. Questo risultato ribadisce nuovamente l'associazione reciproca tra i due costrutti, così che ognuno può essere considerato un fattore di rischio per l'altro (Burke et al., 2017).

Anche lo studio di Forbes, Fitzpatrick, Magson e Rapee (2019) ha condotto a risultati importanti relativamente al modello transazionale. In particolare, gli autori sostengono che il meccanismo che mantiene le relazioni bidirezionali tra vittimizzazione tra pari e depressione consista nel fatto che la prima rappresenta un fattore di stress molto importante che con il tempo può condurre a sviluppare una negativa immagine di sé, del futuro e del mondo circostante. La vittimizzazione ripetuta nel tempo, inoltre, può portare a una diminuzione della stima di sé, della propria efficacia e può condurre a sentimenti di impotenza e disperazione. Dall'altra parte la presenza di sintomi depressivi rende gli individui più facilmente identificabili come vulnerabili emotivamente e incapaci di difendersi da possibili atti di bullismo (Forbes et al., 2019). Il campione dello studio longitudinale di Forbes et al. (2019) è composto da partecipanti frequentanti l'ultimo anno della scuola primaria seguiti fino al secondo anno di scuola secondaria di primo grado, per focalizzarsi sul periodo di transizione scolastica dalle elementari alle medie. Dai risultati è emerso che la presenza di depressione nell'ultimo anno di elementari predice la vittimizzazione negli anni successivi. Dall'altra parte,

similmente, la vittimizzazione tra pari nell'ultimo anno di elementari predice la depressione negli anni successivi. In sintesi, è emerso che vittimizzazione tra pari e depressione sono strettamente correlate fra loro e che esistono delle relazioni bidirezionali fra questi due costrutti (Forbes et al., 2019).

Relativamente alla relazione tra vittimizzazione tra pari e depressione, per quanto riguarda il periodo adolescenziale la letteratura si è focalizzata soprattutto sul ruolo delle attribuzioni relative all'essere vittima di atti di bullismo e le ripercussioni di queste sul benessere degli adolescenti. È stato infatti messo in evidenza che quando gli adolescenti incolpano se stessi per la propria situazione, attraverso l'autocolpevolizzazione, sono maggiormente a rischio di sviluppare sintomi depressivi. Dall'altro lato, è stato dimostrato che la presenza di depressione ostacola l'utilizzo di strategie di coping adattive per affrontare la vittimizzazione, come la ricerca di sostegno sociale (Zimmer-Gembeck, 2016). Nonostante gli studi sulla relazione tra vittimizzazione tra pari e depressione si siano concentrati soprattutto sulla preadolescenza, anche gli studi che hanno analizzato questa relazione in campioni di adolescenti hanno trovato l'esistenza di relazioni bidirezionali fra i due costrutti: da una parte disturbi psicopatologici si sviluppano come conseguenze di esperienze sociali tossiche, come la vittimizzazione, dall'altra parte disturbi psicopatologici, come disturbi depressivi, incidono sulle relazioni interpersonali, conducendo alla possibilità di diventare vittima di bullismo (Zimmer-Gembeck, 2016).

Per quanto riguarda la conferma dell'esistenza di un modello transazionale relativamente alla relazione tra vittimizzazione tra pari e depressione in adolescenza un lavoro importante è la review di Casper e Card (2017). Questa rassegna meta-analitica ha analizzato 45 studi relativamente all'associazione tra vittimizzazione fisica, verbale, relazionale e problemi internalizzanti e ha evidenziato che essere vittimizzato all'interno del gruppo dei pari può minare le abilità sociali della vittima e le abilità necessarie e adeguate per reagire quando si è presi di mira dai coetanei, portando, di conseguenza, a sentimenti di tristezza, ansia e alla ruminazione mentale. Quest'ultima può causare un aumento del ritiro sociale, dei sentimenti di solitudine e portare a minori opportunità di impegnarsi in interazioni sociali, rendendo l'adolescente a maggior rischio di essere

nuovamente vittimizzato dai pari, soprattutto dal punto di vista relazionale (Casper & Card, 2017).

Un'altra review che si è focalizzata sull'associazione tra vittimizzazione tra pari e depressione in adolescenza e che ha evidenziato l'esistenza di un processo ciclico tra fattori di rischio e conseguenze della vittimizzazione è quella di Juvonen e Graham (2014). Le autrici hanno sottolineato il fatto che molte delle conseguenze della vittimizzazione tra pari, come problemi internalizzanti, possono essere anche dei fattori di rischio per la vittimizzazione. Analizzando diversi studi che hanno trattato questa relazione Juvonen e Graham (2014) hanno evidenziato che, nonostante gli effetti siano più forti quando i sintomi internalizzanti sono considerati come conseguenze delle esperienze di bullismo, esiste una relazione significativa anche quando i sintomi internalizzanti sono considerati come antecedenti e fattori di rischio per la vittimizzazione, mettendo in luce che le relazioni tra vittimizzazione tra pari e problemi internalizzanti sono reciproche.

### **3. L'AUTOSTIMA**

#### **1) INQUADRAMENTO GENERALE DELL'AUTOSTIMA**

Il termine “autostima” deriva dal verbo latino “aestimare”, ossia “valutare”, nel duplice significato di “determinare il valore di” e “un’opinione su”. L’autostima è un costrutto centrale nella psicologia clinica, dello sviluppo, della personalità e sociale. Uno dei primi autori che ha studiato questo concetto è James, uno dei padri fondatori della psicologia occidentale, il quale a inizio 900 definisce l’autostima come un costrutto derivante dalla valutazione che un individuo esprime su stesso e le proprie capacità, in particolare definito dalla discrepanza tra come la persona si vede e ciò che vorrebbe essere, dal rapporto quindi tra Sé reale e Sé ideale (Andrews, 1998).

Qualche anno dopo il sociologo Cooley, parlando del “sé specchio”, ha proposto che l’autostima non derivi esclusivamente da una valutazione personale, ma anche da come si appare agli occhi degli altri e da come si pensa di apparire agli occhi altrui, sottolineando il fatto che la stima di sé è spesso influenzata fortemente dalle opinioni degli altri e da ciò che l’individuo immagina che gli altri possano pensare di lui (Neff, 2011).

A metà del 900 Maslow definisce, invece, l’autostima come uno dei gradini più alti della piramide dei bisogni, descrivendola come un bisogno umano, nello specifico psicologico, che richiede di essere soddisfatto una volta che sono stati appagati i bisogni dei livelli precedenti. L’autore sostiene che l’autostima implica l’essere valorizzati e rispettati dagli altri e che può essere raggiunta attraverso riconoscimenti, status sociale o prestigio. Secondo Maslow la maggior parte dei problemi psicologici derivano da una bassa stima di sé, in quanto se una persona non apprezza ciò che è e ha realizzato, sarà più critica verso se stessa e si giudicherà in modo negativo. Una bassa autostima, inoltre, ha delle ricadute a livello sociale, portando la persona a tentare di convalidare i feedback altrui per ottenere l’accettazione sociale da parte dei pari (Poston, 2009).

Qualche anno dopo Rosenberg ha dichiarato che l’autostima è la valutazione globale di sé, un orientamento positivo o negativo verso se stessi, ossia l’insieme di pensieri ed emozioni riferiti a sé come oggetto di valutazione. Per l’autore la stima di sé è, quindi,

legata alle convinzioni personali sulle proprie competenze, abilità e relazioni sociali (Abdel-Khalek, 2016).

A fine 900 Bandura distingue l'autostima dall'autoefficacia, sostenendo che la prima si riferisce a un'immagine globale di sé, mentre la seconda a un dominio specifico di attività, alla fiducia nella propria capacità di saper compiere delle azioni specifiche ed escogitare delle strategie per poter svolgere in modo ottimale determinati compiti e attività (Laguna, 2013).

Oggi una delle definizioni maggiormente condivise in letteratura è quella di Battistelli che definisce l'autostima come l'insieme dei giudizi valutativi che l'individuo dà di se stesso. L'autore, in altre parole, definisce l'autostima come la valutazione, a un basso livello di consapevolezza, che ognuno dà ogni giorno al proprio agire (Battistelli, 1994).

Lo sviluppo dell'autostima inizia dalla nascita, implica un processo molto lungo ed è in continua evoluzione. Nella sua formazione hanno un ruolo importante le influenze sociali e interpersonali, in particolare è stato dimostrato che giocano un ruolo importante le relazioni primarie. Infatti, è particolarmente rilevante l'influenza e la cura che i genitori forniscono ai figli e le esperienze precoci con i propri genitori (Andrews, 1998). La stima di sé è una parte della personalità, include le percezioni sui propri punti di forza e debolezza, sulle proprie abilità, sui propri atteggiamenti e valori, e può essere concettualizzata come composta da due elementi: l'auto-conoscenza e la consapevolezza di sé (Minev, Petrova, Mineva, Petkova & Strebkova, 2018). Con la prima ci si riferisce al Sé reale che comprende le capacità reali del soggetto (il modo di pensare, le abilità, le competenze) e il Sé ideale, che comprende le stesse capacità a disposizione dell'individuo ma proiettate su un livello ideale. La consapevolezza di sé riguarda, invece, la capacità di riconoscere se stessi, di comprendere i propri bisogni, desideri, punti di forza e di debolezza, i segnali emotivi espressi dal proprio corpo, le proprie abitudini e i propri schemi di pensiero (Frant, 2016).

## **2) L'AUTOSTIMA ESPLICITA E L'AUTOSTIMA IMPLICITA**

Le teorie del doppio processo propongono che gli esseri umani possiedano due modalità di elaborazione delle informazioni, una cognitiva, quindi razionale, deliberata e



cosciente, l'altra esperienziale, ossia affettiva, automatica, inconscia. La letteratura ha, infatti, dimostrato che gli individui davanti a un oggetto compiono due tipi di valutazione, una automatica e implicita, l'altra consapevole ed esplicita, ed entrambe influenzano gli atteggiamenti e i comportamenti delle persone (Wilson, Lindsey & Schooler, 2000). Allo stesso modo anche quando si pensa a se stessi si compiono due tipi di valutazione: una implicita e una esplicita.

Greenwald e Banaji (1995), basandosi sui risultati della psicologia cognitiva sull'esistenza di sistemi di memoria impliciti ed espliciti, sono stati i primi autori a parlare della possibilità che le valutazioni del Sé a volte possano influenzare il comportamento in maniera non dichiarativa, ma automatica. Da quel momento l'autostima implicita è stata tipicamente definita come una valutazione del Sé che avviene in modo non intenzionale e inconsapevole. L'autostima esplicita, invece, rappresenta una valutazione consapevole, un'autovalutazione compiuta deliberatamente ed è ciò che le persone riportano quando si chiede loro cosa pensino di se stesse (Spencer, Fein, Zanna & Olson, 2003). In altre parole, l'autostima implicita è inconscia, emozionale ed è influenzata dall'umore; l'autostima esplicita, invece, è una valutazione globale di sé, che tende a essere stabile nel tempo e non è influenzabile dall'umore, dipende, essenzialmente, dalla stima altrui, dall'auto-osservazione di sé e dei propri risultati e dal confronto con le altre persone.

L'autostima esplicita viene considerata un prodotto della modalità di elaborazione cognitiva, che si basa sull'analisi delle informazioni e dei feedback rilevanti per se stessi, come le visioni e opinioni altrui su di sé. L'autostima implicita, invece, è considerata il risultato della modalità di elaborazione esperienziale e deriva, quindi, da un'elaborazione automatica e olistica delle esperienze affettive. I ricercatori hanno, inoltre, ipotizzato che le valutazioni implicite di sé siano maggiormente primitive e si sviluppino prima di quelle esplicite (Zeigler-Hill, 2006).

La natura non consapevole dell'autostima implicita rende la valutazione di questo costrutto particolarmente difficile. Un modo per valutare l'autostima globale implicita consiste nell'indagare quanto a una persona piaccia il proprio nome, in quanto secondo l'effetto della mera proprietà la valutazione dell'autostima globale è maggiormente

valida quando viene chiesto di valutare ciò che è più rappresentativo del proprio Sé e in quanto l'autostima implicita rappresenta l'influenza che l'atteggiamento verso di sé esercita sulla valutazione di oggetti legati al Sé o dissociati da esso. Poiché il proprio nome è un aspetto centrale per il proprio Sé globale, in quanto è un simbolo sociale fortemente associato all'identità delle persone, la valutazione di quanto a una persona piaccia il proprio nome rappresenta un metodo affidabile per valutare l'autostima globale implicitamente. A sostegno di questa ipotesi si trova la dimostrazione che le persone spesso riferiscono che non sarebbero le stesse persone se avessero un altro nome, che gli studenti affermano che si sentono lusingati quando i loro professori si ricordano il loro nome e che in molte culture l'assenza di nome equivale a non possedere onore o identità. Questa misura, inoltre, è implicita in quanto non indaga in modo esplicito le credenze che le persone hanno su chi pensino di essere e quanto si stimino, chiedendo quanto si piacciono, ma fornisce una stima degli atteggiamenti degli individui verso se stessi in base a quanto piaccia loro il loro nome (Gebauer, Riketta, Broemer & Maio, 2008).

### **3) L'AUTOSTIMA IN ADOLESCENZA**

L'adolescenza è un periodo di transizione cruciale e critico per lo sviluppo, che si posiziona tra l'infanzia e l'età adulta, e l'autostima gioca un ruolo molto importante durante questo periodo. Allo stesso tempo il periodo adolescenziale è un periodo critico e fondamentale per il processo di formazione dell'identità e dell'autostima e l'evoluzione di quest'ultima può comportare dei periodi di caduta, specialmente durante i periodi di transizione, come l'adolescenza (Minev et al., 2018).

Gli adolescenti con un alto livello di autostima risultano essere capaci di influenzare positivamente l'opinione e il comportamento altrui, sanno affrontare situazioni nuove in modo positivo, hanno un alto livello di tolleranza della frustrazione, sono in grado di assumersi le proprie responsabilità, sanno comunicare i propri sentimenti, hanno un buon autocontrollo. Un'alta autostima risulta essere associata, inoltre, a maggior supporto sociale, minore stress e una migliore salute, sia mentale che fisica. Una bassa autostima in adolescenza è, invece, associata a difficoltà nella regolazione emotiva, insoddisfazione e sentimenti di inutilità e inferiorità, atteggiamenti negativi verso le

altre persone e le circostanze personali. Una bassa stima di sé in adolescenza è, inoltre, un fattore di rischio per esiti negativi in diversi ambiti della vita; questa, infatti, predice una peggiore salute mentale e fisica e un peggior benessere economico in età adulta (Abdel-Khalek, 2016).

La formazione dell'autostima in adolescenza può essere stimolata e incoraggiata sia dai genitori che dagli insegnanti e il livello di essa si rispecchia negli atteggiamenti e comportamenti che l'adolescente presenta a casa e a scuola. In particolare, l'atteggiamento dei genitori e l'attaccamento a essi sono di fondamentale importanza (Abdel-Khalek, 2016). Relativamente all'attaccamento è importante evidenziare che un attaccamento sicuro ai genitori influisce positivamente sul livello di autostima dei figli e sul modo in cui sono affrontate le sfide delle varie fasce d'età, soprattutto dell'adolescenza; molti studi hanno, infatti, dimostrato che coloro che presentano un attaccamento sicuro ai genitori hanno una maggiore autostima rispetto agli adolescenti con un attaccamento insicuro. Questo perché i ragazzi e le ragazze adolescenti con attaccamento sicuro, e di conseguenza con schemi di rappresentazione interna (Modelli Operativi Interni) di sé, dell'altro e della relazione positivi, elaborano le informazioni sociali in modo da impedire che la propria autostima venga danneggiata. Al contrario, i ragazzi e le ragazze con attaccamento insicuro come strategia difensiva tendono a escludere le informazioni sociali da un'ulteriore elaborazione oppure tendono a processarle con schemi interni negativi, derivanti dalle loro negative esperienze di attaccamento (Pan et al., 2020).

L'altra grande influenza sull'autostima degli adolescenti è giocata dai pari. In questo periodo, infatti, l'influenza dei pari sulla stima di sé diventa maggiormente influente rispetto alle fasi di vita precedenti. Studi sull'autostima durante i periodi di transizione, come il passaggio alla scuola superiore o all'università, mostrano, inoltre, che i cambiamenti nell'autostima in questi periodi sono maggiori. Ciò avviene in quanto le transizioni offrono opportunità di cambiamento nelle reti sociali e nei gruppi di riferimento, permettono di aumentare le competenze e di modificare le proprie aspirazioni e i propri scopi (Andrews, 1998).

La letteratura dimostra che durante la scuola primaria e la scuola secondaria di primo grado gli studenti e le studentesse presentano un declino del concetto di sé, rispetto alla percezione di sé esageratamente positiva tipica della seconda infanzia, ossia il periodo di vita che va dai 2 ai 6 anni, in cui i bambini tendono a sovrastimare le proprie competenze. Con l'aumentare dell'età aumenta la maturità cognitiva e i bambini, e successivamente i preadolescenti, diventano maggiormente in grado di valutare criticamente le proprie capacità e di integrare le informazioni provenienti da più fonti. Con il passaggio dalla scuola secondaria di primo grado a quella di secondo grado gli adolescenti hanno maggiore opportunità di partecipare ad attività in cui sono competenti e la maggior capacità di assumere prospettive differenti consente loro di ottenere maggiore sostegno da parte degli altri (Manning, 2007). Lo studio longitudinale di Erol e Orth (2011) ha evidenziato che l'autostima tende ad aumentare e a cambiare sensibilmente durante l'adolescenza e la giovane età adulta, suggerendo che l'adolescenza sia un periodo critico per lo sviluppo della stima di sé e per eventuali interventi volti a migliorarla.

#### **4) LA RELAZIONE TRA LA VITTIMIZZAZIONE TRA PARI E L'AUTOSTIMA**

Relativamente alla relazione tra la vittimizzazione tra pari e l'autostima la letteratura evidenzia che l'autostima è fortemente collegata alla vittimizzazione e che esiste una correlazione negativa significativa. Ad esempio, per quanto riguarda l'età infantile, lo studio di Jenkins e Demaray (2012) ha dimostrato che in bambini che frequentano la terza, la quarta e la quinta elementare è presente una correlazione negativa significativa tra le variabili concetto di sé e autostima, da un parte, e la variabile della vittimizzazione tra pari, dall'altra parte, e, nello specifico, ha messo in luce che bambini che hanno un concetto di sé negativo riportano di essere maggiormente vittime di bullismo rispetto ai coetanei con un miglior concetto di sé. Relativamente al periodo adolescenziale, invece, dallo studio di Tural Hesapcioglu, Yesilova Meraler ed Ercan (2018), condotto con un campione di adolescenti turchi, è emersa una differenza significativa in termini di punteggi dell'autostima tra coloro che erano vittime di atti di bullismo, che avevano un'autostima minore, e coloro che non erano vittime, che avevano un'autostima maggiore.

In generale, la letteratura, da una parte, ha riscontrato che gli individui con bassa autostima sono più frequentemente vittime di atti di bullismo da parte di individui con un'alta autostima. Gli individui con bassa autostima tendono, infatti, ad attrarre l'attenzione dei coetanei, attraverso comportamenti autodenigratori e che segnalano fragilità, circospezione e il fatto che non si vendicheranno se verranno offesi. Dall'altra parte, è anche stato messo in luce che essere vittima di atti di bullismo porta a minori livelli di autostima e auto-efficacia, oltre che a maggiori sintomi depressivi e d'ansia. In sintesi, come nel caso della relazione tra la vittimizzazione tra pari e la depressione, è stato suggerito che possa esistere una relazione bidirezionale tra vittimizzazione e autostima: da un lato, la bassa autostima innesca atti di bullismo da parte dei pari, dall'altro, l'essere vittima di atti di bullismo conduce a un abbassamento della stima di sé (Tsaousis, 2016). Questo risultato è in linea con quanto evidenziato dal modello transazionale, che sostiene l'esistenza di una relazione bidirezionale e reciproca fra vittimizzazione tra pari e autostima cosicché le due variabili appaiono associate in modo ciclico, rinforzandosi vicendevolmente (Tetzner, Becker & Baumert, 2016).

In generale, relativamente alla relazione tra eventi di vita negativi, come la vittimizzazione tra pari, e autostima esistono diverse prospettive teoriche. In letteratura si parla di “effetto selezione” (*selection effect*) per riferirsi al fatto che una bassa autostima possa condurre a sperimentare eventi di vita negativi e di “effetto della socializzazione” (*socialization effect*) per riferirsi al fatto che gli eventi di vita negativi possano condurre a un abbassamento dell'autostima.

Relativamente all'“effetto selezione” la letteratura ha dimostrato che alcune caratteristiche personali, come una bassa autostima, possono predisporre le persone a vivere determinate esperienze negative, come la vittimizzazione tra pari. Per quanto riguarda la presenza di un “effetto selezione” relativo alla relazione tra vittimizzazione tra pari e autostima durante il periodo adolescenziale, lo studio di Trzesniewski et al. (2006) ha evidenziato che adolescenti con una bassa autostima sono sottoposti a un maggior rischio di avere una peggiore salute fisica e mentale, anche a lungo termine, e hanno una maggiore probabilità di sperimentare un maggior numero di eventi di vita negativi, come la vittimizzazione tra pari, rispetto ai coetanei con un'autostima superiore (Tetzner et al., 2016).

Per quanto riguarda, invece, l'“effetto socializzazione” gli autori si sono basati sul modello diatesi-stress che sostiene che gli eventi negativi, come le esperienze stressanti, possono causare l'insorgenza della psicopatologia, interagendo con la predisposizione genetica dell'individuo. Più nello specifico, i sostenitori dell'“effetto socializzazione” affermano che sperimentare eventi di vita negativi, come la vittimizzazione tra pari, porta a utilizzare auto-attribuzioni negative, ossia ad attribuire le esperienze negative a propri difetti, e conduce ad avere una minore autostima, che rappresenta un fattore di rischio per la salute mentale (Tetzner et al., 2016). Uno studio che conferma questo effetto è quello di Houbre, Tarquinio, Thuillier e Hergott (2006), condotto con partecipanti dai 9 ai 12 anni, che ha dimostrato che le vittime di bullismo presentano una minore autostima e tendono a percepirsi in modo negativo, sotto diversi aspetti, come il dominio sociale e atletico. Questo studio ha evidenziato che l'essere vittima di bullismo può influenzare l'identità degli individui sia sul piano cognitivo, relativamente al concetto di sé, sia sul piano affettivo, relativamente al concetto di autostima. In sintesi, i risultati di questo studio hanno evidenziato che ripetuti atti di bullismo da parte dei coetanei possono causare sentimenti di angoscia, mancanza di fiducia in se stessi e bassa autostima nelle vittime.

Come detto in precedenza, il modello transazionale, che sostiene che esistono delle relazioni bidirezionali tra vittimizzazione tra pari e autostima, evidenzia il fatto che gli individui vittime di bullismo possono sviluppare una minore autostima a causa della vittimizzazione e, allo stesso tempo, gli individui con bassa autostima sono a maggior rischio di vittimizzazione in quanto i loro atteggiamenti e comportamenti comunicano ai pari che non si difenderanno se molestati (van Geel et al., 2018). Relativamente al fatto che la vittimizzazione conduce a una bassa autostima il focus della letteratura è sul fatto che essere vittimizzati rende difficile per le vittime mantenere una positiva immagine di sé e può portare a sperimentare sentimenti di inferiorità. Dall'altra parte, gli individui con una visione negativa di se stessi e una bassa autostima hanno maggiore probabilità di essere evitati dai loro coetanei, che può aumentare il rischio di divenire vittima di atti di bullismo. Inoltre, una bassa autostima, spesso associata anche a sintomi depressivi e ansiosi, può rendere difficile entrare a far parte di un gruppo e relazionarsi con i pari. Un secondo aspetto importante riguarda il fatto che coloro che hanno una bassa stima di sé tendono a non avere fiducia nelle proprie capacità di difesa di fronte a possibili atti di

bullismo, utilizzando strategie di coping disadattive quando si verificano dei conflitti sociali. Inoltre, la bassa autostima conduce le vittime a credere di meritare gli atti di bullismo e non aver alcun potere per cambiare la situazione. Infine, un ultimo aspetto rilevante riguarda il fatto che la vittimizzazione tra pari è caratterizzata da uno squilibrio di potere tra bullo e vittima e la bassa autostima può essere un elemento che permette questa condizione di squilibrio, anche poiché è spesso legata a un basso status sociale all'interno del gruppo dei pari (Choi & Park, 2021).

Un lavoro che rappresenta un'evidenza del modello transazionale è rappresentato dalla meta-analisi di van Geel et al. (2018), che ha dimostrato che bassi livelli di autostima rappresentano un fattore di rischio per la vittimizzazione e che, parimenti, la vittimizzazione tra pari ha degli effetti negativi e a lungo termine sull'autostima delle vittime. La spiegazione data dagli autori consiste nel fatto che, da una parte, gli individui con bassa autostima sono a maggior rischio di divenire vittime di bullismo in quanto comunicano, verbalmente o non verbalmente, il fatto che non si difenderanno se verranno bullizzati, aumentando, in questo modo, anche la probabilità di vittimizzazione ripetuta nel tempo. Dall'altra parte, la vittimizzazione tra pari può portare a una minore autostima, in quanto le valutazioni negative sulla vittima da parte dei pari vengono interiorizzate. In sintesi, questa meta-analisi evidenzia l'esistenza di un circolo negativo tra autostima e vittimizzazione tra pari, in cui la vittimizzazione abbassa l'autostima e la bassa autostima è un fattore di rischio per nuovi episodi di vittimizzazione (van Geel et al., 2018). Un'altra conferma del modello transazionale è rappresentata dal recente studio longitudinale di Choi e Park (2021), che è stato condotto con preadolescenti coreani frequentanti la scuola secondaria di primo grado. I risultati di questa ricerca hanno messo in luce che una bassa autostima predice una successiva vittimizzazione tra pari e la vittimizzazione tra pari predice una successiva bassa autostima; nello specifico, questi risultati evidenziano il fatto che le vittime di bullismo cadono all'interno di un circolo vizioso in cui essere bullizzate le porta a utilizzare l'auto-attribuzione caratteriale, ossia a incolpare se stesse per la propria situazione di vittima, a sentirsi incompetenti e/o non amabili, aspetti che portano, a loro volta, a una diminuzione della stima di sé, la quale, di seguito, conduce a una successiva vittimizzazione. Un ulteriore studio che ha confermato la presenza di relazioni bidirezionali fra autostima e vittimizzazione è lo studio di Hodges e Perry (1999), condotto con preadolescenti, che

ha portato ai risultati per cui la presenza di problemi internalizzanti e una bassa autostima, aspetti spesso associati, conducono alla vittimizzazione tra pari e quest'ultima predice un aumento di successivi sintomi internalizzanti e un decremento dell'autostima, oltre che condurre a rifiuto da parte dei pari. Per quanto riguarda il primo risultato la spiegazione data dagli autori consiste nel fatto che preadolescenti che presentano difficoltà internalizzanti e una bassa stima di sé possono divenire bersagli di atti di bullismo a causa del fatto che i loro comportamenti mettono in luce che se fossero presi di mira non sarebbero in grado di difendersi e non cercherebbero di farlo. Infatti, individui depressi e con una bassa autostima sono spesso meno capaci di utilizzare una comunicazione assertiva per reagire agli attacchi dei bulli e mostrano segni di sottomissione, che rinforzano gli atti di bullismo nei loro confronti. Il secondo risultato rappresenta, invece, una conferma del fatto che l'essere vittima di bullismo conduce a una serie di conseguenze negative, sia a livello personale che sociale, come sintomi internalizzanti, bassa autostima e rifiuto da parte dei pari. A risultati analoghi ha condotto anche lo studio longitudinale di Egan e Perry (1998), i cui risultati mostrano la presenza di influenze reciproche fra autostima, influenzata dalle autovalutazioni in diversi ambiti (dominio scolastico, aspetto fisico, accettazione da parte dei coetanei), e vittimizzazione tra pari: da una parte, una bassa autostima, soprattutto quando considerata in termini di percezione della propria competenza sociale, contribuisce alla probabilità di divenire vittima di bullismo, dall'altra parte, l'essere vittima di atti di bullismo porta a una diminuzione della stima di sé nel tempo, anche in questo caso, soprattutto in termini di auto-percezione della competenza sociale. Gli autori sostengono che la bassa autostima, relativa alla propria competenza sociale, porta a un aumento della vittimizzazione nel tempo, mentre un'alta autostima rappresenta una risorsa a livello di coping che aiuta ad affrontare in modo adattivo lo stress e le minacce. La maggior parte degli studenti, infatti, almeno occasionalmente è stata presa in giro dai coetanei ma coloro che presentano un'alta autostima non accettano questi attacchi e si difendono efficacemente tramite uno stile di interazione assertivo. La bassa autostima può, invece, condurre a cercare pari con cui relazionarsi che confermino la bassa percezione di stima di sé e portare a esibire comportamenti di autosvalutazione e sottomissione che i bulli interpretano come un invito ad aggredire. Inoltre, la bassa autostima può contribuire al rischio di divenire vittima di atti di bullismo in quanto è



associata a un'assenza di amici e/o a una bassa popolarità all'interno del gruppo dei pari, aspetti che possono contribuire alla vittimizzazione. I bulli, infatti, possono prendere di mira coloro che non hanno amici e/o che sono impopolari e di conseguenza non hanno compagni che li potrebbero proteggere durante gli atti di bullismo o vendicarsi per loro. Dall'altra parte, questo studio ha anche evidenziato che la vittimizzazione da parte di altri significativi, come i pari, porta a una diminuzione dell'autostima, con conseguenze anche a lungo termine. In sintesi, i risultati di questo lavoro confermano nuovamente la presenza di un circolo vizioso fra bassa autostima e vittimizzazione tra pari, in cui i due costrutti si rafforzano vicendevolmente (Egan & Perry, 1998). Uno studio più recente è quello di Boulton, Smith e Cowie (2010), condotto con preadolescenti inglesi. I risultati di questo lavoro hanno evidenziato che la vittimizzazione tra pari è correlata negativamente all'autostima globale e che fra le due variabili esistono delle relazioni bidirezionali, confermando la presenza di un modello transazionale relativamente all'associazione tra vittimizzazione e bassa autostima. Anche Boulton et al. (2010) sostengono, inoltre, che oltre la bassa autostima anche l'impopolarità all'interno del gruppo dei pari possa fungere da fattore di rischio per la vittimizzazione.

## **5) LA RELAZIONE TRA L'AUTOSTIMA E LA DEPRESSIONE**

La presenza di una correlazione tra autostima e depressione è stata ben documentata in letteratura, le persone con bassa autostima sono maggiormente inclini alla depressione e le persone depresse è più probabile che si sentano inutili, incompetenti e inadeguate; ma esistono diversi modelli che tentano di spiegare la natura della relazione tra queste due variabili, fra cui il modello di vulnerabilità, il modello diatesi-stress, il modello della cicatrice, il modello transazionale e il modello del doppio processo (Orth & Robins, 2013).

Prima di descrivere i diversi modelli è importante fare un breve cenno alla relazione fra autostima e depressione in adolescenza. Questo periodo di vita, a causa dei grandi cambiamenti che si verificano dal punto di vista fisico, cognitivo, emotivo e sociale, è, infatti, considerato critico e vulnerabile per lo sviluppo di un disturbo depressivo (Salk, Petersen, Abramson & Hyde, 2016). Inoltre, l'adolescenza rappresenta anche il periodo

in cui lo sviluppo dell'identità è caratterizzato da grande confusione, con conseguente diminuzione dell'autostima, che rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di depressione. In aggiunta, è importante ricordare che in adolescenza, a causa dell'aumento del bisogno di appartenenza, assumono un'importanza fondamentale le relazioni sociali, soprattutto con i pari, le quali, se sono di scarsa qualità, sono associate sia a risultati negativi in termini di salute mentale sia a una diminuzione della stima di sé (Zhou, Li, Tian & Huebner, 2020).

Per quanto riguarda i modelli che tentano di spiegare la relazione tra autostima e depressione, il modello di vulnerabilità sostiene che la bassa autostima rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di sintomi depressivi, basandosi anche sulla teoria di Beck (1967), che sostiene che le convinzioni negative sul Sé non sono esclusivamente un sintomo della depressione ma anche una causa critica per la sua eziologia. Più nello specifico, la teoria cognitiva della depressione sostiene che gli schemi disadattivi contenenti opinioni e credenze disfunzionali sul Sé influenzano il sistema di elaborazione delle informazioni in modo automatico, ripetitivo, non intenzionale e difficile da controllare. Ciò conduce, in seguito, a valutazioni negative di sé e all'impovertimento dell'autostima, che, a loro volta, innescano nell'individuo delle cognizioni disadattive legate alle interazioni sociali, che, portando a un'elevata sensibilità al rifiuto, a bias attentivi nei confronti dei segnali di rifiuto all'interno del contesto sociale, a evitamento delle situazioni sociali e a solitudine, contribuiscono all'insorgenza della depressione (Frank & De Raedt, 2007). In sintesi, secondo il modello di vulnerabilità la bassa autostima rappresenta un fattore stabile della personalità che predispone la persona a sviluppare sintomi depressivi, specialmente in coloro che hanno già sofferto in passato di depressione; ammettendo, inoltre, che il legame tra bassa autostima e depressione possa essere mediato da altre variabili, come la sensibilità al rifiuto e la solitudine (Orth & Robins, 2013).

Un lavoro che ha trovato supporto per il modello di vulnerabilità è la meta-analisi di Orth e Robins (2013), in cui è emerso che i partecipanti con bassa autostima globale tendono a sentirsi immeritevoli di risultati positivi, aspetto che contribuisce allo sviluppo della depressione. Questa review ha, inoltre, evidenziato che la relazione fra autostima e depressione risulta essere valida per l'autostima globale e non per una

valutazione negativa di sé esclusivamente in specifici domini, come quello scolastico, sociale, dell'attrattività fisica. Un'ulteriore evidenza del modello di vulnerabilità è rappresentata dallo studio longitudinale di Rieger, Gollner, Trautwein e Roberts (2016), condotto con giovani adulti e adulte. Dai risultati di questo studio è emerso che la bassa autostima predice lo sviluppo di successivi sintomi depressivi, in entrambi i generi.

Per quanto riguarda il periodo preadolescenziale e adolescenziale, uno studio che conferma l'esistenza di un modello di vulnerabilità in questo periodo di vita è quello di Zhou et al. (2020), condotto con partecipanti cinesi con età compresa fra gli 11 e i 15 anni. Dai risultati di questo studio è emerso che, in entrambi i generi, la bassa autostima precede lo sviluppo di sintomi depressivi, rappresentando, quindi, un fattore di rischio per la depressione, e che la sensibilità al rifiuto rappresenta un mediatore psicosociale della relazione tra bassa stima di sé e depressione. Relativamente all'importanza della sensibilità al rifiuto come mediatore la spiegazione degli autori consiste nel fatto che gli individui con una bassa autostima sono maggiormente sensibili al rifiuto e tendono a percepire i comportamenti degli altri negativamente e a vedere segnali di rifiuto anche dove non ci sono, diminuendo, di conseguenza, la soddisfazione ricavata dalle relazioni sociali, che, a sua volta, contribuisce allo sviluppo di depressione (Zhou et al., 2020).

Un modello simile a quello di vulnerabilità è il modello diatesi-stress, il quale considera la bassa autostima come una diatesi, ossia un fattore predisponente che esercita un'influenza sulla depressione esclusivamente se la persona contemporaneamente sperimenta anche dei fattori stressanti. Secondo questo modello, di fronte a delle circostanze di vita difficili le persone con una bassa autostima possono possedere minori risorse di coping e, di conseguenza, essere maggiormente inclini a sviluppare sintomi depressivi. In sintesi, per il modello diatesi-stress, una persona sviluppa depressione solo quando, oltre a una bassa autostima, vive eventi di vita stressanti o stress quotidiani, che attivano gli schemi negativi relativi al Sé, prima latenti. Inoltre, alcuni autori sostenitori di questo modello affermano che è l'instabilità dell'autostima ad essere associata alla vulnerabilità alla depressione, invece che un basso livello di stima di sé. In particolare, con autostima instabile gli autori si riferiscono a delle fluttuazioni elevate e a una grande reattività della stima di sé in conseguenza a stimoli quotidiani e fattori di stress; per cui, maggiore è il grado di instabilità dell'autostima,

misurato tramite diverse valutazioni nel tempo di quest'ultima, maggiore è il rischio di sviluppare sintomi depressivi. Le evidenze su cui si basa questa ipotesi sono alcuni studi che dimostrano che individui attualmente depressi e/o precedentemente depressi mostrano una maggiore instabilità dell'autostima rispetto al gruppo di controllo formato da individui che non sono mai stati depressi. Altri studi, inoltre, dimostrano che persone a rischio di sviluppare depressione a seguito di eventi di vita stressanti mostrano un'autostima maggiormente instabile rispetto a coloro che non sono a rischio (Frank & De Raedt, 2007).

Una ricerca che conferma il modello diatesi-stress è quella di Frank e De Raedt (2007), in cui è emerso che è l'interazione fra autostima instabile (e, anche se con effetti minori, bassa autostima) e gli eventi stressanti a predire lo sviluppo di depressione futura. Il campione di questo studio era formato da pazienti che erano attualmente depressi, individui che sono stati depressi in passato e individui che non hanno mai sofferto di depressione. Oltre a quanto già detto, i risultati dimostrano anche che gli individui depressi, attualmente o in passato, presentano un'autostima maggiormente instabile, rispetto al gruppo di controllo, e che è presente una correlazione positiva significativa tra depressione e instabilità dell'autostima. Quindi, l'instabilità dell'autostima, interagendo con gli eventi di vita stressanti, rappresenta un fattore di rischio per la depressione, mentre un'autostima stabile e positiva, in presenza di fattori stressanti, è un fattore di protezione per la depressione. Per quanto riguarda, invece, il livello di autostima è emerso che gli individui attualmente depressi presentano un minore livello di stima di sé durante gli episodi depressivi che, però, torna a essere simile a quello degli altri due gruppi con la remissione dei sintomi (Frank & De Raedt, 2007).

Il modello della cicatrice propone, invece, che la bassa autostima sia una conseguenza, piuttosto che una causa, della depressione. Secondo questo modello, infatti, i sintomi depressivi, portando allo sviluppo di cognizioni e atteggiamenti negativi verso il Sé, lasciano delle "cicatrici" relative al concetto di sé dell'individuo che progressivamente deteriorano la sua autostima (Rieger et al., 2016). Uno studio che porta prove a sostegno del modello della cicatrice è quello di Shahar e Davidson (2003), condotto con partecipanti adulti che soffrono di problemi di salute mentale, come depressione. I risultati di questo studio evidenziano che la presenza di sintomi depressivi diminuisce i

livelli di autostima dei pazienti, relazione particolarmente forte in coloro che presentano scarse abilità sociali. Per quanto riguarda il periodo adolescenziale è importante citare lo studio di Shahar e Henrich (2010), condotto con studenti e studentesse, di età compresa fra i 12 e i 17 anni. In linea con l'ipotesi degli autori, dai risultati dello studio è emerso che l'effetto della depressione sull'autostima è maggiormente forte nella preadolescenza, in cui l'autostima è maggiormente instabile, e meno forte, invece, negli anni adolescenziali successivi.

Un quarto modello che tenta di spiegare la relazione tra bassa autostima e depressione è quello transazionale, che sostiene che esiste una relazione reciproca tra i due costrutti: da una parte, la bassa stima di sé contribuisce allo sviluppo di depressione, dall'altra parte, la presenza di depressione deteriora nel tempo l'autostima dell'individuo (Orth & Robins, 2013). La meta-analisi di Sowislo e Orth (2013) conferma l'esistenza di un modello transazionale relativamente alla relazione tra bassa autostima e depressione, nonostante abbia trovato un effetto più forte della bassa autostima sulla depressione, rispetto l'effetto della depressione sull'autostima. La spiegazione data dagli autori consiste nel fatto che gli individui con bassa stima di sé cercano continue rassicurazioni e, inconsapevolmente, feedback negativi da parte delle persone con cui si relazionano, con conseguente rifiuto e assenza di supporto sociale da parte di queste, aspetti che, a loro volta, aumentano il rischio di depressione. Inoltre, un'altra caratteristica che aumenta la probabilità di sviluppare depressione consiste nel fatto che gli individui con bassa autostima tendono a concentrare l'attenzione su di sé e a rimuginare sugli aspetti negativi di sé. Dall'altra parte, nonostante dagli studi presi in considerazione da questa review sia emerso che l'effetto della depressione sull'autostima sia minore, gli autori riconoscono che i sintomi depressivi, influenzando negativamente le fonti di autostima dell'individuo, come le strette relazioni sociali e le reti sociali, possono deteriorare l'autostima della persona. In aggiunta, la depressione può cambiare la percezione da parte degli altri di quell'individuo, anche a lungo termine, portando a trattarlo con scarsa considerazione e attraverso modalità che riducono la sua autostima. In ultimo, l'umore cronicamente negativo, associato alla depressione, può condurre l'individuo a focalizzarsi sulle informazioni negative relative a se stesso, in particolare sulle proprie carenze, causando autovalutazioni sempre più negative, diminuendo la fiducia in se stesso e aumentando l'insicurezza (Sowislo & Orth, 2013).

Per quanto riguarda il periodo adolescenziale un'importante ricerca che conferma la presenza di un modello transazionale è quella di Shahar, Blatt, Zuroff, Kuperminc e Leadbeater (2004), condotta con preadolescenti, di genere maschile e femminile, frequentanti la prima e la seconda media. Dai risultati è emerso che esistono delle relazioni reciproche tra bassa autostima e depressione nelle preadolescenti di genere femminile, mentre nei partecipanti di genere maschile non sono emerse delle relazioni significative in nessuna delle due direzioni. Per quanto riguarda la differenza di genere relativa all'influenza dell'autostima sulla depressione gli autori la riconducono al fatto che nelle ragazze è maggiormente presente la tendenza a imporsi standard elevati e irrealistici e ad adottare uno stile punitivo nei propri confronti quando questi non vengono raggiunti, tendenza che rende le preadolescenti particolarmente vulnerabili a sviluppare sintomi depressivi. Similmente, la presenza di sintomi depressivi diminuisce ulteriormente la loro autostima, creando un circolo vizioso. I sintomi depressivi, infatti, possono condurre a un peggioramento dei risultati scolastici e a diminuzione della fiducia nelle proprie abilità interpersonali, causando un abbassamento della stima di sé. Relativamente, invece, alla differenza di genere riguardante l'influenza della depressione sull'autostima gli autori affermano che è importante focalizzarsi sulla fascia d'età dei partecipanti della ricerca, ossia dagli 11 ai 14 anni, che è l'età in cui le ragazze iniziano a presentare livelli più elevati di depressione rispetto ai ragazzi. Di conseguenza, una possibile spiegazione consiste nel fatto che esista una soglia di sintomi depressivi sotto la quale questi non si collegano ad altre variabili psicosociali, come l'autostima e l'autocritica, e nelle ragazze viene raggiunta in un periodo di vita più precoce rispetto ai ragazzi, portando, quindi, ad associazioni più forti tra depressione e autostima (Shahar et al., 2004).

Relativamente alla relazione tra autostima e depressione alcuni autori, sostenitori del modello del doppio processo, hanno messo in luce l'importanza di distinguere l'autostima esplicita da quella implicita, basandosi sulle evidenze per cui esistono delle cognizioni maggiormente deliberate, ossia esplicite, e altre che si attivano automaticamente, ovvero implicite. Per quanto riguarda l'autostima, quella esplicita è considerata un prodotto di un'elaborazione razionale e consapevole di stimoli auto-pertinenti, mentre quella implicita è considerata il risultato di un'elaborazione automatica, intuitiva, inconscia delle esperienze affettive (Creemers, Scholte, Engels,

Prinstein & Wiers, 2013). La letteratura dimostra che per comprendere la psicopatologia è rilevante comprendere la discrepanza tra l'autostima esplicita e implicita, che, determinando la presenza di opinioni discordanti e incoerenti di sé e rappresentando, quindi, una mancanza di integrazione relativamente alla rappresentazione di sé, risulta essere disadattiva. Per quanto concerne l'autostima, in letteratura si parla di autostima fragile, detta anche difensiva (*fragile/defensive self-esteem*), per definire la discrepanza fra un'alta autostima esplicita e una bassa autostima implicita, mentre si parla di autostima danneggiata (*damaged self-esteem*) per riferirsi alla discrepanza tra una bassa autostima esplicita e un'alta autostima implicita. La discrepanza tra l'autostima implicita ed esplicita può riflettere la discrepanza fra gli standard interni individuali (Sé ideale) e la realtà percepita (Sé reale). Un'evidenza dell'importanza di distinguere questi due tipi di autostima, e non considerarla come un costrutto unitario, e di prendere in considerazione la discrepanza fra i due tipi di autostima è rappresentata dal fatto che le persone che soffrono di depressione hanno una bassa autostima esplicita ma non implicita (autostima danneggiata) e che questa discrepanza è positivamente associata alla presenza di sintomi depressivi, in quanto queste persone sperimentano una costante sensazione di non essere all'altezza dei propri standard e sono eccessivamente critiche nei confronti delle proprie prestazioni (de Jong, Sportel, de Hullu & Nauta, 2012). Le persone con un'autostima fragile, invece, tendono a mostrare maggiori comportamenti narcisistici, difensivi e aggressivi (Kim & Moore, 2019).

Uno studio che ha analizzato le associazioni fra la depressione e i due tipi di discrepanza tra autostima esplicita e implicita è quello di Creemers et al. (2013), condotto con giovani adulte olandesi di genere femminile. I risultati di questa ricerca mostrano che la discrepanza fra un'alta autostima implicita, misurata con l'Implicit association test (IAT; Greenwald, McGhee & Schwartz, 1998), e una bassa autostima esplicita, valutata tramite la scala dell'autostima di Rosenberg (RSES; Rosenberg, 1965), ossia la presenza di un'autostima danneggiata, è associata con i sintomi depressivi, oltre che con l'ideazione suicidaria e la solitudine. Mentre la discrepanza tra una bassa autostima implicita e un'alta autostima esplicita, ovvero la presenza di un'autostima fragile, è associata esclusivamente alla solitudine. Interessante è anche lo studio degli stessi autori (Creemers, Scholte, Engels, Prinstein & Wiers, 2012), condotto sempre con un campione di giovani donne universitarie olandesi, volto a indagare le

stesse ipotesi ma valutando l'autostima implicita tramite il Name Letter Task (NLT; Nuttin, 1985). In primo luogo, i risultati di questo studio evidenziano che l'autostima esplicita, ma non quella implicita, è negativamente associata con i sintomi depressivi. In secondo luogo, in linea con i risultati dell'altro studio condotto dagli autori, emerge che un'autostima danneggiata è associata significativamente con un aumento del livello dei sintomi depressivi, dell'ideazione suicidaria e della solitudine. La spiegazione data dagli autori consiste nel fatto che la discrepanza fra l'autostima implicita, che rappresenta gli obiettivi rilevanti per se stessi che si vuole raggiungere, e l'autostima esplicita, che rappresenta la realtà percepita, costituisce la base per lo sviluppo di esiti negativi, in quanto gli individui si rendono conto di non poter raggiungere i propri scopi a causa della situazione concreta in cui si trovano, che è realmente imm modificabile o percepita come tale.

Un lavoro più recente, che analizza la relazione tra la depressione e la discrepanza tra autostima esplicita e implicita, è quello di Kim e Moore (2019), condotto con un campione di studenti e studentesse universitari statunitensi. Da questo studio, in primo luogo, è emerso che è presente un'associazione negativa tra l'autostima esplicita e i sintomi depressivi. In secondo luogo, come negli studi citati precedentemente, è emerso che l'autostima danneggiata è positivamente associata con la depressione, evidenziando che l'autostima danneggiata può essere un importante indicatore della presenza di sintomi depressivi. Non è stata trovata, invece, una relazione significativa tra autostima fragile, o difensiva, e sintomi depressivi.

Un ulteriore studio che ha indagato la relazione tra la discrepanza fra autostima esplicita e implicita e depressione è quello di Franck, De Raedt, Dereu e Van den Abbeele (2007), condotto con un campione composto da: individui attualmente depressi, individui con e senza ideazione suicidaria e, infine, un gruppo di controllo di individui non depressi. I risultati mettono in luce che solo i partecipanti depressi che presentano ideazione suicidaria mostrano una discrepanza tra autostima implicita ed esplicita e, più nello specifico, presentano un'autostima danneggiata. Gli individui depressi senza ideazione suicidaria mostrano, invece, un'autostima, sia implicita sia esplicita, bassa. Infine, il gruppo di controllo presenta alti livelli di entrambi i due tipi di autostima.



Per quanto riguarda il periodo preadolescenziale un importante studio è quello di de Jong et al. (2012), i cui risultati mostrano una forte associazione negativa tra i sintomi della depressione e l'autostima esplicita dei partecipanti, particolarmente forte per le partecipanti di genere femminile, le quali hanno riportato maggiori sintomi depressivi rispetto ai coetanei di genere maschile. Questo studio, inoltre, evidenzia che una bassa autostima implicita emerge dopo ripetuti episodi depressivi e potrebbe, quindi, avere un ruolo nella natura ricorrente del disturbo depressivo.

Un altro studio importante relativamente a questi costrutti è quello di Franck, De Raedt e De Houwer (2007), condotto con un campione formato da pazienti che soffrono di depressione maggiore, da individui precedentemente depressi e da un gruppo di controllo di individui che non hanno mai sofferto di depressione. I risultati di questa ricerca evidenziano che i pazienti attualmente depressi presentano una minore autostima esplicita rispetto agli altri due gruppi, mentre non differiscono per quanto riguarda il livello di autostima implicita. Un risultato interessante di questo studio, in linea con il lavoro citato precedentemente, è quello per cui è l'autostima implicita, e non quella esplicita, a predire i sintomi depressivi nel follow-up, svolto sei mesi dopo.

Uno studio, in parte in contraddizione con quelli precedenti, è quello di van Tuijl, de Jong, Sportel, de Hullu e Nauta (2014), condotto con partecipanti preadolescenti olandesi, frequentanti la prima e seconda media. Innanzitutto, i risultati di questa ricerca evidenziano, in linea con gli studi descritti in precedenza, che una bassa autostima esplicita è associata a maggiori sintomi depressivi e che le partecipanti di genere femminile presentano livelli più alti di depressione. Inoltre, questo studio rappresenta una conferma del modello di vulnerabilità ma è in contrasto con quello di Franck, De Raedt e De Houwer (2007), in quanto bassi livelli di autostima esplicita, e non implicita, predicono un aumento dei sintomi depressivi due anni dopo. Questo studio è, in aggiunta, in contraddizione con quelli precedenti per quanto riguarda la relazione tra depressione e discrepanza tra bassa autostima esplicita e alta autostima implicita (autostima danneggiata), in quanto non emerge una relazione significativa fra depressione e autostima danneggiata.

## **6) LA RELAZIONE TRA LA VITTIMIZZAZIONE TRA PARI, LA DEPRESSIONE E L'AUTOSTIMA**

Come già detto in precedenza, le esperienze traumatiche, come la vittimizzazione tra pari, possono causare delle conseguenze negative in termini di benessere psicologico, come diminuzione dell'autostima e disturbi dell'umore, anche a lungo termine. Le risorse psicologiche, invece, come una buona autostima, possono attenuare l'effetto della vittimizzazione tra pari sui successivi problemi di salute mentale.

La letteratura ha dimostrato che l'autostima può mediare nei bambini e negli adolescenti la relazione tra vittimizzazione tra pari e disturbi dell'umore, in quanto la vittimizzazione può diminuire l'autostima delle vittime, che, a sua volta, contribuisce allo sviluppo di successivi sintomi internalizzanti. Fattori di stress significativi, come la vittimizzazione, possono, difatti, danneggiare i processi psicosociali responsabili dello sviluppo di un positivo concetto di sé. La letteratura ha, effettivamente, evidenziato che coloro che sono stati vittime di atti di bullismo in infanzia o in adolescenza presentano un'assenza di risorse psicologiche, come una buona autostima, e, di conseguenza, sono a maggior rischio di soffrire di problemi di salute mentale rispettivamente in adolescenza e nell'età adulta. La vittimizzazione tra pari può, infatti, portare le vittime a sviluppare la percezione di essere valutate negativamente da parte dei coetanei, sentimenti di colpa e impotenza, che possono condurre a una diminuzione dell'autostima (Norrington, 2021). Il quadro teorico alla base di questa considerazione è la teoria cognitiva del trauma, che postula che il trauma possa modificare gli schemi che le persone hanno di se stesse, compresa la credenza per cui siano persone di valore, che può diminuire l'autostima e condurre a problemi di salute mentale. Quindi, la vittimizzazione tra pari può essere vissuta, per alcuni individui, come un trauma interpersonale complesso che conduce ad auto-percezioni negative, specialmente in adolescenza, in cui le relazioni con i pari sono fondamentali (Nepon, Pepler, Craig, Connolly & Flett, 2021). Infatti, ad esempio, lo studio di Olweus e Alsaker (1993), che ha indagato gli effetti a lungo termine della vittimizzazione tra pari, come conseguenza di quest'ultima nella prima adolescenza ha messo in luce la presenza di una bassa autostima, oltre allo sviluppo di sintomi depressivi, nella giovane età adulta.

Uno degli studi che ha messo in luce che l'autostima possa mediare la relazione tra vittimizzazione tra pari e depressione è quello di Zhong, Huang, Huebner e Tian (2021), condotto con bambini cinesi, frequentanti la terza e quarta elementare, valutati ogni sei mesi per cinque volte. I risultati di questo studio hanno, in primo luogo, messo in evidenza che bambini che presentano alti livelli di vittimizzazione tra pari successivamente tendono a riportare alti livelli di sintomi depressivi. In secondo luogo, bambini che riportano alti livelli di vittimizzazione presentano livelli minori di autostima esplicita nelle valutazioni successive. In terzo luogo, bambini con un'alta autostima esplicita nella prima somministrazione presentano minore depressione. In sintesi, i risultati di questa ricerca suggeriscono che l'autostima possa mediare la relazione tra vittimizzazione e depressione. Il modello teorico alla base di questo studio è quello della diatesi-stress, in cui la vittimizzazione viene considerata l'evento di vita stressante che può attivare la diatesi, ossia la bassa autostima, che conduce a esiti negativi, come sintomi depressivi. Gli eventi di vita negativi, infatti, possono favorire l'insorgenza di commenti negativi relativi a se stessi, che possono contribuire allo sviluppo di sintomi depressivi (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989).

Relativamente al periodo adolescenziale uno studio che rappresenta un'evidenza del ruolo di mediazione dell'autostima nella relazione tra vittimizzazione tra pari e depressione è quello di Nepon et al. (2021), condotto con studenti e studentesse canadesi, frequentanti la scuola secondaria di secondo grado. Innanzitutto dallo studio è emerso che i ragazzi riportano maggiori livelli di vittimizzazione tra pari e un'autostima maggiore, mentre le ragazze riportano maggiori sintomi depressivi. In entrambi i generi, comunque, è emerso che la vittimizzazione è negativamente associata all'autostima e positivamente associata ai sintomi depressivi. In aggiunta, i risultati di questo studio evidenziano che, in entrambi i generi, l'autostima media l'associazione tra i livelli di vittimizzazione presenti nella prima somministrazione e i livelli di depressione valutati nella seconda somministrazione, avvenuta a distanza di un anno dalla prima.

Per quanto riguarda le differenze di genere relativamente all'autostima è importante ricordare che, oltre ad alcuni studi che hanno messo in luce che in generale le ragazze presentano una minore autostima rispetto ai coetanei di genere maschile, dallo studio di Turner, Finkelhor e Ormrod (2010) è emerso che la vittimizzazione tra pari in

adolescenza porta a un maggior declino dell'autostima nelle ragazze. Una possibile spiegazione consiste nel fatto che, a causa dei processi di socializzazione di genere, le ragazze adolescenti mostrano una maggiore dipendenza interpersonale nello sviluppo delle concezioni di sé, che, a loro volta, incrementano la vulnerabilità alla depressione. Diversi studi dimostrano che durante l'adolescenza le ragazze tendono a concentrarsi maggiormente sull'essere apprezzate dagli altri, mentre i ragazzi si concentrano maggiormente su obiettivi strumentali, come i risultati sportivi e accademici (Bush & Simmons, 1987). Quindi, per quanto riguarda il giudizio su se stesse, l'immagine di sé e la propria autostima, le ragazze adolescenti sono maggiormente dipendenti nei riguardi delle opinioni e valutazioni degli altri, soprattutto nei confronti delle valutazioni delle persone della rete sociale primaria, come i pari. Di conseguenza, nonostante esistano risultati contrastanti in merito, la vittimizzazione tra pari, rappresentando una valutazione negativa da parte dei coetanei, può essere maggiormente dannosa per l'autostima delle ragazze rispetto a quella dei ragazzi, portando, quindi, a maggiori sintomi depressivi.

Differenze di genere sono state trovate in alcuni studi anche rispetto l'influenza dell'autostima sui sintomi depressivi: nelle adolescenti di genere femminile è presente un maggiore effetto dell'autostima sulla depressione. Una spiegazione risiede nel fatto che gli individui di genere femminile hanno maggiore probabilità di mostrare sintomi internalizzanti, come sintomi depressivi, mentre quelli di genere maschile hanno maggiore probabilità di esibire problemi esternalizzanti. Di conseguenza, l'effetto di mediazione dell'autostima nei ragazzi adolescenti potrebbe riflettersi maggiormente sui sintomi esternalizzanti (Turner et al., 2010).

Relativamente al ruolo dell'autostima nella relazione tra vittimizzazione tra pari e depressione, uno studio particolarmente rilevante è quello di Leeuwis, Koot, Creemers e van Lier (2015), in quanto ha considerato separatamente l'autostima esplicita e implicita. Uno dei risultati più importanti emersi da questa ricerca longitudinale, condotta con un campione di preadolescenti, è quello per cui un'autostima danneggiata media la relazione tra la vittimizzazione e lo sviluppo di problemi internalizzanti, mettendo in luce che è lo squilibrio tra un'alta autostima implicita e una bassa autostima esplicita a mediare la relazione tra problemi sociali e internalizzanti. In altre parole, la

vittimizzazione è associata a una diminuzione dell'autostima esplicita e, di conseguenza, a un aumento della discrepanza tra alti livelli di autostima implicita e bassi livelli di autostima esplicita, ossia è associata a un'autostima danneggiata, la quale predice lo sviluppo di successivi problemi internalizzanti.

Oltre, o in alternativa, al ruolo di mediazione, l'autostima potrebbe avere anche un ruolo di moderazione, nella relazione tra vittimizzazione tra pari e depressione, in quanto coloro che presentano una bassa stima di sé sono a maggior rischio di sviluppare sintomi depressivi, in seguito alla vittimizzazione, rispetto a coloro che presentano un miglior concetto di sé. Il ruolo di moderazione dell'autostima, inoltre, è stato messo in luce anche nella relazione che vede la depressione come antecedente e il divenire vittima di atti di bullismo come conseguenza. Lo studio di Egan e Perry (1998), infatti, oltre ai risultati già citati in precedenza, ha evidenziato che i partecipanti che presentano problemi di salute mentale, in particolare sintomi internalizzanti, è più probabile diventino vittime di bullismo se possiedono una bassa stima di sé. In sintesi, questo studio ha sottolineato il fatto che una bassa stima di sé può avere un ruolo centrale nel circolo vizioso che perpetua e consolida lo status di un individuo come vittima di molestie da parte dei pari. Una bassa stima di sé, infatti, determina un'assenza di risorse cognitive e motivazionali necessarie per avere fiducia nella propria capacità di difendersi contro gli atti di bullismo. Al contrario, individui con un'alta autostima, la quale rappresenta una risorsa di coping, non tollerano gli atti di bullismo nei loro confronti e reagiscono in modo assertivo, nonostante presentino sintomi internalizzanti. In altre parole, la relazione tra disturbi internalizzanti e vittimizzazione è più forte nei partecipanti con una bassa stima di sé, mentre è meno forte nei partecipanti con un'alta autostima (Egan & Perry, 1998).

## 4. METODI E RISULTATI

### 1) DOMANDE DI RICERCA E IPOTESI

Alla luce della letteratura presentata ci siamo poste alcune domande di ricerca relative alla possibile relazione tra le tre variabili presentate, ossia la vittimizzazione tra pari, la depressione e l'autostima, e riguardanti il possibile ruolo di mediazione sia dell'autostima (esplicita e implicita) sia della discrepanza tra autostima esplicita e implicita.

Nello specifico, relativamente alla relazione tra vittimizzazione tra pari e sintomi depressivi ho ipotizzato di trovare una correlazione positiva significativa in entrambi i generi, coerentemente con quanto emerso in studi precedenti (Casper & Card, 2017; Chang et al., 2019; Juvonen & Graham, 2014; Kochel et al., 2017; Krygsman & Vaillancourt, 2017; Moore et al., 2014).

Relativamente all'associazione tra vittimizzazione tra pari e autostima si ipotizza di trovare una correlazione negativa significativa, in entrambi i generi, sia per quanto riguarda l'autostima esplicita, sia per quella implicita, in linea con i risultati emersi in letteratura (Boulton et al., 2010; Choi & Park, 2021; Egan & Perry, 1998; Hodges & Perry, 1999; Houbre et al., 2006; Tetzner et al., 2016; Tsaousis, 2016; van Geel et al., 2018).

Per quanto riguarda la relazione tra autostima e depressione è stato ipotizzato di trovare una correlazione negativa significativa tra autostima esplicita e depressione e di non trovare, invece, una correlazione significativa tra autostima implicita e depressione, coerentemente con quanto emerso dalla letteratura presentata (Creemers et al., 2012; Franck, De Raedt & De Houwer, 2007; Jong et al., 2012; Kim & Moore, 2019; van Tuijl et al., 2014).

Infine, relativamente alla relazione tra vittimizzazione tra pari, depressione e autostima, in primo luogo, abbiamo indagato il possibile effetto di mediazione dell'autostima, sia esplicita sia implicita, nella relazione tra vittimizzazione e sintomi depressivi, ipotizzando, come è emerso dalla letteratura (Nepon et al., 2021; Zhong et al., 2021),

che la stima di sé esplicita possa avere un possibile effetto di mediazione e analizzando se, e in che modo, l'autostima implicita abbia un ruolo di mediazione nella relazione tra vittimizzazione e depressione, in quanto la letteratura si è focalizzata principalmente sul ruolo di mediazione dell'autostima esplicita. In secondo luogo, è stato ipotizzato che anche la discrepanza tra autostima esplicita e implicita possa svolgere un ruolo di mediazione nella relazione tra le altre due variabili prese in considerazione. Ipotizzando, inoltre, che a seconda della direzione della discrepanza fra i due tipi di autostima l'effetto della stima di sé sulla depressione sia differente. Più nello specifico, è stato ipotizzato che la presenza di una discrepanza tra un'alta autostima implicita e una bassa autostima esplicita, ossia la presenza di un'autostima danneggiata, sia associata positivamente in modo significativo alla depressione, mentre la presenza di una discrepanza tra una bassa autostima implicita e un'alta autostima esplicita, ovvero la presenza di un'autostima fragile o difensiva, sia associata negativamente alla depressione.

## **2) PARTECIPANTI E PROCEDURE**

Il campione di questo studio è composto da partecipanti adolescenti, frequentanti la scuola secondaria di secondo grado, residenti in diverse regioni del Nord Italia. In totale sono stati contattati 1415 studenti, frequentanti differenti indirizzi di scuola superiore, di cui 1231 (87%) hanno ottenuto il permesso dei genitori a partecipare allo studio. Successivamente, sono stati esclusi dalle analisi 40 partecipanti, in quanto assenti durante la somministrazione del questionario o poiché non è stato possibile ottenere l'informazione relativa al genere, in quanto, alla relativa domanda, hanno indicato l'opzione "altro". Quindi, il campione finale considerato da questo studio è di 1191 partecipanti, di cui 475 partecipanti di genere maschile e 716 di genere femminile (età media=15.6 anni, DS=1.3 anni).

Relativamente alla procedura di raccolta dati questa è avvenuta nell'autunno del 2021, a scuola, tramite la somministrazione di un questionario in aula informatica, compilato attraverso l'uso di computer. Le istruzioni sono state fornite verbalmente e per iscritto e i partecipanti erano a conoscenza del fatto che i dati, raccolti in modo confidenziale, sarebbero stati trattati in modo anonimo.

### 3) MISURE

Per misurare l'autostima esplicita è stata utilizzata la versione italiana della Rosenberg Self-Esteem Scale (Prezza, Trombaccia & Armento, 1997; Rosenberg, 1965), composta da 10 item da valutare su una scala Likert a 5 punti, che andava da “per niente d'accordo” a “completamente d'accordo”. Per ogni partecipante è stata calcolata la media dei punteggi ai diversi item ( $\alpha = .88$ ). Alcuni esempi di item presenti in questa scala sono “penso di valere meno degli altri”, “sono portato/a a pensare di essere un vero fallimento”, “sono in grado di fare le cose bene almeno come la maggior parte delle persone (*recode*)”.

Per misurare l'autostima implicita è stato chiesto ai partecipanti quanto piacesse loro il loro nome (“Quanto ti piace il tuo nome?”), domanda a cui è stato chiesto di rispondere tramite una scala Likert a 5 punti, che andava da “per niente” a “moltissimo” (Gebauer et al., 2008).

Per quanto riguarda, invece, i sintomi depressivi questi sono stati valutati con 7 item della versione italiana della Depression Anxiety Stress Scales-21 (Botteschi et al., 2015), la cui consegna chiedeva a ogni partecipante di pensare a come fosse stato/a nell'ultimo mese e di indicare per ogni problema elencato quante volte gli fosse capitato. Alcuni esempi di item sono: “non vedevo nulla di buono nel mio futuro”, “mi sono sentito/a scoraggiato/a e depresso/a”, “sentivo la vita priva di significato”. La risposta veniva fornita tramite una scala Likert a 5 punti, che andava da “mai” a “quasi sempre” e per ogni partecipante è stata calcolata la media dei punteggi dati ai diversi item ( $\alpha = .91$ ).

Infine, per valutare la vittimizzazione tra pari è stata utilizzata la sottoscala del questionario “Comportamenti degli studenti durante episodi di bullismo” (Pozzoli & Gini, 2021; Pozzoli, Gini & Thornberg, 2017), in cui veniva chiesto a ogni partecipante di pensare al tempo passato a scuola e alle relazioni con i propri compagni/e di classe, evidenziando il fatto che a volte le relazioni possano essere amichevoli e piacevoli, mentre altre volte possano esserci dei conflitti o possano accadere prepotenze, dando poi una definizione di queste ultime. A ogni partecipante venivano, in seguito, presentati 4 item relativi alla vittimizzazione, i quali erano “nella mia classe vengono fatti pettegolezzi su di me o dette cattiverie alle mie spalle”, “vengo aggredito/a con la



forza, ad esempio malmenato/a o spinto/a da altri compagni/e”, “alcuni/e compagni/e mi chiamano con soprannomi cattivi, mi insultano o mi offendono”, “vengo escluso/a dal gruppo o isolato/a” e veniva chiesto di pensare a quanto spesso gli fosse capitato di trovarsi nelle diverse situazioni presentate, dall’inizio dell’anno scolastico. Per ogni partecipante è stata calcolata la media dei punteggi dati ai 4 item ( $\alpha = .71$ ), i quali venivano forniti tramite una scala Likert a 5 punti, che andava da “mai” a “quasi sempre”.

#### **4) RISULTATI**

##### **STATISTICHE DESCRITTIVE E DIFFERENZE DI GENERE**

Le statistiche descrittive delle variabili depressione, vittimizzazione tra pari, autostima esplicita e autostima implicita sono riportate nella Tabella 1. Per verificare se ci fossero differenze di genere nelle variabili considerate è stato condotto un t-test per campioni indipendenti. La dimensione dell’effetto è espressa attraverso il  $d$  di Cohen.

Dai risultati dei t-test per campioni indipendenti è emerso che le femmine hanno ottenuto punteggi più alti dei maschi relativamente ai sintomi depressivi, mentre i maschi hanno ottenuto punteggi medi maggiori rispetto le femmine relativamente all’autostima, sia esplicita sia implicita.

Non è emersa, invece, una differenza statisticamente significativa per quanto riguarda la vittimizzazione tra pari.

**Tabella 1.** *Statistiche descrittive e differenze di genere*

	Campione globale				Maschi		Femmine		<i>t</i> (1189)	<i>d</i>
	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>		
Depressione	1	5	2.57	1.06	2.08	.91	2.90	1.03	-13.98***	.98
Vittimizzazione	1	4.25	1.59	.58	1.58	.59	1.60	.54	-.43	.56
Autostima esplicita	1	5	3.35	.81	3.72	.71	3.11	.78	13.81***	.75
Autostima implicita	1	5	3.66	.98	3.82	.96	3.55	.97	4.70***	.97

Nota. \*\*\* $p < .001$

#### CORRELAZIONI BIVARIATE

Nella Tabella 2 sono riportate le correlazioni bivariate tra le variabili considerate in questo studio relative al campione globale. Come ipotizzato, dalle correlazioni bivariate è emersa una correlazione significativa e positiva tra vittimizzazione tra pari e depressione.

Inoltre, in linea con le ipotesi, è emersa una correlazione negativa significativa e piuttosto forte tra la depressione e l'autostima esplicita. A differenza di quanto ipotizzato, invece, è emersa una correlazione negativa significativa anche fra la depressione e l'autostima implicita, nonostante sia meno forte rispetto a quella dell'autostima esplicita.

In terzo luogo, come ipotizzato, è risultata essere presente una correlazione negativa significativa tra vittimizzazione tra pari e autostima esplicita e una correlazione negativa significativa, ma molto debole, tra vittimizzazione e autostima implicita.

In aggiunta, è interessante notare che l'autostima esplicita e quella implicita correlino positivamente, confermando i risultati emersi dalla letteratura.

Le medesime correlazioni sono state svolte separatamente per maschi e femmine (Tabella 3) e, in linea con la letteratura, le associazioni tra variabili appaiono simili a quelle emerse per il campione globale. L'unica differenza di genere è quella per cui

nelle partecipanti di genere femminile la correlazione tra vittimizzazione tra pari e autostima implicita risulta essere significativa, anche se è molto piccola, mentre nei partecipanti di genere maschile non è emersa una correlazione significativa tra vittimizzazione e autostima implicita. È comunque importante sottolineare che in entrambi i generi si tratta di correlazioni molto deboli.

**Tabella 2.** *Correlazioni bivariate del campione globale*

	1.	2.	3.
1. Depressione	-		
2. Vittimizzazione	.32 <sup>***</sup>	-	
3. Autostima esplicita	-.72 <sup>***</sup>	-.29 <sup>***</sup>	-
4. Autostima implicita	-.26 <sup>***</sup>	-.07 <sup>*</sup>	.34 <sup>***</sup>

Nota. \*  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .001$

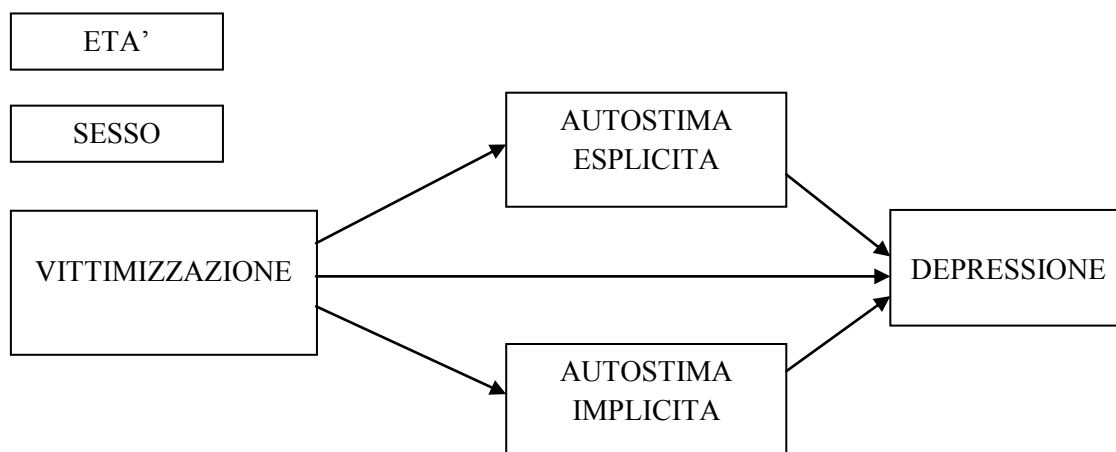
**Tabella 3.** *Correlazioni bivariate divise per maschi e femmine*

	1.	2.	3.
1. Depressione	-		
MASCHI 2. Vittimizzazione	.31 <sup>***</sup>	-	
3. Autostima esplicita	-.66 <sup>***</sup>	-.29 <sup>***</sup>	-
4. Autostima implicita	-.25 <sup>***</sup>	-.05	.32 <sup>***</sup>
1. Depressione	-		
FEMMINE 2. Vittimizzazione	.36 <sup>***</sup>	-	
3. Autostima esplicita	-.68 <sup>***</sup>	-.33 <sup>***</sup>	-
4. Autostima implicita	-.21 <sup>***</sup>	-.09 <sup>*</sup>	.31 <sup>***</sup>

Nota. \*  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .001$

## MODELLI DI MEDIAZIONE

Dalla letteratura presentata è emerso che l'autostima possa mediare la relazione tra la vittimizzazione tra pari e i sintomi depressivi, in quanto la vittimizzazione può diminuire l'autostima delle vittime, che, a sua volta, contribuisce allo sviluppo di successivi sintomi internalizzanti (vedi Figura 1).



**Figura 1.** *Modello di mediazione*

Per rispondere alla nostra domanda di ricerca su un possibile effetto indiretto dell'autostima nella relazione tra vittimizzazione e depressione, è stata condotta un'analisi di mediazione utilizzando la Macro PROCESS di SPSS (Hayes, 2017), in cui la variabile indipendente considerata è stata la vittimizzazione, la variabile dipendente la depressione e come mediatori l'autostima esplicita e implicita. Sono state, inoltre, inserite come covariate l'età e il sesso.

I risultati completi sono riportati in appendice A.

Il modello spiega il 22% della varianza dell'autostima esplicita e il 3% di quella implicita. Entrambe risultano negativamente associate alla vittimizzazione (esplicita:  $B = -.42$ ,  $SE = .04$ ,  $t = -11.28$ ,  $p < .001$ ; implicita:  $B = -.13$ ,  $SE = .05$ ,  $t = -2.55$ ,  $p = .01$ ).

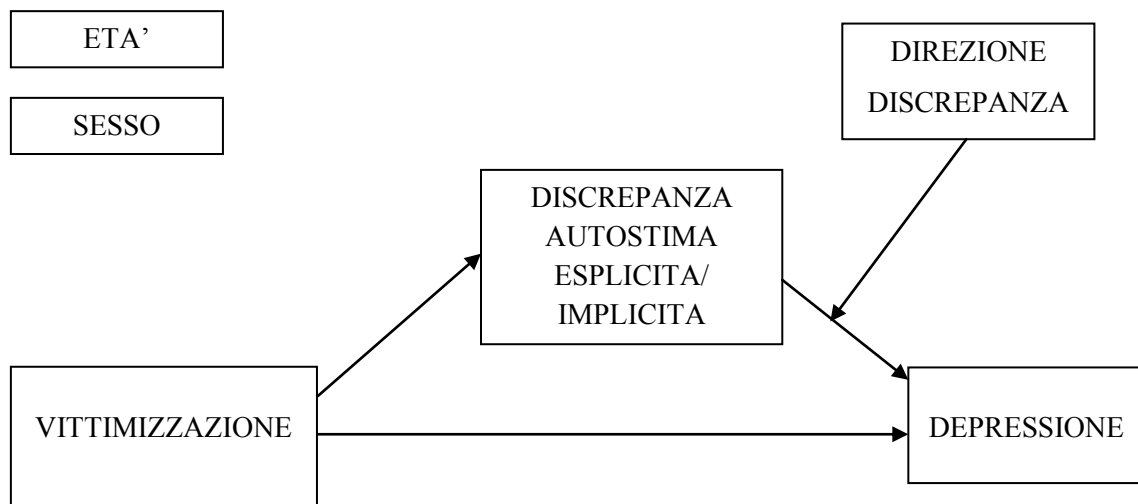
Inoltre, come emerso dalle analisi precedenti, emerge un effetto del sesso (esplicita:  $B = -.60$ ,  $SE = .04$ ,  $t = -14.21$ ,  $p < .001$ ; implicita:  $B = -.26$ ,  $SE = .06$ ,  $t = -4.44$ ,  $p < .001$ ), per cui il sesso maschile è associato a una maggiore autostima, sia esplicita sia implicita.

Per quanto riguarda i sintomi depressivi, il modello spiega il 55% della varianza; risultano significative la vittimizzazione ( $B = .24$ ,  $SE = .04$ ,  $t = 6.23$ ,  $p < .001$ ) e l'autostima esplicita ( $B = -.81$ ,  $SE = .03$ ,  $t = -26.73$ ,  $p < .001$ ), oltre al sesso ( $B = .34$ ,  $SE = .05$ ,  $t = 7.29$ ,  $p < .001$ ), in quanto il genere femminile risulta essere associato a una maggiore probabilità di presentare sintomi depressivi, e all'età ( $B = .08$ ,  $SE = .02$ ,  $t = 4.98$ ,  $p < .001$ ) dei partecipanti. L'autostima implicita non risulta, invece, significativamente associata alla presenza di sintomi depressivi ( $B = -.03$ ,  $SE = .02$ ,  $t = -1.15$ ,  $p > .05$ ).

Infine, l'effetto totale della vittimizzazione sui sintomi depressivi risulta significativo (Bootstrapped  $B = .34$ , Bootstrapped  $SE = .04$ , 95%BootstrappedCI = .28–.42) ed emerge un effetto indiretto significativo dell'autostima esplicita (Bootstrapped  $B = .34$ , Bootstrapped  $SE = .04$ , 95%BootstrappedCI = .27–.41) che non risulta, invece, significativo per quanto riguarda l'autostima implicita (Bootstrapped  $B = .003$ , Bootstrapped  $SE = .004$ , 95%BootstrappedCI = -.002–.01).

#### MODELLO DI MEDIAZIONE MODERATA

Alla luce della letteratura presentata sul modello del doppio processo (Creemers et al., 2013), abbiamo voluto analizzare il possibile ruolo di mediazione giocato dalla discrepanza tra autostima esplicita e implicita e la relativa direzione della stessa sulla relazione tra la vittimizzazione tra pari e la depressione. Nello specifico abbiamo testato il modello di mediazione moderata rappresentato in Figura 2.



**Figura 2.** Modello di mediazione moderata

Per calcolare la discrepanza tra autostima esplicita e implicita è stata seguita la procedura descritta nello studio di Creemers et al. (2012). Per determinare la discrepanza, quindi, abbiamo calcolato il valore assoluto della differenza tra la misura standardizzata dell'autostima esplicita e dell'autostima implicita, dove punteggi più alti indicano una maggiore discrepanza tra autostima esplicita e implicita. Inoltre, oltre a indagare la grandezza della discrepanza fra i due tipi di autostima, abbiamo indagato anche la direzione di tale discrepanza, che può essere negativa se è presente una maggiore autostima implicita rispetto a quella esplicita (autostima danneggiata) o positiva se è presente una maggiore autostima esplicita rispetto a quella implicita (autostima fragile o difensiva). Per analizzare la direzione della discrepanza è stata, quindi, creata una seconda variabile dicotomica (implicita > esplicita=0; esplicita > implicita=1).

I risultati completi relativi a queste analisi sono riportati in appendice B.

Il modello spiega il 5% della varianza della discrepanza tra autostima esplicita e implicita, che risulta positivamente associata alla vittimizzazione ( $B = .13$ ,  $SE = .04$ ,  $t = 3.41$ ,  $p < .001$ ).

Per quanto riguarda i sintomi depressivi, il modello spiega il 33% della varianza; questi risultano essere significativamente e positivamente associati alla vittimizzazione ( $B = .47$ ,  $SE = .05$ ,  $t = 10.16$ ,  $p < .001$ ) e alla discrepanza fra i due tipi di autostima ( $B = .36$ ,  $SE = .05$ ,  $t = 7.25$ ,  $p < .001$ ). L'effetto della discrepanza dell'autostima sui sintomi depressivi non deve essere interpretato come effetto principale, ma come effetto condizionato, tenendo conto della categoria di riferimento del moderatore (direzione della discrepanza = 0 = implicita > esplicita). Con la direzione della discrepanza fra i due tipi di autostima, invece, i sintomi depressivi sono negativamente associati ( $B = -.46$ ,  $SE = .05$ ,  $t = -8.72$ ,  $p < .001$ ) e anche in questo caso l'effetto è condizionato rispetto al punteggio medio della discrepanza. In aggiunta, in linea con le analisi precedenti, risulta essere presente un effetto positivo del sesso, dove il genere femminile è associato a maggiori sintomi depressivi ( $B = .70$ ,  $SE = .05$ ,  $t = 13.16$ ,  $p < .001$ ), e dell'età ( $B = .07$ ,  $SE = .02$ ,  $t = 3.47$ ,  $p < .001$ ).

Inoltre, l'interazione tra la discrepanza tra le due forme di autostima e la direzione di tale discrepanza è risultata significativa ( $B = -.54$ ,  $SE = .07$ ,  $t = -7.57$ ,  $p < .001$ ). Tale interazione spiega il 3% della varianza dei sintomi depressivi:  $F(1,1184) = 57.24$ ,  $p < .001$ . Nello specifico, nel caso di autostima danneggiata (implicita > esplicita) la discrepanza è associata positivamente alla presenza di sintomi depressivi ( $B = .36$ ,  $SE = .05$ ,  $t = 7.25$ ,  $p < .001$ ), mentre tale relazione risulta negativa nel caso di autostima fragile o difensiva (esplicita > implicita;  $B = -.17$ ,  $SE = .05$ ,  $t = -3.49$ ,  $p < .001$ ).

Per quanto riguarda l'effetto indiretto della vittimizzazione sui sintomi depressivi, attraverso la discrepanza tra le due forme di autostima, viene confermato sia nel caso di autostima danneggiata (Bootstrapped  $B = .05$ , Bootstrapped  $SE = .02$ , 95%BootstrappedCI = .02-.08) che nel caso di autostima fragile (Bootstrapped  $B = -.02$ , Bootstrapped  $SE = .01$ , 95%BootstrappedCI = -.04--.01).

In conclusione, i risultati supportano l'ipotesi di una mediazione moderata (Bootstrapped  $B = -.07$ , Bootstrapped  $SE = .02$ , 95%BootstrappedCI = -.12--.03), in cui l'effetto della vittimizzazione sui sintomi depressivi è mediato dalla discrepanza tra autostima esplicita e implicita e tale mediazione risulta moderata dalla direzione di tale discrepanza. Infatti, sintetizzando, è emerso che la vittimizzazione è positivamente associata alla discrepanza tra autostima esplicita e implicita, che è associata alla depressione, in modo differente a seconda della direzione della discrepanza: l'autostima danneggiata è associata positivamente ai sintomi depressivi, mentre l'autostima fragile, o difensiva, è associata negativamente ai sintomi depressivi. Quindi, la vittimizzazione ha un effetto diretto sulla depressione, un effetto indiretto su quest'ultima tramite l'autostima esplicita (modello di mediazione) e un effetto indiretto sulla depressione tramite la discrepanza tra autostima esplicita e implicita, che ha una conseguenza differente sui sintomi depressivi in base alla direzione della discrepanza (modello di mediazione moderata).

## 5. CONCLUSIONI

### 1) DISCUSSIONE

Questo studio aveva lo scopo di indagare la relazione tra la vittimizzazione tra pari, i sintomi depressivi e l'autostima, esplicita e implicita, in un campione di adolescenti italiani. Nello specifico, è stato ipotizzato di trovare delle correlazioni negative significative tra vittimizzazione tra pari e autostima e tra autostima e depressione, e di trovare, invece, un'associazione positiva tra vittimizzazione e sintomi depressivi. È stato, inoltre, ipotizzato che l'autostima esplicita potesse avere un ruolo di mediazione nella relazione tra vittimizzazione e depressione ed è stato indagato anche il possibile effetto di mediazione della discrepanza fra autostima esplicita e implicita.

Relativamente alle correlazioni bivariate sono state confermate le nostre ipotesi, in quanto dalle analisi, in primo luogo, è emersa un'associazione positiva tra vittimizzazione tra pari e sintomi depressivi, evidenziando che all'aumentare della vittimizzazione o della depressione aumentano anche i livelli dell'altra variabile e, allo stesso modo, al diminuire di una delle due variabili diminuisce anche l'altra.

In secondo luogo, è emersa una forte associazione negativa tra l'autostima esplicita, che rappresenta una valutazione consapevole di sé e ciò che le persone riportano quando si chiede loro cosa pensino di se stesse, e la depressione. È interessante far notare che, nonostante sia meno forte, anche fra l'autostima implicita, ossia la valutazione di sé che avviene in modo non intenzionale ma inconsapevole e che è stata valutata chiedendo ai partecipanti quanto piacesse loro il proprio nome, e la depressione è emersa un'associazione negativa. In altre parole, all'aumentare dell'autostima, sia esplicita sia implicita, diminuiscono i sintomi depressivi e/o al diminuire di questi aumentano i livelli di autostima e viceversa, quindi, al diminuire dei livelli di stima di sé aumentano i livelli di depressione e/o all'aumentare dei livelli di depressione diminuisce l'autostima.

In terzo luogo, dalle analisi è emersa una relazione negativa tra vittimizzazione tra pari e autostima esplicita e, seppur più debole, anche tra vittimizzazione e autostima implicita. Questo risultato evidenzia che a una variazione della vittimizzazione corrisponde una variazione in senso opposto dell'autostima, esplicita e implicita, e/o a



una variazione dell'autostima, esplicita o implicita, corrisponde una variazione in senso contrario della vittimizzazione.

In ultimo, è interessante evidenziare che dai risultati è emerso che autostima esplicita e implicita correlano positivamente, mettendo in luce che, nonostante l'autostima esplicita e l'autostima implicita siano due costrutti indipendenti dell'autostima, in quanto la prima rappresenta un'autovalutazione cosciente mentre la seconda un'autovalutazione inconscia, sono associate significativamente sia nei partecipanti di genere maschile sia di genere femminile, evidenziando la natura sottostante comune dei due costrutti e il fatto che condividano alcune componenti.

Per quanto riguarda i possibili mediatori della relazione tra vittimizzazione tra pari e sintomi depressivi, questa ricerca è particolarmente interessante in quanto non ha indagato solo il ruolo dell'autostima esplicita, come ha fatto la maggior parte della letteratura sul tema, ma ha esplorato anche il possibile ruolo di mediazione dell'autostima implicita. Dai risultati relativi ai modelli di mediazione, in primo luogo, è emerso un effetto diretto della vittimizzazione sulla depressione. In secondo luogo, è stata trovata un'associazione negativa tra vittimizzazione e autostima, sia esplicita sia implicita. In terzo luogo, è emerso che esclusivamente l'autostima esplicita rappresenta un mediatore della relazione tra vittimizzazione e depressione. Ciò significa che la vittimizzazione tra pari, oltre a un effetto diretto sulla depressione, ha anche un effetto indiretto su quest'ultima tramite l'autostima esplicita, mettendo in luce che la vittimizzazione tra pari può condurre a una diminuzione della stima di sé esplicita che, a sua volta, può contribuire allo sviluppo di sintomi depressivi. Questo risultato può essere letto alla luce del modello della diatesi-stress (Franck & De Raedt, 2007) che considera l'essere vittima di atti di bullismo come un evento di vita stressante che diminuisce l'autostima esplicita e attiva la diatesi, rappresentata proprio dalla bassa stima di sé a livello esplicito, che, a sua volta, conduce a sintomi internalizzanti, come sintomi depressivi. In sintesi, questo risultato è in linea con quello dello studio di Nepon et al. (2021), condotto con adolescenti nordamericani, e, confermando la nostra ipotesi, rappresenta un'evidenza del ruolo di mediazione dell'autostima in un campione di adolescenti italiani.

Un secondo mediatore che è stato indagato in questo studio è la discrepanza tra autostima esplicita e implicita, ipotizzando che le conseguenze della vittimizzazione sulla depressione siano differenti a seconda della direzione della discrepanza, ossia se sia presente una maggiore autostima esplicita e una minore autostima implicita (autostima fragile o difensiva) o se invece sia presente una minore autostima esplicita e una maggiore autostima implicita (autostima danneggiata). Dai risultati di questa ricerca, in primo luogo, è emerso che la vittimizzazione tra pari è positivamente associata alla discrepanza fra le due forme di autostima, la quale è, a sua volta, associata alla depressione. È importante notare, però, che l'autostima difensiva è associata negativamente alla depressione, quindi all'aumentare di questo tipo di discrepanza i sintomi depressivi diminuiscono. L'autostima danneggiata, al contrario, è associata positivamente alla depressione, quindi all'aumentare di questo secondo tipo di discrepanza i sintomi depressivi aumentano. Questo risultato è particolarmente rilevante in quanto mette in luce che non è solo una bassa autostima esplicita a mediare la relazione tra la vittimizzazione e lo sviluppo di depressione ma anche uno squilibrio fra una bassa autostima esplicita e un'alta autostima implicita. Una possibile spiegazione di questo risultato può essere compresa considerando il fatto che l'autostima implicita può essere vista come gli obiettivi e gli standard che gli individui si pongono e l'autostima esplicita può essere considerata la realtà in cui si trovano. In altre parole, la stima di sé implicita può essere considerata come il Sé ideale, ossia ciò che l'individuo vorrebbe essere, mentre la stima di sé esplicita può essere vista come il Sé reale, ovvero ciò che l'individuo è nella realtà, con le sue caratteristiche e abilità. Di conseguenza, la presenza di una discrepanza fra ciò che si è (autostima esplicita) e ciò che si vorrebbe essere (autostima implicita) può condurre a provare frustrazione, delusione, tristezza, fino allo sviluppo di sintomi depressivi (Leeuwis et al., 2015). Da un lato, dunque, si potrebbe ipotizzare che la vittimizzazione contribuisca a una diminuzione della stima di sé esplicita che, di conseguenza, determini un aumento della discrepanza fra i due tipi di autostima, portando, quindi, le vittime di bullismo a percepire che i propri elevati standard personali (alta autostima implicita) non siano raggiungibili nella realtà in cui si trovano, caratterizzata da molestie fisiche, verbali o relazionali (bassa autostima esplicita), causando, di conseguenza, lo sviluppo di sintomi depressivi. Dall'altro lato, sono necessari studi futuri per comprendere il motivo per cui in alcuni individui la

vittimizzazione tra pari conduca a una diminuzione della stima di sé implicita, portando, conseguentemente, alla presenza di un'autostima fragile, così come sono necessari degli studi per capire il motivo per cui la presenza di un'autostima fragile sia associata negativamente alla depressione. Una possibile ipotesi per cui ciò avviene potrebbe riguardare il fatto che in alcune persone l'esperienza della vittimizzazione potrebbe condurre a un ridimensionamento dei propri standard, scopi e obiettivi (bassa autostima implicita), invece che intaccare l'immagine di sé (alta autostima esplicita). Di conseguenza, la presenza di un'autostima fragile potrebbe consentire alle vittime di bullismo di percepire di poter raggiungere i propri fini e scopi, nonostante le esperienze di vittimizzazione, permettendo di giudicarsi come persone di valore, con delle qualità e di poter essere delle persone realizzate, aspetti associati negativamente alla depressione. In sintesi, questi risultati, nel contesto della vittimizzazione tra pari, mettono in luce l'importanza di concentrarsi non solo sull'autostima esplicita e implicita separatamente, ma di considerare la possibile discrepanza e incongruenza fra queste due forme di autostima.

## **2) IMPLICAZIONI**

Per quanto riguarda i risultati di questo studio è importante sottolineare il fatto che da questi non si possano trarre inferenze causali tuttavia, alla luce della letteratura presentata, è necessario anche ricordare che esistono parecchie evidenze del fatto che fra vittimizzazione tra pari e depressione (Burke et al., 2017; Casper & Card, 2017; Christina et al., 2021; Davis et al., 2019; Forbes et al., 2019; Juvonen & Graham, 2014; Kochel et al., 2012; Reijntjes et al., 2010; Zimmer-Gembeck, 2016), fra vittimizzazione e autostima (Boulton et al., 2010; Choi & Park, 2021; Egan & Perry, 1998; Hodges & Perry, 1999; Tsaousis, 2016; van Geel et al., 2018) e fra depressione e autostima (Shahar et al., 2004; Sowislo & Orth, 2013) esistono delle associazioni reciproche e bidirezionali. Di conseguenza, ciò che risulta maggiormente rilevante è attuare contemporaneamente diversi interventi che portino alla diminuzione della vittimizzazione tra pari e della depressione e che aumentino e migliorino l'autostima degli adolescenti.

Nello specifico, relativamente alla relazione tra vittimizzazione tra pari e depressione, da una parte, è rilevante ricordare che spesso gli adolescenti vittime di bullismo utilizzano l'autocolpevolizzazione per cercare di dare una spiegazione al motivo per cui sono bullizzati e l'utilizzo di questo tipo di locus of control è associato a una maggior probabilità di sviluppare sintomi depressivi. Dall'altra parte, è anche importante evidenziare che la presenza di sintomi depressivi in adolescenza ostacola l'uso di strategie di coping adattive per affrontare la vittimizzazione, come la ricerca di supporto da parte dei compagni di classe (Zimmer-Gembeck, 2016). È, inoltre, importante ricordare che anche livelli subclinici di sintomi depressivi possono minare lo sviluppo di relazioni tra pari positive e di adeguate capacità per reagire quando si è presi di mira dai coetanei; quindi, per quanto riguarda gli interventi risulta rilevante, da una parte, attuare interventi di prevenzione volti a ridurre l'influenza negativa dei sintomi depressivi sulle relazioni interpersonali, in particolare focalizzandosi sulla mancanza di speranza, tipica di chi soffre di depressione. Dall'altra parte, è altrettanto fondamentale attuare interventi in grado di identificare precocemente gli episodi di bullismo all'interno della classe e fornire un adeguato supporto alle vittime, anche attraverso training per le abilità di coping e assertive (Hamilton, 2013).

Per quanto concerne la relazione tra vittimizzazione tra pari e autostima è rilevante ricordare che, da un lato, gli adolescenti con una bassa stima di sé sono a maggior rischio di divenire vittime di bullismo, in quanto i loro comportamenti e atteggiamenti trasmettono il messaggio che non si difenderanno o vendicheranno se verranno molestati, fisicamente, verbalmente o dal punto di vista relazionale (van Geel et al., 2018); e tendono, inoltre, ad attrarre l'attenzione dei pari, attraverso comportamenti autodenigratori e che segnalano fragilità e circospezione. Dall'altro lato, va evidenziato che l'essere vittima di bullismo può influenzare l'identità degli individui sia sul piano cognitivo, relativamente al concetto di sé, portando a valutazioni negative di se stessi in diversi domini, sia sul piano affettivo, relativamente al concetto di autostima, causando sentimenti di inferiorità, di inutilità, di autosvalutazione e mancanza di fiducia in sé (Houbre et al., 2006). Relativamente agli interventi, quindi, oltre, come già detto in precedenza, ad attuare misure per aiutare le vittime a reagire assertivamente agli atti di bullismo, è altrettanto importante prestare attenzione alle emozioni negative che la vittimizzazione può causare, come la vergogna, che può condurre ad autocritica e/o

autonegazione, e incoraggiare le vittime ad aprirsi e rivelare il proprio mondo interiore. In secondo luogo, potrebbe essere utile insegnare alle vittime di bullismo degli esercizi di rilassamento, come la respirazione addominale e il rilassamento muscolare progressivo, attraverso training di mindfulness, i quali si sono dimostrati efficaci per migliorare l'autostima (Zhou et al., 2020). Infine, un ultimo aspetto essenziale, per migliorare l'autostima degli adolescenti e delle adolescenti vittime di bullismo, consiste nel guidarli a non attribuire a se stessi e a se stesse la causa della vittimizzazione e nell'aiutarli a valutarsi positivamente e ritrovare la fiducia in sé (Wu et al., 2020).

Da ultimo, anche per quanto riguarda l'associazione tra autostima e depressione è rilevante ricordare che, da una parte, la depressione può deteriorare l'autostima delle vittime di bullismo, modificando il modo in cui esse processano le informazioni rilevanti relative al Sé. Infatti, l'umore cronicamente negativo associato alla depressione può indurre l'individuo a codificare e recuperare selettivamente esclusivamente le informazioni negative di sé, con conseguente diminuzione dell'autostima e sviluppo di autovalutazioni maggiormente negative. Dall'altra parte, va ricordato che individui con una bassa autostima globale tendono a sentirsi immeritevoli di risultati positivi, a essere maggiormente sensibili al rifiuto, a percepire i comportamenti degli altri negativamente e a vedere segnali di rifiuto anche dove non sono presenti, diminuendo, di conseguenza, la soddisfazione ricavata dalle relazioni interpersonali, che, a sua volta, contribuisce allo sviluppo di depressione (Zhou et al., 2020). Relativamente alla relazione tra autostima e depressione, come è emerso dalla letteratura (Creemers et al., 2013) e dalle nostre analisi, è rilevante considerare differenzialmente l'autostima esplicita e quella implicita. È, infatti, l'autostima esplicita a essere particolarmente correlata ai sintomi depressivi, più che l'autostima implicita, in quanto la presenza di una bassa stima di sé a livello esplicito si riflette in critiche eccessive nei propri confronti ed esagerata sensibilità nei confronti delle critiche altrui (de Jong et al., 2012). Di conseguenza, i sintomi depressivi possono essere prevenuti o ridotti migliorando l'autostima esplicita, per questo risultano particolarmente rilevanti gli interventi volti ad aumentarla e a modificare la negativa percezione di sé.

Inoltre, è importante rammentare che da questo studio, in linea con i risultati della letteratura (Zhong et al., 2021), è emerso che l'autostima esplicita gioca anche un ruolo

di mediazione nella relazione tra vittimizzazione tra pari e sintomi depressivi. Infatti, dai risultati è emersa la presenza di un'associazione negativa significativa tra vittimizzazione tra pari e autostima, sia esplicita sia implicita, ossia all'aumentare della vittimizzazione diminuiscono entrambi i due tipi di autostima; ma, oltre alla vittimizzazione, esclusivamente l'autostima esplicita risulta essere associata significativamente ai sintomi depressivi e risulta avere un ruolo di mediazione nella relazione tra vittimizzazione e depressione. In altre parole, confermando i risultati della letteratura e la nostra ipotesi, la vittimizzazione, oltre ad avere un effetto diretto sulla depressione, ha anche un effetto indiretto su quest'ultima tramite l'autostima esplicita. L'autostima implicita, invece, a differenza di quella esplicita, non è significativamente associata ai sintomi depressivi e non ha un effetto di mediazione nella relazione considerata. Nonostante non si possano trarre inferenze causali dalla presente ricerca, considerando la letteratura è possibile ipotizzare che la vittimizzazione tra pari diminuisca l'autostima esplicita delle vittime, che, a sua volta, contribuisce allo sviluppo di successivi sintomi depressivi (Norrington, 2021). In sintesi, il fatto che l'autostima abbia un effetto di mediazione nella relazione considerata rende ancora più evidente il fatto che questa giochi un ruolo centrale nel benessere dei giovani e dovrebbe essere considerata come una componente essenziale nella prevenzione e nel trattamento dei disturbi mentali e delle difficoltà interpersonali.

Infine, il risultato maggiormente all'avanguardia di questo studio è quello che mette in luce che la discrepanza fra autostima esplicita e implicita rappresenta un altro mediatore della relazione tra vittimizzazione e depressione. Inoltre, va posta particolare attenzione al fatto che a seconda della direzione della discrepanza, ossia se è presente un'autostima danneggiata o un'autostima difensiva, l'effetto di questa sui sintomi depressivi è differente. Dalle nostre analisi è, infatti, emerso che l'autostima danneggiata è associata positivamente alla depressione, mentre quella difensiva è associata negativamente alla depressione. Questo risultato è particolarmente rilevante perché evidenzia l'importanza di attuare degli interventi che considerino entrambi i due tipi di autostima, indagando sia gli standard e obiettivi degli adolescenti sia la condizione in cui essi si trovano, specialmente se è una condizione di vittimizzazione.

In conclusione, questo studio mette in luce i possibili rischi che l'essere vittima di atti di bullismo può comportare, ossia una diminuzione della stima di sé e, attraverso questa, lo sviluppo di sintomi depressivi. Di conseguenza, relativamente agli interventi e strategie di prevenzione è fondamentale che questi siano focalizzati sul miglioramento dell'autostima e sul mantenimento di una buona stima di sé, nonostante le esperienze di vittimizzazione, in quanto questo tipo di interventi può ridurre la probabilità di divenire nuovamente vittima di atti di bullismo e, soprattutto, diminuire il rischio di sviluppare conseguenti sintomi depressivi, anche a livello subclinico, non solo a breve ma anche a lungo termine (Sowislo & Orth, 2013).

### **3) PUNTI DI FORZA, LIMITI E PROSPETTIVE FUTURE**

Fra i punti di forza di questo studio si trova, in primo luogo, la numerosità elevata del campione, composto da 1191 adolescenti di sesso maschile e femminile, provenienti da diverse regioni italiane.

Inoltre, alla luce delle evidenze presenti in letteratura sul modello del doppio processo (Creemers et al., 2013), un ulteriore punto di forza risiede nel non aver considerato l'autostima come un costrutto unitario, esaminando, invece, il ruolo sia dell'autostima esplicita che di quella implicita.

In aggiunta, questo studio non si è limitato a indagare esclusivamente gli effetti diretti della vittimizzazione tra pari sulla depressione, ma anche quelli indiretti, attraverso diversi possibili mediatori: l'autostima esplicita, l'autostima implicita, l'autostima danneggiata e l'autostima difensiva; mettendo in luce differenti modi con cui la vittimizzazione può essere associata alla depressione, tramite l'autostima. Nello specifico, un aspetto particolarmente saliente da sottolineare riguarda il fatto che questa ricerca, a differenza della maggior parte degli studi sul tema, che si sono focalizzati esclusivamente sulla stima di sé esplicita, ha esplorato il possibile effetto di mediazione anche della stima di sé implicita e della discrepanza fra le due forme di autostima.

Fra i limiti di questa ricerca si trova, invece, il fatto che il campione non sia rappresentativo degli adolescenti italiani, in quanto composto esclusivamente da studenti e studentesse del Nord Italia.

Un secondo limite importante riguarda il fatto che è uno studio trasversale e di conseguenza non è possibile trarre dai risultati inferenze causali o direzionali e indagare gli effetti a lungo termine della vittimizzazione tra pari relativamente allo sviluppo di sintomi depressivi. Dal punto di vista delle prospettive future risultano, quindi, necessari degli studi longitudinali per investigare la direzionalità delle relazioni indagate.

Un ulteriore limite da considerare consiste nella valutazione dei tre costrutti eseguita tramite la somministrazione di questionari self-report. Questo potrebbe rappresentare un punto di debolezza per la valutazione della vittimizzazione che potrebbe essere influenzata dall'esistenza di bias legati alla presenza di sintomi depressivi, che potrebbero influenzare la percezione dei rapporti sociali e del supporto da parte dei pari. Così come i partecipanti potrebbero aver sottovalutato le loro esperienze di vittimizzazione tra pari e/o i propri sintomi internalizzanti. Inoltre, nonostante i partecipanti fossero a conoscenza del fatto che i dati sarebbero stati trattati in modo anonimo, il non fidarsi di ciò unito alla desiderabilità sociale potrebbe averli portati a rispondere in modo non oggettivo. Ricerche future potrebbero utilizzare anche altre misure, ad esempio le nomine dei pari per l'indagine della vittimizzazione.

Un quarto limite concerne il non aver considerato nelle analisi separatamente i diversi tipi di vittimizzazione. In previsione di studi futuri sull'argomento potrebbe essere interessante analizzare la relazione tra vittimizzazione, autostima (esplicita e implicita) e depressione esaminando le differenze a seconda dei vari tipi di vittimizzazione.

Relativamente alle domande e ricerche future, in primo luogo, potrebbe essere utile e interessante indagare se l'autostima, oltre a un ruolo di mediazione, nella relazione tra vittimizzazione e sintomi depressivi, abbia anche un ruolo di moderazione, fungendo da fattore di protezione o di rischio per lo sviluppo di sintomi psicopatologici.

In secondo luogo, gli studi futuri sul tema presentato sarebbe opportuno esaminassero anche gli esiti secondari legati ai sintomi depressivi e alla vittimizzazione tra pari, come l'assenteismo e il calo del rendimento scolastico. Inoltre, potrebbe essere utile analizzare se la vittimizzazione tra pari abbia un effetto indiretto, tramite l'autostima



esplicita e la discrepanza fra autostima esplicita e implicita, anche su altri sintomi internalizzanti, oltre quelli depressivi, come sintomi ansiosi.

Infine, sono necessarie ricerche future per indagare se esistano altri possibili mediatori della relazione esplorata in questa tesi, per permettere una comprensione maggiormente completa dei meccanismi psicologici che collegano la vittimizzazione tra pari ai sintomi depressivi.

## **RINGRAZIAMENTI**

Vorrei dedicare questo spazio per ringraziare le persone che mi hanno supportato, permesso di arrivare fin qui e realizzare questa tesi.

In primis vorrei ringraziare davvero di cuore la mia relatrice, la Professoressa Tiziana Pozzoli, per la sua enorme disponibilità, per il tempo che mi ha dedicato e per avermi seguito e supportato in questo percorso.

In secondo luogo vorrei ringraziare i miei genitori. Grazie mamma, grazie papà, per avermi sempre sostenuta e incoraggiata, fin dalla scelta del mio percorso di studi. Il vostro supporto, i vostri consigli, il vostro amore sono, per me, fondamentali e irrinunciabili.

Grazie alla mia famiglia, in particolare grazie nonna Irma e nonno Ottavio, sapere di rendervi fieri e orgogliosi riempie il mio cuore di gioia e gratitudine. Un grazie speciale va anche alla zia Annalina, il tuo aiuto è stato fondamentale. Ma il mio ringraziamento più grande e la dedica di questo traguardo va alla mia nonna Bubi, la cui assenza fisica non mi impedirà mai di pensarla ogni giorno e di mettere e ritrovare un po' di lei in qualunque cosa io faccia.

Grazie a Giulia, più che amica ormai compagna di vita, con la certezza che saremo per sempre l'una al fianco dell'altra e che ogni cosa che dovremo affrontare non sarà mai da sole ma insieme.

Infine vorrei ringraziare il Liceo delle Scienze Umane Antonio Rosmini di Trento e il Dirigente Scolastico Kirchner per avermi permesso di svolgere parte della raccolta dati di questa tesi nella mia ex scuola superiore, tornare, dopo quasi cinque anni, non più come studentessa ma come laureanda magistrale è stato alquanto emozionante e commovente.

## INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE

Abdel-Khalek, A. M. (2016). Introduction to the Psychology of self-esteem. In A. M. Abdel-Khalek (Ed.), *Self-Esteem* (pp. 1-23). New York: Franklin Holloway.

\*Abramson, L., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, *96*, 358-372.

\*Ahn, H. J., Garandeanu, C. F., & Rodkin, P. C. (2010). Effects of classroom embeddedness and density on the social status of aggressive and victimized children. *The Journal of Early Adolescence*, *30*, 76-101.

Allen, J. P., Chango, J., Szewedo, D., & Scahd, M. (2014). Long-term sequelae of subclinical depressive symptoms in early adolescence. *Development and Psychopathology*, *26*, 171-180.

\*American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5° ed, DSM-5. Arlington, VA. (Tr. it.: Manuale diagnostico & statistico dei disturbi mentali, 5° ed, DSM-5. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014).

Andrews, B. (1998). Self-esteem. *The Psychologist*, *11* (7), 339-342.

Arora, P. G., Wheeler, L. A., Fisher, S., Restituyo, M., & Barnes-Najor, J. (2020). A Longitudinal Examination of Peer Victimization on Depressive Symptoms Among Asian American School-Aged Youth. *School Mental Health*, *12*, 732-742.

Balázs, J., Miklòsi, M., Keresztény, A., Hoven, C. W., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Cosman, D., Cotter, P., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Marusic, D., Postuvan, V., Resch, F., ... Wasserman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *54* (6), 670-677.

\*Battistelli, P. (1994). *Autostima*. Torino: Einaudi.

Baweja, S. (2015). *Longitudinal Relations between Peer Victimization and Youth Depressive Symptoms: Temporal Directionality and Reciprocal Associations* [Doctoral dissertation]. University of California (UCLA). PQDT Open.

\*Beale, A. V. (2001). Bullybusters: Using drama to empower students to take a stand against bullying behavior. *Professional School Counseling, 4*, 300-306.

\*Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

Benedini, K. M., Fagan, A. A., & Gibson, C. L. (2016). The cycle of victimization: The relationship between childhood maltreatment and adolescent peer victimization. *Child Abuse & Neglect, 59*, 111-121.

\*Bernstein, J. Y., & Watson, M. W. (1997). Children who are targets of bullying: A victim pattern. *Journal of Interpersonal Violence, 12*, 483-498.

\*Bhowmik, D., Sampath Kumar, K. P., Srivastava, S., Paswan, S., & Dutta, A. S. (2012). Depression-Symptoms, Causes, Medications and Therapies. *The Pharma Innovation, 1* (3), 37-51.

Brendgen, M., & Poulin, F. (2017). Continued Bullying Victimization from Childhood to Young Adulthood: a Longitudinal Study of Mediating and Protective Factors. *Journal of Abnormal Child Psychology, 46*, 27-39.

Brockenbrough, K. K., Cornell, D. G., & Loper, A. B. (2002). Aggressive attitudes among victims of violence at school. *Education & Treatment of Children, 25*, 273-287.

\*Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G., & Sica, C. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive psychiatry, 60*, 170-181.

Boulton, M. J., Smith, P. K., & Cowie, H. (2010). Short-Term Longitudinal Relationships Between Children's Peer Victimization/Bullying Experiences and Self-Perceptions. Evidence for Reciprocity. *School Psychology International, 31* (3), 296-311.

Burke, T., Sticca, F., & Perren, S. (2017). Everything's Gonna be Alright! The Longitudinal Interplay among Social Support, Peer Victimization, and Depressive Symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, *46*, 1999-2014.

\*Bush, D. M., & Simmons, R. (1987). Gender and copying with the entry into early adolescence. In R. C. Barnett, L. Biener & G. K. Baruch (Eds.), *Gender and stress* (pp. 185-218). New York: Free Press.

Casper, D. M., & Card, N. A. (2017). Overt and Relational Victimization: A Meta-Analytic Review of Their Overlap and Associations With Social-Psychological Adjustment. *Child Development*, *88* (2), 446-483.

Chang, L.-Y., Wu, C.-C., Lin, L. N., Chang, H.-Y., & Yen, L.-L. (2019). Age and sex differences in the effects of peer victimization on depressive symptoms: Exploring sleep problems as a mediator. *Journal of Affective Disorders*, *245*, 553-560.

Choi, B., & Park, S. (2021). Bullying Perpetration, Victimization, and Low Self-esteem: Examining Their Relationship Over Time. *Journal of Youth and Adolescence*, *50*, 739-752.

Christina, S., Magson, N. R., Kakar, V., & Rapee, R. M. (2021). The bidirectional relationship between peer victimization and internalizing problems in school-aged children: An update systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *85*, 1-19.

\*Cillessen, A. H., & Rose, A. J. (2005). Understanding popularity in the peer system. *Current Directions in Psychological Science*, *14*, 102-105.

\*Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, *39* (1), 28-40.

Creemers, D. H. M., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., Prinstein, M. J., & Wiers, R. W. (2012). Implicit and explicit self-esteem as concurrent predictors of suicidal ideation, depressive symptoms, and loneliness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *43* (1), 638-646.

Creemers, D. H. M., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., Prinstein, M. J., & Wiers, R. W. (2013). Damaged self-esteem is associated with internalizing problems. *Frontiers in Psychology, 4* (152), 1-7.

\*Crick, N. R., & Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Development, 66*, 710-722.

Cuijpers, P., Koole, S. L., van Dijke, A., Roca, M., Li, J., & Reynolds, C. F. (2014). Psychotherapy for subclinical depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 205*, 268-274.

Cuijpers, P., Smit, F., & van Straten, A. (2007). Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 115*, 434-441.

da Silva, J. L., de Oliveira, W. A., Komatsu, A. V., Zequinao, M. A., Pereira, B. O., Caravita, S. C. S., Skrzypiec, G., & Silva M. A. I. (2020). Associations Between Bullying and Depression Among Students in School Transition. *Trends in Psychology, 28*, 72-84.

Davis, J. P., Merrin, G. J., Ingram, K. M., Espelage, D. L., Valido, A., & El Sheikh, A. J. (2019). Examining Pathways between Bully Victimization, Depression, & School Belonging Among Early Adolescents. *Journal of Child and Family Studies, 28*, 2365-2378.

Decker, H. S. (2007). How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? - from Emil Kraepelin to DSM-III. *History of Psychiatry, 18* (3), 337-360.

de Jong, P. J., Sportel, B. E., de Hullu, E., & Nauta, M. H. (2012). Co-occurrence of social anxiety and depression symptoms in adolescence: differential links with implicit and explicit self-esteem? *Psychological Medicine, 42*, 475-484.

Dijkstra, J. K., Lindenberg, S., & Veenstra, R. (2008). Beyond the class norm: Bullying behavior of popular adolescents and its relation to peer acceptance and rejection. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 1289-1299.

Egan, S. K., & Perry, D. G. (1998). Does Low Self-Regard Invite Victimization? *Developmental Psychology, 34* (2), 299-309.

Einsenberg, M. E., Neumark-Stzainer, Haines, J., & Wall, M. (2006). Weight-teasing and emotional well-being in adolescents: Longitudinal findings from Project EAT. *Journal of Adolescent Health, 38*, 675-683.

Erol, R. Y., & Orth, U. (2011). Self-Esteem Development From Age 14 to 30 Years: A Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology, 101* (3), 607-619.

\*Flament, M. F., Cohen, D., Choquet, M., Phillippe, J., & Ledoux, S. (2001). Phenomenology, psychosocial correlates, and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence. *Journal of the Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40* (9), 1070-1078.

Forbes, M. K., Fitzpatrick, S., Magson, N. R., & Rapee, R. M. (2019). Depression, Anxiety, and Peer Victimization: Bidirectional Relationships and Associated Outcomes Transitioning from Childhood to Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 48*, 692-702.

\*Forlim, B. G., Stelko-Pereira, A. C., & Williams, L. C. (2014). Associations between bullying and depressive symptoms in elementary school. *Estudos de Psicologia, 31* (3), 367-375.

Franck, E., & De Raedt, R. (2007). Self-esteem reconsidered: Unstable self-esteem outperforms level of self-esteem as vulnerability marker for depression. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1531-1541.

Franck, E., De Raedt, R., & De Houwer, J. (2007). Implicit but not explicit self-esteem predicts future depressive symptomatology. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2448-2455.

Franck, E., De Raedt, R., Dereu, M., & Van den Abbeele, D. (2007). Implicit and explicit self-esteem in currently depressed individuals with and without suicidal ideation. *Journal of Behavior Therapy, 38*, 75-85.

Frant, I. A. (2016). Implications of self-esteem in adolescence. *Journal Plus Education, 14 (1)*, 90-99.

\*Ge, X., Conger, R. D., & Elder, G. H. (1996). Coming of age too early: Pubertal influences on girls' vulnerability to psychological distress. *Child Development, 67*, 3386-3400.

Gebauer, J. E., Riketta, M., Broemer, P., & Maio, G. R. (2008). "How much do you like your name?" An implicit measure of global self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology, 44 (5)*, 1346-1354.

Giannotta, F., Setani, M., Kliewer, W., & Ciairano, S. (2012). The Role of Threat Appraisal in the Relation Between Peer Victimization and Adjustment Problems in Early Italian Adolescents. *Journal of Applied Social Psychology, 42 (9)*, 2077-2095.

\*Glew, G., Rivara, F., & Feudtner, C. (2000). Bullying: Children hurting children. *Pediatrics in Review, 21*, 183-190.

Graham, S. (2006). Peer Victimization in School. Exploring the Ethnic Context. *Current Directions in Psychological Science, 15 (6)*, 317-321.

Graham, S., Bellmore, A. D., & Mize, J. (2006). Peer Victimization, Aggression, and Their Co-Occurrence in Middle School: Pathways to Adjustment Problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34 (3)*, 363-378.

\*Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review, 102*, 4-27.

\*Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. K. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1464-1480.

\*Grennan, S., & Woodhams, J. (2007). The impact of bullying and coping strategies on psychological distress of young offenders. *Psychology, Crime & Law, 13*, 487-504.

Hamilton, J. L., Shapero, B. G., Stange, J. P., Hamlat, E. J., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2013). Emotional Maltreatment, Peer Victimization, and Depressive versus



Anxiety Symptoms During Adolescence: Hopelessness as a Mediator. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42 (3), 332-347.

Hauenstein, E. J. (2003). Depression in Adolescence. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32 (2), 239-248.

Hawker, D. S. J., & Boulton, M. J. (2000). Twenty Year's Research on Peer Victimization and Psychosocial Maladjustment: A Meta-analytic Review of Cross-sectional Studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (4), 441-455.

\*Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications.

Haynie, D. L., & Piquero, A. R. (2006). Pubertal Development and Physical Victimization in Adolescence. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 43 (1), 3-35.

Hodges, E. V. E., & Perry, D. G. (1999). Personal and Interpersonal Antecedents and Consequences of Victimization by Peers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (4), 677-685.

Holbrook, H. M., Voller, F., Castellini, G., Silvestri, C., Ricca, V., Cassioli, E., Ivanova, M. Y., & Hudziak, J. J. (2020). Sport participation moderates associations between bullying and depressive symptoms in Italian adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 271, 33-38.

\*Holt-Lunstad, J., Birgmingham, W., & Jones, B. Q. (2008). Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality, and network social support on ambulatory blood pressure and mental health. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 239-244.

Hong, J. S., & Espelage, D. L. (2012). A review of research on bullying and peer victimization in school: An ecological system analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 17, 311-322.

Houbre, B., Tarquinio, C., Thuillier, I., & Hergott, E. (2006). Bullying among students and its consequences on health. *European Journal of Psychology of Education, 21* (2), 183-208.

Hunter, S. C., Boyle, M. E., & Warden, D. (2007). Perception and correlates of peer-victimization and bullying. *British Journal of Educational Psychology, 77*, 797-810.

\*Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological and behavioral self-blame: Inquires into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 1798-1809.

Jenkins, L. N., & Demaray, M. K. (2012). Social Support and Self-Concept in Relation to Peer Victimization and Peer Aggression. *Journal of School Violence, 11*, 56-74.

Jinnin, R., Okamoto, Y., Takagaki, K., Nishiyama, Y., Yamamura, T., Okamoto Y., Miyake, Y., Takebayashi, Y., Tanaka, K., Sugira, Y., Shimoda, H., Kawakami, N., Furukawa, T. A., & Yamawaki, S. (2017). Detailed course of depressive symptoms and risk for developing depression in late adolescents with subthreshold depression: a cohort study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 13*, 25-33.

Juvonen, J., & Graham, S. (2014). Bullying in Schools: The Power of Bullies and the Plight of Victims. *Annual Reviews of Psychology, 65*, 159-185.

Karlsson, E., Stickley, A., Lindblad, F., Schwab-Stone, M., & Ruchkin, V. (2014). Risk and protective factors for peer victimization: a 1-year follow-up study of urban American students. *European Child Adolescent Psychiatry, 23*, 773-781.

\*Keery, H., Shroff, H., Thompson, J. K., Wertheim, E., & Smolak, I. (2004). The sociocultural internalization of appearance questionnaire-adolescents (SIAQ-A): Psychometric analyses and normative data for three countries. *Eating and Weight Disorders, 9*, 56-61.

Kim, H. S., & Moore, M. T. (2019). Symptoms of depression and the discrepancy between implicit and explicit self-esteem. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 63*, 1-5.

Kochel, K. P., Bagwell, C. L., Ladd, G. W., & Rudolph, K. D. (2017). Do positive peer relations mitigate transactions between depressive symptoms and peer victimization in adolescence? *Journal of Applied Developmental Psychology, 51*, 44-54.

Kochel, K. P., Ladd, G. W., & Rudolph, K. D. (2012). Longitudinal Associations Among Youth Depressive Symptoms, Peer Victimization, and Low Peer Acceptance: An Interpersonal Process Perspective. *Child Development, 83* (2), 637-650.

Krygsman, A., & Vaillancourt, T. (2017). Longitudinal associations between depression symptoms and peer experiences: Evidence of symptoms-driven pathways. *Journal of Applied Developmental Psychology, 51*, 20-34.

\*La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26* (2), 83-94.

Laguna, M. (2013). Self-efficacy, self-esteem, and entrepreneurship among the unemployed. *Journal of Applied Social Psychology, 43*, 253-262.

Lee, K. M., Shellman, A. B., Osmer, S. C., Day, S. X., & Dempsey, A. G. (2016). Peer Victimization and Social Anxiety: An Exploration of Coping Strategies as Mediators. *Journal of School Violence, 15* (4), 406-423.

Leeuwis, F. H., Koot, H. M., Creemers, H. M., & van Lier, P. A. C. (2015). Implicit and Explicit Self-Esteem Discrepancies, Victimization and the Development of Late Childhood Internalizing Problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 43*, 909-919.

\*Lin, W., Cochman, J. K., & Mieczkowski, T. (2011). Direct and vicarious violent victimization and juvenile delinquency: An application of General Strain Theory, *Sociological Inquiry, 81* (2), 195-222.

\*Malamut, S. T., Mali, L. V., Schwartz, D., Hopmeyer, A., & Luo, T. (2017). Depressive symptoms as a predictor of social difficulties in a gang-impacted context. *Journal of Applied Developmental Psychology, 51*, 4-11.

Manning, M. A. (2007). Self-Concept and Self-Esteem in Adolescents. *Student Services, 2*, 11-15.

Minev, M., Petrova, B., Mineva, K., Petkova, M., & Strebkova, R. (2018). Self-esteem in adolescents. *Trakia Journal of Sciences*, 2, 114-118.

Moore, S. E., Norman, R. E., Sly, P. D., Whitehouse, A. J. O., Zubrick, S. R., & Scott, J. G. (2014). Adolescent peer aggression and its association with mental health and substance use in an Australian cohort. *Journal of Adolescence*, 37, 11-21.

Moore, S. E., Norman, R. E., Suetani, S., Thomas, H. J., Sly, P. D., & Scott, J. G. (2017). Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Psychiatry*, 7 (1), 60-76.

Nakano, K. (1991). The role of coping strategies on psychological and physical well-being. *Japanese Psychological Research*, 33 (4), 160-167.

Neff, K. D. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5 (1), 1-12.

Nepon, T., Pepler, D. J., Craig, W. M., Connolly, J., & Flett, G. L. (2021). A Longitudinal Analysis of Peer Victimization, Self-Esteem, and Rejection Sensitivity in Mental Health and Substance Use Among Adolescents. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19, 1135-1148.

Norrington, J. (2021). Adolescent Peer Victimization, Self-Concept, and Psychological Distress in Emerging Adulthood. *Youth & Society*, 53 (2), 273-295.

\*Nuttin, J. M. (1985). Narcissism beyond Gestalt awareness: the name letter effect. *European Journal of Social Psychology*, 15, 353-361.

\*Olweus, D. (1993). *Social withdrawal, inhibition and shyness in childhood*. New York: K. H. Rubin, J. B. Asendorpf, J. Asendorpfz.

\*Olweus, D., & Alsaker, F. D. (1993). *The negative short-term and long-term effects of victimization by peers*. Paper presented at the 60th biennial conference for the Society for Research on Child Development, Seattle.

Orth, U., & Robins, R. W. (2013). Understanding the Link Between Low Self-Esteem and Depression. *Current Directions in Psychological Science*, 22 (6), 455-460.

Palomares-Ruiz, A., Oteiza-Nascimento, A., Toldos, M. P., Serrano-Marugàn, I., & Martin-Babarro, J. (2019). Bullying and depression: the moderating effect of social support, rejection and victimization profile. *Annals of Psychology, 35* (1), 1-10.

Pan, Y., Liu, G., Liu, C., Yang, C., Chan, M., & Zhang, D. (2020). Victimization and Problem Behaviors: The Roles of Self-Esteem and Parental Attachment Among Chinese Adolescents. *Child Development, 91* (4), 968-983.

\*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*, 259-280.

Pellegrini, A. D., & Long, J. D. (2003). A sexual selection theory longitudinal analysis of sexual segregation and integration in early adolescence. *Journal of Experimental Child Psychology, 85*, 257-278.

Philipp, J., Zeller, M., Waldherr, K., Truttmann, S., Dur, W., Karwautz, A. F. K., & Wagner, G. (2018). Prevalence of emotional and behavioral problems and subthreshold psychiatric disorders in Austrian adolescents and the need for prevention, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 53*, 1325-1337.

Poston, B. (2009). An Exercise in Personal Exploration: Maslow's Hierarchy of Needs. *The Surgical Technologist, 41* (8), 347-353.

\*Pouwels, J. L., Lansu, T. A., & Cillessen, A. H. (2015). Participant roles of bullying in adolescents: Social-psychological adjustment of aggressors and criteria. *Aggressive Behavior, 42*, 239-253.

\*Pozzoli, T., & Gini, G. (2021). Longitudinal relations between students' social status and their roles in bullying: The mediating role of self-perceived social status. *Journal of School Violence, 20* (1), 76-88.

\*Pozzoli, T., Gini, G., & Thornberg, R. (2017). Getting angry matters: Going beyond perspective taking and empathic concern to understand bystanders' behavior in bullying. *Journal of Adolescence, 61*, 87-95.

\*Prezza, M., Trombaccia, F. R., & Armento, L. (1997). La scala dell'autostima di Rosenberg. Traduzione e validazione italiana. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223, 35-44.

\*Prinstein, M. J., & Cillessen, A. H. N. (2003). Forms and functions of adolescent peer aggression associated with high levels of peer status. *Merrill-Palmer Quarterly*, 49, 310-342.

\*Puhl, R. M., Luedicke, J., & Heuer, C. (2011). Weight-based victimization toward overweight adolescents: Observations and reactions of peers. *Journal of School Health*, 81, 696-703.

Radliff, K. M., Wang, C., & Swearer, S. M. (2016). Bullying and Peer Victimization: An Examination of Cognitive and Psychosocial Constructs. *Journal of Interpersonal Violence*, 31 (11), 1983-2005.

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, 244-252.

Rieger, S., Gollner, R., Trautwein, U., & Roberts, B. W. (2016). Low Self-Esteem Prospectively Predicts Depression in the Transition to Young Adulthood: A Replication of Ort, Robins and Roberts (2008). *Journal of Personality and Social Psychology*, 110 (1), e16-e22.

Rigby, K. (2003). Consequences of Bullying in Schools. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (9), 1-8.

\*Rigby, K., & Barnes, A. (2002). To tell or not to tell: the victimised student's dilemma. *Youth Studies Australia*, 21, 33-36.

Roberts, W. B. (2000). The bully as victim: Understanding bully behaviors to increase the effectiveness of interventions in the bully-victim dyad. *Professional School Counseling*, 4, 148-156.

\*Roger, D., Jarvis, G., & Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences, 15*, 619-626.

Rose, C. A., Monda-Amaya L., & Espelage D. L. (2011). Bullying Perpetration and Victimization in Special Education: A Review of the Literature. *Remedial and Special Education, 32* (2), 114-130.

\*Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

\*Salk, R. H., Petersen, J. L., Abramson, L. Y., & Hyde, J. S. (2016). The contemporary face of gender differences and similarities in depression throughout adolescence: Development and chronicity. *Journal Affective Disorders, 205*, 28-35.

\*Salmivalli, C., & Voeten, M. (2004). Connections between attitudes, group norms, and behaviour in bullying situations. *International Journal of Behavioral Development, 28*, 246-258.

Schacter, H. L., & Juvonen, J. (2017). Depressive symptoms, friends distress, and self-blame: Risk factors for adolescent peer victimization. *Journal of Applied Developmental Psychology, 51*, 35-43.

Sentse, M., Prinzie, P., & Salmivalli, C. (2017). Testing the Direction of Longitudinal Paths between Victimization, Peer Rejection, and Different Types of Internalizing Problems in Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 45*, 1013-1023.

Shahar, G., & Davidson, L. (2003). Depressive Symptoms Erode Self-Esteem in Severe Mental Illness: A Three-Wave, Cross-Lagged Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71* (5), 890-900.

Shahar, G., Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Kuperminc G. P., & Leadbeater, B. J. (2004). Reciprocal Relations Between Depressive Symptoms and Self-Criticism (but Not Dependency) Among Early Adolescent Girls (but Not Boys). *Cognitive Therapy and Research, 28* (1), 85-103.

Shahar, G., & Henrich, C. C. (2010). Do Depressive Symptoms Erode Self-esteem in Early Adolescence? *Self and Identity*, 9 (4), 403-415.

Shetgiri, R. (2013). Bullying and Victimization Among Children. *Advances in Pediatrics*, 60, 33-51.

Smith, K., Brendgen, M., Hébert, M., Vitaro, F., Dionne, G., & Boivin, M. (2021). Links between peer victimization, dating violence victimization and depression in adolescence: A genetically-informed study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *In press*, 1-12.

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

Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Psychological Bulletin*, 139 (1), 213-240.

Spencer, S. J., Fein, S., Zanna, M. P., & Olson, J. M. (2003). "I Love Me...I love Me Not": Implicit Self-Esteem, Explicit Self-Esteem, and Defensiveness. In C. H. Jordan, S. J. Spencer & M. P. Zanna (Ed.), *Motivated Social Perception: The Ontario Symposium Volume 9* (pp. 117-123). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

\*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, 577-594.

\*Taylor, S. E. (2011). Social support: a review. In H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford handbook of health psychology* (pp. 189-214). New York: Oxford University Press.

Tetzner, J., Becker, M., & Baumert, J. (2016). Still Doing Fine? The Interplay of Negative Life Events and Self-Esteem During Young Adulthood. *European Journal of Personality*, 30, 358-373.



Troop-Gordon, W. (2017). Peer victimization in adolescence: The nature, progression, and consequences of being bullied within a developmental context. *Journal of Adolescence, 55*, 116-128.

\*Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., Moffitt, T. E., Robins, R. W., Poulton, R., & Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology, 42* (2), 381-390.

Tsaousis, I. (2016). The relationship of self-esteem to bullying perpetration and peer victimization among schoolchildren and adolescents: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior, 31*, 186-199.

Tural Hesapcioglu, S., Yesilova Meraler, H., & Ercan, F. (2018). Bullying in schools and its relation with depressive symptoms, self-esteem, and suicidal ideation in adolescents. *Anatolian Journal of Psychiatry, 19* (2), 210-216.

Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). The Effects of Adolescent Victimization on Self-Concept and Depressive Symptoms. *Child Maltreatment, 15* (1), 76-90.

van Geel, M., Goemans, A., Zwaanswijk, W., Gini, G., & Vedder, P. (2018). Does peer victimization predict low self-esteem, or does low self-esteem predict peer victimization? Meta-analyses on longitudinal studies. *Developmental Review, 49*, 31-40.

van Tuijl, L. A., de Jong, P. J., Sportel, B. E., de Hullu, E., & Nauta, M. H. (2014). Implicit and explicit self-esteem and their reciprocal relationship with symptoms of depression and social anxiety: A longitudinal study in adolescents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45*, 113-121.

Viau, S. J., Denault, A. S., Dionne, G., Brendgen, M., Geoffroy, M. C., Coté, S., Larose, S., Vitaro, F., Tremblay R. E., & Boivin, M. (2020). Joint Trajectories of Peer Cyber and Traditional Victimization in Adolescence: A Look at Risk Factors. *Journal of Early Adolescence, 40* (7), 936-965.

Vidourek, R. A., & King, K. A. (2019). Risk Factors for Peer Victimization among Middle and High School Students. *Children, 6* (11), 1-10.

Wienke Totura, C. M., Karver, M. S., & Gesten, E. L. (2014). Psychological Distress and Student Engagement as Mediators of the Relationship between Peer Victimization and Achievement in Middle School Youth. *Journal of Youth and Adolescence, 43*, 40-52.

Wilson, T. D., Lindsey, S., & Schooler, T. Y. (2000). A Model of Dual Attitudes. *Psychological Review, 107* (1), 101-126.

Wu, X., Qi, J., & Zhen, R. (2020). Bullying Victimization and Adolescents' Social Anxiety: Roles of Shame and Self-Esteem. *Child Indicators Research, 14*, 769-781.

Zeigler-Hill, V. (2006). Discrepancies Between Implicit and Explicit Self-Esteem: Implications for Narcissism and Self-Esteem Instability. *Journal of Personality, 74* (1), 119-144.

Zhong, M., Huang, X., Huebner, E. S., & Tian, L. (2021). Association between bullying victimization and depressive symptoms in children: The mediating role of self-esteem. *Journal of Affective Disorders, 294*, 322-328.

Zhou, J., Li, X., Tian, L., & Huebner, E. S. (2020). Longitudinal associations between low self-esteem and depression in early adolescents: The role of rejection sensitivity and loneliness. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 93*, 54-71.

Zimmer-Gembeck, M. J. (2016). Peer Rejection, Victimization, and Relational Self-System Processes in Adolescence: Toward a Transactional Model of Stress, Coping, and Developing Sensitivities. *Child Development Perspectives, 10* (2), 122-127.

\*=opere non direttamente consultate

# APPENDICI

## APPENDICE A

\*\*\*\*\*EFFETTI DIRETTI\*\*\*\*\*

OUTCOME VARIABLE:

### Autostima esplicita

Model Summary

R-sq    F (3,1187)    p  
,2219    112,8268    ,0000

Model

	coeff	se	t	p
vittimizzazione	-,4189	,0371	-11,2822	,0000
sexo	-,6044	,0425	-14,2053	,0000
anni	,0052	,0165	,3157	,7523

\*\*\*\*\*

OUTCOME VARIABLE:

### Autostima implicita

Model Summary

R-sq    F (3,1187)    p  
,0250    10,1426    ,0000

Model

	coeff	se	t	p
vittimizzazione	-,1280	,0503	-2,5458	,0110
sexo	-,2556	,0576	-4,4352	,0000
anni	,0341	,0224	1,5216	,1284

\*\*\*\*\*

OUTCOME VARIABLE:

### Depressione

Model Summary

R-sq    F (5,1185)    p  
,5542    294,5754    ,0000

Model	coeff	se	t	p
vittimizzazione	,2429	,0390	6,2289	,0000
autostima esplicita	-,8134	,0304	-26,7270	,0000
autostima implicita	-,0259	,0225	-1,1508	,2501
sexso	,3350	,0459	7,2937	,0000
anni	,0822	,0165	4,9764	,0000

\*\*\*\*\* EFFETTI INDIRETTI\*\*\*\*\*

### Depressione

	Effect	BootSE	BootLLCI	BootULCI
vittimizzazione totale	,3440	,0357	,2760	,4178
autostima esplicita	,3407	,0353	,2738	,4131
autostima implicita	,0033	,0036	-,0024	,0114

## APPENDICE B

\*\*\*\*\*EFFETTI DIRETTI\*\*\*\*\*

OUTCOME VARIABLE:

**Discrepanza autostima (esplicita e implicita)**

Model Summary

R-sq    F(3, 1187)    p  
,0504    4,1515    ,0061

Model

	coeff	se	t	p
vittimizzazione	,1278	,0375	3,4108	,0007
sexso	,0324	,0429	,7543	,4508
anni	-,0086	,0167	-,5162	,6058

\*\*\*\*\*

OUTCOME VARIABLE:

**Depressione**

Model Summary

R-sq    F(6,1184)    p  
,3264    95,6011    ,0000

Model

	coeff	se	t	p
vittimizzazione	,4741	,0466	10,1635	,0000
discrepanza autostima	,3623	,0500	7,2485	,0000
direzione discrepanza	-,4567	,0524	-8,7161	,0000
interazione discrepanza e direzione	-,5370	,0710	-7,5656	,0000
sexso	,7042	,0535	13,1609	,0000
anni	,0704	,0203	3,4687	,0005

Product terms key:

Interazione discrepanza e direzione: discrepanza autostima x direzione discrepanza

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):

	R2-chng	F(1,1184)	p
M*W	,0326	57,2381	,0000

Focal predict: discrepanza autostima (M)  
Mod var: direzione discrepanza (W)

Conditional effects of the focal predictor at values of the moderator(s):

Direzione discrepanza	Effect	se	t	p
Danneggiata (i>e)	,3623	,0500	7,2485	,0000
Difensiva (e>i)	-,1747	,0501	-3,4851	,0005

\*\*\*\*\*EFFETTI INDIRETTI\*\*\*\*\*

EFFETTO INDIRETTO:

**vittimizzazione -> discrepanza autostima -> depressione**

Direzione discrepanza	Effect	BootSE	BootLLCI	BootULCI
Danneggiata (i>e)	,0463	,0151	,0179	,0775
Difensiva (e>i)	-,0223	,0095	-,0433	-,0069

Index of moderated mediation (difference between conditional indirect effects):

	Index	BootSE	BootLLCI	BootULCI
Direzione discrepanza	-,0686	,0226	-,1151	-,0266