

BULLISMO E RISCHIO DEPRESSIVO: UNA INDAGINE ESPLORATIVA IN UN CAMPIONE DI STUDENTI NELLA PRIMA ADOLESCENZA

Maria Luisa Pedditz¹, Loredana Lucarelli^{1,2}

¹Dipartimento di Pedagogia, Psicologia e Filosofia, Università di Cagliari

²Facoltà di Medicina e Psicologia, Università "La Sapienza" di Roma

Indirizzo per corrispondenza: pedditz@unica.it

BULLYING AND DEPRESSIVE RISK: AN EXPLORATORY SURVEY IN A SAMPLE OF STUDENTS IN EARLY ADOLESCENCE

Key words

Early adolescence, Bullying, Victimization, Depressive risk

Abstract

Background - Cross-sectional and longitudinal international studies have explored the relationship between bullying and depression, showing a close link between victimization and depression. In 2008 CENSIS data emphasized that in Italy 49.9% of parents indicate the occurrence of bullying in the classes attended by their children.

Objectives - The aim of the present study was to evidence bullying in a sample of students in their early adolescence, to analyse bullying and victimization with respect to depressive risk and to evidence the relationship among bullying, victimization and depressive risk.

Materials and methods - 157 students in their early adolescence (mean age = 12.5) filled in the Bullying Questionnaire by Olweus and the Children's Depression Inventory by Kovacs. The questionnaires were handed out to the randomly selected class groups during a time agreed with the school teachers.

Results - The explored sample showed the presence of bullying (31.8% of bullying others, and 15.9% of being bullied); there were not significant differences with respect to the gender. 14.6% of the students in the investigated sample was at depressive risk for scores over the cut-off, 18% and 32% respectively of the bullies and the victims of bullying students were at depressive risk for scores over the cut-off. Therefore, the correlation between victimization and depression was positive and significant and the correlation between bullying and depression was also positive and significant, but moderate.

Conclusions - The results of the present study pointed out that bullies and victims are at increased risk for affective disorders. Moreover, the study highlighted the need for early assessment of bullying and victimization and for targeted interventions by health professionals and school personnel. Such interventions are likely to reduce human suffering and long-term health costs and provide a safer environment for children to grow up in.

RIASSUNTO

Razionale - Recenti studi internazionali, trasversali e longitudinali, indagano la relazione esistente fra bullismo e rischio depressivo, evidenziando uno stretto legame fra vittimizzazione e depressione. I dati CENSIS del 2008 sottolineano che in Italia il 49,9% delle famiglie segnala il verificarsi di prepotenze all'interno delle classi frequentate dai propri figli.

Obiettivi - Il presente studio intende evidenziare la presenza di bullismo in un campione di studenti nella prima adolescenza; analizzare i sottocampioni di bulli e vittime in riferimento al rischio depressivo; evidenziare la relazione fra vittimizzazione, depressione e bullismo.

Materiali e metodi - 157 studenti nella prima adolescenza (età media 12 anni e mezzo) hanno compilato il *Questionario Anonimo sul Bullismo* di Olweus e il *Children's Depression Inventory* di Kovacs. I questionari sono stati somministrati ai gruppi classe, selezionati casualmente, durante l'orario scolastico.

Risultati - Nel campione indagato, il nostro studio ha rilevato la presenza di bullismo e vittimizzazione (31,8% di bullismo, e 15,9% di vittimizzazione); non si sono evidenziate differenze significative rispetto al genere. Il 14,6% degli studenti nel campione indagato era a rischio depressivo per punteggi al di sopra del cut-off, il 18% e il 32% rispettivamente dei bulli e delle vittime di bullismo erano a rischio depressivo per punteggi al di sopra del cut-off. La correlazione tra vittimizzazione e depressione

è positiva e significativa, la correlazione fra bullismo e depressione è positiva, ma moderata.

Conclusioni - I risultati del nostro studio evidenziano che bulli e vittime possono avere un elevato rischio per disturbi affettivi. Il nostro studio mette in luce la necessità di una valutazione e di un intervento precoce sul bullismo e sulla vittimizzazione da parte degli operatori della salute pubblica e della scuola; questi interventi possono ridurre la sofferenza umana e i costi della salute a lungo termine e offrire un più sano ambiente di crescita per i ragazzi.

INTRODUZIONE

Il bullismo è stato definito sul piano fenomenologico come un comportamento aggressivo, finalizzato a provocare danno o disagio a un altro individuo¹, come una azione persistente e duratura, che mira deliberatamente a far del male e dalla quale è difficile difendersi per coloro che ne sono vittime². Olweus, sulla base dei suoi studi pionieristici, condotti nel contesto relazionale della scuola, sottolinea che “uno studente è vittima di bullismo o vittimizzato, quando è esposto, ripetutamente nel corso del tempo, alle azioni offensive da parte di uno o più compagni”¹. In sintesi, i criteri che la comunità scientifica utilizza per descrivere il bullismo^{1,3} sono:

- l'intenzionalità dell'azione, ovvero la volontà di danneggiare l'altro;
- la persistenza nel tempo, cioè la presenza di continuità temporale;
- l'asimmetria della relazione, o disequilibrio di forza fisica e psicologica a vantaggio del bullo rispetto alla vittima.

Il termine bullismo è la traduzione letterale della parola *bullying*, utilizzata, a livello internazionale, per connotare il fenomeno delle prepotenze fra pari; in Italia viene anche utilizzato il termine “prepotenze”, che fa riferimento alle prepotenze sia agite sia subite^{3,4}.

Le prepotenze sono, inoltre, considerate “dirette” quando si riferiscono a comportamenti di prevaricazione espliciti e visibili che il bullo attua nei confronti della vittima; possono essere sia di tipo fisico (pugni, calci, percosse, spinte) sia di tipo verbale (offese, minacce, prese in giro, ricatti). Le prepotenze “indirette” (isolamento, svalutazione, indurre altri contro la vittima, riduzione delle sue reti sociali) si manifestano, invece, in modo nascosto e sono, pertanto, più difficilmente riconoscibili. Le prepotenze indirette caratterizzano spesso il bullismo femminile^{3,5}, le prepotenze dirette si manifestano invece più frequentemente nei maschi.

Diverse ricerche nell'ultimo decennio⁶ hanno evidenziato la presenza e la diffusione del bullismo nel territorio italiano^{3,4,7-12}. Le rilevazioni sul bullismo effettuate in Italia con l'uso del questionario anonimo sul bullismo di Olweus^{3,4,7,9,10} evidenziano che il bullismo, in riferimento al fenomeno delle prepotenze subite, si presenta nelle

scuole con valori elevati, con indici complessivi che vanno dal 41% nelle elementari al 26% nelle medie³.

Da un'indagine condotta dal CENSIS¹³ nel 2008 si evince che il 49,9% delle famiglie segnala il verificarsi di prepotenze verbali, fisiche, psicologiche, all'interno delle classi frequentate dai propri figli, in particolare nella scuola secondaria inferiore (59%). Nel 24,6% i genitori riferiscono casi di isolamento; nel 21,7% botte, calci e pugni; nel 21,4% furti di oggetti personali. Il 5,8% degli intervistati sostiene di essere a conoscenza che vengono fatti dei video tramite cellulare; il 5,2% invece sa di insulti inviati tramite sms o e-mail.

Il bullismo si esprime attraverso dinamiche relazionali complesse¹⁴ che coinvolgono studenti diversi in distinti ruoli¹⁵, ma possono anche presentarsi situazioni specifiche, in cui alcuni ragazzi possono essere definiti come bulli-vittime per l'alternarsi di uno status di “carnefice” e di uno status di “vittima”³.

Diversi studi evidenziano nei soggetti in età evolutiva che manifestano comportamenti di bullismo la presenza di disturbi esternalizzanti (problemi della condotta, devianza e aggressività), mentre nelle vittime di bullismo si rilevano disturbi internalizzanti (ansia, depressione e ritiro sociale), e fra i bulli/vittima disturbi nella sfera sia esternalizzante sia internalizzante¹⁶⁻¹⁸. Fra le vittime si presentano spesso disturbi psicosomatici quali cefalea, problemi di sonno, dolori addominali, enuresi, sensazione di stanchezza^{17,18}.

Recenti studi condotti in ambito pediatrico^{17,19,20}, psicologico^{12,16,21}, psichiatrico^{11,18,22} e di sanità pubblica²³⁻²⁷, hanno sottolineato l'importanza della relazione esistente fra bullismo/vittimizzazione e depressione.

La depressione è tradizionalmente considerata come un'alterazione dell'umore che si manifesta con sintomi quali tristezza, svogliatezza, astenia, caduta dalla concentrazione, indecisione, autosvalutazione, pensieri suicidari²⁸⁻³⁰, ma anche con sintomi opposti, quali: senso di grandezza, iperattività, agitazione^{28,31}.

Parlare di depressione in età evolutiva implica l'assunto che si possa manifestare nel bambino e nell'adolescente, che possa essere osservata e misurata, e che le sue caratteristiche possano essere sovrapponibili alla depressione nell'adulto³²⁻³⁵. Nei soggetti in età evolutiva, la depressione però raramente si manifesta con tutti i sintomi tipici così come, invece, è più probabile che accada nell'adulto; ciò rende più complessi il riconoscimento e la diagnosi. In particolare, se consideriamo la pubertà e l'adolescenza, questa fase evolutiva costituisce di per sé un periodo caratterizzato da oscillazioni dell'umore, emozioni intense e altalenanti, che possono mascherare, in alcuni casi, uno stato depressivo. È perciò più frequente trovare “equivalenti depressivi” che si manifestano come disobbedienza, noia, faticabilità, dolori addominali, ipocondria, esibizionismo, inclinazione ad agire.

Complica il quadro il fatto che alcuni sintomi si manifestano in forme opposte: si possono trovare tanto l'insonnia quanto l'ipersonnia, l'agitazione psicomotoria o il rallentamento, la perdita di peso come il suo aumento.

Nello specifico, recenti studi tesi a indagare la relazione esistente fra bullismo e depressione evidenziano una associazione fra vittimizzazione e depressione. Taylor e coll.²⁶ hanno messo in luce l'impatto della vittimizzazione sulla valutazione negativa di sé e sullo sviluppo di ansia e depressione. In particolare, Roland²¹ ha riscontrato una correlazione positiva e significativa tra sintomi depressivi e tendenza a bullizzare gli altri all'interno di un campione di adolescenti di genere femminile. Uno studio di Kaltiala-Heino e coll.²² evidenzia che sia l'essere stati vittime di bullismo sia l'essere stati bulli è predittivo di stati depressivi a due anni da una prima rilevazione. In questa prospettiva, uno studio svolto su studenti della scuola secondaria superiore ha rilevato che adolescenti, con problematiche di bullismo e depressive, risultavano, in una successiva valutazione effettuata quattro anni dopo, assai più compromessi a livello psicologico rispetto ai coetanei che avevano manifestato solo problemi depressivi³⁶. Una ricerca longitudinale ha inoltre evidenziato che l'esposizione al bullismo e la contestuale presenza di una condizione di svantaggio socio-economico e culturale fra le ragazze espongono maggiormente al rischio di depressione in età adulta²⁴. I risultati emersi dai diversi studi sono confermati da una recente ricerca condotta su ragazzi tra i 9 e i 16 anni, e successivamente tra i 19 e i 26 anni, categorizzati come bulli, vittime e bulli/vittime, rilevando in età adulta: depressione, ansia, disturbo antisociale di personalità, disturbo da abuso di sostanze e suicidalità, con effetti avversi sia per le vittime sia per i bulli³⁷.

OBIETTIVI

La presente ricerca si è proposta di indagare, da un punto di vista esplorativo, la presenza di bullismo e rischio depressivo all'interno di un campione di adolescenti di Cagliari, con i seguenti obiettivi:

1. analizzare gli indici di presenza del bullismo (prepotenze agite e subite);
2. verificare la presenza di rischio depressivo;
3. verificare il rischio depressivo all'interno dei sotto-campioni di bulli e di vittime;
4. analizzare all'interno dei sotto-campioni di bulli e vittime il rischio depressivo in relazione al genere;
5. analizzare la relazione fra bullismo, vittimizzazione e depressione.

MATERIALI E METODI

Campione in studio

Il campione indagato dal nostro studio è costituito da 157 adolescenti (maschi = 87) di età compresa tra 12 e 15 anni (età media = 12 anni e mezzo, DS = 0,825), frequentanti

una scuola secondaria di primo grado delle classi seconde e terze. Il 52,2% dei partecipanti frequentava la seconda classe (età media = 12 anni e mezzo), mentre il 47,8 % la terza classe (età media = 13 anni e mezzo). Entrambe le classi di seconda e terza risultavano bilanciate per genere.

Sono stati somministrati ai gruppi classe, selezionati casualmente, dei questionari anonimi tesi alla rilevazione del bullismo e del rischio depressivo, durante un orario concordato con la scuola.

Strumenti

Nella nostra ricerca abbiamo utilizzato i seguenti questionari:

- *Per la valutazione del bullismo*: il questionario sul bullismo di Olweus^{38,39} e di Whitney e Smith⁴⁰, nell'adattamento italiano di Menesini e Giannetti⁴¹, si compone di 28 item e indaga il modo, i luoghi e la frequenza con cui si subiscono e agiscono le prepotenze a scuola. È stato utilizzato su ampi campioni in Italia e consente di calcolare l'indice di presenza e di gravità delle prepotenze agite e subite (bullismo e vittimizzazione). L'indicatore di presenza ("qualche volta o più") include le ultime tre modalità di risposta alla domanda: "Quante volte hai subito prepotenze da altri ragazzi a scuola in questo periodo?" (è successo qualche volta; è successo circa una volta alla settimana; è successo diverse volte alla settimana).

L'indicatore di gravità ("una volta alla settimana o più") è maggiormente restrittivo, e include soltanto le ultime due modalità di risposta (è successo circa una volta alla settimana, è successo diverse volte alla settimana).

- Il questionario "Io e i miei Compagni" di Caravita⁴² si ispira alla *Bullying-Behaviour Scale*⁴³ e alla *Peer Victimization Scale*⁴⁴, e si compone di 20 item che indagano bullismo e vittimizzazione. La sottoscala del bullismo include 6 item riferiti all'essere autore di azioni negative sia fisiche sia verbali.

La sottoscala della vittimizzazione comprende 6 item volti a indagare il fatto di aver subito prepotenze. Il questionario comprende anche 8 item di nascondimento e può essere usato sia con studenti di scuola secondaria di primo grado⁴⁵ sia con alunni del secondo ciclo della scuola primaria⁴⁶.

- *Per la valutazione del rischio depressivo*: il *Children's Depression Inventory* (CDI) di Kovacs⁴⁷, utilizzato nell'adattamento italiano di Camuffo, Cerutti, Lucarelli e Mayer⁴⁸, è un questionario composto da 27 item, che rilevano sintomi riguardanti l'umore, la capacità di provare piacere, la stima di sé, il comportamento sociale, le funzioni vegetative.

Ciascun item prevede tre possibili risposte che il soggetto è invitato a scegliere sulla base "delle idee e dei senti-

menti avuti nelle ultime due settimane^{49,50*}. Ogni risposta viene valutata su una scala da 0 a 2 punti, nella direzione di una gravità crescente della sintomatologia. Numerosi studi sono stati condotti sul CDI^{47**} al fine di valutarne le caratteristiche psicometriche⁴⁸⁻⁵⁰. Lo strumento è stato somministrato ad ampie popolazioni scolastiche di età compresa fra gli 8 e i 17 anni, che hanno fornito dati normativi, relativi a medie e deviazioni standard, piuttosto omogenei e affidabili: una media approssimativamente di 9 punti, con deviazione standard di circa 7, una soglia patologica (cut-off score) pari a 17-19 nelle popolazioni indagate in Italia e all'estero^{51,52}.

Analisi statistica

Seguendo la procedura indicata da Fonzi⁴, si sono calcolati gli indici^{***} di presenza e di gravità del fenomeno del bullismo all'interno del campione complessivo di studenti (N=157). Rilevati i sotto-campioni di studenti che agiscono gli atti di prevaricazione e quelli che li subiscono ("qualche volta o più"), si è calcolata, per ciascun sotto-campione, la distribuzione del fenomeno per genere e la sua significatività attraverso il test del χ^2 ($p < 0,05$). Si è quindi calcolata la presenza di rischio depressivo all'interno del campione totale (N=157), tenendo conto dei punteggi al di sopra della soglia patologica (cut-off score) pari a 17.

Rilevato il sotto-campione di studenti con punteggi al di sopra della soglia per rischio depressivo, si è calcolata la sua distribuzione per genere e la significatività (test del χ^2 ; $p < 0,05$). Si è effettuata infine l'analisi delle correlazioni tra le scale del bullismo, della vittimizzazione e della depressione (bivariata, con il coefficiente di correlazione r di Pearson e un livello di significatività $< 0,05$).

RISULTATI

Valutazione del bullismo e della vittimizzazione

Relativamente alle prepotenze agite, il 31,8% dei ragazzi (N=50) afferma di aver partecipato ad atti di prepotenza nei tre mesi precedenti (51%: maschi; 49%: femmine). Rispetto, invece, alle prepotenze subite, il 15,9% dei ragazzi (N=25) afferma di essere stato vittima di prevaricazioni (56%: femmine; 44%: maschi). In entrambi i casi

* La scelta di utilizzare dei questionari self-report è in linea con una letteratura scientifica^{49,50}, tesa a valorizzare il punto di vista dei soggetti in età evolutiva e la loro esperienza soggettiva, tenendo conto naturalmente dei limiti legati all'"immaturità" dei soggetti e alle possibili distorsioni nella conoscenza di sé. Relativamente agli strumenti di assessment da noi utilizzati, una corrispondenza tra il nostro studio e altre ricerche rispetto all'andamento dei punteggi ottenuti dai ragazzi, ci ha fatto ritenere affidabili i dati emersi dall'autovalutazione dei ragazzi.

** A partire da un primo studio effettuato da M. Kovacs in collaborazione con A.T. Beck nel 1975 e volto ad adattare e semplificare il BDI (*Beck's Depression Inventory*) con l'ausilio di due gruppi di soggetti sani e ospedalizzati di età compresa dai 10 ai 15 anni di età⁴⁷, lo strumento è stato più volte adattato e somministrato ad ampie popolazioni di soggetti in età evolutiva.

*** Si veda la descrizione dello strumento.

non emergono differenze significative per genere ($\chi^2 = 0,02$; gdl = 1; $p = ns$; $\chi^2 = 0,36$; gdl = 1; $p = ns$).

Le vittime (88%) provengono prevalentemente dalle classi di seconda ($\chi^2 = 14,44$; gdl = 1; $p < 0,05$), mentre i bulli sono equamente distribuiti fra le classi di seconda (50%) e quelle di terza ($\chi^2 = 0,000$; gdl = 1; $p = ns$).

L'indice di gravità delle prepotenze, che indica la maggiore frequenza con cui si sono verificati gli episodi di bullismo (ovvero: "una volta alla settimana o più"), è pari al 5,7% sia nelle prepotenze agite sia nelle prepotenze subite.

Valutazione del rischio depressivo

Gli studenti che hanno ottenuto punteggi uguali e superiori al cut-off⁴⁸ del *Children's Depression Inventory* (CDI) sono stati il 14,6% (69,6%: femmine; 30,4%: maschi). Essi risultano equamente distribuiti per genere e per classe.

Descrizione del rischio depressivo rispetto al fenomeno di bullismo e vittimizzazione

Fra le vittime di bullismo (N = 25) sono risultate "a rischio depressivo" il 32%, di cui l'87,5% femmine e il 12,5% maschi ($\chi^2 = 4,5$; gdl = 1; $p < 0,05$).

Fra i bulli (N = 50) sono risultati "a rischio depressivo" il 18%, di cui il 33,3% maschi e il 66,7% femmine ($\chi^2 = 1,0$; gdl = 1; $p = ns$).

Per quanto concerne la classe di provenienza, le vittime di bullismo a rischio di depressione sono presenti prevalentemente nelle classi di seconda (87,5%; $\chi^2 = 4,5$; gdl = 1; $p < 0,05$). Si distribuiscono invece equamente fra le classi di seconda e terza i bulli a rischio di depressione ($\chi^2 = 2,778$; gdl = 1; $p = ns$).

Complessivamente, il 34,78% del sottogruppo di adolescenti, che sono risultati "a rischio depressivo" (N=23), afferma di aver subito prepotenze a scuola ("qualche volta o più") negli ultimi tre mesi.

Correlazioni

La misura delle correlazioni tra le variabili di rischio depressivo, bullismo⁴² e vittimizzazione, mediante il coefficiente di correlazione r di Pearson, ha evidenziato una correlazione significativa e positiva al livello 0,01 ($r = 0,394$) fra depressione e vittimizzazione e una correlazione, positiva e significativa, al livello 0,05 ($r = 0,21$), fra bullismo e depressione.

DISCUSSIONE

La presente indagine ha messo in luce la rilevanza del fenomeno del bullismo all'interno del campione esaminato, evidenziando che tale problematica sembra coinvolgere sia i ragazzi sia le ragazze nelle prepotenze agite (26% maschi; 24% femmine) e subite (56% femmine; 44% maschi). Sono state rilevate frequenze in percentuale sulla presenza del fenomeno analoghe ai dati rilevati in precedenti indagini condotte nel contesto italiano. In particola-

re, i dati sulle prepotenze agite (31,8%) sono in linea con i dati ottenuti nell'ambito della scuola secondaria di primo grado⁵³ e quelli sulle prepotenze subite (15,9%) sono sovrapponibili ai dati rilevati in due precedenti studi^{54,55}. Il divario fra prepotenze agite e subite può essere in linea con la tendenza da parte dei bulli ad ostentare la propria forza⁵⁶ e con la tendenza da parte delle vittime a non denunciare il problema⁵⁷. Per quanto concerne il rischio depressivo, la ricerca evidenzia la presenza di punteggi superiori al cut-off del CDI nel 14,6% del campione di studenti preadolescenti intervistati.

Ricerche epidemiologiche riportano tassi di prevalenza della depressione pari all'8,3% negli adolescenti, pur se viene rilevata la difficoltà di riferire stime precise a causa della frequente comorbidità - dal 40% al 70% dei casi - della depressione con altri disturbi psichiatrici (disturbi d'ansia, disturbo da deficit di attenzione/iperattività, disturbi della condotta, abuso di sostanze, disturbi della personalità)^{58,59}. Dall'insieme di questi studi, molti dei quali condotti su base empirica esaminando ampie popolazioni di soggetti, è emerso che, sebbene la depressione come sindrome possa essere diagnosticata in età evolutiva, ciò non significa che le manifestazioni del disturbo siano necessariamente identiche. In questa prospettiva, per una migliore comprensione dei disturbi affettivi nei soggetti in età evolutiva, sono ritenuti attualmente importanti sia un approccio diagnostico categoriale sia un approccio diagnostico dimensionale, che consideri un *continuum* di sintomi depressivi e differenti livelli di gravità, in riferimento a varie aree del funzionamento individuale, familiare e sociale⁶⁰.

In riferimento ai risultati della ricerca volti a esplorare la presenza di una relazione fra bullismo/vittimizzazione e rischio depressivo, sebbene il coefficiente *r* di Pearson non sia teso a individuare un nesso causale tra i fenomeni, si evidenzia la presenza di un pattern di circolarità tra bullismo e rischio psichiatrico di depressione, in linea con altre recenti ricerche. Andrebbe ulteriormente approfondita in un successivo studio inferenziale l'influenza di altre specifiche variabili quali la classe frequentata e la provenienza sociale dei soggetti intervistati, a partire da campioni più vasti di studenti di diverse fasce d'età.

Un dato ulteriore, che conferma l'attenzione che deve essere posta sul piano della salute pubblica, riguarda la relazione fra vittimizzazione e rischio depressivo: il 34,8% del sottogruppo di adolescenti, risultati "a rischio depressivo", afferma di aver subito prepotenze a scuola ("qualche volta o più") negli ultimi tre mesi. Questo dato è rilevante, soprattutto se viene considerato alla luce di alcune recenti ricerche longitudinali^{24,36} che hanno evidenziato l'impatto del fenomeno del bullismo sullo sviluppo di quadri depressivi. In linea con altre recenti ricerche²⁴, nel campione indagato dal nostro studio, sono risultate maggiormente esposte al rischio depressivo le ragazze adolescenti vittime di bullismo (87,5%). La maggiore frequenza di vittime di bullismo a ri-

schio di depressione nelle classi di seconda rispetto a quelle di terza dovrebbe inoltre agevolare l'identificazione del disagio in particolare nelle classi in cui sono presenti i bersagli dei bulli, che generalmente risultano fra gli studenti percepiti come più deboli.

CONCLUSIONI

La comprensione del disagio psicologico degli adolescenti e la sua valutazione implicano una maggiore conoscenza del fenomeno del bullismo e delle sue determinanti e un impegno costante per tutti gli operatori che lavorano in ambito sanitario, psicologico ed educativo per facilitarne il riconoscimento, tenendo conto del fatto che bullismo e depressione, e soprattutto vittimizzazione e depressione, possono essere correlati e generare sofferenza psicologica.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Olweus D. Understanding and researching bullying: Some critical issues. In: Jimerson SR, Swearer SM, Espelage DL (Eds). Handbook of bullying in schools: An international perspective. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group, 2010.
- [2] Rigby K, Smith PK. Is school bullying really on the rise? Soc Psychol Educ 2011;14:441-55.
- [3] Menesini E. Bullismo. Che fare? Prevenzione e strategie d'intervento nella scuola. Firenze: Giunti, 2000.
- [4] Fonzi A. Il bullismo in Italia. Il fenomeno delle prepotenze a scuola dal Piemonte alla Sicilia. Ricerche e prospettive d'intervento. Firenze: Giunti, 1997.
- [5] Björkqvist K, Lagerspetz KMJ, Kaukiainen A. Do girls manipulate and boys fight? Developmental trends in regard to direct and indirect aggression. Aggressive Behavior 1992;18:117-27.
- [6] Mancini T, Reale A, Foa C. Researches on bullying in the main Italian journals in the last 10 years. Psicologia Clinica dello Sviluppo 2009;13(2):221-54.
- [7] Genta ML, Menesini E, Fonzi A, Costabile A, Smith PK. Bullies and victims in school in central and southern Italy. Europ J Psychol Education 1996;11: 97-110.
- [8] Fonzi A, Genta ML, Menesini E, Bacchini D, Bonino S, Costabile A. School bullying in Italy. In: Smith PK, Morita Y, Junger-Tas J, Olweus D, Catalano R, Slee P (Eds). The nature of school bullying. A cross-national perspective. London, New York: Routledge, 1997.
- [9] Marini F, Mameli C. Il bullismo nelle scuole. Roma: Carocci, 1999.
- [10] Baldry AC, Farrington DP. Types of bullying among Italian school children. J Adolesc 1999;22: 423-26.

- [11] Martinelli V, Brondino N, Rossi S, et al. Bullying behaviours among students in Pavia, Italy: prevalence and association with stress and *Cannabis* use. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2011;20(4):339-43.
- [12] Vieno A, Gini G, Santinello M. Different forms of bullying and their association to smoking and drinking behavior in Italian adolescents. *J Sch Health* 2011;81(7):393-9.
- [13] Censis. Prima indagine nazionale sul bullismo, realizzata per il Ministero della Pubblica Istruzione (42° Rapporto). Roma, 2008.
- [14] Gini G. Il bullismo. Le regole della prepotenza tra caratteristiche individuali e potere nel gruppo. Roma: Carlo Amore, 2005.
- [15] Salmivalli C, Lagerspetz K, Björkqvist K, Österman K, Kaukiainen A. Bullying as a group process: Participant roles and their relations to social status within the group. *Aggressive Behavior* 1996;22:1-15.
- [16] Menesini E, Modena M, Tani F. Bullying and victimization in adolescence: concurrent and stable roles and psychological health symptoms. *J Genet Psychol* 2009;170 (2):115-33.
- [17] Fekkes M, Pijpers F, Verloove-Vanhorick SP. Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *J Pediatr* 2004;144(1):17-22.
- [18] Ivarsson T, Broberg AG, Arvidsson T, Gillberg C. Bullying in adolescence: psychiatric problems in victims and bullies as measured by the Youth Self Report (YSR) and the Depression Self-Rating Scale (DSRS). *Nord J Psychiatry* 2005;59(5):365-73.
- [19] Ferguson CJ, San Miguel C, Hartley RD. A multivariate analysis of youth violence and aggression: the influence of family, peers, depression, and media violence. *J Pediatr* 2009;155(6):904-8.
- [20] Buckingham-Howes S, Oberlander SE, Kim EM, Black MM. Prenatal drug exposure and peer victimization in early adolescence: testing childhood anxiety/depression and aggression as possible mediators. *J Dev Behav Pediatr* 2012;33(5):416-22.
- [21] Roland E. Aggression, depression and bullying others. *Aggressive Behavior* 2002;28(3):198-206.
- [22] Kaltiala-Heino R, Fröjd S, Marttunen M. Involvement in bullying and depression in a 2-year follow-up in middle adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010;19(1):45-55.
- [23] Fleming LC, Jacobsen KH. Bullying and symptoms of depression in Chilean middle school students. *J Sch Health* 2009;79(3):130-7.
- [24] Due P, Damsgaard MT, Lund R, Holstein B. Is bullying equally harmful for rich and poor children? A study of bullying and depression from age 15 to 27. *Europ J Publ Health* 2009;19(5):464-9.
- [25] Luk JW, Wang J, Simons-Morton BG. Bullying victimization and substance use among U.S. adolescents: mediation by depression. *Prev Sci* 2010;11(4):355-9.
- [26] Taylor KA, Sullivan TN, Kliewer W. A longitudinal path analysis of peer victimization, threat appraisals to the self, and aggression, anxiety, and depression among urban African American adolescents. *J Youth Adolesc* 2013;42(2):178-89.
- [27] Wang J, Nansel TR, Iannotti RJ. Cyber and traditional bullying: differential association with depression. *J Adolesc Health* 2011;48(4):415-7.
- [28] Marcelli D, Braconnier A. Psychopathologie de l'adolescent. Tr. it. Ammaniti M, Novelletto A (Eds). *Psicopatologia dell'adolescente*. Milano: Masson, 1993.
- [29] Aliverti R. Depressione in età evolutiva. *Medico e Bambino* 2005;24:349-50.
- [30] Aliverti R. Il suicidio in adolescenza. *Medico e Bambino* 2010;29:619-20.
- [31] Ammaniti M. *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2002.
- [32] Lucarelli L. Sindromi affettive. In: Ammaniti M (Ed). *Psicopatologia dello sviluppo. Modelli teorici e percorsi a rischio*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2010.
- [33] Kashani JH, Holcomb WR, Orvaschel H. Depression and depressive symptoms in preschool children from the general population. *Am J Psychiatry* 1986;143: 1138-43.
- [34] Kashani JH, Allan WD, Beck NC, Bledsoe Y, Reid JC. Dysthymic disorder in clinically referred preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1426-33.
- [35] Ryan ND, Puig-Antich J, Ambrosini P, et al. The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:854-61.
- [36] Klomek AB, Kleinman M, Altschuler E, Marrocco F, Amakawa L, Gould MS. High school bullying as a risk for later depression and suicidality. *Suicide Life Threat Behav* 2011;41(5):501-16.
- [37] Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry* 2013;70(4):419-26.
- [38] Olweus D. Bully/victim problems among schoolchildren: basic facts and effects of a school based intervention program. In: Pepler D, Rubin K (Eds). *The Development and Treatment of Childhood Aggression*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1991.

- [39] Olweus, D. *Bulling at school. What we know and What we can do.* Oxford, UK: Blackwell, 1993.
- [40] Whitney I, Smith, PK. A survey of the nature and the extent of bullying in junior, middle and secondary schools. *Educ Res* 1993;35:3-25.
- [41] Menesini E, Giannetti E. Il questionario sulle prepotenze per la popolazione italiana. *Problemi teorici e metodologici.* In: Fonzi A (Ed). *Il bullismo in Italia.* Firenze: Giunti, 1997.
- [42] Caravita S. *L'alunno prepotente. Conoscere e contrastare il bullismo nella scuola.* Brescia: La Scuola, 2004.
- [43] Austin S, Joseph S. Assessment of bully/victim problems in 8 to 11 year-olds. *Br J Educ Psychol* 1996;66:447-56.
- [44] Neary A, Joseph S. Peer victimisation and its relationship to self-concept and depression among schoolchildren. *Personality and Individual Differences* 1994;16:183-6.
- [45] Caravita S, Tomisich M. Bullismo e locus of control in alunni di scuola elementare: spunti per l'intervento. *Studi di Psicologia dell'Educazione* 2002;21:3-4.
- [46] Caravita S, Bartolomeo A. Bullying and the use of violent videogames. Xth European Conference on developmental psychology. Uppsala, 27-31 August, 2001.
- [47] Kovacs M. A developmental perspective on methods and measures in the assessment of depressive disorders: The clinical interview. In: Rutter M, Izard CE, Read PB (Eds). *Depression in young people. Developmental and clinical perspectives.* New York: The Guilford Press, 1986.
- [48] Camuffo M, Cerutti R, Lucarelli L, Mayer R (adattamento italiano a cura di). C.D.I. Children's Depression Inventory. Questionario di autovalutazione di M. Kovacs. *Manuale.* Firenze: Organizzazioni Speciali, 1988.
- [49] Cammarella A, Lucarelli L. Metodologie e strumenti di valutazione clinica e di ricerca in adolescenza. In: Ammaniti M (Ed). *Manuale di Psicopatologia dell'adolescenza.* Milano: Raffaello Cortina Editore, 2002.
- [50] Vella G, Aragona M. *Metodologia della diagnosi in psicopatologia. Categorie e dimensioni.* Torino: Bollati Boringhieri, 2000.
- [51] Cerutti R, Lucarelli L, Mayer R, Lo Bosco M, Mortali C. Aspetti fenomenici del disadattamento scolastico nella preadolescenza. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* 1996;16:179-95.
- [52] Cerutti R, Lucarelli L, Mayer R, Lo Bosco M, Poli R. Aspetti fenomenici del disadattamento scolastico e indicatori di rischio psicopatologico in adolescenti di sesso femminile. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 1999;66:429-40.
- [53] Bacchini D, Valerio P. Napoli: l'arte di sopravvivere tra conflitto e affiliazione. In: Fonzi A (Ed). *Il bullismo in Italia. Il fenomeno delle prepotenze a scuola dal Piemonte alla Sicilia. Ricerche e prospettive d'intervento.* Firenze: Giunti, 1997.
- [54] Caprara GV, Pastorelli C, Barbaranelli C, De Leo G. La provincia di Roma: differenze di genere e caratteristiche di personalità nei preadolescenti. In: Fonzi A (Ed). *Il bullismo in Italia. Il fenomeno delle prepotenze a scuola dal Piemonte alla Sicilia. Ricerche e prospettive d'intervento.* Firenze: Giunti, 1997.
- [55] Bonino S. Piemonte e Valle d'Aosta: I ragazzi si raccontano. In: Fonzi A (Ed). *Il bullismo in Italia. Il fenomeno delle prepotenze a scuola dal Piemonte alla Sicilia. Ricerche e prospettive d'intervento.* Firenze: Giunti, 1997.
- [56] Marini F, Mameli C. *Bullismo e adolescenza.* Roma: Carocci, 2004.
- [57] Mammano ML. Il bullismo. *Medico e Bambino* 1997;16(5):303-15.
- [58] Anderson JC, McGee R. Comorbidity of depression in children and adolescents. In: Reynolds WM, Johnson HF (Eds). *Handbook of depression in children and adolescents.* New York: Plenum, 1994.
- [59] Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(2):1575-83.
- [60] Jensen PS, Brooks-Gunn J, Graber JA. Dimensional scales and diagnostic categories: constructing crosswalks for child psychopathology assessments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(2): 118-20.