



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea Magistrale in Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione

Tesi di laurea Magistrale

**La Percezione del Benessere nei Bambini in Relazione al COVID-19. Il
Ruolo dello Status Socio-Economico e del Genere**

**Children's Perception of Well-Being in Relation to COVID-19. The Role of Socio-
Economic Status and Gender**

**Relatrice
Prof.ssa Sara Scrimin**

***Laureanda: Stefani Valentina
Matricola: 1231864***

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

CAPITOLO 1	3
1.1 Covid-19.....	3
1.2 I risvolti e l'impatto della pandemia nei bambini.....	5
1.3 Definizione Benessere.....	12
1.4 L'impatto del Covid-19 sul benessere dei bambini.....	16
CAPITOLO 2	18
2.1 Lo Status Socio-economico.....	18
2.2 Status Socio-Economico e Benessere.....	21
2.3 SES e COVID-19.....	27
CAPITOLO 3	31
3.1 Genere e benessere.....	31
3.2 Genere e Covid-19.....	34
CAPITOLO 4	36
4.1 Presentazione del progetto.....	36
4.2 La Ricerca.....	39
4.2 Obiettivi e domande di ricerca.....	41
4.3 Partecipanti.....	44
4.4 Procedura.....	44
4.5 Strumenti.....	47
4.5.1 La percezione del covid.....	47
4.5.2. Affettività legata al covid.....	48
4.5.3. Lo strumento CHIP-CE e benessere.....	50
4.6 Analisi dei dati.....	52
CAPITOLO 5	53
5. 1 Cosa pensano i bambini in relazione al Covid ad un anno dall'inizio della pandemia.....	53
5.2 Affettività espressa e differenze di genere e tra alto e basso SES.....	63
5.3 Affettività espressa e differenze di genere e tra alto e basso SES.....	65
CAPITOLO 6	67
6.1 Cosa pensano i bambini in relazione al Covid ad un anno dall'inizio della pandemia.....	67

<i>6.2 Affettività espressa e differenze di genere e tra alto e basso SES.....</i>	<i>70</i>
<i>6.3 Affettività espressa e differenze di genere e tra alto e basso SES.....</i>	<i>71</i>
<i>6.4 Limiti della ricerca e considerazioni.....</i>	<i>72</i>
<i>6.5 conclusioni.....</i>	<i>73</i>
BIBLIOGRAFIA.....	77

INTRODUZIONE

Quotidianamente ogni persona viene sottoposta ad una serie di eventi stressanti e non, che avranno un'influenza sullo stato di benessere del singolo, in tutte le sue forme, andandosi a ripercuotere a cascata sull'ambiente circostante e, contemporaneamente essendo influenzato a propria volta in un circuito. Negli ultimi due anni si è data maggiore importanza alle varie forme e modalità che definiscono il concetto di benessere nella sua interezza, quindi non solo al benessere fisico, ma anche dando molta rilevanza all'aspetto di salute psichica e mentale dato lo stato di emergenza globale che ci si è trovati ad affrontare dovuto all'ampia diffusione del virus Sars-Covid19 che ha portato con sé oltre a molti malati e morti un senso di profonda incertezza, paura, senso d'impotenza, difficoltà di comprensione e d'azione e isolamento. Le conseguenze dovute a questa situazione emergenziale quindi si riscontrano a qualsiasi contesto e a qualsiasi fascia d'età, compresi i bambini, fascia che inizialmente si riteneva sarebbe stata quella che avrebbe subito meno ripercussioni. In particolar modo, le restrizioni hanno modificato le abitudini, lo stile di vita dei bambini sia a livello sociale, con la chiusura delle scuole, le regole del distanziamento, ecc., sia a livello familiare, con il lockdown, con situazioni lavorative genitoriali spesso precarie, con un clima spesso di preoccupazione, incertezza e a volte insofferenza.

Si vengono così a creare nuovi bisogni, nuove problematiche e nuove richieste per andare ad aiutare i processi di resilienza e omeostasi per tornare ad uno stato di benessere nel soggetto, che richiedono e necessitano però di interventi mirati e specifici, ottenendoli attraverso la

comprensione in modo approfondito le ripercussioni che questo stato emergenziale ha sul benessere e sulla sua percezione.

Inoltre, essendo la famiglia il contesto di socializzazione primaria per il bambino è importante e necessario andare ad esaminare il suo status socio-economico poiché può influenzare la percezione del benessere, sia dei genitori che conseguentemente anche del bambino. Nella mia tesi analizzerò, quindi, la percezione che i bambini hanno del benessere in relazione al covid, andando a vedere, in seguito, se vi è una qualche correlazione con status socio-economico familiare differente. Indagherò, inoltre, se vi può essere una correlazione nella percezione benessere-covid data dal genere del bambino.

CAPITOLO 1

1.1 Covid-19

A fine marzo del 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato lo stato di emergenza globale a causa di un virus denominato SARS-coV-2, diffusosi a partire dalla città di Wuhan in Cina. Questo virus viene comunemente denominato Covid-19, ovvero "coronavirus disease", e appartiene al ceppo dei coronavirus e che va ad intaccare le vie respiratorie, portando a polmoniti ad eziologia, però, incerta poiché questo ceppo non era mai stato riscontrato nell'uomo prima e comportando così incertezze e dubbi su quanto possa essere patogeno, sui sintomi che possa presentare, che possono variare da un semplice raffreddore a polmoniti importanti fino ad arrivare al decesso, e di conseguenza anche sulle modalità d'intervento.

Nel gennaio 2020, in Italia e in Europa, emergono i primi casi di Covid-19 che presentano come principale sintomatologia: febbre, tosse, raffreddore, difficoltà respiratorie, spossatezza nei casi più lievi; o nei casi più gravi, polmoniti, insufficienze respiratorie fino a portare anche al decesso. I casi in breve tempo hanno avuto un aumento notevole dei contagi che avviene da persona a persona, e la trasmissione avverrebbe attraverso il contatto con la saliva, gli starnuti, la tosse e lo sfregamento o il contatto con occhi, naso e bocca con le mani infette. Il recupero, una volta contagiati avviene in maniera spontanea, anche se si è riscontrato una permanenza di alcuni effetti della malattia anche dopo 2/3 mesi dalla fase acuta. Questi effetti vengono definiti dall'istituto superiore di Sanità come *long-Covid* ovvero "una condizione clinica caratterizzata dal mancato ritorno da parte del

paziente affetto da Covid-19 allo stato di salute precedente l'infezione acuta". Nello specifico il *National Institute for Health and Care Excellence*, nelle sue linee guida distingue tra malattia Covi-19 sintomatica persistente, quando i sintomi permangono tra le 4 e 12 settimane dopo l'evento acuto; e sindrome post-Covid, quando i sintomi persistono per più di 12 settimane. In una metanalisi su 8 studi gli effetti *long-Covid* riscontrati sono che il 3% della popolazione contagiata riporta difficoltà cognitive; il 5% cefalea; l'8% anosmia, cioè la perdita di olfatto; il 2% presenta faringodinia, ovvero dolore alla faringe e dolore oculare. Inoltre possono persistere febbri molto lievi; astenia ovvero debolezza fisica; insonnia; dolore addominale; dispnea e vertigini (Cozzi et al., 2022).

Un altro studio svizzero ha segnalato che gli effetti a lungo termine nei bambini e adolescenti sono: nel 3% di stanchezza e affaticamento, nel 2% di difficoltà di concentrazione e difficoltà nell'addormentamento (Radtke et al., 2021).

La rapida diffusione ha reso necessaria l'introduzione a livello globale di misure atte a prevenire e ridurre la trasmissione della malattia: il distanziamento sociale, ovvero il mantenimento di una distanza di almeno un metro tra persone, evitando assembramenti e posti affollati e anche riducendo molto le possibilità di socializzazione; uso di dispositivi di protezione individuale come mascherine FFP" o chirurgiche, guanti monouso; il ricorso frequente all'utilizzo di gel igienizzante con base alcolica superiore al 60%; evitare di stringersi le mani e il contatto con le persone; la riduzione della capienza massima dei posti nei locali al chiuso; la chiusura dei confini nazionali; l'isolamento nel caso di contagio o di contatto diretto con una persona contagiata. A marzo 2020, l'Italia, come ulteriore misura per il contenimento dei contagi a dichiarato lo stato di lockdown, ovvero chiusura

obbligatoria di tutti gli esercizi e i servizi che non fossero di prima necessità, ovvero farmacie, supermercati, ospedali; il confinamento obbligatorio della popolazione in casa se non per l'acquisto di beni di prima necessità o emergenze. Questa situazione di lockdown ha portato a nuove modalità di lavoro, quale lo smart-working per i lavoratori, e per gli studenti la DaD, ovvero la didattica a distanza attraverso l'uso di dispositivi elettronici. Questo stato di chiusura e confinamento era stato previsto inizialmente per due settimane protraendosi poi fino a maggio del 2020, quando gradualmente si è riiniziato con l'allentamento delle restrizioni e le riaperture visto il calo del numero dei contagi. A fine estate si va incontro, però, a una serie di chiusure e riaperture causate da una seconda impennata di contagi, che comporta il reinserimento di restrizioni anche se, a differenza del primo lockdown, si differenziano per zone geografiche, in base al numero dei contagi e alle risorse possedute per far fronte al numero dei contagi. Durante la prima parte del 2021 vi è stata una nuova ondata di contagi in cui le misure sono tornate ad essere più restrittive; arrivando ad allentarle in prossimità e durante l'estate. Inoltre, in questa prima parte dell'anno vi è l'arrivo e la somministrazione di vaccinazioni contro il Covid-19. Verso autunno 2021, si è riscontrata una nuova variante del virus chiamata omicron, che sembra essere più contagiosa anche se meno aggressiva rispetto alla precedente, soprattutto i soggetti vaccinati, tornando quindi al reinserimento di alcune restrizioni più ferree.

1.2 I risvolti e l'impatto della pandemia nei bambini

La pandemia, come quella da Covid-19, è definita dall'OMS uno stato d'emergenza, ovvero "una situazione in cui si percepisce un forte pericolo in cui vengono a mancare i presupposti

per ripristinare nell'immediato lo stato di normalità" (Saakvitne, 2000) e che richiede l'utilizzo di mezzi e misure straordinarie per potervi far fronte. le misure straordinarie per far fronte all'emergenza e alla minaccia del Covid-19, fra cui quelle evidenziate nel paragrafo 1.19, sono date dalle misure di prevenzione e contenimento del virus, che comportano cambiamenti radicali, sia per i singoli sia globalmente, nelle abitudini, nello stile di vita, nelle credenze, nella quotidianità oltre che nell'economia e in parte anche nella politica, a tutti i livelli e gradi sociali.

Tra le misure di prevenzione e contenimento che hanno maggiormente colpito i bambini e i ragazzi, c'è stata la chiusura delle scuole da marzo 2020 fino alla fine dell'anno scolastico: in alcuni casi la chiusura è avvenuta anche prima di marzo, come ad esempio in veneto dove la chiusura delle scuole è avvenuta già dal 23 febbraio in concomitanza con le feste di carnevale, a causa della presenza nella regione già di alcuni casi di Covid-19. Anche nell'anno scolastico successivo, 2020/2021, la scuola ha subito delle chiusure anche se in maniera più mirata rispetto all'area geografica e alla possibilità di diffusione del virus. Inoltre, queste chiusure non sono state omogenee, trovando normative e regolamenti diversi in base al grado e ordine di scuola di appartenenza.

La chiusura della scuola è avvenuta in maniera improvvisa e senza che si sapesse per quanto tempo questa restrizione sarebbe durata. Per questo è stato necessario attivare una modalità alternativa di didattica, quella a distanza (DaD), che prevede lezioni online, in simultanea e/o in differita (attraverso le registrazioni). L'adattamento a questo tipo di didattica, oltre ad essere stato lungo, è avvenuto con difficoltà e non è stata fruibile in maniera uniforme per tutti i bambini. Infatti, soprattutto nei bambini delle classi meno abbienti vi sono state

maggiori difficoltà nello seguire poiché l'accesso alle infrastrutture e agli strumenti necessari (quali computer, pc, tablet, telefoni), non era sempre possibile in modo adeguato poiché mancava proprio lo strumento o in molti casi lo strumento doveva essere usato da più fratelli. Un'altra difficoltà da considerare con la didattica a distanza è la possibilità dei genitori, della famiglia di seguire in maniera efficace il bambino nell'apprendimento e nell'utilizzo degli strumenti (Singh et al., 2020). Questa impossibilità di seguire in maniera costante ed efficace le lezioni e di poter continuare in maniera lineare il percorso di apprendimento ha un'influenza importante sul lungo termine nello sviluppo dei bambini e sulle loro future opportunità, essendo l'istruzione uno degli elementi necessari per poter avanzare socialmente ed riuscire a riscattarsi anche a livello socio-economico (Danese et al., 2020).

Altre conseguenze importanti conseguenti alla chiusura delle scuole è l'impatto sulle relazioni sociali di bambini e adolescenti. La scuola, infatti, è uno degli agenti socializzanti più importanti nella vita di bambini e adolescenti fornendo molte opportunità di incontro, di relazione e interazione con coetanei e adulti che vengono a mancare, però, con la pandemia, creando anche importanti ripercussioni nello sviluppo (Grazzani, Gavazzi et al., 2011). Ne risente, anche l'attività fisica dei bambini comportando possibili problemi d'alimentazione, di salute ed emotivi che ne possono derivare. È stata, infatti, rilevata una relazione tra attività e benessere del bambino che viene, però, a mancare con l'obbligo d'isolamento e confinamento in casa. Lo dimostra uno studio effettuato dopo le prime settimane di lockdown in cui si evince che è diminuito notevolmente il tempo dedicato agli sport favorendo al contempo attività sedentarie, passando molto tempo davanti agli schermi (Lin et al., 2021). Inoltre è stato dimostrato come il non svolgere attività fisiche e la mancanza di contatto con

la natura comporti maggiori problemi emotivi, sia di tipo esternalizzante la messa in atto di agiti e di comportamenti iperattivi e aggressivi, sia di tipo internalizzante, come ansie e paure tradotti anche in disturbi del sonno e dell'addormentamento (Friedman et al., 2022; Lin et al., 2021).

Uno studio su bambini spagnoli ed italiani ha riportato che l'85,7% dei genitori ha riportato cambiamenti nello stato emotivo e nel comportamento dei figli, di cui il 76,6% segnalava problemi di concentrazione; il 30% dei genitori, inoltre, ha segnalato noia, irritabilità irrequietezza, solitudine e disagio nei bambini (Orgilés et al., 2020).

Altri studi hanno valutato gli effetti della chiusura delle scuole sui ragazzi e bambini che, già in precedenza, presentavano delle difficoltà o vulnerabilità. Uno di questi ha valutato la relazione tra le chiusure delle università e campus e i pensieri suicidari, da cui si evince che con la chiusura dei campus vi è un aumento notevole e significativo dei pensieri suicidari, arrivando tra i ragazzi al 41% e tra le ragazze al 62% nel 2021, rispetto ai valori del 2018 che per i ragazzi era del 27% e per le ragazze del 45% (Sivertsen et al., 2022). Uno studio in regno unito ha evidenziato come i ragazzi con una storia di malattia mentale avessero percepito aggravata la loro situazione, poiché la scansione oraria e giornaliera dava un supporto alla loro vita. Un quarto di questo gruppo riportava la mancanza di possibilità di continuare il percorso di cura (Ramadhan et al., 2020).

Nonostante i bambini, presentano meno probabilità di contrarre direttamente il virus, si riscontra una maggior ripercussione degli effetti a lungo termine dovuti al Covid-19 rispetto agli adulti (Shen et al., 2020). È importante tenere a mente che l'impatto della pandemia può essere mitigato o rafforzato da elementi e/o agenti che ruotano intorno al bambino o

adolescente, fungendo da fattori di rischio e/o di protezione quali: le capacità di resilienza e quindi di fronteggiamento del bambino; la fase di sviluppo e l'età; il periodo storico e la posizione geografica in cui si trova; le condizioni pregresse di salute sia fisica che mentale e la presenza o meno di disabilità.

Un altro elemento fondamentale, che può fungere da fattore di rischio o protezione per il bambino, è il contesto familiare in cui il bambino è inserito. L'ambiente familiare, già di norma importante, nel contesto pandemia diventa estremamente rilevante poiché è anche il contesto in cui bambini e adolescenti passano la maggior parte, se non tutto, il loro tempo. Se il clima familiare si presenta supportivo (sia affettivamente che economicamente) svolge un'importante funzione protettiva che, nonostante le difficoltà, aiuta il bambino nel suo percorso di sviluppo e nel processo di resilienza; al contrario, diviene un significativo fattore di rischio quando il contesto famiglia versa in condizioni di precarietà e avversità rispetto alle condizioni socio-economiche e psicosociali, non avendo così risorse sufficienti per fronteggiare situazioni di difficoltà ed emergenza, incrementate da redditi ridotti o disoccupazione (Masten & Motti-Stefanidi, 2020; Singh et al., 2020). Rispetto al contesto familiare e al fattore di rischio che può rappresentare, Campell evidenzia come elemento di preoccupazione e allerta un aumento, tra il 30 e il 50%, a livello globale delle segnalazioni di violenza domestica, sostenendo, anche, la possibilità di una sotto segnalazione dei casi di maltrattamento dovuta all'impossibilità di accesso ai servizi di sostegno (Campbell, 2020).

A conferma di questi dati, The Lancet Global Health, ha segnalato un aumento della mortalità infantile e materna, soprattutto in situazioni di reddito medio-basso (Robertson et al., 2020).

Con la seconda ondata di Covid-19, in molti bambini hanno dovuto confrontarsi con la perdita di persone care o con la separazione o morte dei genitori, causando nuovi problemi di salute mentale nei bambini su temi quali, appunto, la morte, la perdita, il dolore e la separazione.

La separazione, dovuta anche solo all'isolamento di genitore poiché contagiato, può comportare, soprattutto, per i bambini più piccoli importanti ripercussioni sul loro sviluppo e sulla possibile comparsa di disturbi e sintomi psicopatologici nel lungo termine (Cooper, 2020) oltre che difficoltà a livello relazionali ed emozionale.

Durante questo periodo i cambiamenti avvenuti sono stati molteplici e a più livelli (nello stile di vita, nelle abitudini, nelle routine) e questo, per bambini e ragazzi in particolare, è molto destabilizzante e può comportare un'importante risposta di stress. Un altro elemento di stress è la difficoltà di comprensione del fenomeno, l'incertezza che provoca e il senso d'impotenza e paura conseguente permeando anche nella relazione degli adulti con i bambini che spesso non riescono a spiegare o rispondono evasivamente sul tema del Covid-19. Diversi organizzazioni e enti per i bambini hanno dato, infatti, indicazioni per aiutare gli adulti e i genitori nel trattare il tema del Covid-19 tra cui emerge la necessità di non dare risposte evasive, stare in silenzio ma di cercare di spiegare per quanto possibile la pandemia usando modalità efficaci e adeguate all'età, prestando attenzione alle possibili ansie, preoccupazioni e domande espresse dai bambini e cercando di aiutarli nella gestione e nel rispondere efficacemente alle emozioni, ovvero nei processi di resilienza (Ashok et al., 2021).

La comprensione delle reazioni e delle emozioni è molto importante anche per comprendere il bambino, i suoi bisogni e le possibili difficoltà e stressor che incontra e che si sviluppano

data la situazione di emergenza e che se non ascoltati possono aggravarsi fino a diventare dei disturbi con conseguenze anche a lungo termine.

In uno studio è emerso che i bambini piccoli di età compresa tra i 3 e 6 anni mostrano sintomatologia differente rispetto ai bambini e ragazzi con età tra i 6 e i 18 anni. Il primo gruppo presenta caratteristiche di maggior “appiccicosità” e preoccupazione rispetto alla possibilità che la propria famiglia possa contrarre il virus; mentre il secondo gruppo mostra caratteristiche o di disattenzione e di una costante curiosità. Entrambi questi gruppi in genere mostrano comunque maggior irritabilità, disattenzione, paura nel porre domande sulla pandemia. Da un altro studio eseguito su un campione di 2230 bambini in età scolare in Cina è emerso che il 22% dei soggetti presenta sintomi depressivi; più del 18% riportano sintomi d’ansia e il 37% presenta paure rispetto alla possibilità di contrarre il virus. È stato anche riscontrato che i casi di disturbo da stress post-traumatico in una situazione di pandemia e lockdown aumenti, da l’8-9% di una popolazione generale, a un range che può variare dal 5% al 95% sulla popolazione, i cui valori sono quelli simili a quelli dei soggetti sottoposti a un disastro o catastrofe (Ramadhan et al., 2020).

L’impatto della pandemia sui bambini è molto elevato e comprende tutti gli ambiti della vita, andando anche a influenzare in maniera significativa sulle loro traiettorie di sviluppo. La pandemia comporta, come appena visto, anche importanti effetti sulla percezione del benessere che si lega strettamente al concetto di salute.

1.3 Definizione Benessere

Negli ultimi due anni a causa della pandemia è stato centrale il concetto di salute nella sua definizione più estesa e multifattoriale e non solo come assenza di malattia, quindi, ma come uno stato “di completo benessere fisico, mentale e sociale, l’individuo o il gruppo deve poter individuare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni e modificare l’ambiente o adattarvi” (OMS, 1986). In questa definizione troviamo un altro costrutto fondamentale, quello di benessere definito dall’OMS come condizione in cui “l’individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all’interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell’ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni”. La definizione di questo costrutto, però è stata rivista più volte da diversi studiosi essendo “una condizione dinamica che riguarda molteplici aspetti della vita” (ISS, 2019). Possiamo fare una prima distinzione rispetto alla prospettiva con cui si analizza e si percepisce il costrutto di benessere psicologico, ovvero la prospettiva edonistica e la prospettiva eudaimonica. Con la prima prospettiva il benessere è inteso come piacere e felicità, coincidendo precisamente con il provare sensazioni ed emozioni positive, come per lo psicologo Kahneman in cui la felicità umana è riconducibile allo scopo principale della vita dell’uomo, riferendosi al benessere come alla dimensione affettiva positiva e alla soddisfazione della propria vita (Kahneman, 1999). La seconda prospettiva, quella eudaimonica il concetto di felicità e benessere si accostano in senso lato, poiché è la realizzazione della propria natura e l’inseguimento dei propri obiettivi positivi che permette quindi la migliore espressione di se stessi e dei propri

scopi (Ryan et al., 2006) e quindi in questa prospettiva possono coesistere anche sensazioni ed emozioni sia positive che negative. Headey, Holmstrom, e Wearing ritengono, infatti, che il malessere e il benessere non sono i poli opposti di un unico continuum dimensionale, ma come due elementi distinti che possono anche coesistere nel medesimo momento (Headey et al., 1984).

Appartenente alla seconda prospettiva, quella eudaimonica, è il modello multifattoriale di Ryff che vede al benessere come realizzazione autentica del sé ma al tempo stesso considerato un insieme cinque dimensioni fondamentali: autonomia, ovvero la capacità o meno di auto-determinarsi, riuscire a formare un proprio pensiero, essere indipendenti; padronanza del contesto, cioè la capacità di cogliere le opportunità e affrontare le avversità che ci si presentano all'interno del contesto in cui si vive; crescita personale, percepire o meno la possibilità di nuove esperienze e nuove possibilità, muovendosi e cambiando; relazioni positive con gli altri, riuscire o meno a costruire relazioni efficaci, di reciprocità e fiducia; scopi della vita, riuscire a incanalare le energie e il senso della propria vita verso obiettivi bene definiti; accettazione di sé, è il mantenimento o meno di una visione positiva di se stessi con pregi e difetti (Ryff, 1989).

Alcuni autori mettono in relazione il benessere con la qualità di vita, ovvero “l'insieme delle percezioni che gli individui hanno della propria collocazione nella vita in relazione al contesto culturale e al sistema di valori in cui vivono e rispetto ai propri obiettivi, aspettative, standard e interessi.” (OMS,1998). Partendo da questo presupposto Dodge e colleghi, infatti, definiscono il benessere come la percezione di bilanciamento tra le sfide proposte nella

propria vita e le risorse e capacità per farvi fronte. Le sfide come le risorse possono essere sia di tipo psicologico, sociale che fisiche.

Delle Fave definisce il benessere come la realizzazione delle proprie potenzialità e la capacità di rispondere in maniera costruttiva alle avversità e alle crisi della vita attraverso la valorizzazione di alcune qualità e risorse quali la creatività; l'originalità; l'ottimismo; la saggezza; e l'esperienza ottimale o di flusso, cioè la capacità di essere completamente assorbiti in un'attività per il proprio piacere e diletto e in cui le azioni si susseguono uno dopo l'altro (Delle Fave et al., 2011).

Molto simile è la definizione che ne danno Tedeschi e Calhoun in cui il benessere è il potenziale di crescita insito nelle esperienze di sofferenza (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Una visione più dinamica è quella di Statham e Chase in cui il benessere varia a seconda della riuscita nel realizzare dei propri obiettivi (Statham & Chase, 2010).

È possibile fare un'altra distinzione rispetto al concetto di benessere: benessere soggettivo e benessere oggettivo. Il primo si riferisce alla percezione individuale della soddisfazione e della qualità della propria vita e in cui l'individuo valuta la propria vita in riferimento ai propri standard, raggiungendo il soddisfacimento in relazione al raggiungimento e alla realizzazione dei propri scopi. Il secondo tipo di benessere si riferisce a una dimensione più oggettiva, facendo ricorso a indicatori socio-economici come reddito familiare, stato di salute e risorse educative. Questo tipo di benessere è valutato maggiormente attraverso strumenti standardizzati e quantitativi, mentre il primo tipo si valuta in base alle percezioni del soggetto e quindi attraverso misure qualitative.

Il benessere oltre che multifattoriale, o multicomponenziale, cioè formato da sia componenti fisiche, psicologiche e sociali, si può definire multidirezionale, ovvero si modifica sia rispetto ai tempi di vita (senso verticale) sia rispetto ai luoghi (senso orizzontale), e anche multidimensionale, ossia la percezione del benessere può variare in maniera sincrona a episodi di vita specifici che diacronica (Iavarone & Iavarone, 2004).

Il concetto di benessere in relazione all'età evolutiva mantiene questi aspetti di multifattorialità, oltre che la difficoltà a darne una definizione univoca e concorde tra tutti gli studiosi.

Pollard & Lee, (2003) individuano 5 fattori che compongono e definiscono il benessere in età evolutiva, quali: fisico; psicologico comprendente aspetti emotivi e di salute e disagio mentale; cognitivo, che si rifà alla sfera degli apprendimenti; sociale rispetto alle modalità e capacità relazionale; ed economico.

Anche Statham e Chase riprendono tre aspetti dimensionali quello fisico, emotivo e sociale, evidenziando al tempo stesso però la necessità di non focalizzarsi solo sul momento presente e della sua percezione di benessere ma puntare anche a una prospettiva e visione futura (Statham & Chase, 2010).

Anche il benessere infantile e dell'età evolutiva necessita di essere ricondotto alla definizione di qualità della vita, ma che anche in questo caso amplia gli aspetti e gli elementi da tenere in considerazione. I bambini e gli adolescenti, infatti, mutano molto velocemente nel modo di sentire, di pensare e di comportarsi in relazione all'età e comportando conseguentemente anche cambiamenti nella percezione del benessere. Oltre alla mutevolezza e alla dinamicità,

caratteristiche imprescindibili di queste età, fattore centrale per lo sviluppo del bambino è la sua nicchia evolutiva, ovvero il suo sistema familiare che provvede e si prende cura di lui, e che è a sua volta all'interno di altri sistemi più ampi che interagiscono e s'influenzano costantemente (Bronfenbrenner, 1986). Alcuni autori, infatti, partendo da queste interazioni, sottolineano l'impossibilità di separare il benessere del bambino da una serie di fattori, quali: la famiglia di appartenenza; il genere; l'età; il contesto culturale di riferimento (Wollny et al., 2010). Rees & al. Colleghi evidenziano come l'età e il periodo in cui si trova il bambino siano importanti, comportando modificazioni significative al benessere soggettivo, non trascurando però come relazioni familiari positive e felici comportino maggior benessere nel bambino.

1.4 'L'impatto del Covid-19 sul benessere dei bambini

L'impatto della pandemia sulle persone e in particolare sui bambini varia, sia per conseguenze che per intensità, in base a molteplici fattori quali: il contatto diretto con persone o l'essere contagiati, la perdita o l'allontanamento da persone care, le condizioni di salute pregresse e il contesto familiare e lo status socio-economico d'appartenenza (Shen et al., 2020).

Gli effetti della pandemia sul bambino possono avvenire per vie dirette, come ad esempio essere contagiati o la perdita di una persona cara per il Covid-19, o per vie indirette dovute, per esempio, alle restrizioni per il contenimento dei casi; e bisogna tenere in considerazione che, ancor più essendo una fascia vulnerabile e più sensibile, gli effetti non sono da

considerarsi solo nel breve periodo ma anche a lungo termine e con possibili ripercussioni importanti nello sviluppo delle traiettorie evolutive, come si è visto nello specifico nel paragrafo 1.2.

Un'aggravante sugli effetti che la pandemia può avere sullo sviluppo, sul benessere e la salute mentale dei bambini è rappresentata dall'impossibilità di avere a disposizione le risorse e gli strumenti per fronteggiare, almeno in parte, alle difficoltà che il Covid-19 e le restrizioni conseguentemente imposte hanno porto. L'impatto maggiore, per questo motivo, rischia di colpire le classi meno abbienti, appartenenti ad uno status socioeconomico basso acuendo situazioni già difficoltose di sviluppo e riscatto e aumentando ancora di più il divario tra classi a basso e alto Status socioeconomico. questo fenomeno lo andrò ad analizzare nel capitolo 2.

CAPITOLO 2

2.1 Lo Status Socio-economico

La psicologia dello sviluppo, oggi, viene studiata con una prospettiva transazionale, ovvero una prospettiva che ritiene il bambino e i suoi comportamenti il prodotto delle relazioni e interazioni tra il bambino stesso e l'ambiente circostante che s'influenzano e modificano a vicenda (Sameroff, 2009).

Bronfenbrenner (1986) parla di psicologia ecologia in cui si va ad analizzare e comprendere l'ecosistema in cui è inserito il bambino, cioè l'ambiente sociale in cui il bambino è inserito e che è ricondotto a quattro sottosistemi: microsistema, i contesti più vicini al bambino (famiglia e scuola); mesosistema, cioè i sistemi che si creano dall'interazione tra i microsistemi; esosistema, i sistemi che influenzano indirettamente i microsistemi; e macrosistema, il sistema sociale più vasto che include anche gli altri sistemi. Inoltre, questo studioso parla di nicchia evolutiva, ovvero il sistema familiare che si prende cura del bambino. Questa teoria è molto rilevante per gli studi dell'infanzia e dello sviluppo, e soprattutto in relazione allo status socio-economico (SES), poiché lo sviluppo del bambino è influenzato, in tutti i suoi aspetti da sia fattori genetici che ambientali e dalla loro interazione (Shonkoff et al., 2012).

La definizione del costrutto di Status Socio-Economico (SES) è stata molto dibattuta negli anni dagli studiosi, poiché è un costrutto multidimensionale, che incorpora sia fattori oggettivi (per esempio il reddito, livello d'istruzione) sia fattori soggettivi (come la qualità

delle relazioni, la percezione del proprio status sociale all'interno dei contesti) (Brito & Noble, 2014).

Inizialmente gli studiosi dividevano tra due tipologie di SES: la prima come la posizione economica che uno possedeva; e la seconda come il prestigio che aveva. Oggi invece ci si rifà a Coleman (1988) che rimanda il SES al concetto di Capitale includendo l'accesso o meno a tre tipi di risorse: le risorse materiali o capitale finanziario; il capitale umano, come l'istruzione; e il capitale sociale come i feedback ottenuti dall'ambiente e dalle reti sociali circostanti). Il capitale, inoltre, influenza direttamente il benessere e la salute dei bambini, infatti, come riscontrato in uno studio, le fasce a basso SES non avendo l'accesso alle diverse forme di risorse incorrono nella maggiore probabilità di comportare problemi e disturbi nello sviluppo (Brooks-Gunn & Duncan, 1997). White, (1982) delinea il SES come l'insieme delle tre variabili quali reddito, istruzione e occupazione insieme, senza però delineare degli indicatori per misurare questo costrutto.

È possibile distinguere due popolazioni prevalenti contrapposte rispetto al SES: la prima è quella in cui il SES viene definito medio-basso, ovvero la disponibilità di risorse è scarsa e limitata, il livello d'istruzione è tendenzialmente basso, possono essere famiglie che hanno vissuti d'immigrazione e quindi possono incorrere anche in stigmatizzazione, la fascia di reddito familiare è basso, vivere in aree cittadine più in difficoltà e spesso dove si riscontra più delinquenza, le relazioni sono meno efficaci e supportive e spesso viene a mancare una rete a cui appoggiarsi; la seconda invece presenta SES medio-alto, queste famiglie presentano una fascia di reddito medio-alta, più possibilità di avere risorse e relazioni soddisfacenti, reti

supportive e vivere in ambienti meno difficoltosi, il livello d'istruzione è più elevato, si è meno esposti a situazioni di vita a rischio.

Noble e Brito (2014) identificano e parlano degli indicatori specifici che delineano e misurano il SES, essendo questo, come già visto, un costrutto multidimensionale di difficile definizione. Gli indicatori identificati sono: il reddito, che identifica la somma delle entrate all'interno del nucleo familiare o più spesso la fascia di reddito in cui rientra una famiglia e che è molto variabile, anche in maniera repentina oltre che essere correlata alla possibilità di disporre o meno di risorse per garantire un adeguato sviluppo; il livello d'istruzione, valuta il titolo di studio più alto posseduto dai componenti della famiglia, è stabile nell'arco della vita; lo stato occupazionale che si collega sia con il reddito che con il livello d'istruzione ed è il fattore che consente più stabilità; il vicinato, che si riferisce alle caratteristiche all'interno del contesto e quartiere in cui un individuo vive e che può essere sia fattore di protezione che fattore di rischio; e lo stato sociale soggettivo, che riguarda la percezione che una persona ha della propria posizione all'interno della scala sociale.

Johnson et al., (2016) sostengono, inoltre, che gli effetti di questi stimoli ambientali risultano essere maggiori durante le finestre evolutive, ovvero periodi di grandi cambiamenti e di rapido sviluppo che si trovano nell'arco dell'infanzia e adolescenza. Sono di grande rilevanza poiché oltre che a periodi di grandi cambiamenti, questi sono periodi in cui si hanno a disposizione meno strategie di coping per fronteggiare eventi avversi implicando una possibile maggiore vulnerabilità in caso di condizioni di rischio. Diversi studiosi hanno dimostrato come il diverso livello di SES influenzi profondamente la salute fisica e il

benessere mentale oltre che lo sviluppo dei bambini (Brito & Noble, 2014; Evans & English, 2002).

Alcuni studiosi si sono cimentati nel combinare i vari indicatori rilevati per trovare delle misure generali del SES. Cavanagh et al. (2013) hanno creato l'indice Early Life SES (ESES) che coniuga due misure: la prima relativa al SES rispetto all'infanzia (come condizioni abitative del bambino e informazioni sul lavoro dei genitori) e la seconda relativa alla misura attuale (stato occupazionale del soggetto, quartiere di residenza). Hollingshead (1975) aveva creato un indice a 3 fattori, poi revisionato in un indice a 4 fattori, combinando l'occupazione e l'istruzione media familiare (ovvero di entrambi i genitori) e lo status civile e il genere.

2.2 Status Socio-Economico e Benessere

Il SES, essendo una componente di quello che per Bronfenbrenner (1986) è uno dei due microsistemi, ovvero quello familiare, agente sociale che occupa della cura del bambino e che lo aiuta nel suo sviluppo, può anche essere considerato come fattore di rischio o protezione nello sviluppo dei disturbi mentali nei bambini (Becker-Blease et al., 2010; Pfefferbaum et al., 2015; van Oort et al., 2011). Health & Human Services (2000) nonostante non ci siano ancora studi completi, evidenziano una relazione tra SES e salute mentale. È stato infatti riscontrato da numerose ricerche che famiglie che presentano un SES basso riportino condizioni di salute peggiori che si associano e correlano a diversi fattori quali malnutrizione, accesso inadeguato all'assistenza sanitaria; accesso limitato alle risorse;

esposizione maggiori a eventi avversi e potenzialmente traumatici (Brown & Pollitt, 1996; Raisler et al., 1999; Sharfstein et al., 2001).

Il gradiente dell'impatto di un SES basso sulla salute sembra dipendere dall'età di esposizione alla povertà e dalla durata che ha nella vita del bambino ((Bradley et al., 1997; Brooks-Gunn & Duncan, 1997)); e le ripercussioni dell'impatto possono essere sia a breve termine che a lungo termine (Rutter & Sroufe, 2000).

La forza relazionale tra SES e disturbi mentali varia, anche, a seconda del tipo di disturbo mentale e in base anche alla razza (Taylor & Wang, 1997) oltre che essere correlate e associate con l'esposizione ad eventi negativi di vita (Wills et al., 1992).

Deprivazione e stress possono essere considerati due fattori strettamente connessi al SES, avendo funzione di mediatori nella relazione tra quest'ultimo e lo sviluppo del bambino (Lipina et al., 2013). Un aspetto del SES che è emersa nel paragrafo precedente è la possibilità o meno di accedere alle risorse e che compromette, o meno, a sua volta l'accesso a stimoli e ad eventi che favoriscano lo sviluppo. I bambini a SES basso possono essere definiti come bambini che vivono in ambienti deprivati compromettendo l'utilizzo di stimoli chiave e opportunità di sviluppo, e favorendo la possibilità d'esposizione ad input ed esperienze negative (Lipina et al., 2013; McLaughlin et al., 2014). Un sondaggio condotto da Bradley et al. (2001) ha mostrato che il basso SES comporta meno accesso a materiali didattici e ricreativi dall'infanzia all'adolescenza avendo ripercussioni sulle capacità accademiche e intellettuali, che a loro volta comporteranno una reiterazione delle condizioni svantaggiate anche nelle generazioni future.

Sheridan e McLaughlin evidenziano anche come i bambini a basso SES abbiano, oltre che meno stimolazioni esperienziali cognitive ed emotive, più probabilità di essere esposti a eventi e situazioni stressanti (come le difficoltà economiche familiari, la difficoltà ad accedere a servizi sanitari). Inoltre, riscontrano che il basso SES sia associato oltre che cattive condizioni fisiche e mentali anche a minori capacità cognitive e a risultati accademici inferiori, dovuti a una riduzione dell'amigdala e dell'ippocampo e più in generale, una riduzione del cervello, andando così ad intaccare l'elaborazione linguistica, le capacità esecutive e gli aspetti emozionali (Merz et al., 2017).

Gottfried (2003) conduce una ricerca che rivela come i bambini con basso SES comporti una riduzione dei punteggi Q.I. da 6 a 13 punti rispetto ai coetanei con alto SES. Questa differenza non solo di risorse ma di sviluppo cognitivo, intellettuale comporta l'ampliamento del gap tra fasce ricche e fasce povere nello sviluppo e che poi avranno delle ricadute sulle generazioni a seguire (Bradley & Corwyn, 2002; Brito & Noble, 2014; Rowe & Goldin-Meadow, 2009).

I bambini a basso SES fanno esperienza di un numero maggiore di eventi stressanti e potenzialmente traumatici, le cui risposte a livello fisiologico comportano ripercussioni al livello neuro-biologico (Hackman & Farah, 2009; Noble et al., 2012).

Gad & Johnson, (1980) e (Bradley et al., 1997) attraverso degli studi hanno visto che gli eventi stressanti sulle famiglie a basso SES sono più pericolosi e incontrollabili, vi è una maggiore violenza, oltre che il rischio di affrontare eventi molto destabilizzanti. Questi eventi stressanti, se cronici, sono associati a occupazioni instabili, difficoltà economiche persistenti, minor senso di autostima e controllo, e infine sensazioni più di rabbia, depressione e

incertezza, producendo così un forte carico allostatico, cioè un forte carico emotivo e stressante che ha un forte impatto sul funzionamento adattivo (Mcewen & Seeman, 1999).

L'impatto del carico allostatico e lo stress influenzano le capacità e gli stati emotivi genitoriali oltre che il funzionamento familiare, e viene incluso nelle condizioni del SES familiare poiché lo stile di parenting ne può risentire con ripercussioni a cascata su tutto lo sviluppo.

Boe e colleghi (2012) in uno studio su 5781 bambini tra gli 11 e i 13 anni hanno evidenziato che a bassi livelli d'istruzione genitoriale corrispondevano elevati punteggi nelle scale dei bambini relativi a problematicità della condotta, iperattività e disturbo d'attenzione. Inoltre, solo un basso livello d'istruzione paterna corrispondeva a problemi emotivi. Il grado di povertà esperito dal nucleo familiare influenza costantemente la salute mentale dei bambini mentre l'istruzione genitoriale sembra relazionarsi soprattutto con l'esordio di disturbi esternalizzanti (Tormod Boe et al., 2014). Von Ruden et al. (2006) hanno indagato in maniera indipendente gli effetti del reddito del nucleo familiare e dell'istruzione genitoriale. Dai risultati è emerso come bassi livelli di SES e istruzione sono associabili a punteggi inferiori nella salute mentale, inoltre bassi livelli d'istruzione risultavano predittori di minor benessere psicologico e una maggior frequenza con cui i bambini provano e fanno esperienza di emozioni e stati affettivi negativi.

Una revisione condotta da Reiss, (2013) su studi condotti rispetto alla differenza di SES, ha evidenziato una correlazione inversa tra SES e problemi di salute nei bambini; i bambini a basso SES mostravano un rischio di 2/3 volte maggiore rispetto ai coetanei ad alto SES di sviluppare disturbi mentali, soprattutto in condizioni di povertà cronica. Gli indicatori di

basso SES e scarso livello genitoriale si mostrano più predittivi rispetto ai disturbi di salute mentale, mentre deprivazioni e difficoltà finanziarie sono anch'essi buoni predittori ma senza che diano indicazioni rispetto all'intensità o alla durata. Adams (1998), partendo dal presupposto che un altro aspetto inerente alla connessione tra SES e benessere del bambino è dato dallo stile di parenting, ha identificato modelli di socializzazione diversa rispetto a bambini con SES diverso. I genitori a basso SES risultavano acquistare meno materiali d'apprendimento e lettura, meno interattivi con i figli, meno propensi a fare attività e andare ad eventi culturali. Questi risultati, hanno visto Battin-Pearson et al., (2000) hanno forte ripercussioni sul fallimento scolastico, oltre che incrementare l'adozione di comportamenti con problemi relativi alla condotta o al ritiro sociale. I genitori di famiglie ad alto SES invece risultavano avere più conversazioni ricche e responsive per aiutare il bambino nello sviluppo linguistico, una maggior pratica della lettura e di esperienze educative e culturali. (Cutter et al., 2007) e Becker-Blease e colleghi (2010) sostengono che le condizioni del SES siano un'importante fattore predittivo di vulnerabilità o protezione, l'armonia e il funzionamento familiare, infatti, sono fortemente connessi al SES. Le famiglie a reddito alto in cui ambo i genitori esperiscono un buon livello d'istruzione, un'occupazione stabile e non vi sono grandi periodi di difficoltà finanziarie, presentano migliori capacità di resilienza e adattamento. Queste famiglie presentano più risorse per fronteggiare le avversità e migliori capacità e possibilità di trasmettere anche ai bambini strategie di coping avendo anche più accesso a più risorse e servizi. Importante è anche il grado di coesione e supporto familiare che costituisce un elemento centrale di protezione al bambino a seguito di eventi infausti, come risultato dallo studio di Cryder et al., (2006) sui bambini e le famiglie colpite dall'uragano Katrina. Andrade et al., (2003) ha notato un incremento dei sintomi d'ansia nei bambini con famiglie

disfunzionali a seguito di un terremoto; mentre McDermott & Cobham, (2012) hanno notato un maggior rischio di problemi internalizzanti nelle famiglie disfunzionali a seguito di un ciclone. A seguito della caduta delle torri gemelle, Stein, (2004) studia le reazioni emotive dei figli e dei genitori all'evento, da cui risulta che le fasce più povere e con minori livelli d'istruzione esperissero una maggior preoccupazione sul futuro, parlando molto con i figli di atti terroristici a cui si associavano nei bambini maggiori sintomi di PTSD.

Possiamo definire il SES quindi una caratteristica dell'ambiente di vita del bambino che aiuta a regolare la reattività allo stress e a determinare il grado di vulnerabilità a fronte di eventi traumatici come quelli sopracitati. Altri eventi stressanti e potenzialmente traumatici sono le epidemie e pandemie che hanno un forte impatto sulla vita di tutte le persone che ne sono colpite, influenzandone fortemente il benessere. Chowell et al., (2016) hanno analizzato il ruolo del SES durante l'influenza di spagnola del 1918-1920. È stato osservato che vi erano differenze significative nei tassi di contagi e mortalità rispetto al SES; in America Latina, infatti, il tasso di mortalità variava da 0,4% al 2,9% mentre in Europa e USA la percentuale era tra lo 0,5% e l'1,1%. Le variabilità riscontrate possono essere interpretate in base alla minor conoscenza delle norme e comportamenti igienici da adottare per evitare la diffusione del contagio e una minor possibilità d'accesso ai servizi di cura delle popolazioni a basso SES. Un altro studio fatto da Sprang & Silman, (2013) ha analizzato le risposte psico-sociali di genitori e bambini derivanti da un evento pandemico. È emerso che l'isolamento e la quarantena siano situazioni con un rischio molto alto di diventare eventi traumatici mentre non è risultato nessuna relazione tra livelli di stress e l'area di residenza considerata. Gli

autori hanno anche riportato che le pandemie sono eventi esterni eccezionali che necessitano di particolari strategie anche in relazione ai bisogni psicologici.

In generale, quindi, si può dire che un basso Status socio-economico comporta ripercussioni a cascata su tutto lo sviluppo acuendo le disparità e il gap tra popolazione a basso SES e popolazione ad alto SES.

2.3 SES e COVID-19

L'impatto che il SES, come abbiamo visto nel paragrafo precedente, può avere è molto ampio e rilevante, avendo ripercussioni a cascata su tutto lo sviluppo del bambino, diventando così necessario ed importante indagare quali ripercussioni possono esserci state con la pandemia provocata dal Covid-19. La famiglia e il suo SES hanno grandi ripercussioni sullo sviluppo del bambino essendo l'ambiente che fornisce le risorse e si occupa di prendersi cura di lui. Si può dire che durante la pandemia i comportamenti associati alla salute mentale possono essere classificati rispetto a una maggiore domanda o a inferiori risorse, sia come mancanza vera e propria di risorse sia come mancanza di nuove strategie di coping e adattamento (Lin et al., 2021). Grace George et al., (2021) in uno studio ha analizzato: come la pandemia ha incrementato lo stress giovanile con un maggior riscontro di difficoltà e maggiori vulnerabilità, anche scolastiche, sui bambini con famiglie a basso SES; come lo stress causato dalla pandemia influisca sullo sviluppo sano sia a livello cerebrale, sulle funzioni esecutive e sulla regolazione emotiva; e come ci si aspetti che bambini e ragazzi con basso SES si presentino come più indietro rispetto ai coetanei anche nel lungo periodo. Infatti, dalla ricerca

è risultato che i bambini con basso SES, data la chiusura delle scuole, nel breve periodo presentassero un livello scolastico con un ritardo stimato tra i 12 e i 16 mesi, mentre i coetanei a alto e medio SES presentassero un ritardo stimato tra i 5 e i 9 mesi. Nel lungo periodo, si ritiene che il divario tra le due popolazioni continuerà a restare con un gap stimato di 1 o 2 anni di differenza. Questo gap è da ritenersi anche rispetto alle capacità di regolazione emotiva. Un altro studio ha mostrato come famiglie a basso SES si mostrino con maggiori preoccupazioni rispetto alla chiusura e alle modalità alternative della scuola, e all'impatto che producono sull'apprendimento durante il Covid-19 (Han & Song, 2021). Questo impatto forte può facilmente aggravarsi per la perdita di persone care o la separazione da esse, la lontananza da amici e compagni oltre al fatto che durante la quarantena sono aumentate le situazioni di abuso, aggressioni, insicurezza familiare. L'ambiente familiare già di per sé difficile, durante la pandemia è sottoposto a elementi stressanti maggiori come un incremento delle difficoltà finanziarie, una carenza maggiore di accesso ai servizi di cura, la paura di contrarre l'infezione comportando una maggiore ripercussione sullo stile di parenting adottato e ripercuotendosi anche sottoforma di violenza domestica o strategie di coping maladattive nella relazione genitore-bambino (Lin et al., 2021). Anche nello studio di Han e Song (2021) risulta che quando la famiglia versa in condizioni di basso SES aggravate dalla situazione pandemica, si riscontrino più elementi di malessere poiché riducendo il reddito aumentano esponenzialmente i rischi sulla salute mentale dei bambini dovuto all'aumento dello stress che influisce sullo stile genitoriale, influisce sulle risorse disponibili connesse strettamente alla qualità della vita oltre alla difficoltà di trovare uno spazio proprio, essendo spesso queste famiglie in spazi piccoli e sovraffollati. Riscontra anche un aumento nei bambini di queste famiglie di sintomi e disturbi depressivi oltre a un aumento dell'ideazione

suicidaria. (Han & Song, 2021). Rispetto allo stile di parenting collegato allo stress genitoriale e al benessere mentale dei bambini (Kerr et al., 2021) conducono uno studio da cui emerge che lo stress genitoriale nelle famiglie a basso presenta un aumento di paure, ansie, rabbia e frustrazione abbia importanti ripercussioni sullo sviluppo e sulla salute mentale dei bambini, che si presentano maggiormente irrequieti, ansiosi e con difficoltà attentive, oltre che con minori capacità di regolazione emotiva. Infatti, i genitori di famiglie a basso SES riportano per il 90,8% almeno un comportamento di stress nei bambini, e il 35,7% riporta da 5 a più comportamenti di distress. Nello specifico questo studio riporta che il 55% mostra sbalzi d'umore, l'"appiccicosità" all'adulto si rileva nel 39% dei bambini mentre il 38,7% mostra aumento del conflitto con gli altri o irritabilità (Kerr et al. 2021). I genitori di famiglie ad alto reddito invece hanno dichiarato che la pandemia e la quarantena ha comportato nella vita genitoriale sia emozioni positive che negative e che anzi hanno comportato dei benefici, come il passare più tempo con i propri figli aumentando, così, il legame con loro (Kerr et al., 2021).

Oliveira et al., (2022) nel suo studio suggerisce che i bambini con famiglie a basso SES mostrano un profilo più sedentario data una bassa stimolazione, l'uso del tempo libero meno attivo e con attività di gioco e socializzazione inferiori, in contrasto con un tempo maggiore passato davanti alla tv.

Questi studi mostrano come sia necessario per i servizi e le politiche di cura tenere conto di tutte le variabili che possono ripercuotersi sulla salute delle persone e dei bambini e sul loro benessere psicologico, andando a considerare in particolar modo agevolazioni ed fattori che aiutino quelle popolazioni più vulnerabili e a rischio, quali bambini e famiglie a basso SES.

CAPITOLO 3

3.1 Genere e benessere

Quando in psicologia si parla di genere non si fa riferimento esclusivamente al sesso biologico (femminile o maschile) dei soggetti considerati ma si va a prendere in considerazione anche i ruoli, lo status, il valore simbolico che quella condizione biologica ha all'interno di una determinata cultura e società. Queste differenze di ruoli e valori simbolici implicano delle ripercussioni e ricadute in tutti gli ambiti di vita dei soggetti; infatti, il genere viene considerato una determinante e un moderatore del livello di salute, in relazione al potere esplicativo delle differenze risultanti dei dati tra uomini e donne. Gli studiosi quindi si sono interessati per capire quali differenze ci siano tra i due generi nei diversi ambiti di vita, le ripercussioni che possono avere, così da poter determinare interventi e politiche ancora più efficaci e utili per la cura e il benessere dei soggetti.

È stato riscontrato che le donne data la molteplicità dei ruoli e responsabilità esperiti nel contesto sociale sono soggette a una maggiore probabilità di soffrire di un disagio psichico, infatti, oltre che essere donne e lavoratrici, spesso hanno il carico del ruolo di mogli e madri. Un altro elemento che potrebbe favorire l'insorgere di disturbi psichici nelle donne è una maggiore discriminazione, spesso riscontrata in ambito lavorativo, e che comporta a sua volta maggiore povertà, condizioni lavorative difficili, situazioni di non riconoscimento dei ruoli.

Il genere femminile presenta più vulnerabilità in relazione ai disturbi d'ansia, depressione, somatizzazione, attacchi di panico e sindrome ossessiva-compulsiva oltre che all'uso di

sostanza. Inoltre, sono più soggette alla violenza e maltrattamento. Piccinelli e Homen (1997) hanno rilevato un tasso più alto della depressione maggiore nelle donne. Viene riscontrato anche dai dati dell'OMS in cui la depressione femminile ha un tasso del 5,1% mentre quella maschile presenta un tasso del 3,6%. Inoltre nel gender gap index (GGI) i dati del 2014 riportano che in europa vi è un tasso di sintomi depressivi del 7,9% per le donne mentre per gli uomini del 5,4% con un divario di 2,5%.

Nelle donne sono stati riscontrati disturbi dell'alimentazione 10 volte superiori a quelli maschili e i disturbi d'ansia 2 o 3 volte più frequenti nelle donne, infatti, i tassi dei disturbi d'ansia nelle donne sono del 4,6% mentre nei maschi del 2,6%. I disturbi con tassi di prevalenza maschili sono quelli della condotta, disturbo della personalità antisociale e uso e dipendenza da alcol e sostanze. I maschi mostrano, anche, tassi maggiori di suicidi mentre le donne hanno tassi più alti rispetto ai tentati suicidi. Il Centers of Disease Control Prevention (2013) riporta che in tutto il mondo il 10-20% dei bambini sperimenta problemi di salute mentale, di cui i maschi presentano una prevalenza rispetto a disturbi esternalizzanti rispetto alle femmine di $OR=2.65$; mentre le femmine mostrano una maggior presenza di disturbi internalizzanti. A conferma di questo anche Merikangar (2010) rileva che i ragazzi hanno una prevalenza anche di disturbi di ADHD e di disturbo oppositivo provocatorio mentre le ragazze oltre ad ansia e depressione mostrano maggiori disturbi legati all'umore. L'istituto di salute mentale nazionale (2020) registra una condizione sfavorevole nella salute mentale per le donne. Ne 2019 il tasso di benessere nelle donne è del 66,6% mentre gli uomini presentano un tasso di benessere del 70,3%.

Il rapporto del SISM del 2015 mostra che sommando i vari indici percentuali dei disturbi gli uomini presentano un valore totale di 151,55 mentre le donne hanno un valore di 166,59, più di dieci punti di differenza. Nello specifico la depressione e i disturbi dell'umore prevalgono come già detto nelle donne con un tasso rispettivamente del 47,28 per la depressione e del 13,13 per i disturbi dell'umore.

Rapporto salute mentale 2015

Analisi dei dati del
Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)

GENERE	ALCOL E DIPEND	ALTRI	DEMENTIA E E ORG	DEPRESSIONE	NON PATOL	DP	DIST UMORE	RITARDO	PSICOSI	NEVR E SOMATO FORMI	TOTALE
MASCHI	3,75	5,70	5,85	26,59	27,86	11,30	10,53	4,84	36,20	18,94	151,55
FEMMINE	1,16	9,25	7,32	47,28	25,02	9,98	13,13	3,07	25,88	24,50	166,59

Le donne generalmente presentano un tasso di sedentarietà più alto rispetto agli uomini (32% femmine, 28% maschi) (ISS, 2013). Rosenfield & Mouzon, (2013) riportano che il 14% degli uomini soffre di un disturbo antisociale contro l'8% femminile; per quanto riguarda i disturbi esternalizzanti la popolazione maschile presenta un tasso del 5% mentre quella femminile del 1%, mentre nell'uso di sostanze le femmine presentano un tasso del 18% contro il 35% maschile.

Matud, (2004) riscontra anche diversità di genere anche nell'affrontare le situazioni avverse che si presentano, avendo anche ripercussioni a cascata sui livelli di stress che si sperimentano. Le femmine utilizzano strategie di coping più emotive come il ruminare, evitamento, controllo eccitazione, con ripercussioni negative sul benessere mentale. I maschi invece si focalizzano molto di più sui problemi, strategia che risulta essere più efficace e che comporta ricadute sul benessere più positive.

3.2 Genere e Covid-19

La pandemia ha comportato come abbiamo visto nel primo capitolo delle importanti ricadute sul benessere psicologico e mentale. È interessante andare però ad analizzare se e quali differenze di genere si riscontrano nei disturbi mentali in relazione al Covid-19.

In uno studio Lin et al. (2022) vanno ad analizzare il disturbo d'ansia generalizzato durante il Covid-19 riscontrando che nella forma moderato-severo questo disturbo era maggiore nelle donne con un tasso del 17% mentre per i maschi del 9,9%. Inoltre, evidenzia che questo disturbo nelle donne è maggiormente associato: all'assenza dal lavoro a causa del Covid-19, ad un'età più giovane, essere vedove o single, nessun contatto oltre alla famiglia, e nessuna attività fisica all'aperto. Per gli uomini invece si associa maggiormente all'esposizione di notizie false, al maggior tempo passato a guardare la tv e a nessun tipo di esercizio fisico.

Una revisione del 2021 va ad analizzare 23 studi rispetto alla prevalenza di depressione, ansia, disturbi del sonno e PTSD tra bambini e adolescenti e per genere. Gli articoli presi in considerazione sono quelli pubblicati tra dicembre 2019 e settembre 2020; inoltre, sono stati

estrapolati da 2 database cinesi e da PubMed, Web science e PsycINFO. Da questa revisione emerge che: il tasso di depressione rilevato è per le femmine del 33,9% mentre per i maschi del 28,9%; il tasso per i disturbi d'ansia nei maschi sia del 22,3% mentre nelle femmine arriva al 27,4%; mentre non sono state rilevate differenze significative rispetto ai disturbi del sonno e PTSD rispetto al genere anche se si è riscontrato un aumento di entrambi i tassi rispetto a prima della pandemia.

Anche Gao et al., (2020) nel suo studio riscontra che le ragazze hanno sperimentato più ansia, circa il 45%, rispetto ai maschi il cui tasso era del 40%. Vloo et al., (2021) nel suo studio riscontra che per le donne e gli uomini il gap si riduce rispetto ai sintomi ansiosi mentre aumentala il gap per il tasso di depressione, maggiore nelle donne.

Gli studiosi hanno, quindi, riscontrato delle differenze sulle ripercussioni sulla salute mentale, dovute al Covid-19, anche in relazione al genere di appartenenza.

Diviene importante, quindi, andare ad indagare il benessere nelle sue diverse sfaccettature tenendo in considerazione le variabili di genere e status socioeconomico di un soggetto poiché questi fattori andranno a influenzare il suo sviluppo e benessere avendo ripercussioni anche a lungo termine. Inoltre, è molto importante studiare anche queste variabili per poter andare a progettare interventi e aiuti il più efficaci possibili.

CAPITOLO 4

LA RICERCA

4.1 Presentazione del progetto

La presente ricerca si inserisce all'interno di un più ampio progetto promosso dal Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS) dell'Università degli Studi di Padova e coordinato dalla professoressa Sara Scrimin, docente del DPSS. Il progetto, denominato "La mia scuola è differente", coinvolge alcune scuole primarie del VII Istituto Comprensivo San Camillo di Padova e ha lo scopo di contribuire al contrasto della povertà educativa nella zona.

In particolare, all'interno di tale progetto si è inserito un percorso di tre anni, che si chiama "Emozioni Intelligenti: mi esprimo, mi regolo e sto bene con gli altri" avviato nel 2019 e che ha come obiettivo facilitare e sostenere la regolazione emotiva, le esperienze e capacità socio-relazionali nei bambini di età scolare; e aiutare a creare e mantenere un clima positivo nelle classi oltre a sensibilizzare l'apparato scolastico, attraverso laboratori e includendo anche brevi attività di ricerca. Le attività programmate, non erano rivolte solo ai bambini ma vedevano coinvolti anche gli insegnanti e il personale scolastico. Il progetto, inoltre, è stato riadattato nel tempo, andando a rispondere in maniera mirata alle nuove esigenze e bisogni riscontrati in relazione alle situazioni vissute contestualmente al periodo e alla scuola. In particolare, nell'anno 2020/2021 ci si è focalizzati nel creare attività mirate al contenimento e alla gestione delle emergenze, dovute al rientro a scuola che presenta nuove regole, misure di sicurezza e routine da adottare per il contenimento del virus, dopo il

periodo di lockdown e chiusura delle scuole a causa della pandemia, riducendo molto, quindi, rispetto all'anno precedente, le attività laboratoriali all'interno delle classi. È stato adibito anche uno spazio specifico all'interno del contesto scolastico per la gestione delle emergenze scolastiche che si potevano riscontrare nella quotidianità, prevedendo anche una maggiore presenza di professionisti e tirocinanti. I principali progetti laboratoriali che sono stati attivati all'interno della scuola in questo anno sono stati due: uno in relazione all'influenza della natura sulle capacità cognitive e di apprendimento dei bambini, e uno in relazione al benessere e supporto emotivo, soprattutto nei bambini. Quest'ultimo, denominato "RegalMente: Emozioniamoci insieme", aveva lo scopo di sostenere i bambini nella comprensione del proprio stato socio-emotivo in relazione alla loro percezione della pandemia, e di aiutarli nella definizione e nella riscoperta di efficaci strategie di gestione emotiva e di coping, soprattutto rispetto alle difficoltà ed emozioni negative che emergevano durante i momenti e le attività di confronto. KoK et al. (2013) appurano che il benessere e lo sviluppo emotivo del bambino sono strettamente connessi e che, infatti, come dimostrato nella prima parte di questo lavoro, ad emozioni e relazioni positive si riscontrerà un maggior stato di benessere. Inoltre, a migliori capacità di comprensione e gestione degli stati emotivi, oltre che a efficaci strategie di adattamento e fronteggiamento delle avversità si riscontrano migliori risultati sia in ambito relazionale che accademico (Cefai & Cavioni, 2014). Nel presente studio, essendo un confronto tra due campioni sono stati presi in esame sia i dati del progetto appena menzionato, sia i dati raccolti dagli studenti del corso di Psicologia della Famiglia e del Bambino nelle situazioni d'emergenza, tenuto dalla professoressa Scrimin. Questi ultimi dati sono stati raccolti attraverso un processo di "passaparola" degli studenti, intervistando bambini in età scolare ma

provenienti da scuole diverse. La raccolta dati avvenuta attraverso il progetto “RegalMente: emozioniamoci insieme” durante l’anno 2020/2021, ha visto la partecipazione di alcune delle classi della scuola Giovanni XXIII, avvenuta su base volontaria poiché interessate all’analisi e alla gestione efficace delle situazioni emergenziali e di difficoltà venutesi a creare a causa della pandemia del Covid-19. Il progetto era composto da un ciclo di tre incontri di una durata massima di due ore, che coniugava attività laboratoriali insieme ad attività di ricerca e i cui temi, affrontati e adattati in base all’età e alla possibile precedente partecipazione ai laboratori sulle emozioni, erano: la percezione del benessere e delle emozioni, la percezione del covid-19, la regolazione emotiva, la pro-socialità e il clima in classe. Le attività miravano a momenti di ascolto e confronto di emozioni e pensieri, condividendo e insegnando possibili strategie di coping e fronteggiamento per le situazioni di difficoltà che ci si può trovare ad affrontare nel contesto scolastico soprattutto in relazione al particolare periodo dopo le festività natalizie, passate con molte restrizioni e preoccupazioni rispetto ai contagi. Le attività sono state svolte in classe durante l’orario scolastico, coinvolgendo nella partecipazione non solo i bambini ma anche gli insegnanti. All’interno del progetto più esteso, nella scuola sono state proposte attività specifiche, sia di formazione che ludiche, per gli insegnanti, supervisionate dalla Dottoressa Marta Peruzza, con l’obiettivo di aiutare la creazione e il rafforzamento di una rete sociale, tra di loro e con i tirocinanti, che possa essere supportiva.

4.2 La Ricerca

Per il presente lavoro di tesi sono stati utilizzati dati raccolti durante i laboratori condotti nelle classi durante l'anno scolastico 2020/2021 durante i mesi di gennaio e febbraio, poiché ci aspettavamo una maggiore difficoltà all'interno del contesto scolastico dovuto all'intensificazione delle restrizioni esperite durante le vacanze natalizie, e che possono anche comportare l'aver vissuto un maggior stress o difficoltà familiari; e alle maggiori richieste curriculari essendo l'inizio dell'ultima parte dell'anno scolastico.

La raccolta dati è avvenuta attraverso questionari standardizzati illustrati (ad esempio la CHIP-CE) e domande create ad hoc (come le domande sulla percezione del covid) e si è svolta in maniera collettiva all'interno delle singole classi.

Nel primo incontro vi è stato un iniziale momento conoscitivo tra i tirocinanti e la classe avvenuto attraverso una breve attività/ gioco (es. dire tre cose che ti piacciono). A seguire si è iniziato ad indagare la percezione della classe rispetto alla situazione vissuta, alle misure adottate per il contenimento della pandemia di Covid-19 e alle differenze riscontrate rispetto agli anni precedenti, attraverso alcune domande appositamente formulate. È stata proposta, poi, una storia sulle emozioni, lasciando il finale in sospeso per riprenderlo nel secondo incontro, che evidenziava la necessità di saper esprimere quest'ultime e di saperle gestire. Questa lettura voleva aiutare a stimolare nella classe una riflessione sulle emozioni e in particolare rispetto alla situazione che si stava vivendo. L'incontro è proseguito con la spiegazione e la somministrazione del questionario Child Health and Illness Profile- Child Edition (CHIP-CE) (Riley, Forrest, Rebok, Starfield, Green, Robertson & Friello, 2004)

volto ad indagare la percezione del benessere emotivo e fisico nei bambini. La somministrazione nelle classi prima, seconda e terza è avvenuta esponendo item per item assieme ai bambini, mentre nelle classi quarta e quinta, data la maggior capacità di comprensione e l'aver già affrontato precedentemente il questionario, dopo la spiegazione dei primi item si è lasciata la compilazione autonoma del questionario, restando a disposizione per eventuali domande o dubbi. La percezione del Covid-19, invece, è stata studiata attraverso la somministrazione di due domande create ad hoc, che prevedevano due modalità di risposta: la prima di tipo grafico (un disegno fatto dal bambino), e la seconda è scritta. Per le classi prima, seconda e terza le risposte scritte, venivano trascritte da noi sotto dettatura, mentre nelle classi quarte e quinte le risposte erano scritte dai bambini anche se poi venivano spiegate verbalmente. Infine, sempre per valutare la percezione del covid-19, abbiamo somministrato il test SAM (Self-Assessment Manikin di Lang, 1980 in Bradley & Lang, 1994). Nel secondo incontro è stata ripresa la storia delle emozioni chiedendo, in un primo momento, se si ricordassero la storia e leggendo, poi, la conclusione. Quest'attività è stata propedeutica per discutere e fornire ai bambini delle possibili strategie di regolazione emotiva. Non in tutte le classi sono state fornite le stesse strategie, ma proposte in base all'età e alla possibilità che le avessero già affrontate all'interno di precedenti laboratori, ad esempio alle classi prima seconda e terza è stata proposta una scatola dove inserire dei foglietti in cui avevano scritto o disegnato le loro emozioni; alle classi quarta e quinta, invece, è stata proposta, per esempio, la scatola dei pensieri positivi.

Con il terzo incontro è stato trattato il tema della pro-socialità e del clima in classe. La prima attività proposta serviva per indagare la pro-socialità. È stato chiesto ai bambini,

primariamente, di crearsi dei gettoni e in seguito gli sono state poste due situazioni rispetto a due bambini, create appositamente, e dovevano decidere se e quanti dei gettoni, creati precedentemente, volevano donare. Sempre con lo stesso obiettivo d'indagine, sono state proposte ai bambini delle piccole scenette, strutturate ad hoc, che ritraevano un litigio, l'isolamento di un compagno o un compagno che provava dispiacere. Dopo aver proposto queste situazioni si chiedeva ai bambini cosa si potesse fare e come si sarebbero comportati di fronte a quelle situazioni cercando di creare un momento di confronto di classe.

In questo studio abbiamo considerato, inoltre, i dati raccolti in un secondo gruppo di bambini a più alto livello socioeconomico che sono stati raccolti, come precedentemente accennato attraverso delle interviste, grazie alla modalità del “passaparola”, condotte dagli studenti del corso di Psicologia della famiglia e del bambino nelle situazioni di emergenza, tenuto dalla Docente Scrimin, a bambini di età scolare. La raccolta di questi dati è avvenuta nel periodo tra ottobre e dicembre del 2020. Le domande poste ai bambini e che sono state prese in esame, in questo lavoro, sono sulla percezione del Covid-19 e del benessere nei bambini.

4.2 Obiettivi e domande di ricerca

L'obiettivo del presente studio è quello di indagare la relazione tra la percezione del covid e il benessere in due gruppi di bambini a basso ed alto SES. In particolare, abbiamo voluto rispondere alle seguenti domande di ricerca:

1. Qual è la percezione del covid nei bambini a basso e alto SES?

In relazione a questo ci aspettiamo che la percezione del covid nei bambini sia complessivamente di un evento negativo, in cui si esperiscono emozioni negative come sentimenti di ansia e preoccupazione rispetto all'essere contagiati o che qualcuno dei proprio cari sia contagiato o muoia; tristezza, fastidio e rabbia rispetto alle nuove regole che sono state date per il contenimento dei contagi; sentimenti d'isolamento e solitudine dovuti alla quarantena e al distanziamento sociale; disorientamento e incertezza dovuti alla difficile comprensione della pandemia.

2. C'è una differenza in come viene percepito il Covid tra maschi e femmine?

In relazione a questo ci aspettiamo che le femmine mostrino maggiori sintomatologie più di tipo internalizzante (ansia e depressione) mentre i maschi mostrino maggiori sintomatologie di tipo externalizzante (GGI, 2014); Tuttavia in letteratura non sono presenti molti studi di bambini in età scolare che mostrino differenze rispetto al genere, iniziano ad essere più delineate queste discrepanze nei dati durante l'adolescenza.

3. Esiste una relazione tra l'affettività legata alla percezione del covid (in termini di valenza e arousal) nei bambini e il loro benessere?

In relazione a questo ci aspettiamo che il benessere del bambino sia legato all'emozioni esperite dalla percezione del Covid-19, e che il legame sia inversamente proporzionale rispetto alle emozioni negative, ovvero maggiori saranno le emozioni negative (come ansia, paura, tristezza) minore sarà la percezione di benessere nei bambini. Il benessere, in letteratura, è considerato un costrutto multifattoriale che ha

al suo interno la componente emozionale e affettiva (Polland & Lee 2003; Statham & Chase, 2010), per cui diventa impossibile scinderle.

4. C'è una differenza nel benessere riportato dai bambini in relazione al livello socio-economico e al genere?

In relazione a questo ci aspettiamo che la percezione del Covid-19 in entrambi i gruppi sia di un evento negativo che comporta pensieri, emozioni e malessere fisico; tuttavia, mi aspetto, avendo raccolto in prima persona parte delle risposte date dai bambini e avendo letto le risposte di entrambi i gruppi, che nel gruppo di bambini a basso SES si riscontri una maggiore difficoltà nello spiegare e differenziare le proprie emozioni e pensieri, articolando le risposte in maniera molto essenziale rispetto a quelle articolate dai bambini ad alto SES. I bambini ad alto SES, infatti, mostrano una migliore capacità e conoscenza emozionale rispetto ai bambini a basso SES oltre che migliori capacità cognitive e linguistiche dovute anche alla maggiore disponibilità di risorse e ai maggiori stimoli educativi a cui sono sottoposti (Sheridan & McLaughlin, 2019). Inoltre, mi aspetto che i bambini con basso SES mostrino un minor benessere in relazione alla percezione del Covid rispetto ai bambini ad alto SES, essendo esposti a maggiori stimoli stressanti e a maggiori risposte fisiologiche stressanti che hanno ripercussioni anche nello sviluppo neuro-biologico (Hackman & Farah, 2009; Noble, 2012).

4.3 Partecipanti

I bambini coinvolti nel progetto “RegalMente: Emozioniamoci Insieme!” di quest’anno sono stati 76, di questi bambini il 47% è rappresentato da maschi, mentre il restante 53% da femmine con un’età compresa tra i 6 e i 10 anni (età media 7.90, $DS=.90$). Tutti i partecipanti di questo gruppo fanno parte della scuola primaria Giovanni XXIII, situata in un quartiere ad alta presenza di stranieri e in media con un basso livello socioeconomico; infatti, la maggior parte dei bambini sono di nazionalità o di origine straniera, per lo più immigrati di seconda generazione. I partecipanti alla raccolta dati nel gruppo a medio-alto SES è stato di 128 bambini, con un’età compresa tra 8 a 11 anni, con una media di 9.43 ($DS=1.03$), di questi bambini il 49% è rappresentato da maschi, mentre il restante 51% da femmine. Le scuole coinvolte sono state diverse perché la raccolta dati è avvenuta per passa-parola. Tuttavia, tutte le famiglie hanno un livello socioeconomico medio alto.

4.4 Procedura

Rispetto alla raccolta dati dell’anno 2020/2021 è stata proposta a tutte le classi dell’istituto Giovanni XXIII la partecipazione al progetto “RegalMente: Emozioniamoci Insieme” che si strutturava in una parte più laboratoriale e in una parte di ricerca e indagine. Nelle classi che si sono mostrate interessate e hanno aderito al progetto è stato raccolto il consenso informato di tutti i bambini con la firma di ambo i genitori dove venivano spiegate le modalità e l’obiettivo del progetto. Il progetto era strutturato in tre incontri di due ore ciascuno e sono avvenuti in orario curricolare.

La somministrazione dei questionari e dei test è avvenuta nel primo, rispetto al tema delle emozioni e della percezione del Covid-19, e terzo incontro, relativamente alla tematica della pro-socialità e del clima di classe. Nel secondo incontro si è svolta la parte più laboratoriale del progetto, in cui sono state presentate delle strategie di regolazione emotiva.

Nel primo incontro, dopo l'attività di conoscenza, sono state presentate ai bambini delle domande su quanto secondo loro le regole per il contenimento dei contagi (usare la mascherina, igienizzarsi le mani e il distanziamento sociale) venivano rispettate da loro e dagli adulti intorno a loro, e a cui dovevano rispondere per alzata di mano in maniera affermativa o negativa. È stata, poi, presentata una storia che aiutava i bambini ad identificarsi e che aiutava a ripercorrere la situazione della pandemia. In seguito è stato raccolto i dati per la percezione del benessere fisico ed emotivo nei bambini attraverso il questionario illustrato CHIP-CE. In tutte le classi è stato spiegato in forma collettiva, anche rispetto alla scala di risposte Likert, e sono state affrontate le prime domande insieme. Nelle classi quarta e quinta poi i ragazzi hanno proseguito al completamento del questionario in maniera autonoma anche se noi sperimentatori eravamo lì in caso qualcuno avesse bisogno di aiuto o di una spiegazione; mentre nelle classi prima, seconda e terza lo sperimentatore ha presentato ogni domanda mano a mano, aiutando i bambini a trovare il segno attraverso i simbolini presenti a lato di ogni domanda; inoltre, le altre ragazze, giravano per i banchi controllando il corretto svolgimento del test e aiutando i bambini quando necessario o in caso di dubbi. È stato somministrato un altro questionario, che indaga la percezione del Covid nei bambini ed era strutturato in due parti: la prima i bambini dovevano rispondere in forma grafica, cioè attraverso un disegno, a due domande: "A cosa pensi quando senti la parola

Covid?” e “Come ti senti quando senti la parola Covid?”; nella seconda parte invece dovevano rispondere in maniera scritta a delle altre domande: la prima era la spiegazione scritta dei due disegni fatti precedentemente, la seconda riguardava la regolina più brutta per il bambino, e la terza riguardava, invece, cosa faceva stare davvero male il bambino rispetto alla pandemia. Rispetto alla raccolta dei dati sulla percezione del covid nei bambini è stato anche somministrato il test SAM ovvero due domande, con un punteggio scala Likert, rispetto a come si sentivano alla parola coronavirus: la prima risposta era un punteggio da 0 a 4, dove uno era molto felice e 5 molto triste; la seconda risposta prevedeva sempre un punteggio da 0 a 4, dove, però, 1 corrispondeva a molto tranquillo e 5 molto agitato. I ricercatori sono sempre stati lì a disposizione di eventuali dubbi o necessità dei bambini.

Nel terzo incontro si è strutturata la seconda parte di raccolta dati, inerente al tema della prosocialità. Inizialmente si è fatto costruire ai bambini dieci gettoni di carta della forma e con il simbolo che più preferivano. È stato, poi, presentato loro 2 situazioni in cui gli si chiedeva se volessero o meno donare, e nel caso quanti gettoni. Nella prima situazione si chiedeva ai bambini se volessero dare dei loro gettoni ad un bambino che era stato contagiato dal Covid, mentre nella seconda situazione il bambino a cui si potevano donare dei gettoni soffriva di mal di testa. È stato, poi somministrata una sottoscala del questionario CHIP-CE sul benessere sociale seguendo le stesse modalità in cui era stata somministrata l'altra parte del questionario. Quest'ultima sottoscala è stata somministrata a tutte le classi tranne alla prima.

La raccolta dei dati avvenuta per l'altro campione è stata fatta dai ragazzi del corso di Psicologia della famiglia e del bambino nelle situazioni d'emergenze. Le indicazioni che sono state date per effettuare questa raccolta dati è che i bambini intervistati fossero bambini

della scuola primaria, tra i 6 e gli 11 anni. La modalità principale per reperire i soggetti è avvenuta tramite passa-parola e conoscenti. Le domande poste dall'intervistatore erano rispetto ai pensieri che i bambini avevano sul Covid-19 e a come si sentivano in relazione al Covid-19.

4.5 Strumenti

Per la presente ricerca sono stati presi in esame solamente gli strumenti atti a valutare le variabili di interesse, ovvero la percezione del covid e le reti amicali.

4.5.1 La percezione del covid

Per valutare la percezione del Covid nei bambini e quindi la sua influenza sul benessere abbiamo utilizzato strumenti di tipo qualitativo creati ad hoc sotto forma di questionario.

Le prime due domande presentate erano due disegni e che rispondevano a due domande: la prima era *“Ora ci piacerebbe che provassi a disegnare che cosa pensi quando senti la parola coronavirus”*, e voleva indagare l'aspetto più cognitivo e razionale; mentre la seconda era *“Ora ci piacerebbe che provassi a disegnare come ti senti quando si parla di coronavirus”*, e indagava l'aspetto più emotivo. Per poter fare l'analisi dei dati ci siamo però avvalse delle risposte scritte alla domanda *“Mi spieghi che cosa hai disegnato?”* senza tenere conto dei disegni fatti dai bambini ma solo della spiegazione che ne avevano dato. Le risposte a

quest'ultima domanda nelle classi prima, seconda e terza sono state scritte dagli sperimentatori sotto dettatura dei bambini, mentre nelle classi quarta e quinta i bambini hanno risposto in autonomia andando, però, poi a spiegare verbalmente quello che avevano scritto. Le altre domande somministrate, la cui risposta era scritta, sono “*che cosa ti fa stare male di questa situazione*”, spiegando ai bambini di considerare tutti gli ambiti e gli aspetti della pandemia; e “*qual è la regolina da rispettare più brutta per te?*”, qui è stato invece specificato ai bambini che dovevano fare riferimento alle regole per il contenimento del virus. Per poter fare le analisi è stato necessario creare delle categorie esaustive ed esclusive in cui rientrassero le risposte dei bambini. Le categorie, create per ogni domanda, sono state concordate da due sperimentatori, che prima singolarmente e poi accordandosi le hanno estrapolate, ricavando così le categorie definitive. Ad ogni categoria è stato dato un numero che rappresenta un valore simbolico e che definisce in maniera univoca la categoria. Per ogni risposta dei bambini è stata assegnata una sola categoria, e si è proceduto così per ogni gruppo di risposte.

Dopo una lettura delle risposte anche dell'altro gruppo dei dati, raccolti dagli studenti, per due gruppi di risposte sono state inserite due categorie nuove non riuscendo a rientrare nelle categorie già estrapolate per l'altro gruppo.

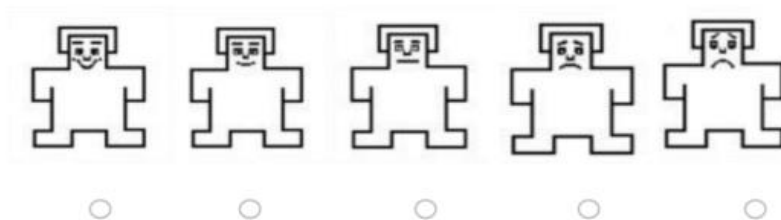
4.5.2. Affettività legata al covid

Per valutare l'affettività collegata al Covid-19 è stato utilizzato il test SAM (Self-Assessment Manikin di Lang, 1980 in Bradley & Lang, 1994), costituito da due dimensioni valutate su

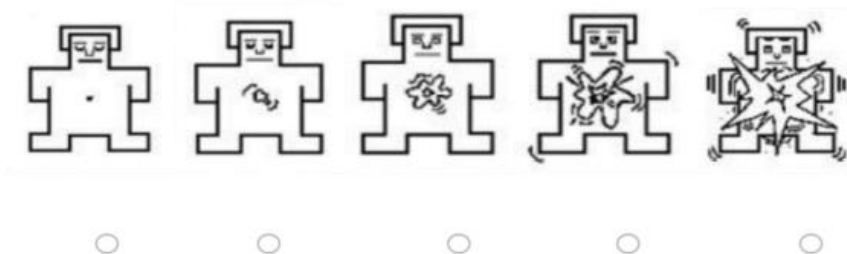
una scala Likert con punteggio da 0 a 4. Questa misura è di tipo cross-culturale, poiché non si struttura su aspetti culturali ed è di facile comprensione. Le due dimensioni che presenta sono: la *valenza*, valutata attraverso una dimensione di 5 raffigurazioni di volti ordinati in *molto felice*, *un po' felice*, *così così*, *un po' triste*, *molto triste*; mentre *l'arousal* rispetto alla raffigurazione della sensazione addominale sempre in 5 volti ordinati ma in *molto tranquillo*, *un po' tranquillo*, *così così*, *un po' agitato*, *molto agitato*. Fig.

Queste due dimensioni in questa ricerca rispondevano alla domanda: “*quando senti la parola coronavirus come ti senti?*”. Le due dimensioni rispetto alla domanda sono state spiegate in classe ai bambini.

Quando senti la parola "CORONAVIRUS", come ti senti? Puoi scegliere da "molto felice" a "molto triste".



Quando senti la parola "CORONAVIRUS", come ti senti? Puoi scegliere da "molto tranquillo" a "molto agitato".



4.5.3. Lo strumento CHIP-CE e benessere

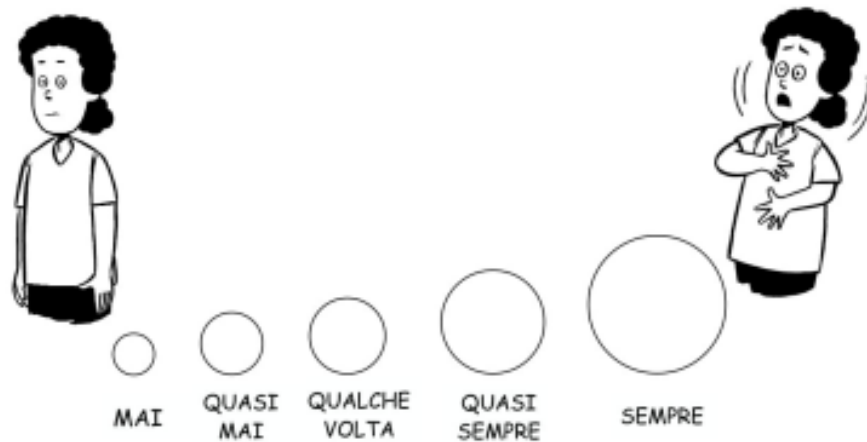
Per la valutazione del benessere fisico ed emotivo del bambino è stato utilizzato il questionario illustrato *Child Health and Illness Profile-Child Edition* (CHIP-CE) che è stato costruito da Riley e colleghi nel 2004, come strumento misurativo self-report per bambini dai 6 agli 11 anni e può essere somministrato sia come intervista semi-strutturata sia, come nel caso di questo progetto, come un questionario. Questo strumento presenta 45 items totali che si suddividono, però, in 5 aree del benessere da indagare che sono: la soddisfazione della propria salute; il benessere emotivo e fisico, evitamento del rischio, supporto familiare e successo scolastico e relazionale. Le risposte si avvalgono della scala Likert in un punteggio da 1 a 5 posizionati in maniera crescente e anche visivamente intuitivo, avendo cinque pallini di grandezza crescente per ogni domanda, a 1 corrisponde l'etichetta *mai*, a 2 *quasi mai*, 3 *qualche volta*, 4 *quasi sempre*, 5 *sempre*. In corrispondenza del valore 1 e del valore 5 vi è un disegno per facilitare ulteriormente la comprensione della scala, non facendo, però, riferimento a cultura età del soggetto disegnato. Le domande poste chiedono di prendere in considerazione l'arco di tempo delle ultime quattro settimane. Di fianco ad ogni item, inoltre, per semplificare la reperibilità della domanda vi è un simbolino identificativo di riconoscimento.

Nella raccolta dati fatta all'interno del progetto sono stati utilizzati solo la parte di items relativi al benessere fisico ed emotivo e al benessere sociale.

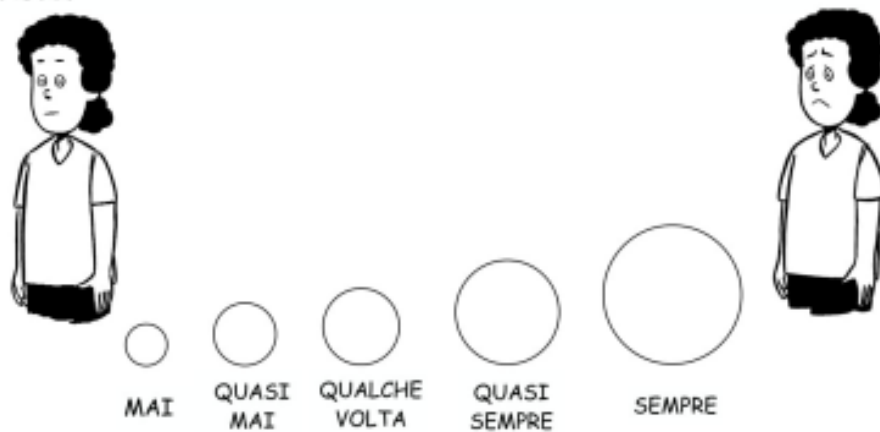
Degli esempi di domande somministrate sono: per quanto riguarda il benessere fisico “*nelle ultime quattro settimane quanto spesso hai fatto fatica a respirare?*”, per quanto riguarda

invece il benessere emotivo un esempio è “Nelle ultime quattro settimane quanto spesso ti sei sentito veramente triste?”.

Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso hai fatto fatica a respirare?



Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso ti sei sentito veramente triste?



4.6 Analisi dei dati

Dopo aver eseguito una serie di analisi descrittive volte a studiare la distribuzione dei dati e la presenza di eventuali outliers o distribuzioni atipiche abbiamo proceduto con le seguenti analisi volte a rispondere alle specifiche domande di ricerca.

- 1) Per valutare quali fossero le principali risposte date dai bambini ad un anno dall'inizio della pandemia in relazione al Covid e a quello che li fa sentire/pensare sono state condotte delle analisi descrittive individuando la frequenza di presenza delle diverse categorie di denominazione
- 2) Per valutare se la risposta affettiva in termini di valenza e arousal in relazione al covid fosse diversa nei due gruppi di SES (alto e basso) e genere (maschi e femmine) sono stati eseguiti due t-test.
- 3) Per valutare se la risposta affettiva fosse associata benessere emotivo nella scala CHIP-CE e se questa relazione variasse in funzione del SES e del genere è stata condotta regressione lineare inserendo come fattori i due gruppi (alto e basso SES) e il genere e come variabile dipendente il punteggio di benessere ottenuto dalla CHIP-CE. Inoltre, è stata testata l'interazione tra i fattori.

CAPITOLO 5

RISULTATI

5.1 Cosa pensano i bambini in relazione al Covid ad un anno dall'inizio della pandemia

Per valutare quali fossero le principali risposte date dai bambini ad un anno dall'inizio della pandemia in relazione al Covid e a quello che li fa sentire/pensare sono state condotte delle analisi descrittive individuando le frequenze di presenza delle diverse categorie di denominazione all'interno dei due gruppi e in relazione al genere.

Nella Tabella 1, vengono presentate le categorie che sono state utilizzate per l'inserimento delle risposte dei bambini nella prima domanda sul "Pensare al Covid", ovvero "Ora ci piacerebbe che provassi a disegnare che cosa pensi quando senti la parola coronavirus", e la frequenza con cui queste sono state riscontrate nei due gruppi analizzati, alto e basso SES; inoltre sono state anche riportati alcuni esempi di risposte date dai bambini, come elemento per una miglior comprensione. Vediamo ora le categorie nello specifico: nella categoria 1 "*mascherina*" sono rientrate tutte le risposte date dai bambini che riguardava l'indossare quotidianamente la mascherina; la categoria 2 "*infezione*", invece, riguardava tutte le risposte che parlavano di contagio o del virus stesso; la categoria 3 "*isolamento e distanziamento*", fa riferimento alle risposte inerenti alla regola sul distanziamento o alla quarantena/isolamento; la categoria 4 "*insieme delle regole*" include tutte le risposte che si riferivano alle regole per il contenimento in generale, o comunque a più di una specifica, differenziandosi così dalle categorie 1 e 3; la categoria 5 "*paura della morte*", riprende tutte

le risposte che i bambini hanno dato mostrando paura e preoccupazione che loro o i loro cari potessero morire a causa del covid; la categoria 6 “emozioni” si rifà a tutte le risposte dei bambini in cui hanno parlato di emozioni riguardo alla pandemia; la categoria 7 “nulla” riguarda tutte le risposte riscontrate in cui i bambini avevano risposto con “nulla” o con “niente” oppure a quelle risposte che non erano pertinenti con la domanda posta ai bambini; la categoria 8, è una categoria inserita non nelle analisi ma più per uno studio qualitativo, in quanto presenti solo nel gruppo di bambini ad alto SES. Questa categoria racchiude tutte le risposte dei bambini che hanno fatto riferimento alle ripercussioni che la pandemia ha avuto su aspetti di vita quotidiana e non strettamente legati a aspetti di salute, come aspetti economici o lavorativi.

Categoria	Esempi di risposta data	Frequenza alto SES	Frequenza basso SES
1) Mascherina	“un bambino e una bambina con la mascherina perchè c'è il covid”, “la mascherina perchè la si usa sempre”	15	14
2) Infezione	“un germe che infetta”, “un adulto che si è preso il virus perchè era senza mascherina e il virus lo ha attaccato”	33	25
3) Isolamento/ distanziamento	“una femmina dentro alla casa, stare dentro alla casa protetto”, “quando c'è il coronavirus non ci si può abbracciare”	6	7
4) Insieme delle regole	“le regole da rispettare e mettersi la mascherina”, “penso alle regole”,	11	9
5) Paura della morte	“una tomba perchè in tv dicono che muoiono tante persone”, “morte”	8	5

6) Emozioni	“mi viene in mente la tristezza”, “penso alla rabbia”	7	3
7) nulla	“nulla”, “gatto”	16	13
8) Ricadute nel quotidiano	“Penso alle persone che perdono il lavoro e sono attualmente in difficoltà”, “Ad un disastro economico mondiale premeditato e quindi associato ad una volontà politica di voler distruggere la repubblica italiana”, “la prima cosa che mi viene in mente è la DAD perchè l'abbiamo fatta tanto e un pochino mi pesa perché è un po' difficile”	13	0

Tabella 1 frequenze – “Pensare al Covid-19” in relazione al livello socioeconomico

Dalla tabella si evince che la categoria di risposte più frequente per entrambi i gruppi, con 33 risposte per il gruppo ad alto SES e 25 per il gruppo a basso SES, è la numero 2 “*Infezione*”; seguono le categorie 1 “*mascherina*” e 7 “*nulla*” per ambo i gruppi. A seguire solo per il gruppo ad alto SES, con 13 risposte, vi è la categoria 8 “*ripercussioni pandemia*”, evincendo così una sostanziale, anche se a livello qualitativo, differenza tra i due gruppi. La categoria che si riscontra essere più bassa per i bambini ad alto SES è la 3 “*isolamento/distanziamento sociale*” con 6 risposte, mentre per i bambini del gruppo a basso SES la categoria 6 “*emozioni*” presenta solo 3 risposte. Queste differenze rispetto alle frequenze tra i gruppi sono messe in risalto nell’Istogramma Figura 1.

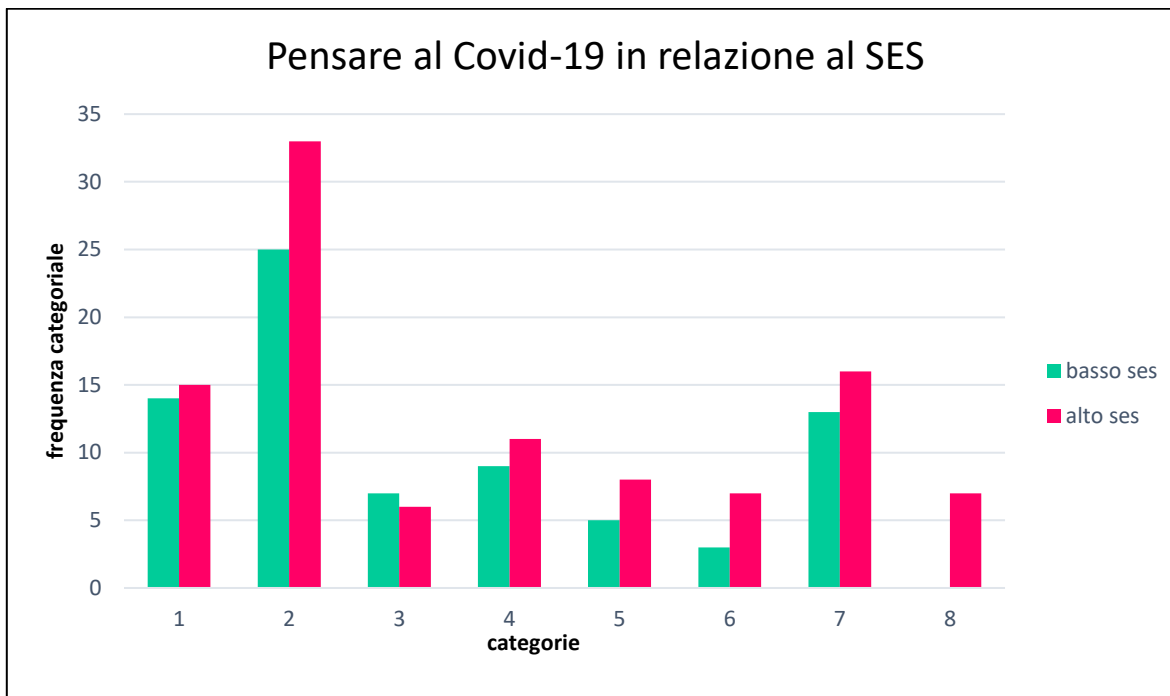


Figura 1 Istogramma frequenze categorie- "PENSARE IL COVID-19" in relazione allo status socioeconomico

Istogramma Figura 2 si possono osservare le differenze di frequenza delle risposte sulla domanda “Pensare al Covid” in relazione al genere dei bambini. Si può osservare che sia nelle femmine che nei maschi vi è una maggiore frequenza della categoria 2 “*infezione*”, seguita poi per i maschi dalla categoria 1 “*mascherina*” mentre per le femmine dalla categoria 7 “*nulla*”. Risulta una maggiore frequenza per le femmine anche nelle categorie 3 “*isolamento o distanziamento*”, 5 “*paura della morte*” e 6 “*emozioni*”; mentre nei maschi risulta una maggiore frequenza nella categoria 4 “*insieme delle regole*”. Anche nella categoria 8 si riscontra una maggior frequenza per i maschi.

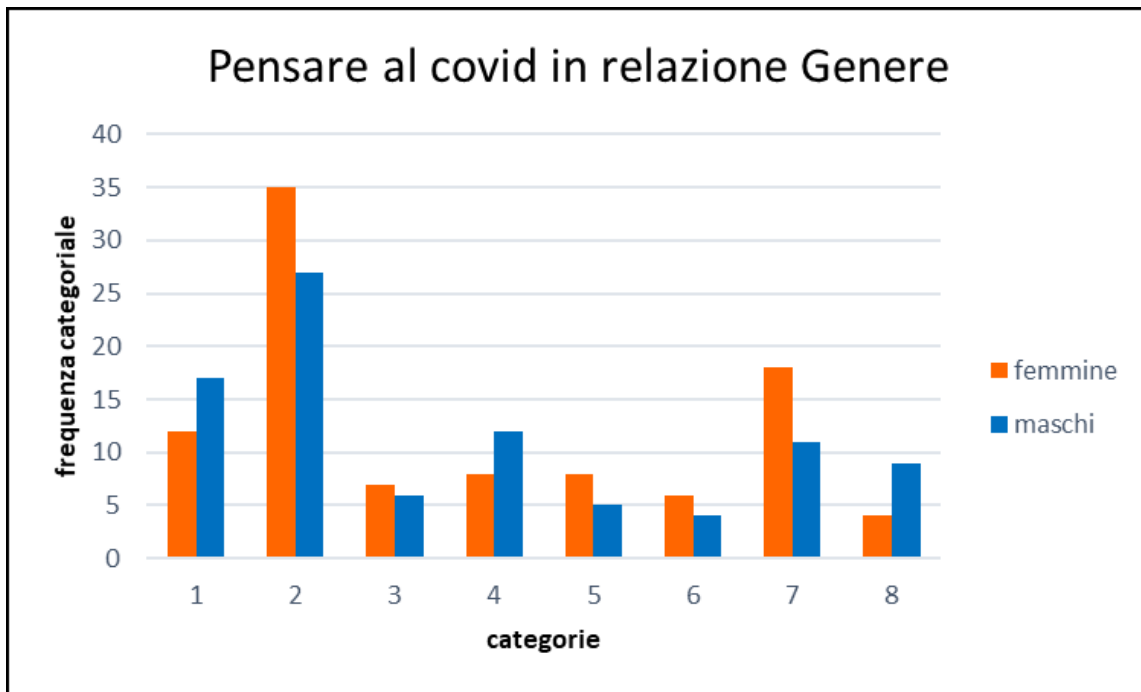


Figura 2 Istogramma frequenze categorie- "PENSARE AL COVID-19" in relazione al genere

Istogramma Figura 3, mostra unitariamente in maniera grafica quanto mostrato nei grafici appena illustrati.

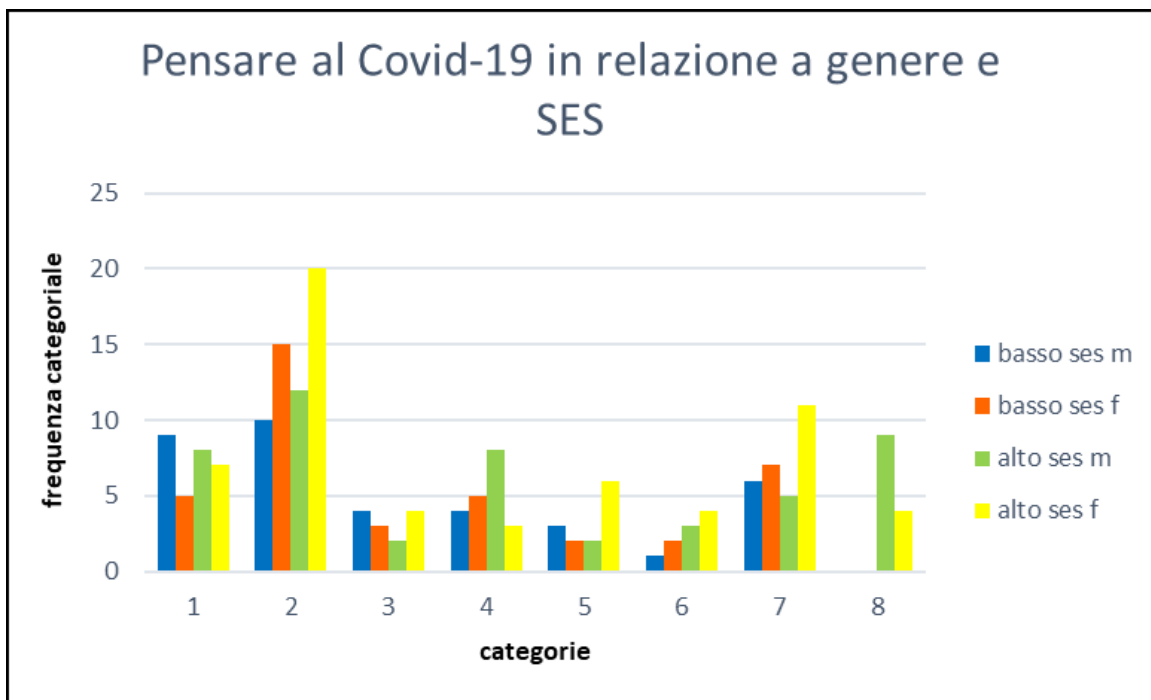


Figura 3 Istogramma frequenze categoriale- "PENSARE AL COVID-19" in relazione al SES e al genere

La stessa descrizione è stata condotta per le risposte dei bambini alla domanda sul “Sentire il Covid-19” che è “*Ora ci piacerebbe che provassi a disegnare come ti senti quando si parla di coronavirus*”, costruendo la Tabella 2 dove sono state inserite, anche qui, il numero di frequenze delle categorie sia per il gruppo di bambini ad alto SES sia per il gruppo di bambini a basso SES, e riportando degli esempi di risposta per quella categoria ritenuti significativi ed esplicativi.

Sono state riportate anche qui otto categorie, in cui la numero 8 “stare bene/ tranquillità” essendo considerata solo per il gruppo di bambini ad alto SES, può essere considerata significativa solo in una valutazione qualitativa, infatti, anche in questo caso, non è stata considerata per le analisi statistiche. Sono state riportate nelle categorie le risposte in

relazione alle informazioni e notizie solo sulla pandemia e non in merito ad altre notizie. Le categorie in questa domanda sono così divise: la categoria 1 *“tristezza”* in cui i bambini esprimono la tristezza sia in merito alla presenza del virus sia dettata dalle restrizioni da seguire per il contenimento del virus; la categoria 2 *“paura”*, anche qui sia in relazione al virus stesso sia rispetto al contagio di se o degli altri; la numero 3 *“noia/stanchezza”*, in questo caso alcune delle risposte facevano strettamente riferimento alla molteplicità di notizie e informazioni sulla pandemia che sentivano; la categoria 4 *“rabbia”*, nelle risposte i bambini fanno riferimento a tutti gli ambiti colpiti dalla pandemia; la 5 *“preoccupazione/agitazione”* spesso in riferimento allo stare male e all’essere contagiati; la categoria 6 *“malessere fisico”*, le risposte dei bambini qui si rispecchiavano come più generiche e in alcuni casi vi era una scarsa o una mancante capacità di saper definire il malessere o ricondurlo a qualcosa; la categoria 7 *“nulla”*, come nella precedente domanda, si riferisce alle risposte dei bambini che hanno risposto con *“nulla”* o *“niente”*, o che non erano inerenti alla domanda che gli era stata posta; infine, come già sopracitata, la categoria 8 *“stare bene/tranquillità”*.

Categoria	Esempi di risposta data	Frequenza alto SES	Frequenza basso SES
1) Tristezza	“Io che piango e sono tanto triste perchè dobbiamo tenere le mascherine, non ci possiamo toccare, fare i party”, “mi sento triste perchè c’è il covid”	22	28

2) Paura	“una bambina spaventata perchè ha visto qualcuno malato”, “ho paura di avere il covid e dobbiamo sempre mantenere le distanze”	19	8
3) noia/stanchezza	“stanco perchè si sente nei media e in chiesa, dappertutto”, “Noia”	6	4
4) rabbia	“Un po’ arrabbiata col COVID; gli darei un pugno in faccia se fosse una persona vera.”, “sono arrabbiata perchè non posso fare molte cose”	4	5
5) preoccupazione/ agitazione	“mi sento un pò preoccupato ma quando c’è mamma mi consola sempre perchè alcune volte mi sento preoccupato e mi consola anche quando sono triste”, “agitata”	14	9
6) malessere fisico	“mi batte il cuore”, “stare male ma non so perché”, “mi sento male per le persone che muoiono”	4	6
7) Nulla	“niente”, “io che sto correndo”	19	16
8) stare bene/ tranquillità	“Io e la mia famiglia stiamo bene e per questo sono felice, anche se tra pochi giorni ci saranno delle nuove regole da seguire”, “Abbastanza bene,ormai mi sono abituato, “Mi sento sicura”	21	0

Tabella 2 categorie e frequenze – “SENTIRE IL COVID-19” nei due gruppi ad alto e basso SES

Dalla Tabella 2 emerge che la categoria con un maggior numero di frequenze per entrambi i gruppi di bambini è la prima “tristezza”, gruppo ad alto SES 22 mentre gruppo a basso SES

28. Per il gruppo ad alto SES però la seconda categoria con il numero maggiore di frequenze è la categoria 8 “*stare bene/tranquillità*”, con 21, e a seguire le categorie 7 “*nulla*” e 2 “*paura*”, con 19. Nei bambini del gruppo a basso SES, invece, la seconda con maggior numero di frequenze è la 7 “*nulla*”, con 16, e a seguire la categoria 5 “*preoccupazione/agitazione*” e 2 “*paura*”, con rispettivamente 9 frequenze per la categoria 5 e 8 frequenze per la categoria 2. Le categorie con meno frequenze in ambo i gruppi sono le categorie 3 “*noia/stanchezza*”, 4 “*rabbia*” e 6 “*malessere fisico*”. Nel gruppo a basso SES, come già visto, non sono presenti risposte rientranti nella categoria 8 a differenza del gruppo di bambini ad alto SES, valore molto interessante qualitativamente parlando, anche rispetto a quanto visto nella letteratura nei primi capitoli.

Andando a guardare l’istogramma Figura 4, possiamo vedere graficamente quanto è stato appena delineato.

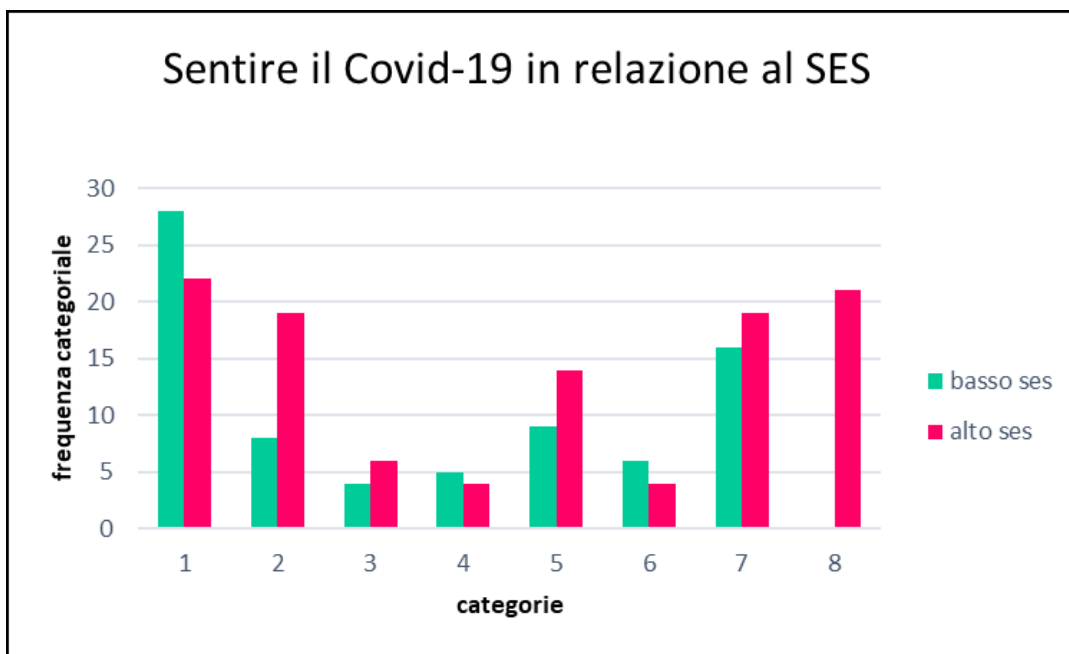


Figura 4 Iistogramma frequenze categorie- "SENTIRE IL COVID-19" in relazione allo status socioeconomico

È stato, anche per questa domanda, creato un istogramma Figura 5 dove si delineano le differenze di frequenza nelle risposte alla domanda sul “sentire il covid-19” in relazione al genere di bambini. Emerge a colpo d’occhio che la categoria con maggior frequenza maschile è la 1 “tristezza”, seguita dalla categoria 5 “preoccupazione/agitazione” e dalla 7 “nulla”. Nelle femmine, invece, le categorie con maggior frequenza risultano, parimenti, la 1 “tristezza” e la 7 “nulla”, seguite poi dalla categoria 2 “paura”. Si può notare una forte differenza tra le frequenze di risposte nei due generi nelle categorie 3 “noia/stanchezza” riportate maggiormente dai maschi e nella categoria 6 “malessere fisico” maggiormente presente per le femmine. Si può notare, anche, che nella categoria 8 “stare bene/tranquillità” le frequenze tra maschi e femmine quasi si equivalgono.

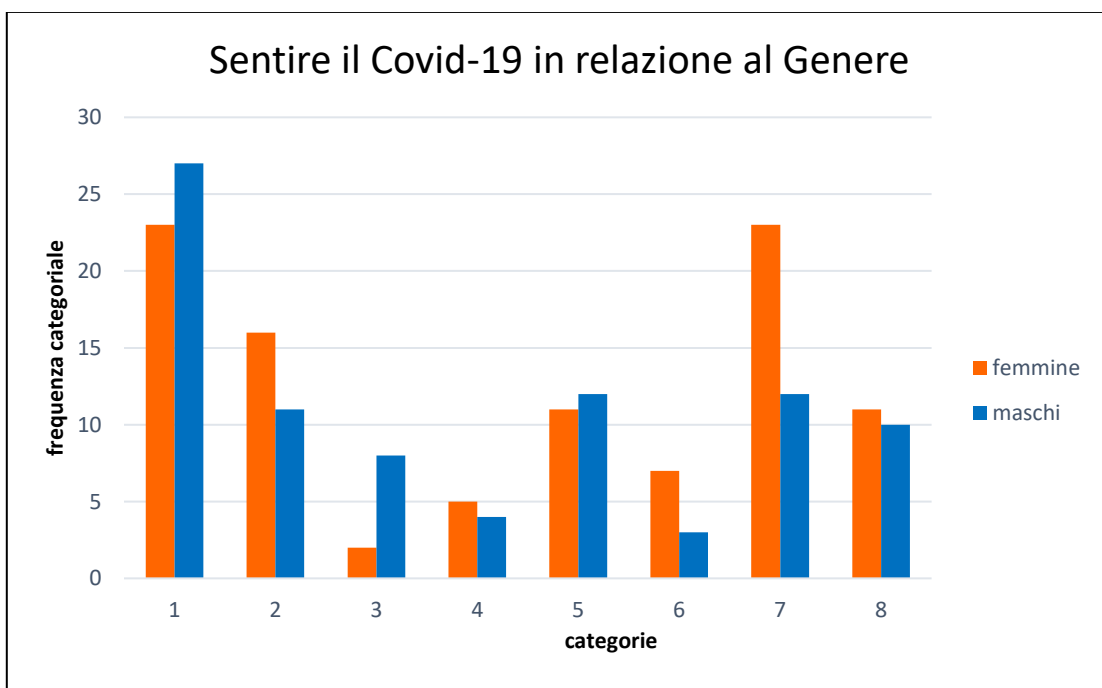


Figura 5 Istogramma frequenze categorie- "SENTIRE IL COVID-19" in relazione al genere

È stata, inoltre, anche per questa domanda sul “sentire il Covid-19”, fatto un istogramma che mostri in maniera unitaria le frequenze delle categorie, sia in relazione al SES che al genere.

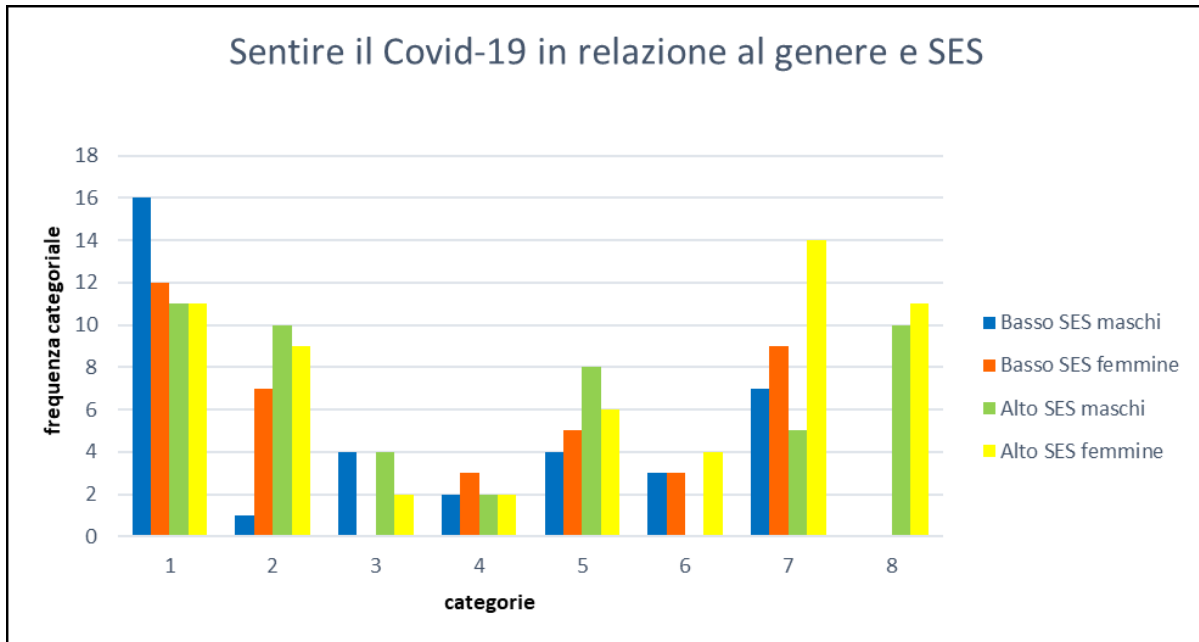


Figura 6 Istogramma frequenze categorie- "SENTIRE AL COVID-19" in relazione al SES e al genere

5.2 Affettività espressa e differenze di genere e tra alto e basso SES

Per valutare se la risposta affettiva in termini di valenza e arousal in relazione al covid fosse diversa nei due gruppi di alto e basso SES e genere (maschi e femmine) sono stati eseguiti due t-test.

Dalle analisi non è emersa nessuna differenza significativa nella valenza emotiva elicitata dal pensare al Covid tra bambini con alto e basso SES, $t(204) = .34, p = .52$. Inoltre, non si sono riscontrate differenze di genere, $t(204) = .67, p = .22$.

Allo stesso modo non si sono riscontrate differenze in relazione all'arousal tra bambini con alto e basso SES, $t(204) = .27, p = .12$. Inoltre, non si sono riscontrate differenze di genere, $t(204) = .47, p = .32$.

In figura 7 sono riportate media e deviazione standard dell'affettività registrata in termini di valenza per i 4 gruppi (alto e basso SES, maschi e femmine).

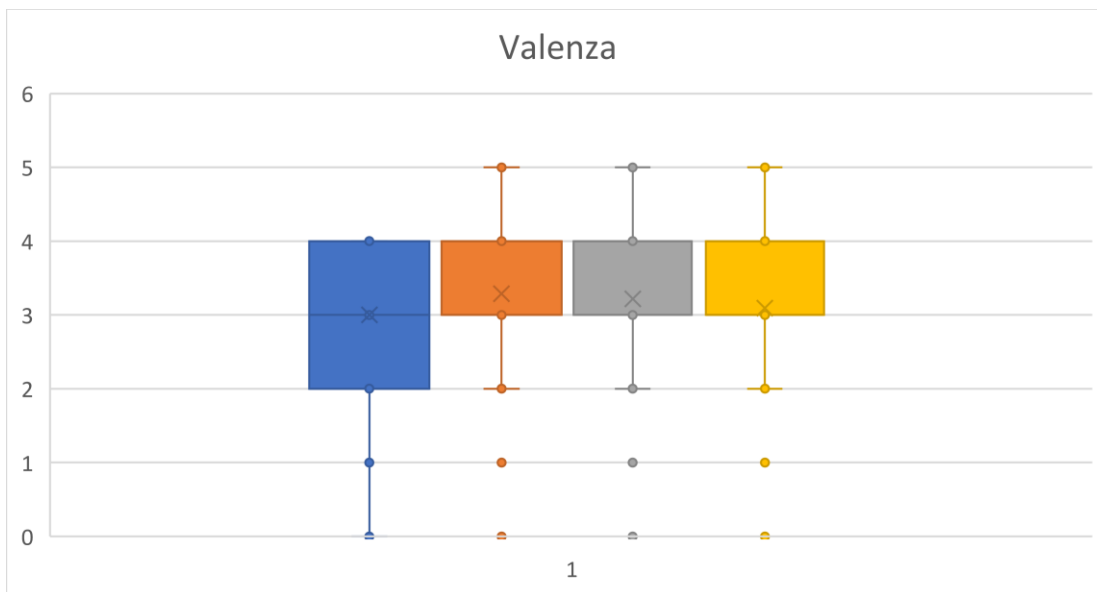


Figura 7 valenza Covid-19

In figura 8 sono riportate media e deviazione standard dell'affettività registrata in termini di arousal per i 4 gruppi (alto e basso SES, maschi e femmine).

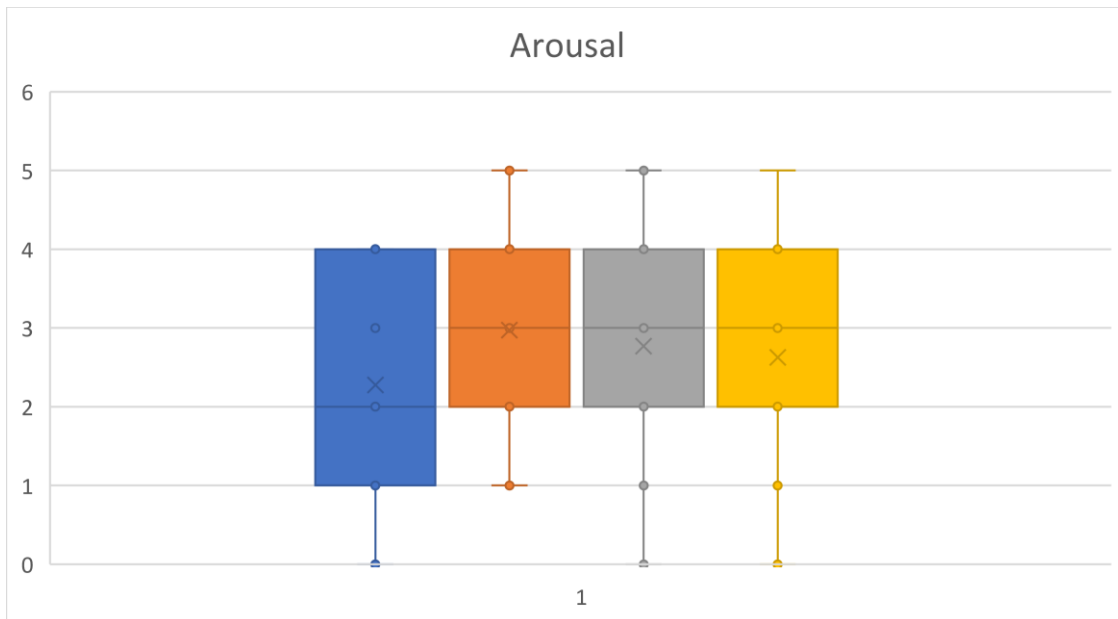


Figura 8 arousal Covid-19

5.3 Affettività espressa e differenze di genere e tra alto e basso SES.

Per valutare se la risposta affettiva fosse associata benessere emotivo nella scala CHIP-CE e se questa relazione variasse in funzione del SES e del genere è stata condotta una regressione lineare inserendo come fattori i due gruppi e il genere e come variabile dipendente il punteggio di benessere ottenuto dalla CHIP-CE. Inoltre, è stata testata l'interazione tra i fattori.

In Tabella sono riportati i risultati emersi, tuttavia non è stata riportata l'interazione tra i fattori dal momento che non era emersa alcuna relazione significativa ed è dunque stata eliminata dal modello.

Come si vede, c'è un effetto negativo dell'affettività legata al covid ad indicare che all'aumenta dell'affettività negativa associata al Covid diminuisce significativamente il benessere dei bambini.

Inoltre, il benessere diminuisce nei bambini a basso SES. Non si riscontrano invece differenze in relazione al genere.

In tabella 1 sono riportati i risultati emersi dall'analisi.

	B	SE	<i>t</i>	<i>p</i>
Affettività legata al Covid	-.25	.73	.03	.03*
SES	.01	.03	.40	.05
Genere	-.00	.01	.37	.71
R ²	.14			

Nel capitolo che segue discuteremo più dettagliatamente i risultati emersi.

CAPITOLO 6

DISCUSSIONE

L'obiettivo del presente lavoro di tesi è stato quello di andare a indagare gli effetti che la pandemia di Covid-19 ha avuto nei bambini in età scolare con il focus su emozioni, pensieri e sentimenti esperiti, andando a capire che tipo di affettività era associata. L'interesse dello studio si è poi spostato sull'andare a vedere se vi erano delle relazioni rispetto all'affettività esperita dai bambini e il loro genere e lo livello del SES che presentavano. Si discuterà nei seguenti paragrafi di quanto è emerso dai risultati soprariportati.

6.1 Cosa pensano i bambini in relazione al Covid ad un anno dall'inizio della pandemia

La prima domanda che questo lavoro di ricerca si è posta riguardava la percezione che i bambini di età scolare, tra i 6 e gli 11 anni, avessero della situazione a un anno dall'inizio della pandemia di Covid-19, sia come pensieri che come emozioni e sentimenti. L'ipotesi iniziale era che i bambini, in relazione a questo evento, esperissero emozioni negative, presentando quindi un vissuto di maggior malessere. Quest'ipotesi è stata confermata dai dati raccolti. Inoltre, è voluto guardare a possibili differenze nella percezione dovute al genere o al SES. L'ipotesi in questo caso è che i bambini con SES e generi differenti possano presentare percezioni differenti in merito. Si può riportare come a livello qualitativo sia possibile vedere alcune differenze tra i gruppi confrontati.

Nello specifico da quanto raccolto sul “Pensare al Covid-19” emerge che con maggior frequenza, per tutti i bambini, vi siano per primi pensieri sull’infezione come malattia e sulla possibilità di essere contagiati o che un loro caro o le persone intorno venissero contagiate. Ciò può essere dovuto al continuo essere sottoposti a informazioni e notizie, da quando ha avuto inizio, del virus, sul numero dei contagiati, sui sintomi che causava pensandola proprio in termini di malattia e sulla gravità di questi creando così un maggior senso di pericolo e incertezza rispetto alla non conoscenza di questo virus e di ciò che potrebbe comportare, aumentato anche dal senso di incertezza che i sistemi intorno al bambino sperimentano. Un’altra categoria risultata per i bambini molto frequente è quella in cui si trattava il tema della mascherina, uno degli elementi simbolo di questa pandemia. Il portare quotidianamente la mascherina, nonostante il fastidio, è stata un’abitudine a cui tutti si sono dovuti adattare, inserendola nelle nuove routine dettate per la riduzione dei contagi. Il fatto di portarla per tutto il giorno, anche a scuola, è molto fastidioso ed è una restrizione difficile da seguire; infatti, anche durante le ore dei laboratori si è riscontrata una difficoltà dei bambini a usare questo dispositivo di protezione in maniera corretta. Questa categoria è stata riscontrata maggiormente per i maschi mentre i due gruppi che differivano per il SES presentavano una frequenza quasi uguale. A seguire come rilevanza di frequenze ci sono state le categorie “nulla” e “insieme di regole”. Per quanto riguarda la categoria dell’“insieme di regole” si può fare una riflessione simile a quella fatta per le mascherine, infatti, i bambini hanno dovuto adattarsi a nuove routine e abitudini, in tutti i contesti, per il contenimento dei contagi. È da considerare che l’insieme di queste regole può comportare un aumento di stress, di paure e di difficoltà oltre, per alcune di esse, essere delle regole che limitano le libertà e le possibilità di attività dei bambini, portandoli a risentirne in molti ambiti. Anche per questa categoria è

risultata una prevalenza di risposte maschili e una maggior frequenza, anche se di poco, per il gruppo ad alto SES.

Per quanto riguarda la categoria nulla è stata riscontrata un'alta frequenza di risposte che può essere dovuta alla difficile comprensione della domanda posta e al riuscire a soffermarsi sui propri pensieri razionali, essendo bambini in età scolare e quindi ancora alcuni processi sono in fase di sviluppo; inoltre, vi può essere stata la difficoltà di parlare dei propri pensieri in maniera libera e senza la paura di essere giudicati. In questa categoria la maggior frequenza è stata rilevata per le femmine e nel gruppo ad alto SES. Emerge, anche, come dato qualitativo che i bambini ad alto SES hanno una percezione del covid anche rispetto ad altri ambiti e alle ricadute che può avere in ambito economico, lavorativo e politico, cosa che non è emersa dai bambini con basso SES.

Dal “sentire il Covid-19” è, invece, emerso che, per tutti i bambini, la maggior frequenza era nella categoria tristezza. Ciò può essere dovuto alla molteplicità di cambiamenti nelle routine a cui hanno dovuto adattarsi e alle restrizioni che hanno dovuto rispettare e che hanno comportato anche il non poter giocare e stare insieme agli amici e alle persone care, non potersi abbracciare o comunque avere un contatto fisico, ma anche al rispetto di molte regole che sono magari ritenute difficili da rispettare con costanza. Rispetto alle risposte del “sentire il Covid” come seconda categoria più frequente è risultata la categoria nulla, le cui risposte sono probabilmente date dai motivi esposti precedentemente. È, inoltre, interessante andare a vedere, a livello, che la categoria che risulta poi essere molto frequente nel gruppo di bambini ad alto SES, è una categoria non riscontrata nei bambini a basso SES, ovvero “stare bene/tranquillità” unica categoria in cui l'esperito riportato è positivo. Rispetto alle differenze di genere emerge solo una maggiore frequenza nei maschi per la categoria

tristezza; mentre nelle femmine è maggiore nelle categorie “nulla” e “stare bene/tranquillità”, anche se per quest’ultima categoria la differenza tra i generi è minima. Le categorie “Ripercussioni della pandemia” e “stare bene/tranquillità” non sono state prese in considerazione per le analisi statistiche ma sono state mantenute per quanto una riflessione di tipo qualitativo dei dati.

6.2 Affettività espressa e differenze di genere e tra alto e basso SES

Un’altra domanda di questo lavoro andava ad analizzare statisticamente la relazione tra l’affettività in termini di valenza e arousal in relazione al Covid-19 e il livello del SES (alto o basso) e il genere (maschio o femmina) nei bambini. Quest’analisi è avvenuta attraverso l’utilizzo del test SAM. L’ipotesi era che i bambini nei bambini a basso SES ci fosse una maggiore affettività negativa, per quanto riguarda lo status socioeconomico; mentre rispetto al genere l’ipotesi era una maggior affettività negativa nelle femmine, anche se come già detto in precedenza sono state riscontrate in letteratura discrepanze per il genere solo in età maggiori, adolescenza, e poche volte nei bambini in età scolare.

È emerso, come già emerso nel precedente paragrafo, che l’affettività espressa sia tendente a sentimenti negativi che si legano maggiormente a uno stato di malessere nei bambini.

Non sono state, però, rilevate interazioni significative rispetto all’affettività in termini di valenza legata al covid in relazione al tipo di SES dei bambini e neanche in relazione al genere di bambini. Inoltre, non è stata rilevata, neanche, alcuna interazione significativa rispetto all’affettività in termini di arousal legata al covid in relazione al tipo di SES dei bambini e neanche in relazione al loro genere.

È possibile che la mancanza di interazioni in entrambi gli aspetti sia dovuta alla ridotta dimensione del campione non riscontrando così delle differenze significative. Per quanto riguarda le differenze di genere prima dell'adolescenza è difficile rilevare differenze significative probabilmente perché i processi di sviluppo in questa fase non risentono molto del genere quanto in età più avanzate.

6.3 Affettività espressa e differenze di genere e tra alto e basso SES

L'ultima domanda di ricerca voleva andare ad indagare la percezione del covid in relazione al benessere dei bambini di età scolare attraverso il questionario CHIP-CE e mettendo poi a confronto e andando a vedere se ci fossero delle possibili differenze tra i gruppi valutati, alto e basso SES e tra maschi e femmine. L'ipotesi era che i bambini sperimentassero ed esperissero emozioni negative e che queste avessero ripercussioni a cascata sul benessere dei bambini, inoltre si riteneva che potessero esserci differenze significative tra i vari gruppi. I dati hanno confermato in parte quanto ipotizzato.

È emerso dai dati che vi era un effetto negativo significativo legato alla percezione del Covid-19 e benessere esperito, cioè risultava che con ad un aumento dell'affettività negativa provata rispetto al Covid-19 corrispondeva una diminuzione del benessere dei bambini. È, inoltre, risultato che nel gruppo dei bambini a basso SES si riscontrasse una maggior diminuzione del benessere esperito in relazione alla percezione del Covid-19 rispetto al gruppo di bambini ad alto SES. Questa differenza tra gruppi, come visto anche in letteratura, è possibile che sia dovuta ad un minor possesso di risorse per fronteggiare questa situazione di difficoltà, sia a livello di risorse materiali che di risorse sociali e psicologiche (Lin te al., 2021). Può inoltre,

essere dovuto, magari, all'acuirsi di alcune difficoltà pregresse o all'aggiungersi di nuove difficoltà familiari e nei vari sistemi in cui è inserito il bambino (Grace George, 2021).

Non sono, invece, risultate significative differenze rispetto al genere (maschio e femmina), questo può essere dato, come già accennato, dal fatto che sia stato considerato un ristretto campione, oltre che dalla possibilità che le differenze dovute al genere si intensifichino e si riscontrino in adolescenza.

6.4 Limiti della ricerca e considerazioni

Verranno presentati ora alcuni elementi che potrebbero aver influito sulla raccolta dei dati che è stata fatta e che possono aver influito conseguentemente sui risultati ottenuti.

Un primo limite potrebbe derivare dalle caratteristiche dei campioni considerati essendo con una bassa numerosità campionaria e comportando così dati che non possono essere generalizzabili, inoltre il gruppo dei bambini a basso SES risulta avere un'età mediamente più bassa, di circa 7 anni e mezzo, rispetto al gruppo dei bambini ad alto SES che risulta avere un'età media di 9 anni e mezzo. C'è anche da considerare che i bambini del gruppo a basso SES frequentavano tutti la stessa scuola mentre i bambini del gruppo ad alto SES frequentavano scuole diverse e anche questo potrebbe aver influito sui dati, avendo affrontato a scuola l'argomento in maniera diversa. Anche le modalità di reperimento dei partecipanti sono state differenti nei due gruppi, i bambini a basso SES hanno partecipato in quanto l'insegnante ha aderito al progetto proposto mentre nei bambini ad alto SES il reperimento dei

bambini è avvenuto tramite passa-parola e quindi potrebbero essere stati più propensi a partecipare e a rispondere alle domande poste dagli sperimentatori.

Un altro possibile limite sono le modalità con cui sono stati raccolti i dati: nel gruppo a basso SES la raccolta dati è avvenuta in maniera collettiva, in quanto il tempo a disposizione era ristretto alle ore consentite per il laboratorio dagli insegnanti, e per quanto si siano spiegate le domande poste una ad una è possibile che i bambini non abbiano compreso a pieno le domande poste, anche perché la maggioranza di questi bambini è di origine straniera; il gruppo ad alto SES ha raccolto i dati attraverso una modalità uno a uno potendo così fornire in maniera più dettagliata e specifica le informazioni al bambino oltre che ad avere un tempo maggiore per la somministrazione. Nel rispondere alle domande collettivamente, inoltre, bisogna considerare il fenomeno della desiderabilità sociale soprattutto con i bambini in età scolare e in adolescenza. Un altro elemento che può aver influito sono le domande utilizzate per le due raccolte dati che non erano esattamente le stesse e anche gli sperimentatori che hanno raccolto i dati sono stati differenti.

Un ultimo elemento sarebbe stato utile avere più fonti che ruotano intorno al bambino da cui rilevare le informazioni.

6.5 conclusioni

La presente ricerca ha indagato l'obiettivo di comprendere la percezione della pandemia di Covid-19 nei bambini in età scolare in relazione al loro benessere, e con un particolare focus rispetto alle condizioni del SES familiare e del genere dei bambini. I risultati esposti in questa ricerca si allineano con la letteratura esposta, anche nei primi capitoli, di questo elaborato,

confermando che eventi e condizioni avverse hanno un forte impatto nella vita delle persone influenzandone il benessere psicofisico, ed in particolare i bambini come popolazione vulnerabile ne risentono molto avendo delle ripercussioni anche nello sviluppo a lungo termine. Vengono a crearsi quindi nuove sfide e nuove necessità a cui bisogna far fronte. È necessario prestare attenzione, inoltre, a quelle popolazioni che risultano essere più vulnerabili come i bambini di famiglie con basso SES, che a causa delle poche risorse e di situazioni pregresse stressanti possono risentirne di più, comportando anche maggiori ripercussioni sullo sviluppo con un conseguente aumento del gap tra bambini ad alto e basso SES. Inoltre, è necessario tenere in considerazione e studiare tutte le variabili che possono influenzare il benessere del bambino e quindi il suo sviluppo, come ad esempio anche il genere, maschio o femmina, a cui appartiene.

Da questo lavoro è comunque possibile trarre degli spunti per possibili studi futuri. Essendo emerso come la pandemia di Covid-19 ha influito sul benessere, tenendo in considerazione anche le variabili prese in esame (SES e genere), la futura ricerca potrebbe andare a esaminare gli effetti a lungo termine che questo periodo ha creato, andando a costruire interventi e strumenti mirati per rispondere alle necessità e difficoltà nuove sorte.

Nelle ricerche future si potrebbe, inoltre, andare ad espandere la raccolta dati anche alle figure che ruotano intorno al bambino avendo dati più completi e complessi che delineino meglio i risvolti e gli effetti grazie alle osservazioni e ai dati acquisiti da più figure.

La ricerca futura potrebbe, ampliando il campione, andare a studiare maggiormente gli effetti della pandemia in relazione con il livello di SES dei bambini così da andare a creare interventi più mirati anche in relazione alle possibilità e alle necessità di famiglie più svantaggiate, anche costruendo interventi con più enti e creando una rete sociale più supportiva e di aiuto.

In conclusione, negli ultimi due anni è emerso come la salute mentale e il benessere psicofisico siano estremamente importanti e aspetti fondamentali da considerare. È necessario, quindi che la ricerca indaghi e approfondisca questi effetti così da poter rispondere nella maniera più efficace possibili alle difficoltà che le persone potrebbero riscontrare e andando ad attivare anche interventi per la promozione della salute e che aiutino nel potenziamento delle capacità individuali nel fronteggiare sia difficoltà quotidiane che eventi avversi con un potenziale di traumaticità.

BIBLIOGRAFIA

- Andrade, L., Caraveo-anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., Graaf, R. D., Vollebergh, W., Dragomirecka, E., Kohn, R., Keller, M., Kessler, R. C., Kawakami, N., Kiliç, C., Offord, D., Bedirhan Ustun, T., & Wittchen, H.-U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 3–21. <https://doi.org/10.1002/mpr.138>
- Ashok, S. S., Ramaswamy, S., Kulkarni, A., Singh, D., Quadros, D., Dzuwichu, K. J., Tikku, K., Rizvi, M., Kandula, P., Tank, P., & Seshadri, S. (2021). Responding to children's mental health, protection and psychosocial care concerns in the COVID crisis. *Asian Journal of Psychiatry*, 65, 102831. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102831>
- Battin-Pearson, S., Newcomb, M. D., Abbott, R. D., Hill, K. G., Catalano, R. F., & Hawkins, J. D. (2000). Predictors of early high school dropout: A test of five theories. *Journal of Educational Psychology*, 92(3), 568–582. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.92.3.568>
- Becker-Blease, K. A., Turner, H. A., & Finkelhor, D. (2010). Disasters, Victimization, and Children's Mental Health: Disasters, Victimization, and Mental Health. *Child Development*, 81(4), 1040–1052. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01453.x>

Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic Status and Child Development. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 371–399.

<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135233>

Bradley, R. H., Whiteside-Mansell, L., Brisby, J. A., & Caldwell, B. M. (1997). Parents' Socioemotional Investment in Children. *Journal of Marriage and the Family*, 59(1), 77.

<https://doi.org/10.2307/353663>

Brito, N. H., & Noble, K. G. (2014). Socioeconomic status and structural brain development. *Frontiers in Neuroscience*, 8. <https://doi.org/10.3389/fnins.2014.00276>

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723–742.

<https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>

Brooks-Gunn, J., & Duncan, G. J. (1997). The Effects of Poverty on Children. *The Future of Children*, 7(2), 55. <https://doi.org/10.2307/1602387>

Brown, J. L., & Pollitt, E. (1996). Malnutrition, Poverty and Intellectual Development. *Scientific American*, 274(2), 38–43. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0296-38>

Campbell, A. M. (2020). An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. *Forensic Science International: Reports*, 2, 100089. <https://doi.org/10.1016/j.fsir.2020.100089>

Chowell, G., Sattenspiel, L., Bansal, S., & Viboud, C. (2016). Mathematical models to characterize early epidemic growth: A review. *Physics of Life Reviews*, 18, 66–97.

<https://doi.org/10.1016/j.plrev.2016.07.005>

Cozzi, G., Troisi, A., Iacono, A., & Marchetti, F. (2022). Long-Covid nel bambino e nell'adolescente: Virus, salute mentale e pandemia. *Medico e Bambino*, 41(1), 21–25. <https://doi.org/10.53126/MEB41021>

Cryder, C. H., Kilmer, R. P., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2006). An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 65–69. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.65>

Cutter, S. L., Johnson, L. A., Finch, C., & Berry, M. (2007). The U.S. Hurricane Coasts: Increasingly Vulnerable? *Environment: Science and Policy for Sustainable Development*, 49(7), 8–21. <https://doi.org/10.3200/ENVT.49.7.8-21>

Danese, A., Smith, P., Chitsabesan, P., & Dubicka, B. (2020). Child and adolescent mental health amidst emergencies and disasters. *The British Journal of Psychiatry*, 216(3), 159–162. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.244>

Delle Fave, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D., & Wissing, M. P. (2011). The Eudaimonic and Hedonic Components of Happiness: Qualitative and Quantitative Findings. *Social Indicators Research*, 100(2), 185–207. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9632-5>

Evans, G. W., & English, K. (2002). The Environment of Poverty: Multiple Stressor Exposure, Psychophysiological Stress, and Socioemotional Adjustment. *Child Development*, 73(4), 1238–1248. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00469>

Friedman, S., Imrie, S., Fink, E., Gedikoglu, M., & Hughes, C. (2022). Understanding changes to children's connection to nature during the COVID-19 pandemic and

implications for child well-being. *People and Nature*, 4(1), 155–165.

<https://doi.org/10.1002/pan3.10270>

Gad, M. T., & Johnson, J. H. (1980). Correlates of adolescent life stress as related to race, sex, and levels of perceived social support. *Journal of Clinical Child Psychology*, 9(1), 13–16. <https://doi.org/10.1080/15374418009532936>

Gao, W., Ping, S., & Liu, X. (2020). Gender differences in depression, anxiety, and stress among college students: A longitudinal study from China. *Journal of Affective Disorders*, 263, 292–300. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.121>

George, G., Dilworth-Bart, J., & Herringa, R. (2021). Potential Socioeconomic Effects of the COVID-19 Pandemic on Neural Development, Mental Health, and K-12 Educational Achievement. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 8(2), 111–118. <https://doi.org/10.1177/23727322211032248>

Grazzani Gavazzi, I., Antoniotti, C., & Ornaghi, V. (2011). *La competenza emotiva dei bambini: Proposte psicoeducative per le scuole dell'infanzia e primaria*. Erickson.

Hackman, D. A., & Farah, M. J. (2009). Socioeconomic status and the developing brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(2), 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.11.003>

Headey, B., Holmstrom, E., & Wearing, A. (1984). The impact of life events and changes in domain satisfactions on well-being. *Social Indicators Research*, 15(3), 203–227.

<https://doi.org/10.1007/BF00668671>

Iavarone, M. L., & Iavarone, T. (2004). *Pedagogia del benessere: Per una professionalità educativa in ambito psico-socio- sanitario*. F. Angeli.

Johnson, S. B., Riis, J. L., & Noble, K. G. (2016). State of the Art Review: Poverty and the Developing Brain. *Pediatrics*, 137(4), e20153075. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3075>

Kahneman, D. (A c. Di). (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (1. paperback ed). Russell Sage Foundation.

Kerr, M. L., Fanning, K. A., Huynh, T., Botto, I., & Kim, C. N. (2021). Parents' Self-Reported Psychological Impacts of COVID-19: Associations With Parental Burnout, Child Behavior, and Income. *Journal of Pediatric Psychology*, 46(10), 1162–1171.

<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsab089>

Lin, P.-I., Srivastava, G., Beckman, L., Kim, Y., Hallerbäck, M., Barzman, D., Sorter, M., & Eapen, V. (2021). A Framework-Based Approach to Assessing Mental Health Impacts of the COVID-19 Pandemic on Children and Adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 12,

655481. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.655481>

Lipina, S., Segretin, S., Hermida, J., Prats, L., Fracchia, C., Camelo, J. L., & Colombo, J. (2013). Linking childhood poverty and cognition: Environmental mediators of non-verbal executive control in an Argentine sample. *Developmental Science*, 16(5), 697–707.

<https://doi.org/10.1111/desc.12080>

Masten, A. S., & Motti-Stefanidi, F. (2020). Multisystem Resilience for Children and Youth in Disaster: Reflections in the Context of COVID-19. *Adversity and Resilience Science*, 1(2), 95–106. <https://doi.org/10.1007/s42844-020-00010-w>

Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1401–1415. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010>

McDermott, B. M., & Cobham, V. E. (2012). Family functioning in the aftermath of a natural disaster. *BMC Psychiatry*, 12(1), 55. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-55>

McEWEN, B. S., & Seeman, T. (1999). Protective and Damaging Effects of Mediators of Stress: Elaborating and Testing the Concepts of Allostasis and Allostatic Load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 30–47. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08103.x>

McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., & Lambert, H. K. (2014). Childhood adversity and neural development: Deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 47, 578–591. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.10.012>

Noble, K. G., Houston, S. M., Kan, E., & Sowell, E. R. (2012). Neural correlates of socioeconomic status in the developing human brain: Neural correlates of socioeconomic status. *Developmental Science*, 15(4), 516–527. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2012.01147.x>

Oliveira, V. H., Martins, P. C., & Carvalho, G. S. (2022). Children's Daily Activities and Well-being during the COVID-19 Lockdown: Associations with Child and Family Characteristics. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02759-y>

Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. P. (2020). Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth From Italy and Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, 579038. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038>

Pfefferbaum, B., Pfefferbaum, R. L., & Van Horn, R. L. (2015). Community Resilience Interventions: Participatory, Assessment-Based, Action-Oriented Processes. *American Behavioral Scientist*, 59(2), 238–253. <https://doi.org/10.1177/0002764214550298>

Pollard, E. L., & Lee, P. D. (2003). Child Well-Being: A Systematic Review of the Literature. *Social Indicators Research*, 61(1), 59–78.

<https://doi.org/10.1023/A:1021284215801>

Radtke, T., Ulyte, A., Puhan, M. A., & Kriemler, S. (2021). Long-term Symptoms After SARS-CoV-2 Infection in Children and Adolescents. *JAMA*, 326(9), 869.

<https://doi.org/10.1001/jama.2021.11880>

Raisler, J., Alexander, C., & O'Campo, P. (1999). Breast-feeding and infant illness: A dose-response relationship? *American Journal of Public Health*, 89(1), 25–30.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.89.1.25>

Ramadhan, M. H. A., Putri, A. K., Melinda, D., Habibah, U., Fajriyah, U. N., Aini, S., Prananjaya, B. A., & Ikhsan, D. S. (2020). Children's Mental Health in the Time of COVID-19: How Things Stand and the Aftermath. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 27(5), 196–201. <https://doi.org/10.21315/mjms2020.27.5.15>

Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 90, 24–31.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>

Roberton, T., Carter, E. D., Chou, V. B., Stegmuller, A. R., Jackson, B. D., Tam, Y., Sawadogo-Lewis, T., & Walker, N. (2020). Early estimates of the indirect effects of the

COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: A modelling study. *The Lancet Global Health*, 8(7), e901–e908.

[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30229-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30229-1)

Rosenfield, S., & Mouzon, D. (2013). Gender and Mental Health. In C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, & A. Bierman (A c. Di), *Handbook of the Sociology of Mental Health* (pagg. 277–296). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5_14

Rowe, M. L., & Goldin-Meadow, S. (2009). Early gesture selectively predicts later language learning. *Developmental Science*, 12(1), 182–187. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2008.00764.x>

Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12(3), 265–296.

<https://doi.org/10.1017/S0954579400003023>

Ryan, R. M., Huta, V., & Deci, E. L. (2006). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 139–170.

<https://doi.org/10.1007/s10902-006-9023-4>

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

Saakvitne, K. W. (A c. Di). (2000). *Risking connection: A training curriculum for working with survivors of childhood abuse*. Sidran Press.

Sameroff, A. (2009). The transactional model. In A. Sameroff (A c. Di), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. (pagg. 3–21).

American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11877-001>

Sharfstein, J., Sandel, M., Kahn, R., & Bauchner, H. (2001). Is Child Health at Risk While Families Wait for Housing Vouchers? *American Journal of Public Health*, 91(8), 1191–1192. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.8.1191>

Shen, K.-L., Namazova-Baranova, L., Yang, Y.-H., Wong, G. W. K., Rosenwasser, L. J., Rodewald, L. E., Goh, A. E. N., Kerem, E., O’Callaghan, C., Kinane, T. B., Elnazir, B., Triasih, R., Horne, R., Chang, A. B., Buttery, J., Etzel, R. A., Ouchi, K., Hoey, H., Singh, V., ... the Global Pediatric Pulmonology Alliance (GPPA) Expert Panel on Infectious Diseases & COVID-19. (2020). Global Pediatric Pulmonology Alliance recommendation to strengthen prevention of pediatric seasonal influenza under COVID-19 pandemic. *World Journal of Pediatrics*, 16(5), 433–437. <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00389-7>

Shonkoff, J. P., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2012). Early Childhood Adversity, Toxic Stress, and the Role of the Pediatrician: Translating Developmental Science Into Lifelong Health. *Pediatrics*, 129(1), e224–e231. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2662>

Singh, S., Roy, D., Sinha, K., Parveen, S., Sharma, G., & Joshi, G. (2020). Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Research*, 293, 113429.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429>

Sivertsen, B., Knapstad, M., Petrie, K., O'Connor, R., Lønning, K. J., & Hysing, M. (2022). Changes in mental health problems and suicidal behaviour in students and their associations with COVID-19-related restrictions in Norway: A national repeated cross-sectional analysis. *BMJ Open*, 12(2), e057492. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057492>

Sprang, G., & Silman, M. (2013). Posttraumatic Stress Disorder in Parents and Youth After Health-Related Disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 7(1), 105–110. <https://doi.org/10.1017/dmp.2013.22>

Stein, H. F. (2004). *Beneath the Crust of Culture: Psychoanalytic Anthropology and the Cultural Unconscious in American Life*. BRILL. <https://doi.org/10.1163/9789401200899>

Taylor, R. D., & Wang, M. C. (A c. Di). (1997). *Social and emotional adjustment and family relations in ethnic minority families*. Lawrence Erlbaum Associates.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Tormod Boe, Børge Sivertsen, Heiervang, E., Goodman, R., Lundervold, A. J., & Hysing, M. (2014). Socioeconomic Status and Child Mental Health: The Role of Parental Emotional Well-Being and Parenting Practices. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(5), 705–715. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9818-9>

van Oort, F. V. A., van der Ende, J., Wadsworth, M. E., Verhulst, F. C., & Achenbach, T. M. (2011). Cross-national comparison of the link between socioeconomic status and

emotional and behavioral problems in youths. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(2), 167–172. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0191-5>

Vloo, A., Alessie, R. J. M., Mierau, J. O., Boezen, M. H., Mierau, J. O., Franke, L., Dekens, J., Deelen, P., Lanting, P., Vonk, J. M., Nolte, I., Ori, A. P. S., Claringbould, A., Boulogne, F., Dijkema, M. X. L., Wiersma, H. H., Warmerdam, R., & Jankipersadsing, S. A. (2021). Gender differences in the mental health impact of the COVID-19 lockdown: Longitudinal evidence from the Netherlands. *SSM - Population Health*, 15, 100878. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100878>

White, K. R. (1982). The relation between socioeconomic status and academic achievement. *Psychological Bulletin*, 91(3), 461–481. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.91.3.461>

Wills, T. A., Vaccaro, D., & McNamara, G. (1992). The role of life events, family support, and competence in adolescent substance use: A test of vulnerability and protective factors. *American Journal of Community Psychology*, 20(3), 349–374. <https://doi.org/10.1007/BF00937914>

Wollny, I., Apps, J., Henricson, C., & National Family & Parenting Institute (Great Britain). (2010). Can government measure family wellbeing?: A literature review. Family & Parenting Institute. http://www.familyandparenting.org/our_work/All-Our-Publications/For-Policy-Makers/government+measure+wellbeing