



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Corso di laurea in Psicologia Clinico-Dinamica

Elaborato Finale

Malessere e benessere degli adolescenti italiani durante il

COVID-19: il ruolo di alcuni correlati psicologici

Malaise and well-being of Italian teenagers during COVID-

19 pandemic: the role of some psychological correlates

Relatore:

Prof. Paolo Albiero

***Laureanda:* Chiara Visalli**

***Matricola:* 2014821**

Anno Accademico: 2022/2023

Dedicata all'Amore.

*La felicità di oggi è amore
per il percorso compiuto
per quello che ho imparato
per chi mi ha accompagnato.*

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
Capitolo 1. Esplosione del COVID-19 e periodo di lockdown in Italia	1
1.1 Effetti e conseguenze del COVID-19 sugli adolescenti.....	6
1.1.1 Dalla resilienza alla Crescita Post-Traumatica (PTG)	12
1.2 Gli adolescenti e la rete durante la pandemia da COVID-19, tra <i>social</i> e DAD.....	17
Capitolo 2. Benessere psicologico negli adolescenti	29
2.1 Il ruolo di alcuni correlati psicologici	31
2.1.1 Autostima	32
2.1.2 Regolazione emotiva.....	34
2.1.3 <i>Locus of control</i>	35
2.1.4 Empatia	37
Capitolo 3. La ricerca	40
3.1 Introduzione	40
3.2 Obiettivi e ipotesi.....	41
3.3 Metodo	44
3.3.1 Partecipanti	44
3.3.2 Strumenti.....	47
3.3.3. Procedura	54
3.3.4. Analisi dei dati	55
Capitolo 4. I Risultati.....	59
4.1. Controllo dell'attendibilità delle scale	59

4.2	Analisi delle correlazioni e della regressione lineare del modello di mediazione	60
4.3	Analisi delle differenze tra T1, T2 e T3 nei costrutti indagati	66
4.3.1	Benessere psicologico (<i>PGWBI</i>).....	66
4.3.2	Stress percepito durante la pandemia (<i>COVID-19 Stress</i>)	67
4.3.3	Abilità di regolazione emotiva (<i>DEERS</i>).....	69
4.3.4	Autostima (<i>RSES</i>).....	73
4.3.5	Abilità empatiche (<i>BES</i>)	75
4.3.6	<i>Locus of control</i> (<i>LBC</i>)	75
4.4	Analisi delle differenze dell'utilizzo dei dispositivi elettronici e dei <i>social media</i> in T1, T2 e T3	76
4.4.1	Numero di ore passate usando il cellulare durante una giornata tipica	76
4.4.2	Numero di ore trascorse a guardare la TV in una giornata tipica	77
4.4.3	Numero di ore passate specificatamente sui <i>social media</i> in una giornata tipica	78
4.4.4	Percezione che i <i>social media</i> abbiano aiutato a rimanere in contatto con i propri amici....	80
4.4.5	Numero di ore medie di sonno durante la notte	80
4.5	Discussione dei risultati	81
	CONCLUSIONI.....	91
	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	94
	RINGRAZIAMENTI.....	114
	APPENDICE	118

INTRODUZIONE

Capitolo 1. Esplosione del COVID-19 e periodo di lockdown in Italia

Il coronavirus-2 (SARS-CoV-2) è stato per la prima volta scoperto a Wuhan, nella provincia di Hubei, in Cina, durante l'epidemia di polmonite del gennaio 2020. Da allora, il virus ha cominciato a diffondersi in tutto il mondo. In Italia, il primo caso di malattia da coronavirus-2 (COVID-19) si è verificato il 21 Febbraio 2020 a Codogno. Il 15 Aprile, 78 giorni dopo, la *World Health Organization* (WHO) dichiarava che il COVID-19 aveva già causato la morte di 136.116 persone nel mondo, di cui 21.645 in Italia e 11.377 specificatamente nella regione della Lombardia - il territorio italiano maggiormente colpito dal virus. Il *lockdown* era stato primariamente indetto solo in dieci comuni della Lombardia ed uno del Veneto, ma poi, dal 25 Febbraio, è stato necessario estenderlo anche ad altri comuni del Nord Italia. Solo dal 9 Marzo 2020, però, l'intero paese italiano è entrato in un vero e proprio stato emergenziale di quarantena e *lockdown*, al fine di bloccare la diffusione del virus. Ai cittadini veniva quindi richiesto di restare a casa, eccetto per emergenze e bisogni di prima necessità. L'epidemia COVID-19 è stata dichiarata pandemia ed emergenza sanitaria in tutto il mondo, cosa che ha fatto emergere enormi preoccupazioni riguardo al benessere psicologico delle persone. A livello individuale, alcuni degli effetti acuti legati alle pandemie includono paura ed ansia rispetto al rischio di essere infetti e/o morire, la paura della possibilità che un membro della famiglia venga colpito, la paura della separazione o della perdita di una persona cara, il sentimento di essere senza aiuto, ma anche ansia, depressione, frustrazione e rabbia generalizzata (Dodgson et al., 2010; Peng et al., 2010; Van Bortel et al., 2016; Wang et al., 2020). Molti dei sintomi psicologici da stress posttraumatico in risposta al COVID-19 sono stati presi in esame da diversi studi avvenuti in diversi Paesi tra la Fase 1 (esplosione del virus e successivo *lockdown*) e l'inizio della Fase 2 (riapertura e riavvicinamento alla normalità). Lee

(2020) sottolinea ad esempio come le ricerche sull'impatto psicologico su bambini ed adolescenti, dovuto all'esplosione della malattia, fossero ancora scarse; è infatti necessario monitorare le reazioni di stress dei bambini e gli adolescenti durante la fase acuta, oltre che durante tutte le fasi successive, per definire strategie di intervento e prevenzione più efficaci. Proprio per colmare questa lacuna, l'obiettivo delle ricerche future dovrebbe essere quello di ottenere quante più informazioni possibili riguardo al modo in cui gli adolescenti hanno vissuto la diffusione del COVID-19, il periodo di *lockdown* e le conseguenti misure di distanziamento sociale utili a diminuire la diffusione del virus.

Nocentini et al. (2021) nella loro ricerca sottolineano tassi proporzionali piuttosto elevati di sintomi depressivi e di ansia negli adolescenti. Infatti, il loro studio aveva l'obiettivo di valutare le reazioni specifiche di stress rispetto all'esplosione della pandemia, provando ad esaminare esplicitamente l'impatto di questi eventi sull'uso soggettivo di alcuni meccanismi di pensiero (come l'intrusione, l'evitamento e le reazioni di attivazione). In particolare, hanno valutato la presenza di reazioni di stress tra gli adolescenti italiani durante il picco della pandemia di COVID-19 ed identificato i maggiori fattori di rischio che contribuiscono allo stress psicologico, basandosi su: (a) caratteristiche demografiche (ad es. sesso ed età); (b) diffusione nazionale dei focolai (ad es. zona in cui vivono i partecipanti); (c) esperienza personale legata alla malattia del COVID-19 (ad es. esperienza diretta con la malattia o con conviventi contagiati; esperienza indiretta tramite amici o conoscenti). Nella discussione dei risultati, Nocentini et al. (2021) riscontrano un numero considerevole di reazioni alla pandemia del COVID-19 caratterizzate da alto stress nei giovani di età compresa tra i 14 ed i 20 anni. In particolare, è stato evidenziato come le ragazze riportassero alto stress 2,5 volte più dei ragazzi. È stata rilevata anche una differenza in base all'età: è risultato infatti che i partecipanti più grandi percepivano un maggiore impatto negativo e dunque maggiori reazioni di stress legate al COVID-19. Si è supposto che tale differenza potesse dipendere dalla minore consapevolezza

delle implicazioni della crisi dei più giovani, che dipendono maggiormente dai genitori e dagli adulti. Gli adolescenti di età minore, infatti, grazie ad una famiglia protettiva che possiede sufficienti meccanismi di resilienza, sembravano ricevere un supporto ed una protezione maggiore di fronte all'impatto stressante della pandemia rispetto ai partecipanti più grandi.

Diversi autori (Yeung and Fung, 2007; Dodgson et al., 2010; Peng et al., 2010; Main et al., 2011; Van Bortel et al., 2016), analizzando l'impatto di diverse malattie infettive nel corso della storia, riportano come esse abbiano sempre correlato con sentimenti di paura ed ansia in coloro che ne erano stati contagiati e verso le loro famiglie (ad es. ansia da separazione, impotenza, depressione, ma anche rabbia e frustrazione). Nello studio di Jalloh et al. (2018) sono state messe a paragone alcune malattie infettive, come SARS o Ebola, ma questo confronto non può essere esteso anche al COVID-19. La crisi dovuta al COVID-19 è stata mondiale e la salute mentale in questo caso è stata toccata più di quanto lo sia stata con le altre epidemie. Le restrizioni di governo riguardo l'auto-isolamento sono state molto rigide in Italia, per cui possono aver contribuito all'incremento della percezione di rischio all'interno della comunità stessa. L'Italia inoltre è stato uno dei primissimi paesi a sperimentare la diffusione del virus, cosa che ha inevitabilmente provocato sentimenti di paura interna al paese, di imprevedibilità rispetto al futuro ed isolamento transnazionale (Nocentini et al., 2021). Proprio lo studio di Nocentini et al. (2021) ha ipotizzato una possibile natura collettiva degli agenti stressanti, che ha prodotto di conseguenza una sorta di reazione psicologica collettiva, non dovuta alla specifica diffusione geografica. Infatti, in linea con i dati di Rossi et al. (2020), non sono stati riscontrati livelli superiori di stress e malessere in Lombardia (regione che ha subito il maggior numero di morti e contagi in Italia) rispetto alle altre regioni. Sembra dunque che la condivisione nazionale della pandemia e della quarantena, incluse le misure di *lockdown*, abbiano influenzato in egual modo i livelli di benessere degli adolescenti in tutta Italia. Inoltre, un'altra variabile da prendere in considerazione riguarda l'esperienza personale della malattia,

come già ipotizzato da alcune ricerche precedenti (Jalloh et al., 2018; Rossi et al., 2020). Infatti, le reazioni di stress elevate si presentano più frequentemente quando i propri rapporti intimi vengono percepiti come a rischio di contagio. Questo significherebbe che l'esposizione prossimale all'evento stressante è una variabile più significativa rispetto alla sola esposizione regionale ed alla diffusione del virus. Tra le reazioni elevate di stress una buona parte possono essere valutate come adattive durante il picco dell'esplosione del virus, soprattutto per quanto riguarda le reazioni di evitamento (ad es. "Sono stato lontano da ciò che me lo ricordasse"; "Ho provato a non pensarci"). In aggiunta, anche altre tipologie di esposizione a stress (ad es. difficoltà economiche familiari, isolamento sociale, tipo di educazione a distanza) dovrebbero essere considerate al fine di comprendere e spiegare la variabilità nelle reazioni di stress elevate. La letteratura generale sui disastri sottolinea come sintomi elevati siano comuni tra i giovani nei primi mesi seguenti al disastro, ma poi questi declinano dopo il primo anno (Bonanno et al., 2010). Infatti, le risposte degli adolescenti che hanno partecipato allo studio di Nocentini et al. (2021) evidenziano la presenza di uno stress molto acuto, il quale potrebbe però essere tipico e normale durante la prima fase di emergenza. Questo studio rimane comunque rilevante proprio perché costituisce il punto d'inizio per comprendere le traiettorie delle reazioni di stress degli adolescenti durante la pandemia del COVID-19. L'interesse rimane ad oggi quello di monitorare le variazioni delle risposte degli adolescenti in relazione ai cambiamenti che seguono il primo impatto stressante, analizzando anche il ruolo nel tempo di possibili moderatori (ad es. il ruolo della chiusura prolungata delle scuole, le misure di distanziamento sociale, le strategie individuali di *coping*, fattori protettivi contestuali legati alla famiglia o alla comunità) sui sintomi della salute mentale. Sarebbe interessante rilevare se, in quali condizioni e per chi queste reazioni di stress acuto si cristallizzeranno in sintomi di stress posttraumatico e/o costituiranno fattori di rischio per l'insorgenza di difficoltà per la salute mentale (come ansia o depressione) oppure diminuiranno progressivamente nel tempo.

Negli Stati Uniti, a partire da Marzo 2020, il COVID-19 ha iniziato la propria diffusione: le strategie di contenimento per combattere il virus e l'esperienza stessa di contrarlo ha significativamente alterato la vita quotidiana ed ha portato ad effetti fisici ed emotivi duraturi. Evidenze sempre crescenti documentano infatti il profondo impatto del COVID-19 sugli adolescenti ed i giovani adulti americani (AYAs; Branje & Morris, 2021; Listernick & Badawy, 2021; Samji et al., 2021). Sappiamo infatti che l'adolescenza è per antonomasia un'età evolutiva critica, caratterizzata da innumerevoli compiti di sviluppo (per es. sviluppo dell'autonomia, socializzazione fuori-da-casa, formazione di relazioni strette con i pari, impegno a scuola, sport) che devono essere portati a termine per una crescita sana e completa (Erikson, 1968; Kroger & Mancina, 2011; Alonso-Stuyck et al., 2018). Il COVID-19, però, purtroppo ne ha ampiamente condizionato il conseguimento, sconvolgendo la salute mentale e lo stile di vita degli adolescenti (Chaffee et al., 2021; Chaturvedi et al., 2021; Kujawa et al., 2020; Socarras et al., 2021; Wilson et al., 2021). Il gruppo di ricerca di Schwartz et al. (2022), ritenendo che fosse necessario uno strumento di misura convalidato per valutare l'esposizione e l'impatto del COVID-19 sugli adolescenti ed i giovani adulti, ha riadattato la Scala di Esposizione al COVID-19 e Impatto Familiare (CEFIS) di Kazak et al. (2021). Nella versione originale del CEFIS, erano state previste tre scale (Esposizione, Impatto e Distress) rappresentative per la valutazione degli effetti del COVID-19. Nell'insieme, più questi tre punteggi erano alti più essi correlavano con maggiori preoccupazioni sulla salute mentale, con un funzionamento familiare più povero e con alcuni sintomi clinicamente significativi di stress posttraumatico. In particolare, la scala dell'Impatto valuta come è stata percepita dai soggetti intervistati l'influenza del COVID-19 sulle relazioni familiari e sul benessere sociale, fisico ed emotivo. Gli item che sono stati maggiormente indicati nelle risposte dei partecipanti erano proprio quelli che riguardavano la solitudine, l'ansia ed il comportamento sedentario. Dallo studio è emerso che adolescenti e giovani adulti

hanno dovuto lottare con l'ansia, con l'impatto deleterio dell'isolamento prolungato, con la distanza dai pari e dalle attività usuali (Branje & Morris, 2021; Pagoto & Conroy, 2021). Nonostante i punteggi per la maggior parte degli item della sottoscala dell'Impatto indicassero conseguenze negative, sono state evidenziate anche alcune tipologie di *coping* adattive (ad es. la durata e qualità del sonno è aumentata per alcuni adolescenti e giovani adulti, come evidenziato dalla ricerca di Becker et al, 2021). Questo risultato evidenzia un aspetto importante: la ricerca attuale può cercare di comprendere meglio quali sono stati gli effetti del COVID-19 sugli adolescenti sia per quanto riguarda le conseguenze negative, sia per quelle eventualmente positive.

1.1 Effetti e conseguenze del COVID-19 sugli adolescenti

La prima conseguenza dell'arrivo del COVID-19 riguarda sicuramente l'introduzione, da parte del Governo, di misure restrittive al fine di limitare la diffusione del virus. Tali disposizioni prevedevano *in primis* l'obbligo di rimanere nella propria abitazione ed evitare di incontrarsi con persone esterne al proprio nucleo familiare (*lockdown*). Contemporaneamente, anche le scuole sono state chiuse, spingendo soprattutto bambini ed adolescenti verso un vero e proprio isolamento sociale. Le restrizioni hanno infatti ostacolato la normale interazione e comunicazione con i compagni di scuola, il gioco, gli esercizi e le attività tra pari sono state ostacolate, con inevitabili ripercussioni sullo sviluppo e l'apprendimento dei giovani stessi (Shah et al., 2020). Secondo l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura (UNESCO), eventi angoscianti come la separazione dagli amici, il vedere o l'essere a conoscenza di persone care affette da coronavirus o della loro morte, il temere per sé stessi la morte, hanno avuto effetti pervasivi sulla salute mentale (rischio di sviluppo di ansia, attacchi di panico, depressione, disturbi dell'umore o disturbo da stress posttraumatico). Ad essi, inoltre, si sono aggiunti l'incertezza del futuro, delle relazioni personali, della realizzazione delle proprie ambizioni e l'inattività. La pandemia ha causato così grande frustrazione, irritazione,

alterazione emotiva, nostalgia, noia e valutazione negativa sia del proprio stato nel gruppo dei pari che delle relazioni interpersonali in generale, proprio perché era stata negata la possibilità di sviluppare alcuni aspetti fondamentali per un adolescente.

Oliveira et al. (2020) nel loro lavoro rimarcano quello che il confinamento a casa può scatenare: paura, incertezza, ansia. Il distanziamento sociale dai compagni di classe e dagli amici per gli adolescenti è il principale fattore di stress, che intacca il loro benessere e la qualità della vita. L'adolescenza dovrebbe essere la fase del ciclo di vita in cui i figli si allontanano dalle figure genitoriali e familiari, a favore di un avvicinamento verso compagni di classe ed amici. Proprio perché ciò diventa impraticabile in un periodo di pandemia come quello dovuto al COVID-19, gli adolescenti possono trovarsi disarmati ed essere spinti verso alcune condizioni psichiatriche. La vulnerabilità alla malattia risulta però strettamente correlata alle determinanti sociali (condizioni di vita, instabilità finanziaria, mancanza di accesso ai servizi essenziali) ed i sintomi più comuni, riportati nello studio di Oliveira et al. (2020), comprendono depressione, ansia, disturbi aspecifici e somatizzazione. La rassegna di Minozzi, Saulle, Amato e Davoli (2021) sottolinea a sua volta come la chiusura delle scuole, soprattutto associata alle altre misure restrittive della libertà personale, abbia influenzato il benessere psicologico e la salute mentale dei bambini e dei giovani. Per quanto concerne gli adolescenti (13-18 anni), la loro rassegna evidenzia come sia condivisibile all'interno di diversi studi un aumento del disturbo di ansia, del disturbo depressivo o di entrambi contemporaneamente. Alcuni fattori predittivi e di rischio sembrano essere il genere femminile, il frequentare la scuola secondaria superiore, l'essere preoccupati per il diploma, il dormire meno di 6 ore a notte, l'aver più compiti a casa ed il fare un uso eccessivo dei *social media*. Secondo Oliveira et al., (2020), invece, un fattore protettivo contro i sintomi depressivi o l'ansia consisterebbe in un percorso di sensibilizzazione riguardo al COVID-19 stesso (grazie ad un maggiore accesso alle informazioni, alle conoscenze sul processo di malattia ed alle

misure preventive). Infatti, un sondaggio trasversale condotto da Oosterhoff et al. (2020) ha rilevato che gli adolescenti tendono ad aderire maggiormente alle misure che impongono il distanziamento sociale quando riconoscono la propria responsabilità collettiva nel garantire la non-diffusione del virus. Durante la chiusura delle scuole, gli adolescenti hanno dovuto adattarsi ad un nuovo stile di vita, centrato sulla condivisione del tempo con i membri della propria famiglia (a sfavore, seppur in modo temporaneo, delle relazioni faccia-a-faccia con i coetanei). Per gli adolescenti più grandi (<18 anni), inoltre, la sospensione dell'attività scolastica e la cancellazione degli esami può aver generato ansia per il futuro accademico e professionale. Deduciamo così che i potenziali benefici della chiusura delle scuole e delle misure di distanziamento sociale, soprattutto se prolungate per periodi di tempo lunghi o molto lunghi, avrebbero dovuto essere considerati insieme ai potenziali danni sulla salute fisica e sul benessere psicologico e all'impatto di natura sociale ed economica. Infatti, Oliva et al. (2021) sostenevano già che, seppure il confinamento prolungato a casa sia risultato efficace nell'appiattire la curva epidemica, esso può aver avuto conseguenze pervasive sulla popolazione (sintomi di problematiche legate alla sfera emotiva e comportamentale sono in effetti notevolmente aumentati nella popolazione pediatrica durante il blocco nazionale). A questo proposito, nello stesso studio sono stati identificati diversi fattori protettivi e di rischio per la salute mentale: la presenza di fratelli, il tempo trascorso nello svolgere attività fisica, il parlare con altre persone o leggere, sembrano essere fattori protettivi; mentre l'utilizzo di uno *smartphone*, il guardare la televisione/serie tv/film su dispositivi digitali ed il tempo trascorso su *social media* o chat, sembrerebbero fattori di rischio. In particolare, l'attività fisica sicuramente sembra rappresentare il fattore protettivo più importante per tutti i soggetti intervistati, assumendo un ruolo significativo nel ridurre lo stress collegato al COVID-19. Fioretti, Palladino, Nocentini e Menesini (2020) hanno effettuato uno studio qualitativo per comprendere l'esperienza soggettiva degli adolescenti italiani riguardo al COVID-19 e il suo

potenziale impatto sui compiti di sviluppo. È stato dunque chiesto ai ragazzi quali fossero state le esperienze più significative legate al COVID-19 ed al *lockdown* nazionale, esplorandone sentimenti e pensieri. Le narrazioni di eventi autobiografici sia positivi che negativi sono state così via via raccolte. Dai risultati dello studio, sono state individuate alcune tematiche citate più frequentemente dai partecipanti nelle narrazioni (positive o negative che fossero). Per quanto riguarda le narrazioni di esperienze negative, la tematica più rappresentativa riguardava il sentimento di “Angoscia e perdita” (rappresentato dal 34% dei lemmi): l’incapacità di dire addio a parenti e amici e di sperimentare il contatto con le loro morti sembrava essere una questione molto frequente. La seconda tematica è stata denominata “Casa come una limitazione all’autonomia” ed è stata spiegata dal 24% dei lemmi appunto come un sentimento di limitazione della propria autonomia personale nelle attività di vita quotidiane. La terza tematica, anch’essa presente nel 24% dei lemmi, riguardava l’impatto di “Una nuova routine”: sottolinea la difficoltà degli adolescenti di adeguarsi ad una nuova routine, nella quale le loro relazioni più strette e le loro attività quotidiane acquisiscono il significato di qualcosa di inusuale e perturbante. La quarta tematica emergente, raccontata dal 18% dei lemmi, è stata nominata “Scuola come ambiente educativo ma non relazionale”: la difficoltà riportata in questo caso riguarda quella dell’essere coinvolti nelle attività educazionali, che sono percepite come carenti di opportunità sociali.

Per quanto concerne, invece, le narrazioni di esperienze positive, sono emerse altre quattro tematiche. La prima, rappresentata dal 33% di lemmi, riguardava lo “Scoprire sé stessi”: il piacere di spendere il proprio tempo con sé stessi e dedicare tempo alla lettura, alla musica, al disegno, etc... In questo senso, il *lockdown* ha rappresentato un’opportunità per la auto-scoperta e la crescita personale. La seconda tematica è stata nominata “Condividere la vita a distanza” (31% di lemmi) e riguardava la possibilità di essere in una relazione stretta anche a distanza; l’amicizia definita “come un’ancora” è una metafora frequente nelle narrazioni. La

terza tematica è il “Riscoprire la famiglia” (22% di lemmi) e si focalizza sull’impatto positivo del passare il tempo con i membri della famiglia, scoprendo la gioia del fare le cose insieme. La quarta ed ultima tematica è “L’essere parte di un’esperienza straordinaria” (14% dei lemmi) e riguarda il sentimento dei partecipanti di essere parte di un’esperienza inusuale, che avrà un impatto sulla cultura in cui vivono. In questo senso, molti partecipanti riportano la loro soddisfazione legata alla percezione di avere un ruolo attivo nella società, poiché seguono le regole del distanziamento sociale e proteggono gli altri dal contagio. Per altro è interessante notare come queste aree tematiche delle esperienze positive siano state successivamente confermate da uno studio di approfondimento di Taddei (2021), condotto ancora una volta attraverso la raccolta delle narrazioni dei partecipanti. Taddei ha infatti scoperto un fattore relativo alla «Crescita delle relazioni», che non solo coinvolgeva il 29% delle narrazioni dei partecipanti, risultando così quello più rappresentativo, ma assumeva anche sfumature variegata di significato includendo il miglioramento dei legami con i genitori, la riscoperta dell’importanza delle relazioni nel contesto scolastico, il rafforzamento dei legami con i pari sia in termini di amicizia che di amore romantico, la selezione dei rapporti più autentici e la costruzione di nuovi legami attraverso un ottimale uso di Internet.

Nel complesso, i risultati dello studio di Fioretti et al. (2020) evidenziano una complessa esperienza degli adolescenti caratterizzata sia da una sfida allo sviluppo che può comportare fattori di rischio, come nel caso di perdita e angoscia legati alla malattia e contagio, sia da fattori protettivi, come la possibilità di trasformare l’esperienza del COVID-19 in un’opportunità di crescita personale. In particolare, “casa” sembra acquisire un significato duplice nella vita degli adolescenti: da una parte rappresenta la perdita di autonomia, ma dall’altra è il luogo dove riscoprire la famiglia, come fattore protettivo. Guessoum et al. (2020) sostengono infatti che il tempo passato in famiglia correla con minori sintomi di depressione negli adolescenti. Un aspetto da evidenziare, però, è che mentre la famiglia sembra poter

svolgere un ruolo protettivo, gli adolescenti denunciano invece l'assenza della scuola come luogo di relazioni e condivisione emotiva. L'incapacità di trovare uno spazio scolastico per condividere le preoccupazioni e le emozioni circa l'impatto della malattia COVID-19 sulle loro vite sono alla base di un sentimento di disconnessione rispetto all'ambiente educativo stesso. In questo senso, allora, l'attuale "assenza" della scuola può costituire un fattore di rischio nello sviluppo degli adolescenti (Feldman e Matjasko, 2005). La chiusura della scuola fa parte di uno spettro più ampio che riguarda la ripartizione della routine quotidiana: le routine hanno infatti un ruolo fondamentale nella promozione della sicurezza necessaria per il processo di autonomia e autodefinizione, sia nell'infanzia che nell'adolescenza (Crocetti, 2018). La nuova routine di vita, che a partire dal periodo di *lockdown* consisteva nell'indossare mascherine e guanti o nell'esercitare il distanziamento sociale, ha quindi inevitabilmente influito sul processo di creazione della propria identità. D'altra parte, come si è potuto dedurre dalle narrazioni di esperienze positive, il COVID-19 può essere visto anche come un'opportunità per entrare in contatto con alcuni aspetti sconosciuti della propria identità stessa. Il tema dell'auto-emersione, della ricerca individuale e della scoperta della riflessività intima durante il tempo "passato da soli" ha suggerito, ai ricercatori, l'ipotesi di una crescita post-traumatica (PTG) relativa alla vita durante e dopo l'emergenza COVID-19.

Molti altri studi di tipo longitudinale sono stati condotti relativamente all'impatto della pandemia sull'adattamento emotivo degli adolescenti, i quali però hanno mostrato una vastissima eterogeneità di risultati. Questa eterogeneità risulta essere coerente rispetto alla letteratura che riguarda le traiettorie di adattamento e disadattamento a seguito di traumi o catastrofi naturali (Masten, 2014). Quindi, a fianco di traiettorie caratterizzate da sofferenza e disadattamento psicologico, ve ne possono essere altre caratterizzate da un certo funzionamento adattivo (resilienza, resistenza allo stress, recupero, normalizzazione, crescita).

A questo punto, risulta chiaro che per comprendere l'impatto della pandemia sulle traiettorie degli adolescenti il nostro focus deve tenere in considerazione anche la variabilità interindividuale nelle traiettorie di sviluppo, includendo i fattori protettivi e di resilienza.

1.1.1 Dalla resilienza alla Crescita Post-Traumatica (PTG)

Zhang, Zhou e Xia (2020) evidenziano nel loro articolo come il costrutto di resilienza emotiva possa svolgere una funzione tale da mediare la relazione tra eventi di vita negativi e sintomi depressivi, suggerendo che quindi potrebbe costituire un fattore protettivo per gli studenti. La resilienza emotiva, definita come la capacità di generare emozioni positive e riprendersi rapidamente da esperienze emotive negative, è una componente importante della più generica resilienza psicologica. Quando gli individui affrontano eventi stressanti, infatti, le emozioni positive sono capaci di migliorare la loro capacità di *coping* e quindi di migliorare la loro resilienza psicologica.

Nell'articolo di Nocentini, Taddei, e Menesini (2021) viene esplorata la cornice teorica della *Multi-systemic resilience* proposta da Masten (2014) ed adattata da Masten e Motti-Stefanidi nel 2020 al contesto pandemico. Essa diventa un *framework* teorico di riferimento riguardo alla costruzione di traiettorie di disadattamento, di resilienza e di crescita a seguito della pandemia. Secondo questo modello il costrutto di resilienza è un concetto multi-sistemico, intesa come la capacità di un sistema (individuale, biologico o sociale) di adattarsi con successo alle sfide che minacciano il suo funzionamento, la sua sopravvivenza o il suo sviluppo e adattamento. Con la pandemia, l'interconnessione tra la resilienza di ciascun sistema (per es. famiglia, comunità e sistema economico) è diventata sempre più chiara: infatti, la resilienza individuale dipende da quella di molti altri sistemi della nostra vita e comunità, e per questo viene considerata avere le caratteristiche proprie dei sistemi complessi. Applicato al contesto pandemico, questo modello può far riflettere sul modo in cui bambini ed adolescenti aventi una condizione di precedente vulnerabilità (ad esempio povertà, razzismo, abbandono, insicurezza alimentare,

mancanza di un'abitazione) possano incorrere in condizioni di maggiore stress, maggiore isolamento e insicurezza. In particolare, il ruolo del sistema famiglia è centrale nel nutrire e costruire resilienza nei bambini e adolescenti. Infatti, flessibilità familiare, maggiore coesione, minore conflitto e maggior utilizzo di strategie di *parenting* positivo durante il *lockdown* predicono un minor livello di stress percepito nei figli (Daks et al., 2021). Un *parenting* di tipo supportivo durante il *lockdown* è risultato in particolare associato con un buon funzionamento dei figli nel breve termine e con minori livelli di sintomatologia nel più lungo termine (Neubauer et al., 2021). In generale, diversi studi evidenziano quanto alcuni adolescenti abbiano beneficiato del tempo speso in casa con la propria famiglia, supportando la visione secondo cui, per alcune famiglie, il *lockdown* è stata anche una occasione per esperire una più profonda connessione emotiva (Fioretti et al., 2020; Nocentini et al., *under review*; Zaccaria et al., 2020). Allo stesso tempo, i bambini e gli adolescenti che hanno invece vissuto un declino nel generale benessere familiare hanno evidenziato un incremento di malessere e di difficoltà emotive (Nocentini et al., *under review*). In alcune famiglie è infatti stato registrato un aumento dei conflitti, dell'ostilità e della comunicazione inefficace, fino ad arrivare a veri e propri fenomeni di violenza domestica (Masten e Motti-Stefanidi, 2020). Un clima familiare negativo come questo potrebbe aver influito negativamente sul benessere dei bambini e degli adolescenti che, soprattutto durante il *lockdown*, sono stati costretti a vivere nelle loro case senza alcun contatto esterno. Nonostante ciò, in molti casi, la famiglia è stata invece di fondamentale importanza nel mediare gli effetti sul benessere scolastico e sul legame con la scuola: alcuni studi ci mostrano come il supporto e il coinvolgimento dei genitori sia riuscito a moderare la disaffezione e l'allontanamento di una parte degli adolescenti dal contesto scolastico (Klootwijk et al., 2021; Maiya et al., 2021). Come detto, la pandemia da Covid-19 e le conseguenti misure restrittive hanno colpito la popolazione nel profondo, costringendo ognuno a confrontarsi con una realtà nuova e

ricostruendola in modo compatibile con il trauma (Riso, Du Toit e Young, 2011). Quest'idea ci introduce ad un'altra potenziale conseguenza del post-pandemia: la crescita post-traumatica (Tedeschi e Calhoun, 1996). Il costrutto di crescita post-traumatica indica la trasformazione positiva, intrapersonale ed interpersonale, verso cui un individuo può andare incontro a seguito di vere e proprie sfide di vita, proprio grazie alla loro elaborazione e collocazione nella propria personale narrazione. Gli eventi altamente sfidanti possono dunque offrire la possibilità di attuare un mutamento profondo, capace di portare chi lo sperimenta ad un prodotto finale di sé stesso dai tratti inaspettati (Tedeschi e Calhoun, 2004). Sebbene la psicologia studi da sempre gli effetti determinati da esperienze traumatiche, il focus dell'attenzione è stato posto costantemente sui meccanismi psicopatologici conseguenti; al contrario, solo negli ultimi vent'anni, l'interesse si è spostato in direzione della valutazione sistematica del costrutto di Crescita post-traumatica (PTG). Il modello descrittivo-funzionale di Tedeschi e Calhoun (2004) considera il trauma come capace di frantumare o danneggiare gli assunti fondamentali relativi alla prevedibilità ed alla sicurezza del mondo di chi vive la data esperienza (cfr. Janoff-Bullman, 1992), costringendo l'individuo a fare i conti con una nuova realtà che deve essere ricostruita in modo tale da divenire compatibile con l'evento avverso (Riso et al., 2011). La ristrutturazione cognitiva, che diviene necessaria a seguito di una diversa e mutata realtà conseguente al trauma, deve produrre schemi maggiormente resistenti e tali da inglobare l'evento attraversato ed i possibili avvenimenti futuri. Tutto ciò distingue il costrutto del PTG da quello di resilienza: infatti non è sufficiente affrontare l'evento attraverso le proprie risorse (resilienza), ma è necessaria una decostruzione (*meaning breaking*) dei precedenti significati ed una conseguente ricostruzione (*meaning making*) (Park, 2010). Collocando anche il PTG all'interno della prospettiva multi-sistemica, è necessario sottolineare che il processo di crescita può essere influenzato dall'interazione tra le varie caratteristiche dei diversi sistemi, in particolare quello individuale e quello sociale. Infatti, un elemento importante che promuove

l'elaborazione cognitiva, che conduce poi al PTG, è la presenza di ambienti sociali supportivi. Infatti, avere una rete che mostra un atteggiamento propositivo e che è pronta ad offrire il suo appoggio può essere cruciale nel determinare il grado di disponibilità dell'individuo ad integrare i nuovi schemi e prospettive (Weiss, 2000). È proprio così che potremmo configurare la pandemia da COVID-19 come un evento traumatico sia individuale che collettivo e, dunque, che favorisce un percorso di crescita (Weir, 2020). Tuttavia, un aspetto critico del PTG riguarda il fatto che potrebbe essere un'illusione lo star facendo fronte alle circostanze negative, come se fosse una strategia di *coping* funzionale a ridurre lo stress derivante da un accadimento minaccioso, piuttosto che un vero e proprio cambiamento dell'identità. Senza dubbio, però, le esperienze di PTG sembrano capaci di favorire cambiamenti qualitativi nello stato di identità, permettendo un'esplorazione più ampia e profonda di sé, scoprendo aspetti personali nuovi e promuovendo la costruzione di un'identità personale soddisfacente. L'indagine qualitativa svolta da Branquinho, Kelly, Arevalo, Santos e deMatos (2020) evidenzia ancora una volta come l'evento epidemico abbia avuto un impatto non solo negativo sui giovani. Infatti, questi ultimi hanno potuto comprendere l'importanza di alcune relazioni, rinforzare alcuni legami amicali ed incrementare i momenti di confronto all'interno della propria famiglia, coltivando lo stesso rapporto con i propri genitori. In riferimento alla dimensione psicologica, sembra che sia stata presente anche una certa percezione di crescita personale, concretizzata nella possibilità di stabilire nuovi obiettivi e di un arricchimento formativo e personale.

Dalle ricerche condotte da Day e colleghi (2020) risulta come gli adolescenti (provenienti da diversi Paesi), durante la quarantena forzata, siano diventati maggiormente consapevoli di loro stessi ed abbiano scelto di usare il proprio tempo in maniera produttiva, perseguendo nuovi interessi per i quali altrimenti non avrebbero avuto tempo. Il *lockdown* ha quindi rappresentato l'occasione sia per intraprendere un viaggio interiore che per trovare un significato più ampio

e profondo da attribuire alla pandemia.

Ritornando invece all'interno del panorama italiano, altri studi – pur non andando a misurare direttamente la crescita post-traumatica – mostrano alcuni effetti associabili ad una trasformazione positiva in diversi campioni di adolescenti e giovani adulti (cfr. Salzano et al., 2021; Procentese et al., 2021; Buzzi et al., 2021). I diversi autori evidenziano quanto il periodo di *lockdown* abbia aiutato alcuni ragazzi ad acquisire nuove competenze (per esempio imparare una lingua straniera o attività fai-da-te, leggere libri, suonare e cucinare), potenziare la propria autostima o costruire, grazie ad un uso adeguato degli strumenti tecnologici, nuove amicizie. Infine, confermano che passare del tempo a casa ha promosso ed incoraggiato un maggior confronto costruttivo con i genitori, i quali, di conseguenza, hanno potuto prendere coscienza del processo di maturazione dei figli. Dunque, pur comprendendo la gravità del fenomeno e adattandosi alle precauzioni necessarie, gli adolescenti sembrano esprimere un'ottima capacità di vivere situazioni di insicurezza e di affrontare condizioni sfavorevoli e di mantenere un buon equilibrio emotivo, cercando e trovando condizioni di nuova normalità e soluzioni alternative per la propria vita quotidiana. Tuttavia, come Tedeschi e Calhoun affermano, il periodo post-trauma è generalmente un tempo prolungato ed il PTG non si concentra solo sui cambiamenti nel tempo immediato dopo l'evento, bensì sulle trasformazioni a lungo termine. A tal proposito ci sembra evidente la necessità di continuare ad approfondire questo tema, includendo le diverse fasi del virus e le traiettorie stesse degli adolescenti nel lungo termine, al fine di verificare se il processo di crescita che sembrava essersi avviato sia e stia ancora proseguendo. Guardare allo sviluppo positivo conseguente agli eventi stressanti, come quello della pandemia COVID-19, significa comprendere la crescita dei giovani attraverso la loro capacità di imparare da situazioni negative e comprendere come sia possibile intervenire per ottimizzare l'uso di risorse personali a fronte di eventuali sfide nel presente.

1.2 Gli adolescenti e la rete durante la pandemia da COVID-19, tra *social* e DAD

Le misure di distanziamento fisico (e sociale) nella prima Fase della diffusione del COVID-19, essenziali per assicurare la sicurezza dei cittadini, come abbiamo visto hanno naturalmente avuto un prezzo. Gli esseri umani sono per natura “animali sociali” e l’isolamento ha conseguenze sulla salute sia mentale che fisica (Leigh-Hunt et. al, 2017). Hamilton et al. (2020) sottolineano come da una parte gli adolescenti siano certamente stati coloro i quali hanno sofferto di più l’interruzione delle loro vite sociali, ma dall’altra anche gli unici con gli strumenti e le abilità per stare connessi socialmente rimanendo fisicamente distanti (grazie all’ampia diffusione dell’uso dei *social media* in questa fascia d’età). Oliveira et al. (2020) rimarcano il fatto che alcuni adolescenti, avendo bruscamente interrotto le loro routine, siano conseguentemente diventati più irritabili (comportamenti aggressivi o disobbedienza); altri, invece, hanno ovviato aumentando il contatto virtuale con gli amici tramite tecnologie digitali (telefono cellulare, computer, *social media*). Tuttavia, un crescente corpo di ricerca indica come i *social media* possono avere anche conseguenze negative per gli adolescenti, a seconda di come e quando li usano. Nell’articolo di Hamilton et al. (2020) vengono evidenziati alcuni dei modi in cui i *social media* possono essere stati d’aiuto per gli adolescenti durante le pratiche di distanziamento e per quanto riguarda l’accesso alle risorse del COVID-19; ma anche i modi in cui l’uso degli stessi *social* possa impattare negativamente sulla sicurezza, autostima, immagine corporea, ansia, umore e sonno degli adolescenti. I “*social media*” includono siti web, applicazioni e strumenti elettronici che permettono l’interazione sociale digitale (per es. Instagram, TikTok, YouTube), ma anche le applicazioni di messaggistica vengono incluse in questa categoria (per es. Whatsapp, Telegram). Gli adolescenti, che a livello puramente biologico necessitano del contatto con i pari per la costruzione del proprio concetto di sé, si sono dovuti affidare a queste nuove modalità digitali di contatto e di rispecchiamento con i propri amici. Naturalmente, ci

sono svariate differenze tra queste interazioni sui *social media* e quelle tradizionali faccia-a-faccia: per eccellenza, la prima è che l'interazione sui *social media* tende ad avere un carattere maggiormente pubblico, in quanto si possono avere interazioni simultanee con diverse persone alla volta (come se un "pubblico di coetanei" stia sempre vedendo e commentato quello che viene postato). Il normale interesse adolescenziale di "ricercare uno status" e di essere valutati positivamente dai coetanei potrebbe cominciare a basarsi solo sui *followers*, sul numero di *like* e di visualizzazioni o di commenti. Le interazioni sui social, infatti, presentano meno "spunti interpersonali" rispetto a quelle di persona, per es. nei commenti o messaggi scritti spesso manca il tono di voce, le espressioni facciali o i gesti. In questo modo l'adolescente potrebbe sentirsi più forte dietro la distanza di uno schermo, sia nel senso sano e positivo di una maggiore scoperta di sé con gli amici (Valkenburg & Peter, 2007), sia nel versante negativo che crea contenuti di odio (Suler, 2004). Naturalmente, queste caratteristiche variano ampiamente tra i *social media*: messaggiare direttamente con un amico, per es., è qualitativamente diverso da scorrere i post di Instagram. Diverse ricerche antecedenti hanno esaminato gli effetti dei *social media* sulla salute mentale degli adolescenti, associando "il tempo passato davanti allo schermo" con il loro benessere. Alcuni studi hanno trovato basse correlazioni tra il tempo passato sui *social media* e livelli più alti di depressione, di insoddisfazione corporea, di disturbi alimentari e comportamenti a rischio per la salute (Holland & Tiggemann, 2016; Twenge & Campbell, 2018; Vannucci et al., 2020). Altri invece non hanno trovato alcuna associazione tra le due variabili (Cohen et al., 2017; Jensen et al., 2019; Orben & Przybylski, 2019). Addirittura, alcuni hanno riscontrato l'effetto opposto, ovvero che i *social media* impattano positivamente sulla salute mentale degli adolescenti, se e quando usati per facilitare l'interazione sociale diretta (Clarke et al., 2018). Ad oggi c'è un certo consenso nel ritenere che il tempo passato dai giovani sui *social media* è meno importante rispetto agli specifici contenuti e comportamenti in cui sono impegnati online. Soprattutto con l'esplosione della pandemia da COVID-19, l'uso

dei *social media* è incrementato: dovrebbe essere più importante che mai comprendere come, quanto e per quale uso dei *social media* ci sono effetti positivi o negativi (piuttosto che considerarne il mero “tempo davanti allo schermo”). Rispetto ai risvolti positivi che i *social media* possono offrire agli adolescenti, possiamo indicarne alcuni: essi rappresentano una fonte critica di accesso alle informazioni e alle risorse di COVID-19, nonché un mezzo di connessione sociale, di esplorazione dell'identità e dell'espressione creativa (Hamilton et al., In Press).

Per gli adolescenti che si trovano in un ambiente malsano o non sicuro, i *social media* possono offrire un'ancora di salvezza, proprio grazie alla presenza di una comunità online di supporto. Oggi, la maggior parte degli adolescenti utilizza i *social media* per accedere a notizie e informazioni sulla salute (Anderson & Jiang, 2018): brevi e costanti flussi di informazioni sono facilmente disponibili sulla maggior parte dei siti di *social media*, che cercano di migliorare l'accesso e la diffusione di informazioni accurate. Molte piattaforme di *social media* hanno infatti adottato strategie per promuovere le informazioni sulla salute, rimandando ai siti delle organizzazioni sanitarie affidabili (come l'Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS). È stato inoltre creato un “Centro di Informazione COVID-19” disponibile nella parte superiore dello schermo sulle applicazioni di proprietà di Meta (ad es. Facebook, Instagram, WhatsApp). Oltre all'accesso alle informazioni di base su COVID-19, i *social media* potevano influenzare le percezioni sul COVID-19: celebrità e influencer popolari tra gli adolescenti hanno condiviso *in primis* le loro esperienze con il virus, mostrando come l'infezione potesse accadere a chiunque. Oltre che dalle celebrità, gli adolescenti possono essere influenzati da altri adolescenti attraverso i *social media*: possono infatti porsi a vicenda come modello nell'impegnarsi in comportamenti sani durante il COVID-19. Come detto, l'isolamento sociale è associato a una serie di risultati negativi sulla salute, tra cui un aumento del rischio di depressione e suicidio (King e Merchant, 2008) e persino una cattiva

salute fisica (Leigh-Hunt et al., 2017). Così, mentre la pandemia COVID-19 sconvolge le tipiche esperienze sociali degli adolescenti, i *social media* potevano offrire preziose opportunità per la connessione sociale. Anche se gli adolescenti non parlavano direttamente faccia-a-faccia l'uno con l'altro, potevano trascorrere ore in *videochat*, simulando l'esperienza di essere nella stessa stanza. Incontrare un amico o un partner romantico tramite videochiamata può quindi assomigliare ad un'interazione di persona e fornire una connessione sociale abbastanza forte. Alcuni, in particolare gli adolescenti più giovani, potrebbero però sentirsi più a proprio agio con la comunicazione basata sul testo (Anderson & Jiang, 2018), grazie all'aumento del tempo e dello spazio per formulare risposte. Questo può offrire un vantaggio nel mantenere la connessione sociale in un contesto sociale per loro più sicuro. I benefici della connessione sociale facilitata dalla tecnologia sono diventati ancora più palesi durante la crisi del COVID-19, in quanto interagire con altri al di fuori dei familiari permetteva agli adolescenti di praticare quell'autonomia e quell'indipendenza, essenziale per il loro sviluppo, che veniva temporaneamente loro negata. I *social media* forniscono anche sbocchi nuovi e unici per molti aspetti dello sviluppo dell'identità dell'adolescente: viene offerta la possibilità di una maggiore autonomia nell'esplorare e sperimentare la sua identità in uno spazio tutto suo, dove ha il controllo su cosa, come e con chi condivide le informazioni. Senza la scuola e le attività extrascolastiche, durante il *lockdown*, molti adolescenti hanno avuto maggiore tempo a disposizione per esplorare nuove idee e hobby.

Per quanto riguarda invece l'aspetto dannoso e/o pericoloso dei *social media* per gli adolescenti, ci sono molti rischi ormai consolidati che sono stati esacerbati nel contesto della pandemia (in cui i ragazzi hanno speso più tempo non-strutturato online e hanno subito una maggiore esposizione a contenuti che possono diffondere disinformazione ed avere un impatto sulla salute mentale). L'*user* che si trova davanti ad una notizia sui *social* dovrebbe innanzi tutto chiedersi quale sia l'accuratezza e veridicità di quell'informazione. Purtroppo, spesso è

difficile distinguere quelle che sono le “*fake news*” da quelle reali; per questo non è sorprendente che informazioni false si infiltrino nei *social networks* di adolescenti e non. Naturalmente, l’effetto opposto dell’influenza positiva tra coetanei riguarda un’influenza negativa: immagini e video condivisi da adolescenti che non praticano l'allontanamento fisico possono incoraggiare gli adolescenti a fare lo stesso. Zheng et al. (2019) sottolineano come gli adolescenti, sui *social media*, a causa del fenomeno “del pubblico immaginario”, siano motivati a pensare che gli altri stiano osservando ogni loro mossa. Allora, un punto davvero significativo riguarda proprio il modo in cui gli adolescenti si impegnano in strategie di gestione della loro immagine, al fine di presentarsi nel miglior modo possibile. Gli adolescenti sono particolarmente propensi all’autopresentazione che riguarda l'aspetto fisico: l'attrattività è spesso centrale per l'autostima degli adolescenti, specialmente per le ragazze (Thompson et al., 1999). Le app dei *social media* ora consentono una vasta gamma di tecniche di *editing*, inclusi strumenti per cambiare la forma del proprio corpo sulle foto e ritoccare l'aspetto di una persona nei video dal vivo. Per questo, molti studi hanno dimostrato legami tra l'uso dei *social media*, l'insoddisfazione dell'immagine del corpo ed un disturbo alimentare tra adolescenti e giovani adulti (Holland & Tiggemann, 2016). Durante la pandemia da COVID-19, gli adolescenti hanno per l’appunto trascorso più tempo sui *social media*, impegnando probabilmente maggiore tempo sulle tattiche di autopresentazione e rendendo il “sé dei *social media*” ancora più centrale per la propria identità. Inoltre, le immagini curate e modificate dei coetanei potevano sembrare a maggior ragione più realistiche, in quanto non vi erano interazioni di persona che potessero correggere le false autopresentazioni (con conseguente rischio di confronti sociali più alti e minore autostima percepita). Un altro rischio dell’uso dei *social media* da parte dei giovani durante la pandemia riguardava il fatto che i contenuti diffusi all’interno di queste applicazioni erano principalmente centrati sulla crisi pandemica stessa. Gran parte di questo contenuti potevano essere spaventosi, tristi o

travolgenti, e, a causa delle pratiche di allontanamento fisico, agli adolescenti era impedito di ottenere un sostegno sociale per far fronte a queste ansie. Inoltre, un problema generalmente legato ad un elevato tempo speso online, riguarda la possibilità degli adolescenti di imbattersi in fattori stressanti sociali, come conflitto tra pari, “*drama*”, ma anche cyber-vittimizzazione, che sappiamo impattare negativamente sulla salute mentale (Anderson & Jiang, 2018; Fisher et al., 2016; Underwood & Ehrenreich, 2017). Infine, il fenomeno della paura di essere tagliati fuori (*Fear of Missing Out*, FoMO), che spesso si verifica tramite i *social media*, è associato all'ansia, alla solitudine e alla depressione (Przybylski et al., 2013). I giovani si preoccupano del fatto che, in qualsiasi momento, i coetanei siano impegnati in interazioni sociali sui *social media* di cui loro non fanno parte, tendendo così ad aumentare il proprio tempo online e la pressione a rispondere ai messaggi o ai commenti. Anche il sonno ed i ritmi circadiani in generale possono essere negativamente colpiti dall'uso dei *social media*, in quanto l'uso di dispositivi elettronici aumentano lo stato di allerta e di attenzione a causa delle luci blu che emettono gli schermi digitali (*smartphone* o computer). In questo modo, se vengono utilizzati prima di dormire, potrebbero diminuire la quantità e qualità del sonno. A maggior ragione questi effetti si sono ripercossi nel periodo pandemico, in cui gli adolescenti si ritrovano senza routine definite da seguire, con meno attività quotidiane da svolgere, con uno stile di vita sedentario, si annoiavano ed erano spinti a navigare maggiormente sui social. Il COVID-19 ha provocato dunque un utilizzo prolungato dei *social media* durante il giorno e la notte, andando ad interferire per alcuni anche sul sonno e sui ritmi naturali del corpo. Molti studi hanno infatti ipotizzato il possibile sviluppo di disturbi del sonno durante il periodo di *lockdown*, a causa dell'uso eccessivo dei dispositivi tecnologici proprio durante la notte. In particolare Salzano et al. (2021) si riferiscono al “*Vamping*”, termine che indica la pratica di alcuni giovani di restare “connessi” tutta la notte, mandandosi video, foto o *post* sui *social media*. Dobbiamo però ricordare che gli effetti dell'uso dei *social media* dipendono in ogni caso da una serie di fattori

specifici per i singoli adolescenti (come età, sesso, personalità e preesistenti problemi di salute emotiva o mentale). Alcuni, come quelli che sperimentano di base una bassa autostima, una tendenza verso il processo decisionale impulsivo o rischioso e/o sintomi di una malattia mentale, possono essere particolarmente vulnerabili agli effetti negativi dei *social media* (Valkenburg & Peter, 2013). Allo stesso tempo, proprio questi stessi adolescenti possono anche beneficiare degli aspetti positivi dell'uso dei *social media*, tra cui la connessione sociale (se l'ansia o la depressione interferiscono con la tipica socializzazione di persona) e la presenza di gruppi di supporto online per affrontare il COVID-19. Altri adolescenti, come quelli immunodepressi o che hanno condizioni mediche preesistenti, sono più a rischio per gli effetti negativi del COVID-19. Questi possono essere ancora più isolati socialmente e ansiosi a causa del virus, sentendosi particolarmente schiacciati, spaventati o frustrati dalle notizie e dai riferimenti al virus sui *social media*. Infine, è importante notare che i potenziali fattori di stress sociali, psicologici e finanziari associati a COVID-19, così come l'accesso e l'uso dei *social media* da parte degli adolescenti in quel periodo, sono in gran parte influenzati dallo status socioeconomico delle famiglie; infatti le disparità economiche si sono ulteriormente amplificate durante la pandemia stessa.

Lo studio di Salzano et al. (2021), condotto attraverso un questionario online per gli adolescenti tra i 12 ed i 18 anni appartenenti a 15 scuole siciliane, rivela come per i partecipanti l'uso della tecnologia è stato predominante sia per le attività ricreative (comunicazione, giochi, video), sia per finalità educative (attività scolastiche, musicali e sportive). Il tempo medio speso utilizzando apparati tecnologici è stato più di 6 ore circa al giorno per scopi educativi, mentre di 4-6 ore al giorno per attività ricreative. Infatti, se le misure restrittive italiane proibivano gli sport fuori porta, risulta che l'84,5% dei partecipanti al sondaggio abbia praticato regolarmente attività fisica da casa (attraverso l'utilizzo di video registrati o grazie alle "dirette" sui *social media*) – mostrando una certa capacità di riadattamento nel ricreare delle routine sotto nuove

forme. La tecnologia, ancora una volta, sembra aver giocato un ruolo cruciale durante la quarantena per i giovani soggetti, che hanno aumentato l'uso quotidiano di dispositivi tecnologici al fine rimanere in contatto con il resto del mondo. L'indagine di questo studio ha mostrato il ruolo cruciale dell'amicizia durante l'adolescenza, infatti il contatto faccia-a-faccia con amici intimi è stata la principale mancanza percepita tra gli adolescenti intervistati. Per ovviare a questa stessa mancanza, messaggi di testo, video-chat e contatti online sono diventati più frequenti proprio durante il periodo di isolamento. Pertanto, la comunicazione di persona è stata ben sostituita da un contatto virtuale e interattivo, che era comunque caratterizzato da strette amicizie e relazioni emotive. Nonostante il forte impatto psicologico della quarantena, gli adolescenti hanno mostrato quindi buoni livelli di resilienza e, ancora una volta, la maggior parte dei soggetti intervistati ha inoltre riferito di aver utilizzato questo periodo per acquisire nuove competenze.

L'enorme diffusione della comunicazione mediatica dovuta alla pandemia è particolarmente evidente nel campo educativo, proprio perché gli istituti educativi sono stati chiusi per contenere l'infezione al virus (Commodari e La Rosa, 2021). Secondo l'UNESCO, la chiusura delle scuole ha avuto un impatto su oltre il 90% della popolazione studentesca mondiale. In molti paesi, i governi hanno attivato misure per mantenere la continuità dell'apprendimento, attraverso alcune forme di apprendimento a distanza. Queste sono caratterizzate dalla separazione spazio-tempo tra insegnante e studente, e dall'uso di mezzi e tecnologie per consentire la comunicazione e lo scambio durante il processo di apprendimento nonostante la separazione. In Italia, scuole e università sono state chiuse per la prima volta il 6 marzo 2020 e, durante le successive fasi del Covid-19, ci sono state riaperture e chiusure in base all'andamento del contagio nelle varie regioni italiane. Secondo le indicazioni ministeriali, le scuole hanno fornito istruzione a distanza, attraverso un mix di tecnologie, come piattaforme online, televisione e *social network*, per garantire una

continuità dello studio e dell'apprendimento. Tuttavia, non esiste un modello standard di Didattica a Distanza (DAD). Oliva et al. (2021), come detto al paragrafo precedente, hanno evidenziato l'aumentato uso dei dispositivi tecnologici e quindi la maggiore esposizione allo schermo di bambini ed adolescenti. La scuola da casa e la conseguente DAD potrebbero aver contribuito proprio a questa maggiore esposizione. Nondimeno, per quanto concerne i risultati del loro studio, la DAD sembrava rappresentare un fattore protettivo: ha infatti aiutato a mantenere le attività di apprendimento in corso per gli studenti, riducendo così i fattori di stress legati all'incertezza ed alla paura per il proprio futuro accademico. Era così stata mantenuta una routine giornaliera (simile, seppure diversa, a quella dell'andare fisicamente a scuola), anche se appunto con nuove forme di adattamento e personalizzazione nell'apprendimento. Naturalmente, diverse variabili influenzano l'efficacia delle strategie di apprendimento a distanza: la disponibilità di piattaforme di apprendimento digitale, la presenza in casa di dispositivi digitali e connettività Internet, la capacità degli studenti di utilizzare questi strumenti, spazi adeguati in casa; e altre variabili quali le capacità degli insegnanti di utilizzare tecnologie e metodologie per attivare e facilitare l'apprendimento a casa. Tuttavia, è altamente probabile che il successo di ogni forma di DAD dipendesse anche dalle esperienze psicologiche degli studenti, dalle risposte emotive che accompagnano le nuove routine quotidiane e dall'approccio allo studio, oltre che dalla presenza di disturbi che potessero rendere più difficile l'apprendimento (come disturbi specifici dell'apprendimento o disturbo da deficit di attenzione e iperattività). Lo studio di Commodari e La Rosa (2021) aveva lo scopo di indagare le esperienze relative alla DAD in un ampio campione di studenti della scuola secondaria superiore, residenti nella maggior parte delle regioni italiane, nel periodo della prima ondata della pandemia COVID-19. Prioritariamente, l'obiettivo generale di questo studio era quello di analizzare convinzioni e opinioni degli adolescenti su diversi aspetti dell'esperienza di apprendimento a distanza e di esplorare il potenziale futuro dell'apprendimento a distanza per

il benessere degli studenti. Nonostante tutti i partecipanti fossero stati indirizzati nello svolgere la DAD da casa, l'organizzazione dell'apprendimento online non era la stessa per tutte le scuole. Alcune scuole hanno creato aule virtuali e mantenuto la precedente organizzazione della giornata scolastica; altre scuole hanno creato aule virtuali ma hanno cambiato la durata complessiva della giornata scolastica e il numero di giorni di scuola in una settimana. Altre scuole non hanno proprio utilizzato aule virtuali e ogni insegnante ha fornito materiali di apprendimento indipendenti agli studenti, utilizzando *social network* o e-mail. Le risposte degli studenti hanno anche mostrato che c'erano delle differenze all'interno dei diversi gruppi classe della stessa scuola e, in alcuni casi, ogni insegnante di un gruppo classe aveva utilizzato un diverso approccio organizzativo per l'apprendimento a distanza. Nel dettaglio, il 98,1% degli studenti ha utilizzato una piattaforma online (come *Google Class* o *Zoom*) per l'apprendimento a distanza: gli insegnanti facevano l'appello, spiegavano, assegnavano compiti scolastici. Purtroppo, non tutti gli studenti possedevano un tablet o un *notebook* per le lezioni online: a questo proposito, il 7,6% dei partecipanti al sondaggio ha riferito di utilizzare il proprio telefono cellulare e il 27,4% che condivideva, durante la giornata scolastica, un tablet con un'altra persona in famiglia. Inoltre, il 17,5% degli studenti ha dovuto seguire le loro lezioni in una stanza in cui c'erano altre persone. In vista di questi risultati, agli studenti è stato anche chiesto di esprimere il loro accordo su una serie di misure che avrebbero potuto essere utili per riattivare la riapertura delle scuole dopo il primo blocco. Coloro i quali frequentavano il liceo classico e scientifico erano predisposti a continuare l'apprendimento a distanza, a differenza degli studenti degli istituti tecnici che invece avevano bisogno di svolgere attività più pratiche in presenza. I risultati hanno anche trovato una significativa associazione tra il possesso di un dispositivo appropriato per seguire le lezioni (PC o tablet) e la preferenza per continuare le lezioni a distanza: gli studenti che non disponevano di dispositivi di connessione adeguati avevano meno probabilità di accettare di continuare l'apprendimento a distanza. D'altronde, è

stata rilevata anche una significativa associazione tra il dover condividere un dispositivo per seguire le lezioni e la preferenza a continuare le lezioni con l'apprendimento a distanza: gli studenti che sono costretti a condividere il loro PC o tablet con altri membri della famiglia erano meno propensi a continuare con l'apprendimento a distanza. Per quanto riguarda le esperienze di DAD nel campione di Commodari e La Rosa (2021), la stragrande maggioranza (86% degli studenti) ha dichiarato che il carico di lavoro è aumentato significativamente rispetto al periodo pre-pandemico. Di conseguenza, una grande percentuale degli adolescenti ha dichiarato di aver avuto poco tempo da dedicare a sé stessi (più specificamente, le femmine hanno dichiarato di avere meno tempo per sé stesse rispetto ai maschi). Inoltre, gli adolescenti che vivevano in una "zona rossa" hanno dichiarato di aver avuto più compiti rispetto a prima a confronto con i loro coetanei. Questo sovraccarico di attività ha avuto un impatto negativo sugli adolescenti intervistati anche per quanto riguarda la loro capacità di concentrarsi sullo studio e le preoccupazioni sulla loro carriera scolastica. Infatti, il 77,1% dei partecipanti era più distratto durante lo studio, il 51,3% non è riuscito a studiare seguendo i ritmi abituali e il 64,6% era preoccupato di rimanere indietro nell'apprendimento. Le femmine soprattutto tendevano a diventare più distratte durante lo studio, avevano più difficoltà a seguire il loro ritmo abituale ed erano più preoccupate della propria carriera scolastica rispetto ai maschi. Inoltre, gli adolescenti che vivevano in una "zona rossa" erano più preoccupati di rimanere indietro nell'apprendimento scolastico rispetto ai loro coetanei che non vi vivevano. In effetti, diversi studi hanno sottolineato come la chiusura delle scuole e l'adozione dell'apprendimento a distanza a causa della pandemia da COVID-19 abbiano contribuito ad aggravare ulteriormente le situazioni di disuguaglianza educativa, legate alle disparità di opportunità e condizioni. In questo scenario, il ruolo degli insegnanti è di primaria importanza nel promuovere modi adeguati di apprendimento e nel ridurre lo stress degli studenti. A questo proposito, anche se un buon 57,5% degli studenti intervistati ha

dichiarato che i professori si sono mostrati più comprensivi nel periodo di *lockdown*, c'è una percentuale significativa che invece non percepisce un sostegno adeguato da parte degli insegnanti. Più specificamente, nel campione in esame le femmine sembravano percepire una maggiore mancanza di sostegno da parte degli insegnanti rispetto ai maschi, confermando che esse manifestano maggiori difficoltà psicologiche nell'affrontare l'impatto dell'isolamento e dell'apprendimento a distanza. Pertanto, è importante fornire un sostegno adeguato anche agli insegnanti, al fine di aiutarli a gestire le difficoltà dei loro studenti e creare un ambiente di apprendimento centrato sullo studente.

In conclusione, la pandemia COVID-19 ha aperto una questione importante e urgente riguardante l'impatto dell'educazione a distanza sui processi di apprendimento e sul benessere psicologico degli studenti, in particolare bambini e adolescenti. Indubbiamente queste circostanze sono senza precedenti, motivo per cui hanno provocato talmente tanto stress ed ansia in studenti e insegnanti. L'impatto a lungo termine di queste nuove modalità di apprendimento a distanza è ancora, a posteriori, una questione molto importante da approfondire.

Capitolo 2. Benessere psicologico negli adolescenti

Il benessere psicologico è stato definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come quello stato nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive ed emozionali per rispondere alle esigenze della vita di ogni giorno. Quando siamo psicologicamente "in forma" siamo dunque in grado di attivare risorse e potenzialità mentali che ci permettano di affrontare efficacemente situazioni stressanti e problemi, ricavando soddisfazione dalle nostre attività lavorative e dalle nostre relazioni affettive.

L'adolescenza, come detto, è per eccellenza un periodo di transizione in cui si verificano molteplici e rapidi cambiamenti, che provocano nuove sfide e scoperte ma anche vulnerabilità e tensioni.

L'adolescente attraversa infatti una maturazione biologica e modifica così sia il rapporto con i propri familiari che quello con i pari: a loro volta, questi cambiamenti sono determinanti nell'influenzare sia la qualità della sua vita ed il suo benessere psicosociale che l'immagine che ha di sé stesso e degli altri.

Sembra allora di fondamentale importanza determinare quali possano essere eventuali fattori di rischio e di protezione per l'adolescente, ossia quali possano influenzare in maniera positiva o negativa il suo benessere psicologico. *In primis*, la rete di relazioni sia familiari che amicali costituisce uno degli elementi cruciali, costituendo il terreno che permette all'adolescente di essere riconosciuto ed apprezzato, di operare confronti e di ottenere supporto, di mettersi alla prova e capire chi sta diventando.

L'amicizia tra pari è fonte di felicità e costituisce un vero e proprio indicatore di benessere: avere un amico intimo ed essere accettati nel proprio gruppo si associano ad alti livelli di autostima e bassi livelli di sentimenti di solitudine, ad una migliore immagine di sé e ad un migliore andamento scolastico (Bandura et al., 2003).

La famiglia a sua volta influisce in modo diretto sullo sviluppo dell'adolescente e ne influenza i comportamenti, positivi o negativi che siano. La qualità delle relazioni, infatti, ha degli effetti su una serie di aspetti psicologici dell'adolescente che possono spingerlo o meno verso alcuni comportamenti pericolosi o a rischio. Se, ad esempio, all'interno della famiglia dovesse essere presente una relazione poco funzionale, che non permette al ragazzo di sviluppare un livello di autostima ottimale, egli potrebbe essere portato a mettere in atto dei comportamenti devianti (ad es. Erol e Orth nel 2011 riportano la possibile insorgenza di disturbi comportamentali e comportamenti antisociali, disturbi alimentari e depressione). La questione dell'autostima è un tema che diventa a maggior ragione centrale durante l'adolescenza, in cui la preoccupazione per l'“immagine del proprio corpo” diventa pervasiva. Gli adolescenti cominciano così a creare un insieme di sensazioni, idee, valutazioni, emozioni e sentimenti verso il proprio stesso corpo: solo se vivono in armonia con esso percepiranno uno stato di benessere, al contrario invece sperimenteranno una certa quantità di malessere.

In letteratura, inoltre, si sottolinea come una buona comunicazione fra genitori e figli è associata ad esiti evolutivi positivi (ad es. buon livello di adattamento psicosociale; benessere psicologico, autostima e fiducia in sé stessi; bassi livelli di comportamenti a rischio nell'ambito della sessualità e della devianza; fattore protettivo rispetto allo sviluppo di disturbi depressivi e ansiosi). Quando i genitori utilizzano uno stile genitoriale autorevole, infatti, i figli adolescenti riescono a sperimentare meglio l'autonomia e l'autodeterminazione, sempre sotto il sostegno e la supervisione attenta dei genitori stessi. In questo modo, viene promosso uno sviluppo socio-cognitivo e psicosociale dell'adolescente che favorisce a sua volta l'adesione a valori ed atteggiamenti positivi (Yap & Baharudin, 2016). Gli svariati cambiamenti che avvengono durante la difficile fase dell'adolescenza vanno sempre considerati come tutti legati ed intrecciati fra loro, potendo così andare ad intaccare nel loro insieme l'immagine di sé e degli altri, le relazioni, la qualità della vita, il benessere e

l'adattamento all'ambiente. Lo stress o malessere psicologico solitamente si presenta proprio quando ci si rende conto che le richieste della situazione attuale vanno oltre le proprie forze e risorse, minando quel già flebile senso di benessere. Risulta fondamentale, allora, possedere sufficienti strategie di *coping*, che permettano di far fronte ad una situazione problematica. Durante l'adolescenza lo sviluppo cognitivo via via procede, fino a creare rappresentazioni sempre più complesse e articolate che possono essere suscitate anche da idee astratte, da anticipazioni di eventi futuri e da ricordi di eventi passati. In questo modo, dallo sviluppo cognitivo si determina pian piano anche uno sviluppo del funzionamento emotivo: l'adolescente sarà così sempre più in grado di riflettere sulle emozioni sia proprie che altrui. Sebbene tale sviluppo emotivo proceda fin dall'infanzia, la fase dell'adolescenza rappresenta proprio quella in cui l'intelligenza emotiva (EI) raggiunge la sua massima espressione, permettendo l'appropriata identificazione, espressione, comprensione, regolazione ed applicazione delle emozioni stesse (Mayer & Salovey, 1997; Petrides & Furnham, 2003).

2.1 Il ruolo di alcuni correlati psicologici

Autostima, regolazione emotiva, *locus of control* ed empatia rappresentano alcuni correlati psicologici che sono strettamente connessi con lo sviluppo delle competenze emotive (EC) e con il benessere. Questi quattro fattori per gli adolescenti assumono infatti un ruolo di mediazione di fronte alle situazioni stressanti della vita, al fine di garantire il loro benessere e la loro salute mentale. Maggiore è infatti la capacità di mantenere un buon livello di autostima, di regolare le proprie emozioni, di equilibrare il proprio *locus of control* e di provare empatia maggiore dovrebbe essere a sua volta anche il benessere psicologico percepito dagli adolescenti stessi.

Di seguito vengono presentati questi quattro costrutti più in dettaglio.

2.1.1 Autostima

Studi recenti hanno evidenziato come il benessere soggettivo possa svolgere per le persone un ruolo funzionale e dinamico, sia promuovendo il loro successo in vari ambiti della vita che favorendo un funzionamento positivo nel corso del tempo (Busseri e Sadava, 2013). Diener et al. (2002) definiscono il benessere soggettivo come una valutazione positiva a livello sia cognitivo che affettivo della propria vita. Vengono così incluse in questo concetto anche le componenti della soddisfazione della vita, dell'autostima e dell'ottimismo, le quali condividono alcuni processi valutativi comuni che permettono di sviluppare una visione positiva sia di sé stessi che della vita e del futuro (Caprara & Steca, 2005). Sviluppare dunque un livello ottimale di benessere soggettivo è di fondamentale importanza anche e soprattutto per gli adolescenti, in quanto esso assume un ruolo centrale nello sviluppo stesso di strategie di *coping* efficaci che permettano, a loro volta, una certa capacità di resilienza di fronte agli eventi stressanti tipici della loro fase evolutiva.

L'autostima viene definita da Rosenberg (1962) come un insieme di pensieri e sentimenti verso il Sé che determinano il grado in cui un individuo accetta o meno sé stesso e, di conseguenza, se connota la propria persona in modo positivo o negativo. L'autostima inoltre sembra essere strettamente connessa con l'autoefficacia percepita (Bandura, 1997), ovvero con la credenza personale di essere capaci di far fronte a nuove situazioni, difficoltà e sfide della vita; le convinzioni di autoefficacia diventano dunque una risorsa individuale centrale per promuovere il funzionamento ed il benessere degli adolescenti. Come detto, l'autostima si costituisce come elemento centrale nella fase di vita dell'adolescenza: un'eventuale discrepanza tra ciò che si è e ciò che si vorrebbe essere provoca infatti sentimenti di frustrazione, di inferiorità e di depressione, oltre che livelli bassi accettazione sociale percepita (Minev et al., 2018).

Piekarska (2020) sottolinea come l'insorgenza di problematiche d'ansia può allora essere determinata da bassi livelli di autostima, mentre un'affettività per lo più positiva e un benessere psicologico si associano a buoni livelli di autostima. Diversi studi (Mann et al., 2004; Wilburn e Smith, 2005) evidenziano la forte correlazione sia tra la presenza di livelli inadeguati di autostima e l'insorgere di disturbi sia internalizzanti che esternalizzanti che tra una bassa autostima e livelli superiori di stress percepito. De Moor e colleghi (2019), più recentemente, evidenziano come gli adolescenti che presentano un'autostima più elevata presentano una relazione inferiore tra stress percepito e disturbi (internalizzanti o esternalizzanti) rispetto a coloro i quali presentano livelli di autostima più bassi. Da questi studi possiamo comprendere quanto l'autostima costituisca un fattore di protezione per il benessere psicologico degli adolescenti, potendo spiegare anche le eventuali differenze individuali rispetto all'insorgenza di psicopatologia. In riferimento all'esplosione del COVID-19, Cattellino et al. (2021) si soffermano su come il *lockdown* prolungato e le preoccupazioni ad esso legate abbiano potuto influire negativamente proprio sul benessere soggettivo degli adolescenti. Sicuramente l'autostima ha svolto un ruolo protettivo importante per affrontare questo evento stressante da parte degli adolescenti: infatti, possedere una buona autostima ed immagine di sé porta conseguentemente a rappresentare il proprio futuro in maniera positiva e ad impegnarsi in progetti futuri senza demoralizzarsi di fronte ad eventuali ostacoli e difficoltà. Per quei ragazzi che già nelle fasi di vita precedenti all'esplosione del COVID-19 avevano sviluppato dei livelli di autostima sufficientemente elevati, è possibile immaginare che sia stato più semplice mantenere un certo equilibrio psicologico. Invece, per gli adolescenti che nel corso della propria vita erano già andati incontro a ripetuti fallimenti risulta improbabile che abbiano poi avuto la forza psicologica sufficiente per reagire alla situazione pandemica.

2.1.2 Regolazione emotiva

La regolazione emotiva viene oggi definita come un processo complesso, che implica sia la comprensione e l'accettazione delle proprie emozioni che la capacità di sviluppare strategie flessibili e dinamiche che modulino le risposte emotive stesse, al fine di raggiungere gli obiettivi desiderati (Brinke et al., 2021; Gratz & Roemer, 2004; Lingiardi & McWilliams, 2018). Lo sviluppo cognitivo durante l'adolescenza permette infatti una migliore capacità di autoriflessione, che comporta il passaggio da una regolazione emotiva esterna ed a livello comportamentale ad una regolazione caratterizzata da processi interni e cognitivi. Van Den Heuvel et al. (2020) sottolinea come lo sviluppo di questi processi abbia un ruolo soprattutto nella gestione delle emozioni negative attraverso strategie di modulazione adeguate ed efficaci. Lo stress è uno degli stati emotivi con cui adolescenti entrano maggiormente in contatto e che devono saper gestire efficacemente, in considerazione soprattutto del fatto che l'esposizione ad eventi stressanti può comprometterne proprio la salute mentale (Boyes et al., 2016). La regolazione emotiva risulta così un correlato psicologico fondamentale durante l'adolescenza per il mantenimento del benessere psicologico, infatti se le competenze nella regolazione delle emozioni sono inadeguate o scarse possono insorgere sintomi psicopatologici e sintomatologie depressive (Grazzani et al., 2015; Rosenblum e Lewis, 2003; Sanchèz-Garcia et al., 2018).

Maggiore è dunque la capacità di regolare le proprie emozioni, sia positive che negative, maggiore sarà anche il benessere psicologico percepito dalle persone stesse. Nello studio di Cattelino et al. (2021), l'autoefficacia veniva associata non solo all'autostima, ma anche alla capacità di regolare le emozioni. Infatti, proprio durante la drammatica prima ondata di COVID-19 ed il successivo *lockdown*, adolescenti e giovani adulti erano chiamati sia a gestire l'intero *range* delle proprie emozioni che a regolare anche il proprio processo di apprendimento che avveniva tramite lezioni online.

L'esplosione del COVID-19 ha indubbiamente provocato l'emersione di svariate emozioni, soprattutto negative, che gli adolescenti in particolare hanno dovuto maneggiare attraverso strategie di regolazione emotiva (le quali, però, potevano rivelarsi adattive ma anche disadattive). Coloro i quali avevano a disposizione strategie di regolazione adattive (ad es. rivalutazione emotiva) sono stati sicuramente più capaci di minimizzare l'esperienza stressante ed emotivamente intesa, mantenendo un certo benessere psicologico, mettendo in atto tentativi attivi di *coping* e comportandosi in conformità con i propri obiettivi e con le necessità dell'ambiente (ad es. uniformandosi alle misure di contenimento dovute al COVID-19, continuando a proseguire i propri studi anche se da casa, stabilendo un nuovo stile di vita, etc...). Invece, gli adolescenti che disponevano di strategie di regolazione disadattive (ad es. soppressione emotiva) sono stati più vulnerabili, incapaci di gestire in modo efficiente l'esperienza emotiva stressante e di perseguire i propri obiettivi e/o di ricostruire nuovi equilibri. In base a che tipo di strategia individuale di regolazione emotiva viene messa in atto, dunque, le componenti esperienziali, comportamentali o fisiologiche della risposta emotiva stessa possono spingere l'adolescente o verso un malessere o verso un benessere psicologico.

2.1.3 *Locus of control*

Il costrutto di *locus of control* in psicologia si riferisce al “luogo attraverso cui viene esercitato il controllo”, quindi è una disposizione mentale o un atteggiamento attraverso il quale una persona influenza le proprie azioni ed i conseguenti risultati. *In primis*, la teoria di Rotter (1954) definisce il *locus of control* (LOC) come una valutazione soggettiva di quei fattori a cui si attribuiscono le cause di eventi, fatti ed esiti. Questa valutazione può essere orientata verso due estremità, interiorità ed esteriorità, poste lungo un continuum. Hidayat e Sahrudin (2016) sottolineano infatti che le persone con *locus of control* interno considerano esiti ed eventi come conseguenze delle proprie azioni, mentre quelle con

locus of control esterno ritengono che accadimenti e risultati siano dovuti a forze esterne incontrollabili (ad es. sorte, fortuna, sfortuna). In questo modo, i primi sentono di avere un pieno controllo della propria vita attraverso le azioni che compiono e grazie alle competenze che posseggono, i secondi invece sentono di essere impotenti rispetto agli eventi che accadono nella propria vita, propendendo verso lo sviluppo di sintomi depressivi ed ansiosi oltre che verso difficoltà di adattamento. Normalmente però le persone non possiedono sempre lo stesso *locus of control* in modo trasversale nel corso delle situazioni quotidiane, ma piuttosto presentano una combinazione tra interiorità ed esteriorità. Questa combinazione è ideale: influenza positivamente le aspettative, la motivazione, l'autostima ed orienta i comportamenti, consentendo una migliore gestione dello stress, una maggiore efficienza ed efficacia nel far fronte alle difficoltà ed un'augmentata capacità nel raggiungere i propri obiettivi e di adattarsi al contesto.

Risulta allora evidente che il *locus of control* è un correlato psicologico dal ruolo centrale nella moderazione degli effetti dello stress percepito sul benessere psicologico stesso. Costantini et al. (2021) precisano infatti che *il locus of control* interno può costituire un fattore di protezione rispetto agli effetti di situazioni stressanti, mentre il *locus of control* esterno potrebbe rappresentare un fattore di rischio per la salute mentale. Nella fase dell'adolescenza il *locus of control* assume a maggior ragione un ruolo centrale per garantire un funzionamento psicologico ottimale: Siddique e D'Arcy (1984) dimostrarono infatti che adolescenti con punteggi più alti nella dimensione di interiorità del *locus of control* correlano con una minore compromissione del benessere psicologico rispetto ai ragazzi che invece tendono maggiormente verso la dimensione di esteriorità. Alla luce di quanto detto, di fronte ad un evento stressante come quello dell'esplosione e diffusione del COVID-19 che ha provocato inevitabili e fisiologici sentimenti di impotenza, gli adolescenti avrebbero reagito diversamente in base a quale dimensione del *locus of control*

prediligono. Coloro i quali propendono verso un *locus of control* interno avrebbero reagito con maggiore resilienza ed avrebbero rispettato volentieri le norme anti-Covid (igienizzare le mani, indossare guanti e mascherine, mantenere il distanziamento sociale). Al contrario, chi tende verso un *locus of control* esterno avrebbe provato maggiore malessere ed avrebbe avuto la sensazione di essere in balia dell'incontrollabile situazione pandemica. L'influenza positiva del *locus of control* interno sulle strategie di *coping* e sull'attivazione dell'adolescente rispetto a situazioni negative e stressanti è stata confermata anche da Moreira e colleghi (2020), portandoci a concludere che esso può essere considerato un fattore di protezione significativo per il benessere psicologico degli adolescenti e di prevenzione rispetto all'insorgenza di disturbi psicopatologici.

2.1.4 Empatia

Da un punto di vista storico, il termine empatia risale al greco antico (*εμπάθεια*) e ad oggi esso viene comunemente definito come la “capacità di un individuo di comprendere, condividere e sentire le emozioni di qualcun altro” (*Vocabolario della lingua italiana*, Zanichelli, 2001), riuscendo a “mettersi nei panni” dell'altro. La definizione si è poi evoluta, fino a concettualizzare che l'empatia è un processo multidimensionale (Feshbach, 1974): può infatti avvenire sia su un piano affettivo, nel quale si assiste ad una partecipazione e condivisione delle emozioni vissute dall'altro, che su un piano cognitivo, in cui si comprendono i pensieri, le intenzioni e le emozioni secondo il punto di vista dell'altro - decentrandosi cognitivamente dal proprio (Albiero e Matricardi, 2006). Sebbene sia presente fin dalla nascita, durante l'adolescenza le competenze emotive e sociali si perfezionano dando vita a forme più complesse di empatia. Queste nuove capacità empatiche per l'adolescente sono un importante fattore di protezione e di regolazione delle relazioni sociali, in quanto sono correlate con la messa in atto di comportamenti positivi, prosociali e supportivi verso il gruppo dei pari, ma anche a più alti livelli di accettazione sociale e ad una

meno frequente messa in atto di comportamenti aggressivi (Eisenberg et al., 2009; Grazzani et al., 2015).

Nella ricerca di Lorenzini (2021) sul periodo di *lockdown* della prima ondata di COVID-19, gli adolescenti hanno espresso in vario modo una certa consapevolezza per la quale l'uscita dalla condizione di emergenza dipendesse in buona parte dalla collaborazione reciproca. Quest'ultima, però, non doveva coinvolgere solo le persone più vicine (parenti, amici, conoscenti) ma anche e soprattutto l'intera umanità. A questo proposito possiamo riprendere il concetto di socievolezza empatica di Rifkin (2010), che rimanda alla crescita di un sentimento e di una coscienza della comune appartenenza all'umano e del comune destino che lega tutti gli esseri viventi. L'empatia diverrebbe così uno strumento potenziale per ripensare all'intero corso della vita umana e per relazionarsi al meglio con gli altri – sentendone sofferenze e stati d'animo, immedesimandosi nei loro disagi come se fossero propri. Durante la pandemia da COVID-19 chi presentava dei livelli ottimali di empatia è stato maggiormente in grado di comprendere la sofferenza e le emozioni degli altri - anche senza essere stato contagiato in prima persona - e di entrare in relazione con loro. Di conseguenza c'è stata una maggiore propensione, rispetto a chi invece presentava scarsa empatia, a seguire le regole e ad aiutare gli altri. Tutto ciò avrebbe garantito a questi adolescenti la possibilità mantenere un certo grado di benessere soggettivo, stabilendo obiettivi, routine e modi di stare al mondo nuovi e positivi.

Una controversia riguarda il fatto che, quando i livelli di empatia sono agli eccessi (troppo bassi o troppo elevati), potrebbero causare delle reazioni emotive disfunzionali, a danno del benessere psicologico della persona. Infatti, l'adolescente che presenta abilità empatiche molto scarse sarà predisposto alla messa in atto di comportamenti problematici o aggressivi, oltre che alla manifestazione di difficoltà relazionali. Al contrario, l'adolescente che reagisce in modo eccessivamente empatico avrà una reazione emotiva smisurata e prolungata rispetto allo stato

emotivo dell'altra persona, con vissuti di eccessiva preoccupazione e disagio personale. In entrambi i casi, tali eccessi comportano una possibile insorgenza di difficoltà emotive, di sintomatologie psicopatologiche (ad es. depressione) e di malessere psicologico (Calandri et al., 2019). Soprattutto per quanto riguarda la tendenza ad empatizzare in modo eccessivo con l'altro, la regolazione emotiva dovrebbe giocare un ruolo fondamentale: l'adolescente, infatti, per poter rispondere adeguatamente deve *in primis* saper tollerare l'affetto che gli arriva dalla relazione empatica con l'altro. Riportando queste considerazioni nel contesto pandemico del COVID-19, il rischio che gli adolescenti condividano eccessivamente le esperienze dolorose e/o di malattia degli altri potrebbe portare al conseguente sviluppo di ansie e paure rispetto alla possibilità di contagiarsi o di trovarsi nelle medesime condizioni. Dunque, se abilità empatiche inadeguate rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza di sintomatologie psicopatologiche, il fattore di protezione è invece rappresentato da abilità empatiche adeguatamente sviluppate ed equilibrate, di modo che possano preservare il benessere psicologico degli adolescenti e la qualità delle loro relazioni sociali.

Capitolo 3. La ricerca

3.1 Introduzione

L'avvento del COVID-19 e la conseguente situazione pandemica hanno costituito per tutta la popolazione una sfida ed una fonte di stress, soprattutto per gli adolescenti che si trovano già di per sé in una fase del ciclo di vita complessa, ricca di sfide e cambiamenti.

Le misure anticontagio che sono state adottate, il distanziamento sociale, la compromissione del supporto sociale tra pari e l'aumento del tempo trascorso sui *social media* o utilizzando un dispositivo elettronico hanno messo in pericolo il benessere psicologico degli adolescenti (Guessom et al, 2020) e la loro salute mentale.

De Moor et al. (2019) mettono in guardia, però, dal considerare l'esistenza di una relazione diretta tra stress e psicopatologia, enfatizzando invece il ruolo dei fattori individuali che possono mediare l'effetto degli eventi stressanti e proteggere la salute mentale.

I fattori "di mediazione" costituiscono proprio l'oggetto principale della presente ricerca, anche perché in letteratura gli studi che hanno cercato di individuare quali fattori e competenze individuali possono mediare la relazione tra una situazione stressante e le sue conseguenze negative sul benessere psicologico degli adolescenti nel corso di eventi pandemici sembrano ad oggi essere ancora deficitari.

Alcuni studi condotti precedentemente alla pandemia da COVID-19 (De Moor et al., 2019; Grazzani et al., 2015; Caprara et al., 2002; Siddique e D'Arcy, 1984) hanno suggerito il ruolo fondamentale che giocano le competenze emotive proprio come fattore di protezione rispetto alla compromissione del benessere psicologico e all'effetto dello stress percepito.

La presente ricerca si pone dunque come primo obiettivo quello osservare e verificare questa relazione all'interno del contesto pandemico legato al COVID-19, confrontando inoltre tra loro tre diversi gruppi di adolescenti (fascia d'età 11-20 anni) che hanno partecipato alla

ricerca in tre diversi intervalli temporali (un gruppo al tempo T1, un secondo gruppo al tempo T2 e un terzo gruppo al tempo T3).

3.2 Obiettivi e ipotesi

L'obiettivo generale della presente ricerca è stato quello di indagare in che modo alcuni correlati psicologici legati al funzionamento emotivo abbiano influenzato il modo in cui gli adolescenti hanno vissuto l'esperienza della pandemia da COVID-19, confrontando le risposte fornite da tre gruppi di adolescenti in tre intervalli temporali di raccolta dati (T1, T2 e T3).

La ricerca si è posta tre obiettivi.

Il primo obiettivo ha inteso verificare se e in che modo alcuni correlati psicologici legati al funzionamento emotivo, selezionati sulla base della letteratura discussa nei capitoli precedenti, potessero rappresentare un modello di mediazione nella relazione tra stress percepito ed il benessere psicologico esperito nel corso della pandemia.

I quattro correlati psicologici che sono stati presi in considerazione sono:

- l'autostima;
- la regolazione emotiva;
- il *locus of control*;
- l'empatia.

Sulla base della letteratura citata nel capitolo 2, si ipotizza che essi abbiano un ruolo di mediazione significativo nella relazione tra lo stress ed il livello di benessere psicologico durante la pandemia. Dunque, migliore autostima, migliori abilità di regolazione emotiva, *locus of control* interno e migliori capacità empatiche potrebbero ridurre lo stress percepito durante la pandemia, in quanto ritenuti fattori di protezione del benessere psicologico degli adolescenti.

Il secondo obiettivo si è proposto di osservare eventuali differenze nelle variabili incluse nel

presente studio tra tre gruppi di adolescenti che hanno partecipato alla ricerca in intervalli temporali differenti (T1, T2 e T3) corrispondenti a loro volta a tre diversi momenti dell'esperienza pandemica, controllando possibili effetti legati all'età, al genere e al SES dei partecipanti.

La prima fase di raccolta dati (T1) è avvenuta tra maggio e luglio 2021, la seconda (T2) tra marzo e maggio 2022, mentre la terza (T3) è stata condotta tra novembre 2022 e gennaio 2023.

Sulla base della letteratura sulla PTG descritta nel primo capitolo, possiamo ipotizzare che nel T1, più vicino all'esplosione inaspettata della pandemia, dovremmo rilevare stati di malessere maggiori, in quanto la normalità e routine dei soggetti cominciano ad essere destrutturate.

Nel T2 ipotizziamo invece che i partecipanti abbiano messo in atto alcuni meccanismi e comportamenti, adattivi o disadattivi, nel tentativo di far fronte allo stress. Potremmo dunque aspettarci un atteggiamento di “prove ed errori” al fine di comprendere come approcciarsi alla vita durante la pandemia.

Nel T3 ci aspettiamo invece una situazione ormai “post-pandemica”, dunque più stabile, che potrebbe manifestare un maggiore benessere dovuto alla ri-costruzione di nuove e vecchie routine. Così l'elemento traumatico iniziale può essere trasformato, appunto, in una crescita personale.

Per quanto riguarda le covariate (genere, età e SES), ci aspettiamo che il genere sia significativo rispetto al correlato psicologico dell'autostima, ovvero che il genere maschile riporti un miglior livello di autostima. Questo perché, sulla base della letteratura esaminata, si evince come le ragazze adolescenti abbiano generalmente un'autostima inferiore rispetto ai coetanei maschi (Minev et al, 2018). Inoltre, al crescere dell'età i punteggi alla *Rosenberg Self-Esteem Scale* dovrebbero essere più elevati, in quanto durante l'adolescenza l'autostima migliora gradualmente, continuando poi il suo sviluppo nell'età adulta (Bleidorn et al., 2016).

Anche la capacità di regolazione emotiva si consolida durante l'adolescenza. Le abilità di regolazione emotiva dipendono infatti dalla maturazione di alcuni *network* cerebrali, come la corteccia prefrontale, che iniziano a maturare nella preadolescenza e attualmente si ritiene giungano a piena maturazione verso la metà del terzo decennio di vita (Ahmed et al., 2015). In merito al *locus of control*, non ci si aspettano differenze significative al crescere o diminuire dell'età – Kulas (1996) ha infatti dimostrato che l'adolescenza rappresenta un periodo stabile nella tendenza ad assumere un *locus of control* interno oppure esterno. Il genere invece dovrebbe confermare la tendenza ad assumere un *locus of control* esterno nelle ragazze e uno interno nei ragazzi (Adak e Sarkar, 2021), quindi punteggi più elevati dovrebbero essere associati al genere femminile. Si ipotizza, infine, che il genere influisca sull'empatia: infatti, in letteratura, viene ampiamente documentata la presenza di migliori competenze empatiche nelle ragazze rispetto ai ragazzi, in particolare laddove rilevata attraverso tecniche autovalutative (Albiero et al., 2020). Inoltre, ci si aspetta che con l'età migliorino le capacità empatiche degli adolescenti, in quanto avviene un progressivo miglioramento di queste competenze, grazie ai cambiamenti cruciali sia a livello neurobiologico che sociale (Allemand et al., 2015). Il terzo obiettivo della presente ricerca ha inteso verificare se vi fossero delle differenze tra T1, T2 e T3 nell'utilizzo di dispositivi elettronici (*smartphone* e TV) e nel tempo trascorso online sui *social media*.

Grazie alla letteratura citata nel capitolo 1, è possibile sostenere che l'utilizzo di dispositivi elettronici ed il tempo trascorso sui *social media* durante la pandemia da COVID-19 possono assumere sia il ruolo di fattori di protezione (ad es. canali di informazione, possibilità restare in contatto con i pari), sia di rischio (ad es. alterazione delle ore di sonno, confronto sociale "distorto" dalle immagini online), dipendendo *in primis* dagli specifici contenuti e comportamenti in cui gli adolescenti sono impegnati. Infatti, per gli adolescenti è

qualitativamente diverso usare i dispositivi elettronici ad es. per restare in contatto con i propri amici, rispetto all'alienarsi dal mondo reale attraverso post, foto, immagini, video presenti online e continuamente disponibili.

Ci aspettiamo dunque che da T1, in cui le restrizioni erano maggiori e si trascorrevano più tempo in casa, emerga un maggiore utilizzo dei dispositivi elettronici e del tempo trascorso online rispetto a T2 e T3.

3.3 Metodo

3.3.1 Partecipanti

Hanno complessivamente preso parte alla ricerca 732 adolescenti di età compresa tra gli 11 e i 20 anni. Il campione totale è risultato composto da tre diversi gruppi di partecipanti, ciascuno dei quali ha partecipato allo studio in un momento diverso della fase pandemica: nella prima fase (T1), avvenuta tra maggio e luglio 2021, il gruppo di partecipanti era costituito da 307 soggetti. La seconda fase di raccolta (T2) è avvenuta tra marzo e maggio 2022, e ha coinvolto 218 partecipanti. La terza fase (T3) di raccolta dati, condotta tra novembre 2022 e gennaio 2023, della quale mi sono occupata personalmente, ha incluso 207 partecipanti. I partecipanti hanno dichiarato nella netta maggioranza di essere di nazionalità italiana (94,81%; n = 694). Per quanto riguarda il genere, hanno partecipato 307 maschi (età media = 15,54; DS = 2,02) e 417 femmine (età 16,11; DS = 1,94), rispettivamente il 42,4% e il 57,6% del campione totale. Una sintesi delle statistiche descrittive del campione è riportata nella tabella 1.

Nel dettaglio hanno accettato di prendere parte alla ricerca l'1,1% (n = 8) di ragazzi di 11 anni, il 3,8% (n = 28) di 12 anni, l'8,3% (n = 61) di 13 anni, il 15,4% (n = 113) di 14 anni, il 12,8% (n = 94) di 15 anni, il 13,1% (n = 96) di 16 anni, il 20,4% (n = 149) di 17 anni, il 17,6% (n

=129) di 18 anni, il 6,7% (n = 49) di 19 anni ed infine lo 0,4% (n = 3) di 20 anni. Solo lo 0,3% (n = 2) non ha inserito l'età.

I dati appena descritti sono riassunti nella tabella 2, mentre la tabella 3 riporta una sintesi dei dati del campione suddiviso per ciascun gruppo (T1, T2 e T3). Per quanto riguarda la scuola frequentata, l'83,47% (n = 611) frequentava la scuola secondaria di secondo grado (scuola superiore), di cui l'88,38% era un Liceo. I partecipanti, durante la prima e la seconda fase di raccolta dati, sono stati reclutati contattando alcuni Dirigenti Scolastici della provincia di Padova e Verona, le associazioni sportive e le associazioni parrocchiali del territorio padovano. Nella terza fase, i partecipanti invece sono venuti a contatto con il questionario grazie alla condivisione del *link* tramite Circolare Ufficiale da parte dei Dirigenti Scolastici di alcuni Licei della città di Palermo e provincia. Ogni partecipante del campione è stato invitato a compilare un questionario di autovalutazione online, inviato appunto tramite un link apposito. Sono state preventivamente fornite ai ragazzi tutte le informazioni in merito alla ricerca e alla possibilità di abbandonare in qualsiasi momento la compilazione del questionario. Una volta aperto il link, dalla prima pagina era possibile, inserendo l'età del ragazzo, accedere al consenso informato per i genitori, nel caso di partecipanti minorenni, o al consenso informato per i maggiorenni. Inoltre, per quanto riguarda i minori di 18 anni, una volta espresso il consenso da parte dei genitori, è stata chiesta al partecipante un'ulteriore conferma della volontà di partecipare allo studio.

TABELLA 1: SINTESI DEI DATI DEL CAMPIONE.

genere	n	%	Età media	DS
m	307	42,4	15,54	2,02
f	417	57,6	16,11	1,94
tot	724	100	15,87	1,99

TABELLA 2: SINTESI DELLA DISTRIBUZIONE DEI DATI PER FASCE D'ETÀ.

età	n	%
11	8	1.1
12	28	3.8
13	61	8.3
14	113	15.4
15	94	12.8
16	96	13.1
17	149	20.4
18	129	17.6
19	49	6.7
20	3	0.4
tot	730	100

TABELLA 3: SINTESI DEI DATI DEL CAMPIONE PER CIASCUN GRUPPO (T1, T2, T3).

	n	Età media	DS
T1	307	15,52	2,24
m	124	15,12	2,40
f	183	15,80	2,09
T2	215	16,43	1,74
m	75	16,24	1,52
f	140	16,54	1,85
T3	202	15,81	1,70
m	108	15,54	1,70
f	94	16,12	1,65

3.3.2 Strumenti

Ai partecipanti che hanno dato il consenso è stato somministrato un questionario di autovalutazione composto da 6 scale tramite la piattaforma *Google Forms*. Prima di rispondere direttamente agli item delle scale, nella prima sezione, il partecipante è stato invitato ad inserire alcune informazioni sociodemografiche (ad es. l'età, la scuola frequentata, la nazionalità, il proprio rendimento scolastico, la dimensione della propria casa, le abitudini di utilizzo dei *social media*), a cui si aggiungono alcune domande volte ad approfondire diversi aspetti della vita degli adolescenti dall'inizio della pandemia, come la percezione di un cambiamento nelle possibilità economiche della propria famiglia o la comparsa di difficoltà di addormentamento.

In particolare, sette item di questa sezione sono stati utilizzati per confrontare le risposte tra i partecipanti dei tre gruppi per quanto concerne l'utilizzo dei dispositivi elettronici e dei *social media*:

- l'item "*Nella tua giornata tipica quante ore passi usando il tuo cellulare? Pensa alle chiamate vocali, ai social media, al guardare video, all'ascolto di musica e all'utilizzo di app.*" a risposta multipla con sette opzioni di risposta (da "0-2 ore" a "più di 12 ore");
- l'item "*In media durante una giornata tipica, quante ore passi specificatamente sui social media?*" prevede invece cinque alternative di risposta (da "0-1 ora" a "più di 7 ore");
- l'item "*Ti sembra che da quando è iniziata la pandemia da Covid-19 sia aumentato il tempo che trascorri utilizzando i dispositivi elettronici e i social media? NON considerare il tempo speso sui dispositivi per la Didattica A Distanza.*" richiede una risposta dicotomica tra "sì" e "no";
- l'item "*Da quando è iniziata la pandemia da Covid-19, quanto ti sembra che l'uso dei social media, delle chat e dei programmi per videochiamate ti abbia aiutato a rimanere in contatto con i tuoi amici?*" è su Scala Likert da 1 a 5 punti (Per nulla=1; Moltissimo=5);
- l'item "*Quante ore trascorri in una giornata tipica guardando la TV?*" prevede quattro opzioni di risposta (da "0-1 ora" a "più di 5 ore");
- l'item "*Ti sembra che da quando è iniziata la pandemia da Covid-19 sia aumentato il tempo che trascorri guardando la TV?*" richiede una risposta dicotomica tra "sì" e "no";
- l'item "*Quante ore dormi durante la notte?*" presenta sei possibili opzioni di risposta (da "meno di 4 ore" a "più di 11 ore").

La sezione sociodemografica del questionario, come tutte le altre, è riportata integralmente in Appendice.

Una volta compilata interamente questa prima sezione, è stata proposta la compilazione di sei scale che indagano i quattro diversi correlati psicologici, lo stress percepito in merito ad alcuni aspetti della pandemia ed infine il benessere psicologico. Le scale che sono state utilizzate vengono di seguito illustrate una per una (inoltre, tutti gli strumenti descritti sono riportati integralmente in Appendice):

- *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) di Gratz e Roemer (2004), nella versione italiana di Sighinolfi et al. (2010): si tratta di un questionario *self report* volto all'individuazione di difficoltà nella regolazione delle emozioni di natura negativa. È uno strumento completo in quanto permette di indagare diverse dimensioni: la comprensione e la consapevolezza delle emozioni, l'accettazione delle emozioni, l'abilità di controllare i comportamenti impulsivi e di orientare i comportamenti verso i propri obiettivi, la capacità di utilizzare strategie di regolazione flessibili e di adeguarle al contesto, alla situazione e allo stato emotivo.

Il questionario è composto da 36 item a risposta multipla su una scala Likert a 5 punti, da 1 a 5 (Quasi mai=1; Quasi sempre=5), in grado di valutare la presenza di difficoltà, anche di rilevanza clinica, nei processi di regolazione emotiva. Sono presenti 9 item *reverse* che dunque è necessario invertire prima di procedere nel calcolo del punteggio (item 1, 2, 6, 7, 8, 10, 20, 22 e 24).

La DERS a sua volta è composta sei sotto-scale che indagano sei diverse dimensioni dei processi di regolazione emotiva:

1. “Risposte emotive di non-accettazione” (item 11, 12, 21, 23, 25 e 29) misura la difficoltà nell'accettazione del proprio stato di disagio o la tendenza a provare emozioni negative causate dalla non accettazione del proprio stato affettivo negativo;

2. “Difficoltà nell’esecuzione di un compito” (item 13, 18, 20, 26 e 33), indaga la presenza di difficoltà di concentrazione nell’esecuzione di un compito quando si provano emozioni negative;
3. “Difficoltà nel controllo degli impulsi” (item 3, 14, 19, 24, 27 e 32), misura le difficoltà nel controllare e gestire il proprio comportamento quando si provano emozioni negative;
4. “Mancanza di consapevolezza emotiva” (item 2, 6, 8, 10, 17 e 34), indaga la propensione a prestare attenzione alle emozioni e la capacità di riconoscerle;
5. “Limitate strategie di regolazione emotiva” (item 15, 16, 22, 28, 30 31, 35 e 36), fornisce un’indicazione circa il grado di fiducia che la persona ha nelle sue abilità di gestire e controllare le emozioni quando queste si manifestano;
6. “Difficoltà nel riconoscere le emozioni” (item 1, 4, 5, 7 e 9), aiuta a misurare la capacità di comprendere distintamente l’emozione che si sta provando.

Il punteggio massimo ottenibile nella DERS è di 180: più i punteggi sono elevati più indicano una maggiore presenza di difficoltà nella regolazione delle emozioni. Il questionario gode di una buona consistenza interna ($\alpha = .93$), una correlazione item-totale che varia tra $r = .16$ e $r = .69$ ed una buona affidabilità per ciascuna delle sei scale ($\alpha > .80$).

- *Basic Empathy Scale* (BES) di Jolliffe e Farrington (2006) e nella versione italiana di Albiero et al. (2010): è una scala di autovalutazione in grado di misurare l’empatia, tenendo conto della multidimensionalità di questo costrutto. La BES, infatti, comprende due sotto-scale che indagano una la componente cognitiva, ovvero l’abilità di riconoscere e comprendere l’emozione provata dall’altro, e l’altra la componente affettiva dell’empatia, ovvero la capacità di attivare una risposta emotiva consona all’emozione dell’altro.

La scala dell'empatia cognitiva (EC) è composta dai seguenti 9 item: 3, 6, 9, 10, 12, 14, 16, 19 e 20. La scala dell'empatia affettiva (EA) è composta dagli 11 item: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 11, 13, 15, 17 e 18. Il questionario è dunque composto in totale da 20 item a risposta multipla su una scala Likert a 5 punti, da 1 a 5 (1=fortemente in disaccordo; 5=fortemente d'accordo), di cui 8 item reverse che devono essere invertiti prima di procedere nel calcolo dei punteggi (item 1, 6, 7, 8, 13, 18, 19 e 20). Nella BES è possibile ottenere un punteggio massimo di 100 (45 nella scala EC e 55 nella scala EA), il quale indicherebbe ottime abilità empatiche complessive. L'analisi delle proprietà psicometriche ha evidenziato una buona coerenza interna della scala EC ($\alpha = .73$), della scala EA ($\alpha = .85$) e per l'intera scala ($\alpha = .86$) ed una variabilità item-totale compresa tra $r = .43$ e $r = .72$. Inoltre, la BES è stata spesso utilizzata con gli adolescenti, godendo di ottime proprietà psicometriche.

- *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES) di Rosenberg (1965): si tratta del test più utilizzato nella ricerca psicologica per valutare l'autostima. Questo test, infatti, ne permette una valutazione globale.

La scala è composta da 10 item a risposta multipla su una scala Likert a 4 punti dove 1 corrisponde a "Fortemente in disaccordo" e 4 a "Fortemente d'accordo". Inoltre, la RSES gode di una buona affidabilità e validità nella popolazione adolescenziale.

- *Locus of Control of Behavior* (LCB) di Craig et al. (1984) nella versione breve, adattata in lingua italiana di Farma e Cortivonis (2000): si tratta di un questionario volto a valutare la tendenza dell'individuo ad attribuire il controllo delle situazioni a sé o a fattori esterni. Con la somministrazione di questo test è possibile ottenere una misura del *locus of control* esterno e comprendere quale tipologia di *locus* (interno o esterno) il soggetto utilizza abitualmente.

Il questionario si compone di 17 domande a risposta multipla su una scala di valori a 6 punti, da 0 a 5, dove 0 corrisponde a “completamente in disaccordo” e 5 corrisponde a “completamente d’accordo”. Dei 17 item totali, sette misurano il *locus of control* interno (item 1, 5, 7, 8, 13, 15 e 16), mentre i rimanenti dieci valutano quello esterno (2, 3, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 17). Il punteggio totale è dato dalla somma dei singoli punteggi espressi negli item che misurano il controllo esterno e dei punteggi invertiti del controllo interno. Dall’analisi delle proprietà psicometriche emerge una buona affidabilità misurata tramite il coefficiente α di Cronbach e una correlazione singolo item-totale che varia tra $r = .11$ e $r = .46$. Inoltre, i valori di consistenza interna delle due dimensioni (controllo interno e controllo esterno) sono simili.

- *COVID-19 Stress* di Ellis et al. (2020): si tratta di otto domande che consentono di indagare la presenza di paura per la diffusione del virus e per il contagio e/o la presenza di alcune preoccupazioni specifiche degli adolescenti causate dall’implementazione dell’obbligo di distanziamento sociale e, più in generale, dalla situazione pandemica.

Le otto domande sono a risposta multipla su una scala di valori a 4 punti, da 1 a 4, dove 1 corrisponde a “Per nulla” e 4 corrisponde a “Molto”. Gli item sono stati ricavati dalla *Swine Flu Anxiety Scale* di Wheaton et al. (2012) e un’analisi statistica delle proprietà psicometriche ha evidenziato un coefficiente α pari a .60.

- *Questionario per la Valutazione dello Stato Generale di Benessere Psicologico* (PGWBI) di Dupuy (1984) nella versione italiana di Grossi et al. (2006): è un questionario in grado di fornire una misura attendibile della qualità di vita. È largamente utilizzato nella pratica clinica e nelle ricerche epidemiologiche per valutare la percezione che le persone hanno della propria salute e del proprio benessere psicologico. Inoltre, questo strumento è in grado di cogliere l’equilibrio tra stati affettivi positivi e negativi e di indagare diverse dimensioni del benessere psicologico.

La struttura del PGWBI è molto interessante: sono presenti diverse tipologie di presentazione degli item (domanda o affermazione), le opzioni di risposta hanno direzioni di *scoring* differenti (sono presentate in sequenza dalla negativa alla positiva e viceversa) e le risposte sono costituite da vari tipi di matrici che esprimono la frequenza o l'intensità del fenomeno che si vuole indagare. Gli item all'interno dello stesso dominio presentano un orientamento delle risposte alternato così da rendere quasi impossibile una risposta ripetitiva da parte del soggetto. Il questionario è composto da 22 item a risposta multipla su una scala a 6 punti, da 0 a 5. Ogni singola dimensione viene valutata tramite un numero di item che varia da 3 a 5. Sono presenti 10 item *reverse* che, quindi, è necessario invertire prima di calcolare i punteggi ottenuti. Si tratta degli item 1, 4, 6, 7, 9, 10, 14, 16, 19 e 20. È possibile ottenere un punteggio globale, del quale il valore massimo ottenibile è pari a 110, ovvero il miglior stato di benessere psicologico. È possibile ottenere anche un punteggio specifico per ogni dominio di sei sotto-scale:

- Scala dell'ansia (PGWBI-AS), costituita da cinque item (5, 8, 17, 19 e 22);
- Scala della depressione (PGWBI-DP), che comprende tre item (3, 7 e 11);
- Scala della positività e del benessere (PGWBI-PB), composta da quattro item (1, 15, 19 e 20);
- Scala dell'autocontrollo (PGWBI-AC), costituita da tre item (4, 14 e 18);
- Scala della salute generale (PGWBI-SG), formata da tre item (2, 10 e 13);
- Scala della vitalità (PGWBI-VT), composta da quattro item (6, 12, 16 e 21).

In ogni singola scala è possibile ottenere un punteggio massimo di 15, nelle scale che comprendono 3 item, e di 25 nelle scale che, invece, sono formate da 5 item. Le molteplici analisi psicometriche condotte in campioni anche molto diversi tra loro hanno evidenziato un'alta affidabilità interna ($.90 < \alpha < .94$).

3.3.3. Procedura

Una volta ottenuta l'approvazione del progetto di ricerca da parte del Comitato Etico dell'Università di Padova, agli adolescenti e alle loro famiglie individuati tramite i contatti presi con le scuole e con le associazioni del territorio è stato inviato un link contenente il consenso informato ed il questionario. Solo dopo aver espresso il proprio consenso, e quello dei genitori nel caso di partecipanti minorenni, i ragazzi hanno avuto la possibilità di accedere al questionario. A coloro che non acconsentivano alla partecipazione, invece, il link si chiudeva automaticamente.

Ai partecipanti con età inferiore ai 18 anni, dopo aver registrato il consenso espresso dai genitori, veniva chiesto di esprimere a loro volta la volontà o meno di prendere parte allo studio. Solo nel primo caso era possibile procedere con la compilazione del questionario. Il questionario è stato compilato in ogni sua parte da 730 partecipanti nel periodo compreso tra maggio 2021 e gennaio 2023, mentre solo due non hanno inserito l'età. Nella prima sezione del questionario il partecipante è stato invitato a rispondere ad alcune domande di carattere sociodemografico (33 item). Alcuni item di questa prima sezione sono poi stati aggregati in un unico indicatore composito (SES) al fine di misurare lo status socio-economico. La creazione del SES ha incluso l'item che indaga il reddito familiare (1 punto se basso; 2 punti se medio-basso; 3 punti se medio; 4 punti se medio-alto; 5 punti se alto), l'item che chiede se la casa possiede un giardino (+ 1 punto casa con giardino) e l'item che interroga sulla dimensione della casa (+ 1 punto se dimensione casa 100-200 mq; + 2 punti se dimensione casa >200 mq). Il SES può dunque avere un valore tra 1 e 8. Dopo di ciò, è stato chiesto di procedere con la compilazione delle altre scale, illustrate nel paragrafo precedente, con il seguente ordine:

- Sezione 2: *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), 36 item;
- Sezione 3: *Basic Empathy Scale* (BES), 20 item;
- Sezione 4: *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES), 10 item;
- Sezione 5: *Locus of Control of Behavior* (LCB), 17 item;
- Sezione 6: *COVID-19 Stress*, 8 item;
- Sezione 7: *Questionario per la Valutazione dello Stato Generale di Benessere Psicologico* (PGWBI), 22 item.

Inoltre, prima di ogni scala, è stata sempre indicata al partecipante la modalità di risposta richiesta sottolineando l'importanza di rispondere con la massima sincerità e ricordando l'anonimato delle risposte fornite.

3.3.4. Analisi dei dati

Una volta conclusa la raccolta dei dati, sono stati calcolati i punteggi totali di ciascun strumento utilizzato in modo tale da poter svolgere le analisi statistiche attraverso il programma statistico SPSS.

La prima fase di analisi dei dati ha riguardato il calcolo del coefficiente di α di Cronbach di ciascuna scala presente nel questionario, al fine di controllarne l'affidabilità. Successivamente si sono verificate le ipotesi della ricerca esposte nel paragrafo 3.2. Per il primo obiettivo, è stata effettuata prima l'analisi delle correlazioni di Pearson, poi un'analisi di regressione lineare ed una *path analysis* volta a testare il modello di mediazione nel quale le quattro componenti del funzionamento emotivo (regolazione emotiva, autostima, empatia e *locus of control*) si propongono come mediatori della relazione tra lo stress percepito

a causa del COVID-19 ed il benessere psicologico (tabella 4 e figura 1).
 Et  e genere in questo modello di mediazione sono poste come covariate.

TABELLA 4: MODELLO DI MEDIAZIONE.

Models Info	
Mediators Models	
m1	DERS ~ stress
m2	autostima ~ stress
m3	BES-EC ~ stress
m4	BES-EA ~ stress
m5	LOC ~ stress
Full Model	
m6	benessere ~ DERS + autostima + BES-EC + BES-EA + LOC + stress
Indirect Effects	
IE 1	stress → DERS → benessere
IE 2	stress → autostima → benessere
IE 3	stress → BES-EC → benessere
IE 4	stress → BES-EA → benessere
IE 5	stress → LOC → benessere

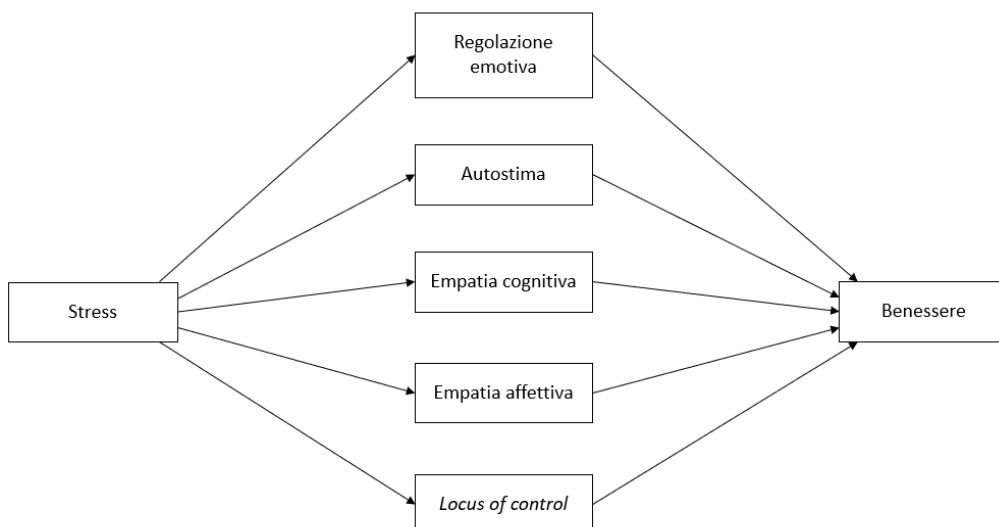


FIGURA 1: DIAGRAMMA DEL MODELLO DI MEDIAZIONE.

Per la verifica del secondo obiettivo, ovvero il confronto tra i tre tempi di raccolta dati del campione, sono state eseguite per delle analisi univariate (ANOVA) o multivariate (MANOVA) della varianza (considerando come covariate il genere, l'età e lo status socio-economico) e dei confronti a coppie tra T1, T2 e T3 (in cui il *p-value* è stato regolato sulla base dei confronti multipli di Bonferroni) per ciascuna delle seguenti variabili:

- lo stress percepito durante la pandemia da COVID-19, rilevato tramite gli item della Scala *COVID-19 Stress* (ANOVA).
- il benessere psicologico, misurato per mezzo del *Questionario per la Valutazione dello Stato Generale di Benessere* (ANOVA);
- l'autostima, valutata grazie alla *Rosenberg Self-Esteem Scale* (ANOVA);
- la presenza di difficoltà nella regolazione emotiva, rilevata tramite la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (ANOVA per il punteggio DERS totale e MANOVA per il punteggio di ciascuna delle sei sotto-scale del questionario);
- il *locus of control* esterno o interno, analizzato per mezzo del *Locus of Control of Behavior* (ANOVA);
- le abilità empatiche, misurate grazie la *Basic Empathy Scale* (MANOVA per il punteggio della sotto-scala dell'Empatia Affettiva e della sotto-scala dell'Empatia Cognitiva).

Per indagare il terzo obiettivo, eventuali differenze nei tempi di utilizzo di dispositivi elettronici e *social media* ai tempi T1, T2 e T3 sono state rilevate attraverso i seguenti item inseriti nella sezione sociodemografica del questionario:

- il numero di ore passate usando il cellulare durante una giornata tipica;
- il numero di ore trascorse a guardare la TV in una giornata tipica;

- il numero di ore passate specificatamente sui *social media* in una giornata tipica;
- la percezione che i *social media* abbiano aiutato a rimanere in contatto con i propri amici, dall'inizio della pandemia da COVID-19;
- il numero di ore medie di sonno durante la notte.

Per ciascuno di essi è stata eseguita un'analisi univariata della varianza (ANOVA) a tre fattori e dei confronti *Post Hoc* di Bonferroni (confronti multipli) tra T1, T2 e T3. E' stata incluso anche l'item che indaga lo ore di sonno medie durante la notte in quanto, come riportato nel capitolo 1, l'uso eccessivo di dispositivi elettronici ed un tempo eccessivo trascorso online o sui *social media* può provocare il fenomeno del “*vamping*”, con conseguente riduzione delle ore di sonno o modificazioni del normale ciclo sonno-veglia.

Capitolo 4. I Risultati

4.1. Controllo dell'attendibilità delle scale

La prima analisi statistica che è stata eseguita riguarda il calcolo dell'affidabilità statistica di ciascun strumento utilizzato attraverso il coefficiente α di Cronbach, il quale assume valore 1 in caso di coerenza perfetta tra gli item e 0 in caso di coerenza nulla. In generale, valori superiori a .7 rappresentano un buon livello di coerenza. La *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) è il primo strumento che, considerando tutti i 36 item, ha mostrato un livello molto elevato di affidabilità, con α pari a .94. Le sei sotto-scale di cui è composta sono state a loro volta controllate per correttezza e completezza: l'affidabilità di tutte le sotto-scale è risultata elevata ($.78 > \alpha > .88$). Il *Questionario per la Valutazione dello Stato Generale di Benessere Psicologico* è il secondo strumento per cui è stata evidenziato un livello ottimo di affidabilità ottima, con $\alpha = .94$. La *Rosenberg Self-Esteem Scale* a sua volta ha mostrato un buon livello di affidabilità, con $\alpha = .91$.

Per quanto riguarda la *Basic Emphaty Scale* l'affidabilità è stata calcolata direttamente su entrambe le due sotto-scale che sono state poi utilizzate per le analisi statistiche, senza dunque calcolare un punteggio totale: la sottoscala dell'Empatia Cognitiva ha mostrato un'affidabilità più che buona con $\alpha = .80$, mentre quella dell'Empatia Affettiva un $\alpha = .70$, quindi al limite per considerare ancora accettabile l'affidabilità.

Lo strumento del *Locus of Control of Behavior* ha mostrato un'affidabilità pari a $\alpha = .74$, quindi un livello meno elevato ma ancora buono. Per quanto riguarda gli 8 item utilizzati per misurare il *COVID-19 Stress*, nel loro insieme hanno evidenziato un coefficiente di affidabilità al limite dell'accettabilità ($\alpha = .69$). I dati riguardanti l'affidabilità delle scale somministrate appena descritti sono riassunti nella seguente tabella 5.

TABELLA 5: SINTESI ALPHA DI CRONBACH DELLE SCALE E SOTTOSCALE UTILIZZATE.

Scala	α di Cronbach	Numero item
<i>Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS totale)</i>	.94	36
<i>Risposte emotive di non accettazione (DERS-1)</i>	.88	6
<i>Difficoltà nell'impegnarsi nell'esecuzione di un compito (DERS-2)</i>	.88	5
<i>Difficoltà nel controllo degli impulsi (DERS-3)</i>	.88	6
<i>Mancanza di consapevolezza emotiva (DERS-4)</i>	.78	6
<i>Accesso limitato alle strategie di regolazione emotive (DERS-5)</i>	.88	8
<i>Difficoltà nel riconoscere le emozioni (DERS-6)</i>	.85	5
<i>Basic Empathy Scale (BES-EA)</i>	.70	11
<i>Basic Empathy Scale (BES-EC)</i>	.80	9
<i>Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)</i>	.91	10
<i>Locus of Control of Behavior (LCB)</i>	.74	17
<i>COVID-19 Stress</i>	.69	8
<i>Questionario per la Valutazione dello Stato Generale di Benessere Psicologico (PQWBI)</i>	.94	22

4.2 Analisi delle correlazioni e della regressione lineare del modello di mediazione

Per verificare come nel modello di mediazione le componenti del funzionamento emotivo, rilevate attraverso le scale somministrate, fungano da mediatori nella relazione tra lo stress percepito durante la pandemia e il benessere psicologico, è stata condotta in *primis* un'analisi

delle correlazioni di Pearson in riferimento ai punteggi dei partecipanti in ognuna delle scale presentate loro.

Dai risultati emerge una correlazione negativa tra i punteggi degli item della scala PGWBI con gli item del *COVID-19 Stress*, ovvero tra il benessere psicologico e lo stress percepito ($r = -.36$; $p < .001$). È possibile anche notare un'elevata correlazione negativa tra il benessere psicologico rilevato attraverso il PGWBI e la presenza di difficoltà di regolazione emotiva verificate con la DERS ($r = -.71$; $p < .001$), ma anche tra il benessere psicologico ed il *locus of control* esterno ($r = -.50$; $p < .001$). Una correlazione negativa, sebbene di bassa entità, è presente anche tra il benessere psicologico e l'empatia affettiva valutata grazie al BES-EA ($r = -.16$; $p < .001$). Una correlazione positiva, invece, è emersa tra il benessere psicologico e l'autostima valutata attraverso il RSES ($r = .66$; $p < .001$).

Lo stress percepito, valutato tramite il *COVID-19 Stress*, correla invece positivamente con la disregolazione emotiva ($r = .33$; $p < .001$); con l'empatia cognitiva valutata con la BES-EC ($r = .07$; $p < .005$); con l'empatia affettiva ($r = .27$; $p < .001$); con il *locus of control* esterno valutato con il LBC ($r = .25$; $p < .001$). Si rileva, invece, una correlazione negativa dello stress percepito solo con l'autostima ($r = -.32$; $p < .001$).

Le altre analisi presentano un buon livello di correlazione tra tutti gli strumenti utilizzati nella ricerca, tranne per quanto riguarda la BES-EC che presenta una correlazione positiva solo con il *COVID-19 Stress* ($r = .073$; $p = .05$) e con il BES-EA ($r = .40$; $p < .001$), mentre negativa con l'LCB ($r = -.16$; $p < .001$).

I risultati emersi dall'analisi delle correlazioni di Pearson sono sintetizzati nella tabella 6. In seguito è stato analizzato il modello di regressione lineare in cui è stato fissato come variabile dipendente il benessere psicologico degli adolescenti misurato tramite il punteggio al PGWBI. Infatti, il fine di tali analisi era quello di osservare se lo stress percepito durante la pandemia, la difficoltà di regolazione emotiva, l'empatia, l'autostima e il *locus of control* influenzassero

il benessere mentale - al netto delle covariate (genere, età e SES). Dalle analisi della regressione si evincono i seguenti risultati: nell'insieme i predittori spiegano significativamente il 62% della varianza dello stato di benessere dei partecipanti ($R^2 = 0.622$; $\beta = .36$; $p < .001$). Tuttavia, analizzando la capacità predittiva di ognuna delle dimensioni prese in considerazione, notiamo che lo stress percepito durante la pandemia costituisce un predittore significativo del benessere psicologico ($\beta = -.08$, $p = .002$). Per quanto riguarda le componenti del funzionamento emotivo indagate, le difficoltà di regolazione emotiva ($\beta = -.40$, $p = .0001$), l'autostima ($\beta = .25$, $p = .0001$), l'empatia affettiva ($\beta = .08$, $p = .003$), l'empatia cognitiva ($\beta = -.10$, $p = .0001$) e il *locus of control* ($\beta = -.12$, $p = .0001$) risultano altrettanto predittori significativi del benessere psicologico. Per avere una stima più completa dell'intensità degli effetti esercitata dalle variabili considerate all'interno del modello ipotizzato (figura 1 e 2) è stata eseguita una *path analysis*. Lo stress percepito durante la pandemia, misurato attraverso gli item COVID-19 Stress, è stato posto come predittore del benessere psicologico rilevato grazie al PGWBI, mentre le diverse dimensioni del funzionamento emotivo, osservate utilizzando le scale DERS, BES, RSES e LCB, sono state poste come mediatori dell'effetto dello stress sullo stato di benessere. Questo tipo di analisi ha permesso di indagare nello specifico l'intensità di tutti gli effetti diretti e indiretti sul benessere ipotizzati nel modello di mediazione appena descritto. I risultati per lo più confermano quanto emerso precedentemente dall'analisi delle regressioni: per mediare l'effetto dello stress sul benessere psicologico esercitano un effetto indiretto le abilità di regolazione emotiva ($\beta = -.11$; $p = .0001$), l'autostima ($\beta = -.07$; $p = .0001$), l'empatia affettiva ($\beta = .02$; $p = .010$) e il *locus of control* ($\beta = -.03$, $p = .001$). Quanto invece differisce dall'analisi delle regressioni è che l'empatia cognitiva non sembra avere un effetto indiretto significativo ($\beta = -.003$, $p = .391$).

Risulta però necessario, a fronte di tali risultati, analizzare le singole correlazioni delle componenti del modello: lo stress percepito correla positivamente con le difficoltà di regolazione emotiva ($r = .33$; $p < .001$) e le difficoltà di regolazione emotiva correlano negativamente con il benessere psicologico ($r = -.71$; $p < .001$). Per quanto riguarda l'autostima, lo stress vi correla negativamente ($r = -.32$; $p < .001$) mentre il benessere positivamente ($r = .66$; $p < .001$). L'empatia affettiva invece correla positivamente con lo stress percepito ($r = .27$; $p < .001$) e negativamente con il benessere psicologico ($r = -.16$; $p < .001$). Il *locus of control* esterno correla positivamente con lo stress percepito ($r = .25$; $p < .001$) e negativamente con il benessere ($r = -.50$; $p < .001$).

Nel complesso, il modello di mediazione ipotizzato è dunque risultato in grado di spiegare una quota significativa della varianza, pari circa al 62%. I risultati ottenuti circa gli effetti che compongono il modello di mediazione sono sintetizzati nella figura 2. Tutti i risultati della *path analysis* sono sintetizzati nella tabella 7, mentre nella tabella 8 sono riportati i dati delle correlazioni del modello di mediazione.

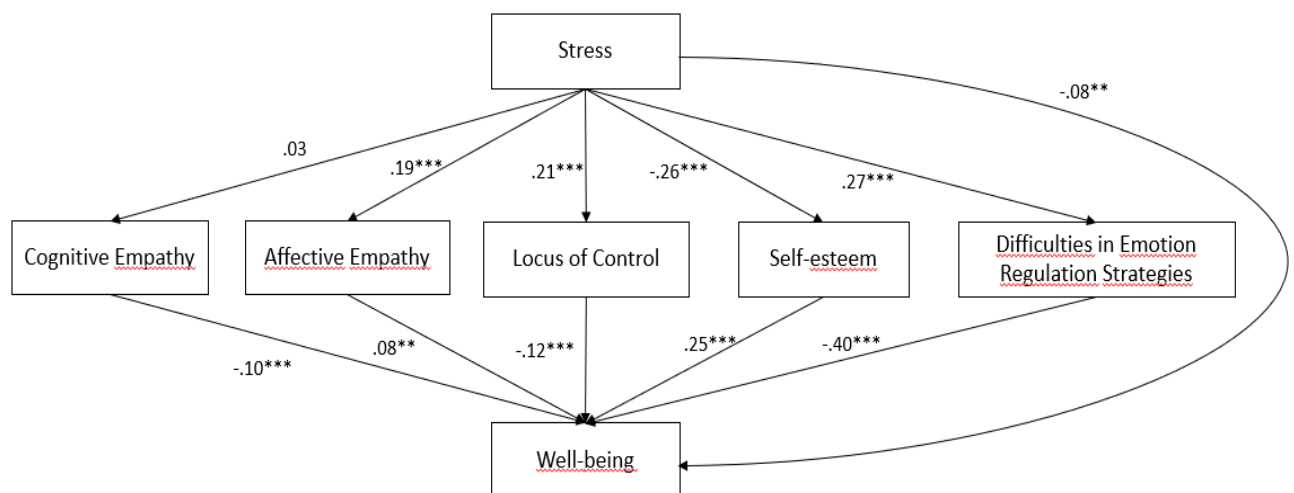


FIGURA 2: MODELLO DI MEDIAZIONE DELLA RELAZIONE TRA LE VARIABILI CONSIDERATE (** $p < .05$; *** $p < .001$).

TABELLA 6: RISULTATI DELLE CORRELAZIONI DI PEARSON.

		PGWBI	COVID-19 Stress	DERS	BES- EA	BES -EC	RSES	LCB
PGWBI	r di Pearson	1	-.36	-.71	-.16	-.05	.66	-.50
	Sign. A due code		.000	.000	.000	.171	.000	.000
	N	722	722	722	722	722	722	722
COVID-19 Stress	r di Pearson	-.36	1	.328	.27	.07	-.32	.25
	Sign. A due code	.000		.000	.000	.05	.000	.000
	N	722	722	722	722	722	722	722
DERS	r di Pearson	-.71	-.33	1	.16	-.06	-.69	.53
	Sign. A due code	.000	.000		.000	.10	.000	.000
	N	722	722	722	722	722	722	722
BES-EA	r di Pearson	-.16	.27	.16	1	.40	-.16	.08
	Sign. A due code	.000	.000	.000		.000	.000	.044
	N	722	722	722	722	722	722	722
BES-EC	r di Pearson	-.051	.073	-.06	.40	1	.04	-.16
	Sign. A due code	.171	.05	.10	.000		.26	.000
	N	722	722	722	722	722	722	722
RSES	r di Pearson	.66	-.32	-.69	-.16	.042	1	-.52
	Sign. A due code	.000	.000	.000	.000	.256		.000
	N	722	722	722	722	722	722	722
LCB	r di Pearson	-.50	.25	.53	.08	-.16	-.52	1
	Sign. A due code	.000	.000	.000	.044	.000	.000	
	N	722	722	722	722	722	722	722

Significatività a livello .01

TABELLA 7: SINTESI DEI RISULTATI DELLA *PATH ANALYSIS*.

Tipologia	Effetto	β	p	R ²
Indiretto	Stress→difficoltà di regolazione emotiva→benessere	-.11	.000	
	Stress→autostima→benessere	-.07	.000	
	Stress→empatia affettiva→benessere	.02	.010	
	Stress→empatia cognitiva→benessere	-.003	.391	
	Stress→ <i>locus of control</i> →benessere	-.03	.001	
Componenti	Stress→difficoltà di regolazione emotiva	.27	.000	.16
	Difficoltà di regolazione emotiva→benessere	-.40	.000	
	Stress→autostima	-.26	.000	.14
	Autostima→benessere	.25	.000	
	Stress→empatia affettiva	.19	.000	.15
	Empatia affettiva→benessere	.08	.003	
	Stress→empatia cognitiva	.03	.380	.03
	Empatia cognitiva→benessere	-.10	.000	
	Stress→ <i>locus of control</i>	.21	.000	.09
	<i>Locus of control</i> →benessere	-.12	.000	
Diretto	Stress→benessere	-.08	.002	.05
Totale	Stress→Benessere	-.36	.000	.62

TABELLA 8: CORRELAZIONI DEL MODELLO DI MEDIAZIONE.

		Benessere	Stress	Difficoltà di regolazione emotiva	Empatia affettiva	Empatia cognitiva	Autostima	Locus of control
Benessere	r di Pearson p-value	/						
Stress	r di Pearson p-value	-.19 .000	/					
Difficoltà di regolazione emotiva	r di Pearson p-value	-.71 .000	.27 .000	/				
Empatia affettiva	r di Pearson p-value	-.16 .000	-.26 .000	.16 .000	/			
Empatia cognitiva	r di Pearson p-value	-.51 .000	.19 .000	-.06 .10	.40 .000	/		
Autostima	r di Pearson p-value	.66 .000	.03 .380	-.69 .000	-.16 .000	.04 .256	/	
Locus of control	r di Pearson p-value	-.50 .000	.21 .000	.53 .000	.08 .044	-.16 .000	-.52 .000	/

4.3 Analisi delle differenze tra T1, T2 e T3 nei costrutti indagati

4.3.1 Benessere psicologico (*PGWBI*)

I partecipanti alla ricerca sono stati divisi in tre gruppi, denominati rispettivamente T1, T2 o T3 in base alla fase temporale in cui hanno preso parte alla raccolta dati, e di cui si è già scritto in precedenza.

Dei N = 722 soggetti totali (M = 60,43; DS = 19,53) abbiamo n = 307 soggetti (M = 60,84; DS = 17,79) al tempo T1; n = 214 soggetti (M = 58,29; DS = 20,84) al T2; n = 201 soggetti (M = 63,14; DS = 20,24) al T3.

Per verificare se vi fossero delle differenze nel benessere percepito tra i tre gruppi, è stata condotta un'ANOVA a tre livelli (T1, T2, T3) tra i soggetti sui punteggi ottenuti al Questionario per la Valutazione dello Stato Generale di Benessere Psicologico (PQWBI), inserendo come covariate genere, età e status socio-economico (SES).

Dai confronti condotti non sono emerse delle differenze in base alla gruppo nel benessere psicologico ($F_{(1,722)} = 105,50$; $p = .258$; η^2 parz. = .004), mentre è risultato significativo l'effetto delle covariate genere, età e SES. Infatti, per quanto riguarda le differenze di genere i maschi riferiscono maggiore benessere psicologico rispetto alle femmine ($F_{(1,722)} = 1,36$; $p = .0001$; η^2 parz. = .128). Anche per la variabile età è emersa una differenza, infatti con l'aumentare dell'età diminuisce il benessere ($F_{(1,722)} = 23,09$; $p = .0001$; η^2 parz. = .031). Il SES, infine, mostra come chi ha uno status socio-economico più elevato si attribuisca maggiore benessere psicologico ($F_{(1,722)} = 6,69$; $p = .010$; η^2 parz. = .009). La sintesi delle statistiche descrittive del benessere psicologico misurato attraverso il PGWBI è riportata nella tabella 9.

TABELLA 9: SINTESI STATISTICHE DESCRITTIVE DEI PUNTEGGI OTTENUTI NEL PGWBI PER T1, T2 E T3.

Tempo	n	%	M	DS
T1	307	42,5	60,84	17,79
T2	214	29,6	58,29	20,84
T3	201	27,8	63,14	20,24
tot	722	100	60,43	19,53

4.3.2 Stress percepito durante la pandemia (COVID-19 Stress)

Per quanto riguarda il costrutto dello stress percepito, al fine di verificare se vi fossero delle differenze nello stress percepito tra i tre gruppi, è stata condotta un'ANOVA a tre livelli (T1, T2, T3) sui punteggi alla COVID-19 stress, inserendo come covariate il genere, l'età e lo status

socio-economico (SES). Dai confronti condotti sono emerse differenze significative tra i gruppi ($F_{(1,722)} = 17,97$; $p = .0001$; η^2 parz. = .048). I confronti *post hoc* a coppie tra i gruppi, condotti attraverso i confronti multipli di Bonferroni, ci hanno permesso di osservare come la differenza emersa riguardi il T3: infatti, in questo gruppo, lo stress percepito è significativamente inferiore rispetto al T1 ed al T2 (figura 3).

Per quanto riguarda le covariate, anche il genere sembra avere un ruolo significativo nello spiegare la varianza all'interno del campione: i maschi hanno dichiarato di percepire meno stress di quanto non abbiano fatto le femmine ($F_{(1,722)} = 40,39$; $p = .0001$; η^2 parz. = .053).

La sintesi delle statistiche descrittive dello stress percepito misurato attraverso il *Covid-19 Stress* è riportata nella tabella 10.

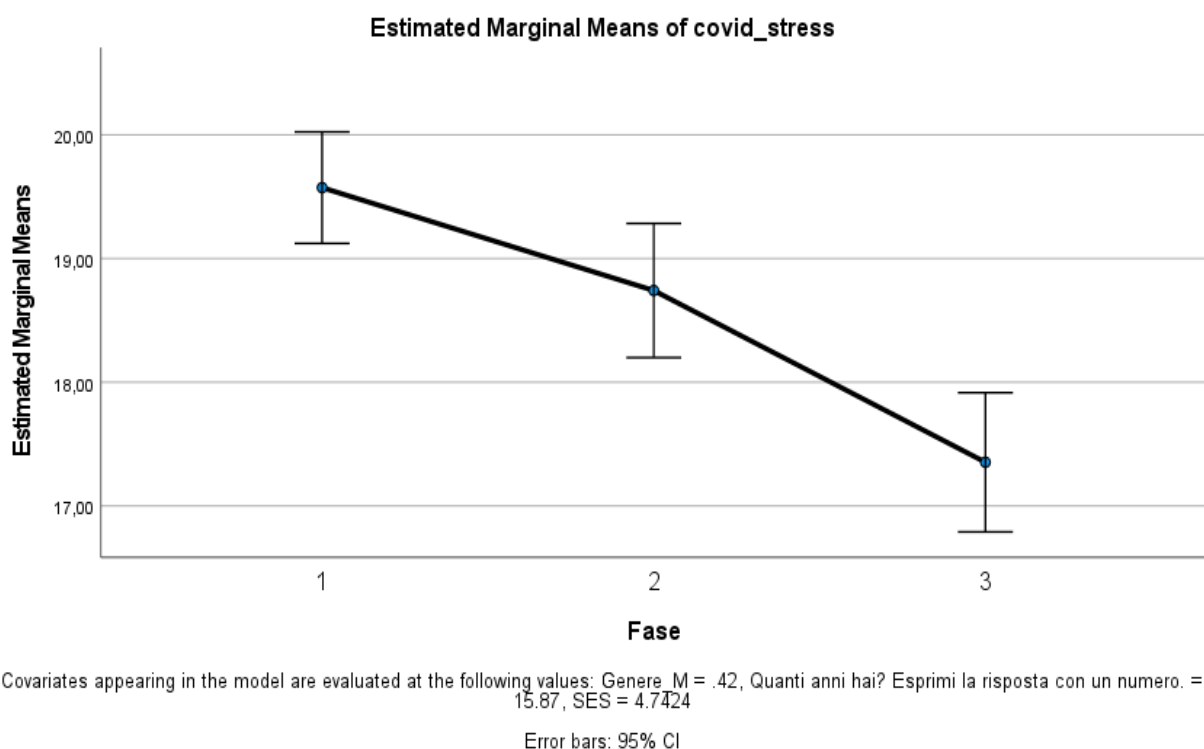


FIGURA 3: DIFFERENZE NEI PUNTEGGI OTTENUTI NEL COVID-19 STRESS PER T1, T2 E T3.

TABELLA 10: SINTESI DELLE STATISTICHE DESCRITTIVE DEI PUNTEGGI OTTENUTI NEL COVID-19 PER T1, T2 E T3.

Tempo	n	%	M	DS
T1	307	42,5	19,53	3,87
T2	214	29,6	18,94	4,17
T3	201	27,8	17,21	4,22
tot	722	100	18,71	4,22

4.3.3 Abilità di regolazione emotiva (*DERS*)

Per verificare se tra i gruppi vi fossero differenze nelle capacità di regolazione emotiva, è stata condotta un'ANOVA a tre livelli (T1, T2, T3) sul punteggio totale della *DERS*. Dai confronti condotti è emerso un effetto significativo per la variabile gruppo ($F_{(1,722)} = 8,63$; $p = .0001$; η^2 parz. = .024), i confronti a coppie *post hoc* hanno infatti evidenziato come la disregolazione emotiva sia aumentata in T2 rispetto a T3 (figura 4). Effetti significativi sono emersi anche per le covariate: per il genere ($F_{(1,722)} = 47,24$; $p = .0001$; η^2 parz. = .062), i maschi riportano punteggi meno elevati di disregolazione emotiva rispetto alle femmine; per l'età ($F_{(1,722)} = 5,15$; $p = .024$; η^2 parz. = .007), al crescere di questa aumenta anche la disregolazione emotiva e per il SES ($F_{(1,722)} = 3,86$ $p = .050$; η^2 parz. = .005), quando esso diminuisce aumenta la disregolazione emotiva.

Oltre a condurre un'ANOVA sul punteggio totale della *DERS*, si sono volute indagare eventuali differenze anche nelle sei sottoscale della *DERS*, attraverso un'analisi multivariata della varianza (MANOVA).

Dai confronti condotti sono emerse differenze significative, tra i gruppi soltanto in tre delle sei sotto-scale: la prima “*Risposte emotive di non-accettazione*” ($F_{(1,722)} = 11,29$; $p = .0001$; η^2 parz. = .031), la quarta “*Limitate strategie di regolazione emotiva*” ($F_{(1,722)} = 6,54$; $p = .002$; η^2

parz. = .018) e la sesta “*Difficoltà nel riconoscere le emozioni*” ($F_{(1,722)} = 6,97$; $p = .001$; η^2 parz. = .019). Nello specifico, la prima sottoscala (*Risposte emotive di non-accettazione*) presenta punteggi significativamente inferiori in T3 rispetto a T1 e T2 (figura 5). La quarta sottoscala (*Limitate strategie di regolazione emotiva*), grazie ai confronti a coppie, rivela invece punteggi significativamente più elevati soprattutto in T2 rispetto a T3 (figura 6). Anche l’ultima sottoscala (*Difficoltà nel riconoscere le emozioni*) riporta un aumento significativo dei punteggi a T2 rispetto a T3 (figura 7).

In merito all’effetto delle covariate, per spiegare la varianza dei punteggi nelle singole sottoscale, il genere risulta significativo per la prima sottoscala “*Risposte emotive di non accettazione*” ($F_{(1,722)} = 12,49$; $p = .0001$; η^2 parz. = .017; per la seconda “*Difficoltà nell’esecuzione di un compito*” ($F_{(1,722)} = 36,78$; $p = .0001$; η^2 parz. = .049); per la terza “*Difficoltà nel controllo degli impulsi*” ($F_{(1,722)} = 17,18$; $p = .0001$; η^2 parz. = .023); per la quinta “*Limitate strategie di regolazione emotiva*” ($F_{(1,722)} = 41,27$; $p = .0001$; η^2 parz. = .054); per la sesta “*Difficoltà nel riconoscere le emozioni*” ($F_{(1,722)} = 69,33$; $p = .0001$; η^2 parz. = .088).

In tutte queste sottoscale, i maschi presentano punteggi meno elevati rispetto alle femmine, e pertanto si attribuiscono minori difficoltà di regolazione emotiva.

L’età invece è significativa nella prima sottoscala “*Risposte emotive di non accettazione*” ($F_{(1,722)} = 11,33$; $p = .001$; η^2 parz. = .016), in cui al crescere dell’età corrispondono punteggi più elevati; nella quarta “*Mancanza di consapevolezza emotiva*” ($F_{(1,722)} = 4,25$; $p = .040$; η^2 parz. = .006), in cui al diminuire dell’età sono presenti punteggi più elevati; nella quinta “*Limitate strategie di regolazione emotiva*” ($F_{(1,722)} = 9,90$; $p = .002$; η^2 parz. = .014), in cui risultano punteggi più elevati al crescere dell’età; nella sesta “*Difficoltà nel riconoscere le emozioni*” ($F_{(1,722)} = 8,86$; $p = .003$; η^2 parz. = .012), in cui al crescere dell’età aumentano i punteggi.

Il SES invece si rivela significativo solo per due sottoscale: la prima “*Risposte emotive di non*

accettazione” ($F_{(1,722)} = 7,07$; $p = .008$; η^2 parz. = .010) e la quinta "Limitate strategie di regolazione emotiva” ($F_{(1,722)} = 4,98$; $p = .026$; η^2 parz. = .007), infatti al diminuire dello status socio-economico corrisponde un aumento dei punteggi nelle due scale sopracitate, ovvero un aumento delle difficoltà di regolazione emotiva. La sintesi delle statistiche descrittive della disregolazione emotiva totale misurata attraverso il DERS è riportata nella tabella 11, mentre la sintesi delle statistiche descrittive dei punteggi ottenuti nelle sei sottoscale del DERS si trova nella tabella 12.

TABELLA 11: SINTESI DELLE STATISTICHE DESCRITTIVE DEI PUNTEGGI OTTENUTI NEL DERS TOTALE PER T1, T2 E T3.

Tempo	n	%	M	DS
T1	307	42,5	100,80	26,03
T2	214	29,6	107,57	26,63
T3	201	27,8	94,70	25,22
tot	722	100	101,11	26,41

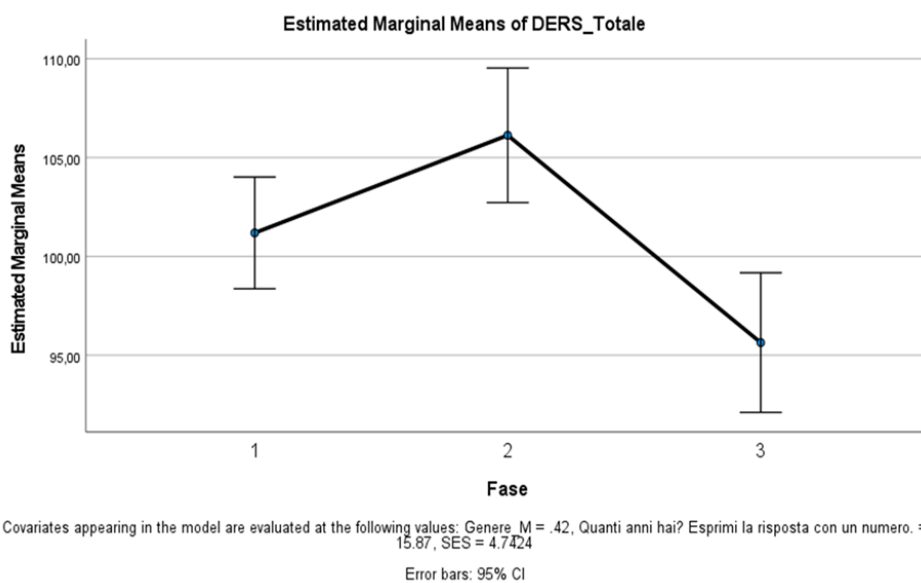
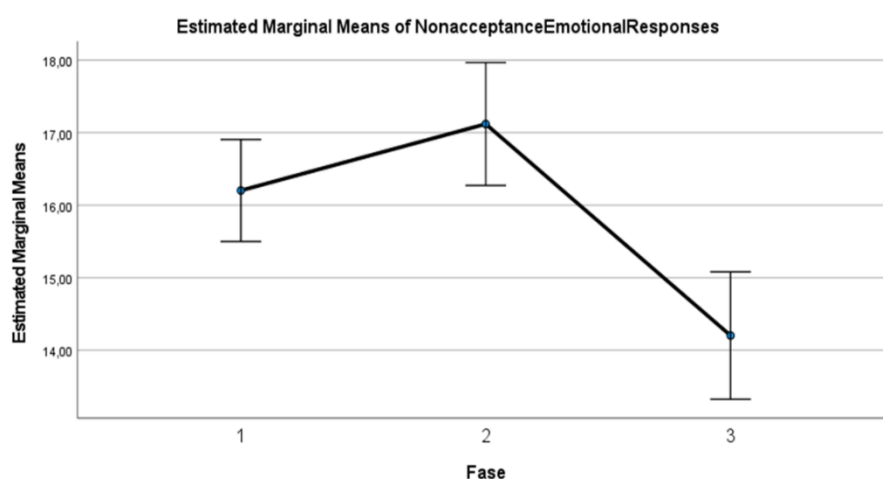


FIGURA 4: DIFFERENZE NEI PUNTEGGI OTTENUTI NEL DERS PER T1, T2 E T3.

TABELLA 12: SINTESI DELLE STATISTICHE DESCRITTIVE DEI PUNTEGGI OTTENUTI NELLE SOTTO-SCALE DEL DERS PER T1, T2 E T3.

Sottoscala-DERS	Fase	M	DS	N
Risposte di non accettazione emotiva	1	16,01	6,34	307
	2	17,42	6,22	214
	3	14,18	6,48	201
	tot	15,92	6,46	722
Difficoltà nell'esecuzione di un compito	1	16,95	5,00	307
	2	17,82	4,77	214
	3	16,42	5,22	201
	tot	17,06	5,02	722
Difficoltà nel controllo degli impulsi	1	15,62	6,25	307
	2	16,49	6,40	214
	3	14,85	5,92	201
	tot	15,66	6,23	722
Mancanza di consapevolezza emotiva	1	15,63	4,78	307
	2	15,97	4,98	214
	3	15,19	4,65	201
	tot	15,61	4,81	722
Limitate strategie di regolazione emotiva	1	22,28	7,95	307
	2	24,13	7,84	214
	3	20,69	7,43	201
	tot	22,38	7,87	722
Difficoltà nel riconoscere le emozioni	1	14,32	5,02	307
	2	15,76	5,18	214
	3	13,36	4,53	201
	tot	14,48	5,02	722



Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Genere = 42, Quanti anni hai? Esprimi la risposta con un numero. = 15,87, SES = 4,7424

Error bars: 95% CI

FIGURA 5: DIFFERENZE NEI PUNTEGGI OTTENUTI NELLA SOTTOSCALA-DERS “RISPOSTE DI NON ACCETTAZIONE EMOTIVA” PER T1, T2 E T3.

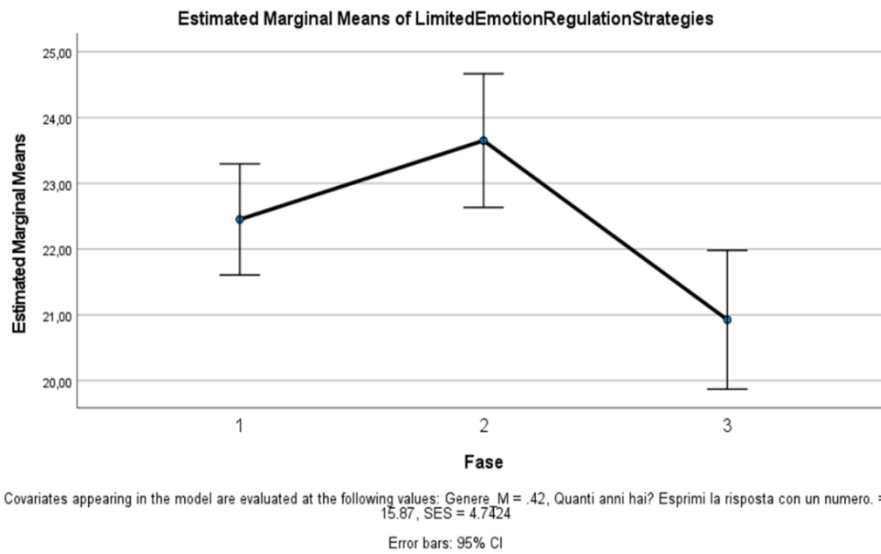


FIGURA 6: DIFFERENZE NEI PUNTEGGI OTTENUTI NELLA SOTTOSCALA-DERS “LIMITATE STRATEGIE DI REGOLAZIONE EMOTIVA” PER T1, T2 E T3.

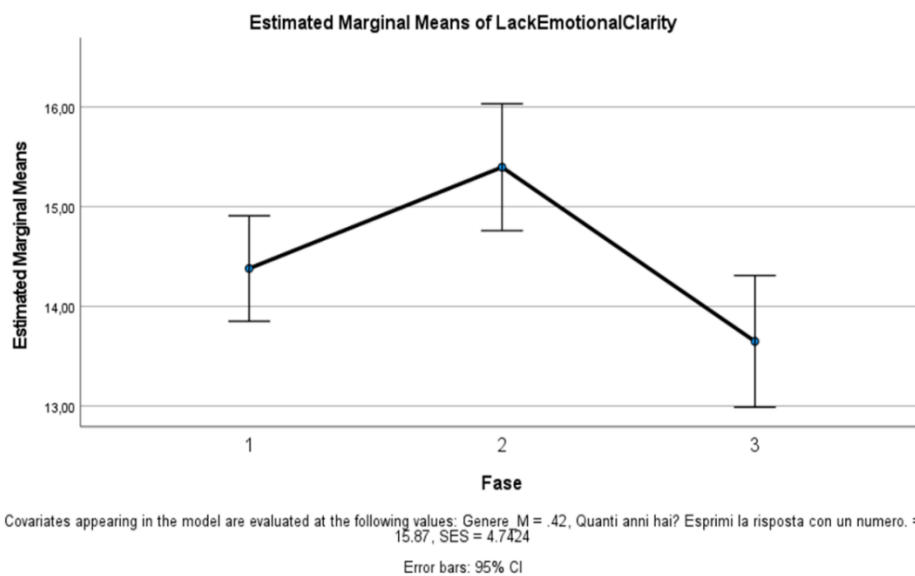


FIGURA 7: DIFFERENZE NEI PUNTEGGI OTTENUTI NELLA SOTTOSCALA-DERS “DIFFICOLTÀ DI RICONOSCIMENTO DELLE EMOZIONI” PER T1, T2 E T3.

4.3.4 Autostima (RSES)

Per verificare se vi fossero differenze nell'autostima legate al gruppo, è stata condotta un'ANOVA a tre livelli (T1, T2, T3) sul punteggio totale alla RSES. Dai confronti condotti sono emerse differenze significative tra i gruppi ($F_{(1,722)} = 11,10$; $p = .0001$; η^2 parz. = .028).

Grazie ai confronti a coppie post hoc è stato possibile osservare che i livelli di autostima sono inferiori in T2 rispetto a T1 e T3 (figura 8). Per quanto riguarda le covariate, il genere è risultato significativo: i maschi hanno riportato punteggi più elevati rispetto alle femmine ($F_{(1,722)} = 35,82$; $p = .0001$; η^2 parz. = .048). Anche il SES ha un ruolo significativo nello spiegare le differenze dei punteggi ($F_{(1,722)} = 11,10$; $p = .001$; η^2 parz. = .015), in quanto maggiore è lo status socioeconomico più elevato risulta il livello di autostima dichiarato dai partecipanti. La sintesi delle statistiche descrittive dell'autostima misurata attraverso il RSES è riportata nella tabella 13.

TABELLA 13: SINTESI DELLE STATISTICHE DESCRITTIVE DEI PUNTEGGI OTTENUTI NEL RSES PER T1, T2 E T3.

Tempo	n	%	M	DS
T1	307	42,5	26,89	7,28
T2	214	29,6	24,70	7,40
T3	201	27,8	28,30	7,11
tot	722	100	26,63	7,39

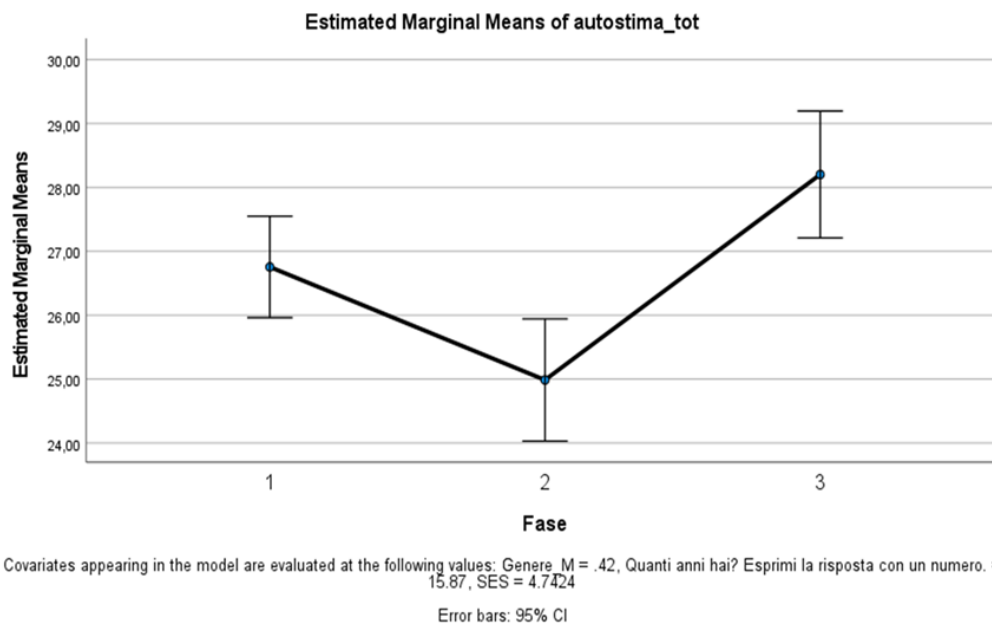


FIGURA 8: DIFFERENZE NEI PUNTEGGI OTTENUTI NEL RSES PER T1, T2 E T3.

4.3.5 Abilità empatiche (BES)

Per verificare se vi fossero differenze legate alla Fase per quanto riguarda le abilità empatiche, è stata condotta un'analisi multivariata della varianza (MANOVA) sulle due sottoscale che compongono la BES: l'Empatia Cognitiva (EC) e l'Empatia Affettiva (EA). La prima cosa che constatiamo è che la Fase non risulta che abbia un effetto significativo che spieghi la varianza dei punteggi in queste due sotto-scale, cosa che invece risulta per la covariata del genere. Infatti, i maschi presentano punteggi meno elevati delle femmine sia per quanto riguarda l'empatia cognitiva ($F_{(1,722)} = 19,97$; $p = .0001$; η^2 parz. = .027) che per quanto riguarda l'empatia affettiva ($F_{(1,722)} = 76.25$; $p = .0001$; η^2 parz. = .096).

4.3.6 *Locus of control* (LBC)

Per verificare se vi fossero differenze nei gruppi rispetto al *locus of control*, è stata condotta un'ANOVA a tre livelli (T1, T2, T3) sul punteggio totale del LCB. Dai confronti condotti è emerso un effetto significativo della variabile gruppo ($F_{(1,722)} = 19,04$; $p = .0001$; η^2 parz. = .050). I confronti a coppie post hoc hanno mostrato come il *locus of control* esterno sia stato maggiore in T1 rispetto a quanto riportato in T2 e T3 (figura 9). Per quanto riguarda le covariate, il genere in questo costrutto è risultato significativo ($F_{(1,722)} = 32,62$; $p = .0001$; η^2 parz. = .04): i maschi dichiarano punteggi meno elevati (quindi un minore *locus of control* esterno) rispetto alle femmine. La sintesi delle statistiche descrittive della disregolazione emotiva misurata attraverso il LCB è riportata nella tabella 14.

TABELLA 14: SINTESI DELLE STATISTICHE DESCRITTIVE DEI PUNTEGGI OTTENUTI NEL LCB PER T1, T2 E T3.

Tempo	n	%	M	DS
T1	307	42,5	36,36	8,45
T2	214	29,6	33,17	11,72
T3	201	27,8	30,46	10,78
tot	722	100	33,77	10,44

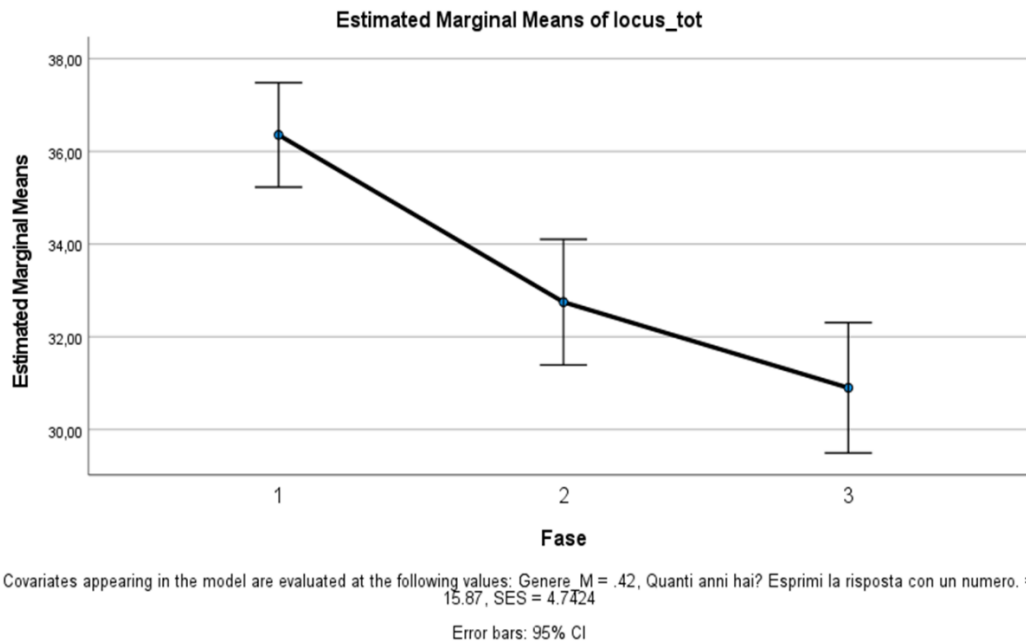


FIGURA 9: DIFFERENZE NEI PUNTEGGI OTTENUTI NEL LCB PER T1, T2 E T3.

4.4 Analisi delle differenze dell'utilizzo dei dispositivi elettronici e dei *social media* in T1, T2 e T3

4.4.1 Numero di ore passate usando il cellulare durante una giornata tipica

Per verificare se vi fossero differenze nei gruppi rispetto al numero di ore passate al cellulare, è stata condotta un'ANOVA a tre livelli (T1, T2, T3): dai confronti condotti è emerso un effetto significativo per la variabile gruppo ($F_{(1,732)} = 4,58$; $p = .011$;). I confronti multipli (*Post Hoc Test* di Bonferroni), hanno evidenziato che l'utilizzo giornaliero del cellulare è diminuito significativamente in T2 rispetto a T3 (figura 10). La sintesi delle statistiche descrittive delle risposte relative all'item "Nella tua giornata tipica

quante ore passi usando il tuo cellulare? Pensa alle chiamate vocali, ai social media, al guardare video, all'ascolto di musica e all'utilizzo di app.” è riportata nella tabella 15.

TABELLA 15: SINTESI DELLE STATISTICHE DESCRITTIVE DELLE ORE TRASCORSE AL CELLULARE PER T1, T2 E T3.

Tempo	N	%	M	DS
T1	307	41,94	2,81	1,31
T2	218	29,78	2,57	1,08
T3	207	28,27	2,91	1,20
tot	732	100	2,77	1,22

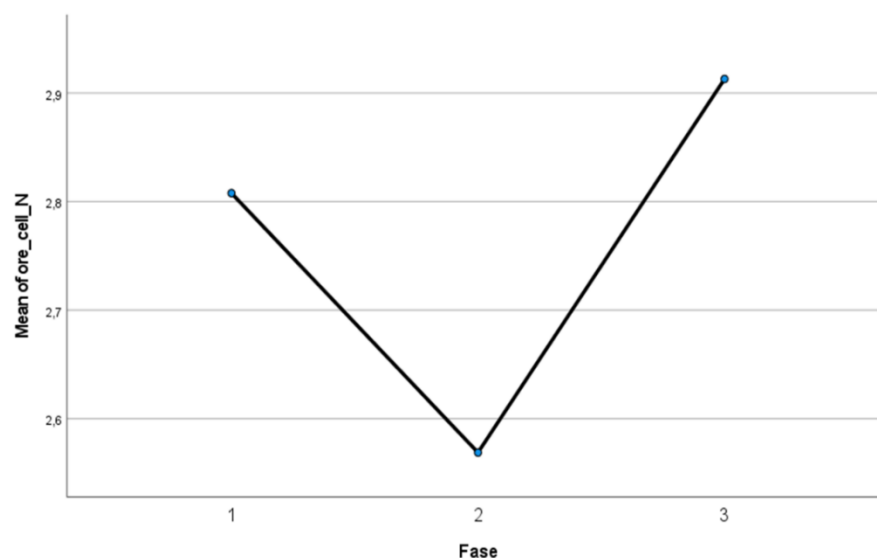


FIGURA 10: DIFFERENZE NEI PUNTEGGI PER LE ORE TRASCORSE AL CELLULARE PER T1, T2 E T3.

4.4.2 Numero di ore trascorse a guardare la TV in una giornata tipica

Per verificare se vi fossero differenze nei gruppi rispetto al numero di ore trascorse a guardare la TV, è stata condotta un'ANOVA a tre livelli (T1, T2, T3): dai confronti condotti è emerso un effetto significativo per la variabile gruppo ($F_{(1,732)} = 3,88$; $p = .021$). I confronti multipli (*Post Hoc Test* di Bonferroni) hanno evidenziato che le ore giornaliere trascorse a guardare la

TV sono state significativamente più elevate in T1 rispetto a T2 (figura 11). La sintesi delle statistiche descrittive delle risposte relative all'item "Quante ore trascorri in una giornata tipica guardando la TV?" è riportata nella tabella 16.

TABELLA 16: SINTESI DELLE STATISTICHE DESCRITTIVE DELLE ORE TRASCORSE GUARDANDO LA TV IN T1, T2 E T3.

Tempo	N	%	M	DS
T1	307	41,94	1,28	.47
T2	218	29,78	1,17	.46
T3	207	28,27	1,24	.45
totale	722	100	1,24	.46

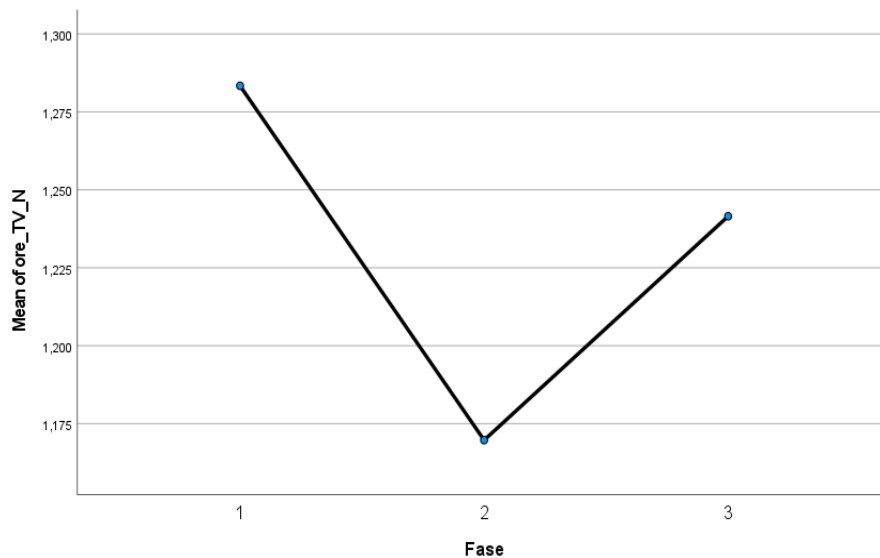


FIGURA 11: DIFFERENZE NEI PUNTEGGI PER LE ORE TRASCORSE GUARDANDO LA TV IN T1, T2 E T3.

4.4.3 Numero di ore passate specificatamente sui *social media* in una giornata tipica

Per verificare se vi fossero differenze nei gruppi rispetto al numero di ore trascorse sui social media, è stata condotta un'ANOVA a tre livelli (T1, T2, T3): dai confronti condotti è emerso un effetto significativo della variabile gruppo ($F_{(1,732)} = 4,41$; $p = .013$). I confronti multipli

(*Post Hoc Test* di Bonferroni) hanno mostrato come le ore giornaliere trascorse sui *social media* sono significativamente aumentate in T3 rispetto a T2 (figura 12).

La sintesi delle statistiche descrittive delle risposte relative all'item “*In media durante una giornata tipica, quante ore passi specificatamente sui social media?*” è riportata nella tabella 17.

TABELLA 17: SINTESI DELLE STATISTICHE DESCRITTIVE DEI PUNTEGGI SULLE ORE TRASCORSE SUI *SOCIAL MEDIA* PER T1, T2 E T3.

Tempo	N	%	M	DS
T1	307	41,94	1,88	.83
T2	218	29,78	1,76	.69
T3	207	28,27	1,98	.80
totale	722	100	1,87	.78

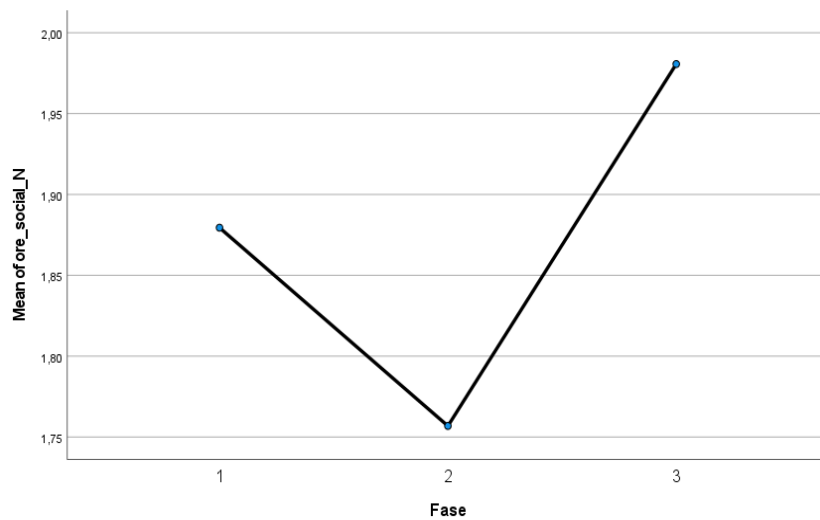


FIGURA 12: DIFFERENZE NEI PUNTEGGI PER LE ORE TRASCORSE SUI *SOCIAL MEDIA* PER T1, T2 E T3.

4.4.4 Percezione che i social media abbiano aiutato a rimanere in contatto con i propri amici

Dall'ANOVA a tre livelli (T1, T2, T3) condotta per questo item non sono emerse differenze significative tra i gruppi.

La sintesi delle statistiche descrittive delle risposte relative all'item “*Da quando è iniziata la pandemia da Covid-19, quanto ti sembra che l'uso dei social media, delle chat e dei programmi per videochiamate ti abbia aiutato a rimanere in contatto con i tuoi amici?*” sono riportate nella tabella 18.

TABELLA 18: SINTESI DELLE STATISTICHE DESCRITTIVE DEI PUNTEGGI SU QUANTO I *SOCIAL MEDIA* ABBIANO AIUTATO A RIMANERE IN CONTATTO CON GLI AMICI PER T1, T2 E T3.

Tempo	N	%	M	DS
T1	307	41,94	3,45	1,07
T2	218	29,78	3,53	1,04
T3	207	28,27	3,63	1,05
totale	722	100	3,52	1,06

4.4.5 Numero di ore medie di sonno durante la notte

Dall'ANOVA a tre livelli (T1, T2, T3) condotta per questo item sono emerse differenze significative tra i gruppi ($F_{(1,732)} = 4,71$; $p = .009$). I confronti multipli (*Post Hoc Test* di Bonferroni), hanno permesso di osservare che le ore di sonno durante la notte sono significativamente maggiori in T1 rispetto a T2 e T3 (figura 13).

La sintesi delle statistiche descrittive delle risposte relative all'item “*Quante ore dormi mediamente durante la notte?*” sono riportate nella tabella 19.

TABELLA 19: SINTESI DELLE STATISTICHE DESCRITTIVE DEI PUNTEGGI SULLE ORE MEDIE DI SONNO DURANTE LA NOTTE IN T1, T2 E T3.

Tempo	N	%	M	DS
T1	307	41,94	3,32	.71
T2	218	29,78	3,16	.69
T3	207	28,27	3,17	.69
totale	722	100	3,23	.70

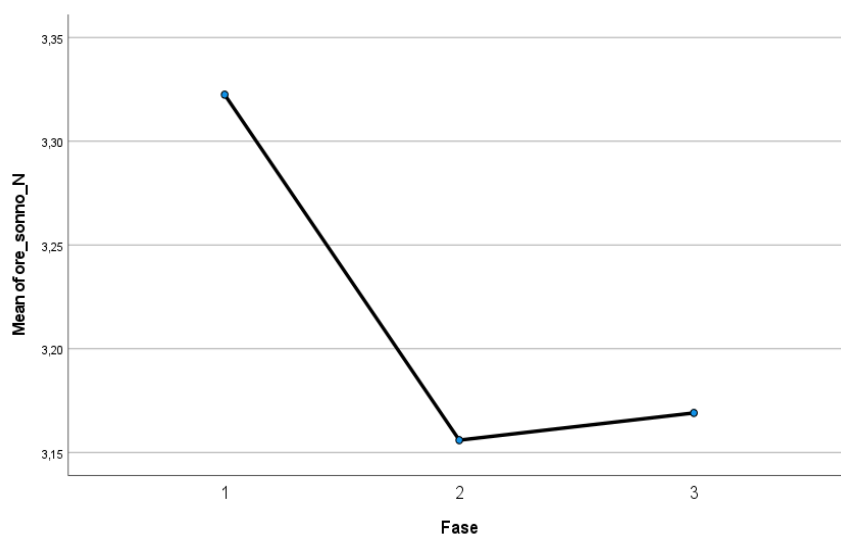


FIGURA 13: DIFFERENZE NEI PUNTEGGI PER LE ORE MEDIE DI SONNO DURANTE LA NOTTE IN T1, T2 E T3. T3.

4.5 Discussione dei risultati

L'obiettivo del presente lavoro di ricerca è stato quello di indagare quali siano le risorse e le abilità degli adolescenti per far fronte in modo adattivo alle difficoltà e alle sfide dovute agli scenari pandemici, tenendo conto delle caratteristiche di questa fase di vita di per sé già delicata e complessa.

L'obiettivo primario della ricerca è stato quello di verificare se le quattro componenti del funzionamento emotivo prese in considerazione, autostima, regolazione emotiva, *locus of control* ed empatia, potessero avere ruolo di mediazione nella relazione tra lo stress percepito durante il Covid-19 e lo stato di benessere psicologico degli adolescenti. Successivamente, il secondo obiettivo era volto a verificare se il livello percepito delle variabili

precedentemente descritte fosse cambiato nel corso del tempo durante la pandemia. Infine, l'ultimo obiettivo riguardava l'indagine di come l'utilizzo dei dispositivi elettronici (TV, *smartphone*) ed il tempo trascorso online sui social media fosse variato durante la pandemia.

Nel secondo capitolo, la letteratura presentata lasciava ipotizzare che l'aver un funzionamento emotivo più sviluppato potesse in effetti mediare gli effetti dello stress percepito sul benessere psicologico, fungendo quindi come fattore protettivo. Ci aspettavamo dunque che a punteggi più bassi nella *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) e nella scala *Locus of Control Behavior* (LCB), e più alti nella *Basic Empathy Scale* (BES) e nella *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES), corrispondessero a punteggi più elevati nel *Questionario per la Valutazione dello Stato Generale di Benessere Psicologico* (PQWBI). Questa ipotesi è stata in effetti verificata: infatti, dai risultati del modello di mediazione, emerge che una buona autostima ed alti livelli di empatia affettiva rappresentano fattori di protezione che possono attutire gli effetti negativi dello stress. Invece, la disregolazione emotiva, il *locus of control* esterno e l'empatia cognitiva costituiscono un fattore rischio, enfatizzando gli effetti negativi dello stress percepito. Per quanto riguarda il secondo obiettivo, sono stati condotti numerosi confronti univariati e multivariati per verificare se il livello percepito delle variabili precedentemente descritte fosse cambiato nel corso del tempo durante la pandemia, controllando anche l'eventuale effetto delle covariate età, genere e SES.

Per quanto riguarda il benessere psicologico, non sono emerse differenze significative nel corso del tempo (T1, T2 e T3). Le covariate invece hanno un ruolo nello spiegare le differenze nei punteggi al PQWBI: per quanto riguarda il genere, i maschi risultano meno vulnerabili allo stress percepito rispetto alle femmine; per l'età, più gli adolescenti sono grandi meno dichiarano di sperimentare benessere psicologico; per il SES, chi ha uno status socio-

economico più elevato dichiara anche maggiore benessere.

Nell'analisi dello stress percepito, i risultati ci mostrano invece come i punteggi cambiano nel corso del tempo: il gruppo che ha partecipato alla ricerca nella terza fase ha infatti riportato un livello generale di stress percepito inferiore rispetto a quello riportato dai pari coinvolti nella ricerca alla prima e seconda fase.

In questo costrutto, solo la covariata del genere è significativa: i maschi infatti si valutano meno a rischio di sperimentare stress rispetto alle femmine.

Rispetto alla disregolazione emotiva, i punteggi cambiano nel corso del tempo: infatti gli adolescenti si sono dichiarati significativamente più disregolati emotivamente durante la seconda fase rispetto alla terza fase.

Una spiegazione di questo risultato inaspettato, ovvero che i punteggi della DERS fossero significativamente più elevati in T2 rispetto a T3, piuttosto che in T1 come ipotizzato, potrebbe essere legata al fatto che, mentre in una prima fase si pensava che il virus non avrebbe stravolto le nostre vite a lungo termine e che le misure restrittive anti-contagio sarebbero durate solo per qualche settimana o mese, via via ci si è invece resi conto che la situazione pandemica non sembrava volgere presto alla fine.

Infatti, la fase di raccolta di T1 (maggio – luglio 2021) corrisponde innanzi tutto ad un periodo vicino all'estate, in cui il contagio sembrava diminuire, e di riavvicinamento alla normalità, grazie anche ai vaccini. Questo ha permesso di sperare che il virus smettesse di circolare e che dunque la pandemia fosse un qualcosa da potersi lasciare alle spalle.

La fase T2 (marzo – maggio 2022), invece, raccoglie i dati dopo un altro anno: sebbene il virus avesse ormai un tasso di mortalità nettamente inferiore, esso continuava ancora a circolare ed i suoi effetti a lungo termine cominciavano ad apparire evidenti. Quella speranza illusoria di ritornare alla normalità, sfatata poi dai fatti, potrebbe aver scombussolato nuovamente gli adolescenti, spingendoli verso una disregolazione emotiva ancora maggiore.

La fase di T3 (novembre – gennaio 2023) rispecchia invece, come previsto, un periodo di ritorno alla quasi totale normalità - sebbene il virus circoli ancora, i sintomi sono ormai lievi e/o quasi totalmente gestibili autonomamente, riportando dunque punteggi alla DERS significativamente inferiori rispetto a T2.

Per quanto concerne le covariate, i maschi presentano meno disregolazione rispetto alle femmine, al crescere dell'età aumenta anche la disregolazione emotiva e chi invece ha uno status socio-economico più elevato riporta meno disregolazione emotiva. Questi ultimi risultati non confermano le ipotesi, infatti ci aspettavamo che una maggiore regolazione emotiva fosse presente nei partecipanti più grandi rispetto ai più piccoli, proprio grazie alla più completa maturazione di alcuni *network* cerebrali. I nostri risultati indicano invece che al crescere dell'età crescono i punteggi nella DERS, il che si traduce in una maggiore disregolazione emotiva degli adolescenti in corrispondenza all'aumento dell'età. In particolare, rispetto all'effetto dell'età nello spiegare la varianza dei punteggi nelle sottoscale del DERS, è interessante notare come la “*Mancaanza di consapevolezza emotiva*” presenti punteggi più elevati al diminuire dell'età (confermando l'ipotesi), mentre per “*Risposte emotive di non accettazione*”, “*Limitate strategie di regolazione emotiva*” e “*Difficoltà nel riconoscere le emozioni*” i punteggi siano più elevati al crescere dell'età. Come risultato dallo studio di Nocentini et al. (2021), citato nel capitolo 1, forse proprio perché gli adolescenti più grandi comprendono con maggiore chiarezza le conseguenze a lungo termine della pandemia sulle proprie vite, tendono a mettere in atto una sorta di meccanismo di difesa simile alla negazione (risposte di non-accettazione) oppure restano “congelati” di fronte a tale situazione (limitate strategie di regolazione emotiva e difficoltà nel riconoscere le emozioni), spiegando anche il risultato per cui al crescere dell'età il benessere psicologico diminuisce.

Per quanto riguarda l'autostima, risulta che il modo in cui gli adolescenti si valutano rispondendo alla RSES cambia nel corso delle fasi: in particolare, coloro che hanno partecipato alla ricerca durante la seconda fase si attribuiscono livelli di autostima inferiori rispetto a quelli della prima e terza fase. Per quanto riguarda le covariate, il genere ha un'influenza che conferma le ipotesi e la letteratura (Pazzaglia et al., 2020): le ragazze mostrano infatti un'autostima più scarsa rispetto a quella dei ragazzi. L'età invece non risulta significativa, a differenza di quello che ci si sarebbe aspettati. Per il costrutto dell'empatia, la fase non risulta significativa nello spiegare la varianza né per la sotto-scala dell'empatia cognitiva né per quella dell'empatia affettiva. Riguardo alle covariate, non sono state riscontrate differenze per quanto riguarda l'età, a differenza di quanto atteso; il genere invece risulta significativo in quanto le ragazze riportano punteggi più elevati sia nell'empatia cognitiva che in quella affettiva – confermando la letteratura (Albiero et al., 2020).

In merito al *locus of control*, invece, sono state verificate differenze rispetto alla fase di partecipazione alla ricerca: i punteggi nel *Locus of Control Behavior* sono maggiori nella prima rispetto alla seconda e terza fase, quindi durante la prima c'era una maggiore tendenza verso l'assunzione di un *locus of control* esterno. Per quanto riguarda le covariate, le ragazze mostrano un *locus of control* maggiormente esterno rispetto ai ragazzi; l'età invece non risulta significativa. Sia i risultati legati al genere che all'età confermano le ipotesi esposte nel paragrafo 3.2. Dall'insieme dei risultati ottenuti, si può osservare che, tranne per il costrutto del benessere e dell'empatia, la fase assume un ruolo nello spiegare le differenze delle risposte dei partecipanti. Questa evidenza è interessante al fine di comprendere come la percezione della pandemia e del Covid-19 sia cambiata nel corso del tempo, ma soprattutto al fine di indagare se i costrutti che

mediano la relazione tra benessere psicologico e stress percepito abbiano modificato il loro ruolo nel corso del tempo.

In accordo con queste affermazioni, mentre il benessere psicologico sembra essere rimasto costante nelle diverse fasi, lo stress percepito risulta invece significativamente inferiore in T3. Questo conferma le ipotesi per cui ci si aspettava che nell'ultima fase lo stress percepito fosse inferiore, in quanto è avvenuto un adattamento ed una ricostruzione della realtà post-pandemica.

La fase risulta significativa per tutti gli altri costrutti, tranne appunto per le abilità empatiche: nella seconda fase la disregolazione emotiva è maggiore rispetto alla terza fase e l'autostima è inferiore se confrontata con la prima e terza fase; nella prima fase invece il *locus of control* esterno è più presente rispetto alle altre due fasi. La prima fase è il periodo più vicino all'inizio della pandemia, quindi, come ipotizzato, è comprensibile che gli adolescenti sentano maggiori sentimenti di impotenza rispetto a ciò che stava accadendo nel mondo, essendo la pandemia una forza esterna incontrollabile e poco conosciuta. Con il passare del tempo, potrebbero aver imparato ed interiorizzato le norme di contenimento del virus, sentendo che le loro azioni avevano delle conseguenze (crescita del *locus of control* interno).

La seconda fase invece è ancora strettamente legata alla prima per quanto riguarda soprattutto le risposte emotive: due sottoscale del DERS in particolare (“*Limitate strategie di regolazione emotive*” e “*Difficoltà nel riconoscere le emozioni*”) riportano infatti punteggi significativamente maggiori nella seconda fase solo rispetto alla terza. Questo evidenzia come la seconda fase differisca sostanzialmente dalla terza – in cui, come detto, c'è una diminuzione generale dello stress percepito – mentre la prima e la seconda fase abbiano punteggi molto simili tra loro. Possiamo invece immaginare che l'autostima sia inferiore nella seconda fase rispetto alle altre perché la condizione pandemica prolungata, la lontananza dagli amici e

l'incertezza per il futuro hanno inciso negativamente sugli obiettivi a lungo termine degli adolescenti e sulla visione positiva di sé stessi e del mondo (Caprara & Steca, 2005).

Per quanto riguarda il terzo obiettivo, è stato analizzato l'effetto della fase sulle differenze dei punteggi alle domande che riguardavano l'uso di dispositivi elettronici e *social media*. In sintesi, si può evidenziare un aumento significativo dell'uso dello *smartphone* nella terza fase rispetto alla seconda ed un tempo molto più elevato di ore trascorse guardando la TV nella prima fase rispetto alla seconda. L'uso dei *social media* è invece aumentato significativamente nella terza fase rispetto alla seconda, in linea con l'uso del cellulare. Non sembra significativo l'effetto della fase nella percezione degli adolescenti che i *social media* abbiano aiutato a restare in contatto con i propri amici, indicando dunque che questo fattore è rimasto costante nel corso del tempo.

Per quanto riguarda il numero di ore di sonno durante la notte, risulta che gli adolescenti abbiano dormito significativamente di più durante la prima fase rispetto a quanto non abbiano fatto nelle altre due. Questi risultati non sembrano confermare l'ipotesi per cui l'utilizzo dello *smartphone* e dei *social media* dovesse essere maggiore nelle prime fasi della pandemia, ma anzi risulta l'opposto: il tempo di utilizzo di questi strumenti è maggiore nella terza fase rispetto alla seconda (rimanendo invece per lo più simile tra la prima e la seconda fase). Solo per quanto riguarda le ore trascorse guardando la TV l'ipotesi viene confermata, infatti nella prima fase – in cui si restava di più a casa e si usciva di meno – le ore sono molte di più rispetto alla seconda fase.

Rispetto al numero ore medie di sonno durante la notte, i risultati non sembrano essere legati all'utilizzo dei dispositivi elettronici, ma piuttosto al fatto che durante la prima fase si passava, appunto, più tempo dentro casa e si facevano meno attività extra-scolastiche, e dunque gli adolescenti potevano dormire di più rispetto a quanto fosse possibile nelle altre due fasi.

Nonostante gli interessanti risultati emersi dalla ricerca, prima di concludere è doveroso porre luce anche sui numerosi limiti del presente lavoro. Anzitutto, si deve tenere in considerazione il fatto che l'età media del campione T2 (16,43) è risultata maggiore rispetto al campione T1 (15,52) e a T3 (15,81). È dunque possibile che questa differenza di età abbia contribuito a causare le differenze emerse tra i gruppi, configurandosi come un *confounder* rispetto agli effetti riscontrati e ricondotti alle caratteristiche dei diversi momenti pandemici di rilevazione osservati.

Inoltre, è importante tenere presente il fenomeno della desiderabilità sociale e della possibile disattenzione che può coinvolgere il partecipante di una ricerca, qualora essa sia composta, come in questo caso, esclusivamente da questionari di tipo *self-report*. Questo potrebbe condurre a risultati talvolta poco attendibili: il rischio permane nonostante si sia ricordato più volte durante la compilazione l'anonimato delle risposte e si fosse invitato il partecipante a fornire risposte sincere.

Inoltre, dobbiamo tenere in considerazione il fenomeno dell'autoselezione e del *drop-out*: i partecipanti che hanno completato il questionario lo hanno fatto a seguito di una motivazione interna, volontaria, magari perché particolarmente interessati al tema trattato. Di contro, esiste una percentuale di partecipanti che, una volta aperto il questionario, lo ha poi abbandonato (*drop-out*). Questo fenomeno di "autoselezione", che consiste nello scegliere se proseguire o meno la partecipazione alla ricerca, è un fattore critico che può influire sulla successiva generalizzabilità dei risultati, poiché potrebbe avere partecipato al presente studio un campione autoselezionatosi sulla base di variabili non controllate, quali la motivazione intrinseca.

Un ulteriore limite è dato dal disegno di ricerca che si è scelto di utilizzare: nonostante i dati utilizzati siano stati raccolti in tre momenti differenti della pandemia in corso, questo rimane uno studio di tipo *cross-sectional* e non longitudinale. Dunque, i risultati ottenuti, seppur

significativi, non permettono di formulare inferenze di tipo causale in quanto sono di tipo correlazionale.

Il fatto di aver raccolto i dati in tre momenti distinti ed in persone differenti potrebbe essere un limite della ricerca. Infatti, sebbene le fasi della pandemia in cui i dati sono stati ottenuti (non nel pieno *lockdown*) possano essere simili per certi aspetti, la distanza di tempo potrebbe aver messo comunque in campo altre variabili influenti che potrebbero aver inciso sui fattori esaminati, ad esempio l'effetto dell'abitudine della presenza del virus, l'aumento delle campagne vaccinali, la diminuzione della preoccupazione e la maggiore informazione fornita dai canali di comunicazione.

Infine, mentre il primo ed il secondo momento della raccolta dati sono avvenuti in città collocate nel Nord Italia (Veneto), il terzo è avvenuto nel Sud Italia (Sicilia): questo potrebbe aver comportato alcune differenze legate sia ai contesti culturali che alla gravità e diffusione del virus stesso nelle diverse regioni.

Per le future ricerche potrebbe essere importante riprodurre uno studio simile a questo utilizzando strumenti più specifici ed efficaci disponibili in letteratura, ad esempio sarebbe apprezzabile uno strumento che sia creato appositamente col fine di rilevare lo stress negli adolescenti in periodo di pandemia. Infatti, è indubbio il fatto che l'adolescenza sia un periodo particolarmente delicato e portatore di cambiamenti per l'individuo, pertanto utilizzare uno strumento pensato per la popolazione adulta potrebbe produrre risultati non veritieri o non essere in grado di rilevare le specifiche preoccupazioni e paure che solo un adolescente potrebbe provare (ad esempio le preoccupazioni scolastiche, quelle per le proprie emozioni, per le proprie relazioni amorose etc).

In futuri studi sarebbe particolarmente interessante introdurre, oltre alla rilevazione del benessere, anche quella in merito alla presenza di sintomi depressivi e ansiosi negli adolescenti. Infatti, dato che la relazione tra stress percepito e rischio di patologie di tipo depressivo e

ansioso è alta e dato che negli ultimi anni il *trend* che vede coinvolti i giovani e tali patologie è pericolosamente in continua crescita (Von Soest et al., 2022; Minozzi e al., 2021; Romm et al., 2021; Andreoli, 2016), analizzare anche questi fattori potrebbe produrre risultati interessanti soprattutto in riferimento a quelli che potrebbero essere gli effetti a lungo termine della compromissione del benessere psicologico in adolescenza durante la crisi pandemia del Covid-19.

CONCLUSIONI

Il fine ultimo del presente lavoro di ricerca è stato quello di fare luce sullo stato psicologico degli adolescenti durante la pandemia di Covid-19 che ha interessato l'Italia a partire da marzo 2020.

In questo periodo, la preoccupazione e l'attenzione nei confronti della salute fisica della popolazione sono state considerevoli, tuttavia, meno si è pensato a tutelare anche la salute mentale. Non sono infatti state implementate iniziative nel territorio su larga scala con lo scopo di preservare il benessere psicologico, specialmente se si fa riferimento alla fascia della popolazione che si trova a vivere durante questa crisi il periodo della propria adolescenza. L'adolescenza, come discusso ampiamente nei precedenti capitoli, è una fase della vita che è già di per sé considerata molto stressante dal momento che propone agli individui grandi cambiamenti e sfide; anche per questo motivo, l'adolescenza si pone a priori come un riconosciuto fattore di rischio nell'eziologia di molte problematiche che coinvolgono la salute mentale e che, nel lungo periodo, possono diventare particolarmente pericolose e debilitanti. Se a tutto ciò si aggiungono anche i numerosi *stressors* messi in campo dalla pandemia di Covid-19, il quadro generale che ne deriva potrebbe produrre non poche difficoltà per i giovani. Che ci sia stata una dilagante noncuranza nei confronti del benessere psicologico dei ragazzi durante la pandemia è evidente anche visionando la letteratura in merito: sebbene vi sia una grande mole di lavori incentrati sullo stress in adolescenza, non altrettanta quantità di materiale si ritrova per quanto riguarda lo stress specificatamente causato dal periodo di crisi attuale. Inoltre, quasi la totalità delle ricerche svolte negli ultimi due anni con partecipanti adolescenti si è concentrata di fatto sugli esiti psicopatologici che la pandemia ha causato (come i disturbi depressivi o i disturbi d'ansia di tipo clinico). Al versante opposto, è davvero poca la letteratura che ha posto attenzione sulle risorse e sui punti di forza che gli adolescenti potrebbero sviluppare, con il fine di proporre suggerimenti di tipo pratico che potessero supportare i

ragazzi e chi vive a stretto contatto con loro.

A fronte delle sopracitate evidenze, lo scopo del presente studio è stato quello di indagare e verificare quali risorse gli adolescenti potessero potenziare per tutelare il loro benessere psicologico in questo periodo di forti stress, preoccupazioni e rinunce, in modo da supportare i ragazzi e fornire anche alle persone che vivono e lavorano a stretto contatto con loro delle indicazioni il più concrete possibili.

Troppo poca cura e attenzione ci sono state in questi anni nei confronti degli adolescenti che, per di più, si trovano in uno dei periodi tipicamente più delicati della vita e necessitano di quanta più tutela possibile. È importante saper sostenere i ragazzi in questo momento storico e fornire loro tutti gli strumenti e le risorse che possono aiutarli al fine di superare la crisi pandemica senza conseguenze che potrebbero mettere a rischio il loro benessere psicologico e la loro qualità di vita.

Per questo motivo, anche gli adulti che appunto vivono e lavorano con i giovani (come i genitori, gli insegnanti o i professionisti della salute mentale) devono poter avere molte informazioni e indicazioni di tipo pratico, così da essere guidati nel loro agire con i ragazzi, qualunque sia il loro specifico ruolo.

Il presente lavoro mette in risalto quanto siano essenziali alcune competenze emotive (l'autostima, le abilità di regolazione emotiva, il *locus of control* e l'empatia affettiva), al fine di tutelare e proteggere il benessere psicologico in adolescenza dagli effetti potenzialmente dannosi dello stress causato dalla situazione pandemica.

Come già suggerito dall'OMS (1993), nelle scuole sarebbero necessari alcuni programmi di educazione alle "*Life Skills*", ovvero a quelle «competenze personali e relazionali che permettono ai ragazzi di affrontare in modo efficace le esigenze della vita quotidiana, rapportandosi con fiducia a sé stessi, agli altri e alla comunità». Queste abilità sono necessarie da apprendere per potersi mettere in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le

pressioni e gli stress della vita quotidiana in modo adeguato. Infatti, la mancanza di tali competenze può causare, a maggior ragione nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti negativi ed a rischio in risposta agli stress. Il «nucleo fondamentale» di queste *life skills* è descritto dall'OMS come l'insieme di alcune abilità socio-emotive, tra cui la gestione delle emozioni e dello stress, la capacità di prendere decisioni e di risoluzioni dei problemi, di comprendere gli altri e di relazionarsi con gli altri in modo positivo.

Dunque, per essere più preparati di fronte ad eventuali ricadute o pandemie future, la prospettiva pratica che deriva da queste considerazioni dovrebbe riguardare proprio l'implementazione ed attivazione di iniziative e progetti basati sullo sviluppo di competenze emotive e psicosociali, in modo che si promuovano salute e benessere a discapito di stress e malessere, sensibilizzando verso uno stile di vita che si possa definire "sano".

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Adak, C., e Sarkar, K. (2021). *Gender differences on Self-esteem, Locus of Control and Resilience among young adolescents*. *Journal of Research in Humanities and Social Science*, 9(2), 1-6.

Al-Balushi, S. M., Ambusaidi, A. K., Al-Balushi, K. A., Al-Hajri, F. H., & Al-Sinani, M. S. (2020). *Student-centred and teacher-centred science classrooms as visualized by science teachers and their supervisors*. *Teaching and Teacher Education*, 89, 103014. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2019.103014>

Albiero P., Matricardi, G. (2006). *Che cos'è l'empatia*. Carocci editore.

Allemand, M., Steiger, A.E., Fend, H.A. (2015). *Empathy Development in Adolescence Predicts Social Competencies in Adulthood*. *Journal of Personality* 83, 229-241.

Alonso-Stuyck, P., Zacarés, J. J., & Ferreres, A. (2018). *Emotional Separation, Autonomy in Decision-Making, and Psychosocial Adjustment in Adolescence: A Proposed Typology*. *Journal of Child and Family Studies*, 27(5), 1373–1383. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0980-5>

Anderson, M., & Jiang, J. (2018). *Teens, social media, and technology*

Andreoli, S. (2016). *Mamma, ho l'ansia: crescere ragazzi sereni in un mondo sempre più stressato*. Milano: Rizzoli.

Bandura, A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Gerbino, M., & Pastorelli, C. (2003). *Role of Affective Self-Regulatory Efficacy in Diverse Spheres of Psychosocial Functioning*. *Child Development*, 74(3), 769–782. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00567>

- Bassi, M., Carissoli, C., Beretta, S., Negri, L., Fianco, A., & Delle Fave, A. (2022). Flow Experience and Emotional Well-Being among Italian Adolescents during the COVID-19 Pandemic. *The Journal of Psychology*, *156*(6), 395–413. <https://doi.org/10.1080/00223980.2022.2074347>
- Becker, S. P., Dvorsky, M. R., Breaux, R., Cusick, C. N., Taylor, K. P., & Langberg, J. M. (2021). Prospective examination of adolescent sleep patterns and behaviors before and during COVID-19. *Sleep*, *44*(8), zsab054. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsab054>
- Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., & Greca, A. M. L. (2010). Weighing the Costs of Disaster: Consequences, Risks, and Resilience in Individuals, Families, and Communities. *Psychological Science in the Public Interest*, *11*(1), 1–49. <https://doi.org/10.1177/1529100610387086>
- Branje, S., & Morris, A. S. (2021). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Adolescent Emotional, Social, and Academic Adjustment. *Journal of Research on Adolescence*, *31*(3), 486–499. <https://doi.org/10.1111/jora.12668>
- Branquinho C., Kelly C., Arevalo L.C., Santos A., Gaspar de Matos M. (2020). «Hey, we also have something to say»: A qualitative study of Portuguese adolescents' and young people's experiences under Covid-19. *Journal of Community Psychology*, *48* (8), 2740-2752.
- Brinke, L. W., Menting, A. T., Schuiringa, H. D., Zeman, J., & Deković, M. (2021). The structure of emotion regulation strategies in adolescence: Differential links to internalizing and externalizing problems. *Social Development*, *30*(2), 536-553.
- Buckley, M. A. R., & Saarni, C. L. N. (2014). *Emotion regulation: Implications for positive youth development*. In *Handbook of positive psychology in schools* (pp. 107-122). Routledge.

- Busseri, M. A., & Sadava, S. W. (2013). Subjective Well-Being as a Dynamic and Agentic System: Evidence from a Longitudinal Study. *Journal of Happiness Studies*, 14(4), 1085–1112. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9368-9>
- Buzzi, C., Tucci, M., Ciprandi, R., Brambilla, I., Caimmi, S., Ciprandi, G., & Marseglia, G. L. (2020). The psycho-social effects of COVID-19 on Italian adolescents' attitudes and behaviors. *Italian Journal of Pediatrics*, 46(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s13052-020-00833-4>
- Caprara, G. V., & Steca, P. (2005). Affective and Social Self-Regulatory Efficacy Beliefs as Determinants of Positive Thinking and Happiness. *European Psychologist*, 10(4), 275–286. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.10.4.275>
- Cattelino, E., Testa, S., Calandri, E., Fedi, A., Gattino, S., Graziano, F., Rollero, C., & Begotti, T. (2021). Self-efficacy, subjective well-being and positive coping in adolescents with regard to Covid-19 lockdown. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01965-4>
- Chaffee, B. W., Cheng, J., Couch, E. T., Hoeft, K. S., & Halpern-Felsher, B. (2021). Adolescents' Substance Use and Physical Activity Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Pediatrics*, 175(7), 715. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.0541>
- Chaturvedi, K., Vishwakarma, D. K., & Singh, N. (2021). COVID-19 and its impact on education, social life and mental health of students: A survey. *Children and Youth Services Review*, 121, 105866. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105866>
- Choukas-Bradley, S., Nesi, J., Widman, L., & Galla, B. M. (2020). The Appearance-Related Social Media Consciousness Scale: Development and validation with adolescents. *Body Image*, 33, 164–174. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.02.017>
- Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Jiang, W.-C., Wang, C.-B., & Bernardini, S. (2020). The COVID-19 pandemic. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 57(6), 365–388. <https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198>

Clark, J. L., Algoe, S. B., & Green, M. C. (2018). Social Network Sites and Well-Being: The Role of Social Connection. *Current Directions in Psychological Science*, 27(1), 32–37. <https://doi.org/10.1177/0963721417730833>

Cohen, R., Newton-John, T., & Slater, A. (2017). The relationship between Facebook and Instagram appearance-focused activities and body image concerns in young women. *Body Image*, 23, 183–187. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.10.002>

Commodari, E., & La Rosa, V. L. (2020). Adolescents in Quarantine During COVID-19 Pandemic in Italy: Perceived Health Risk, Beliefs, Psychological Experiences and Expectations for the Future. *Frontiers in Psychology*, 11, 559951. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.559951>

Commodari, E., & La Rosa, V. L. (2021). Adolescents and Distance Learning during the First Wave of the COVID-19 Pandemic in Italy: What Impact on Students' Well-Being and Learning Processes and What Future Prospects? *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 11(3), 726–735. <https://doi.org/10.3390/ejihpe11030052>

Conway, A. M., & McDonough, S. C. (2006). Emotional Resilience in Early Childhood: Developmental Antecedents and Relations to Behavior Problems. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 272–277. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.033>

Craig, A., Franklin, J., Andrews, G. (1984). A scale to measure locus of control of behavior. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 173-180.

Crocetti, E. (2018). Identity dynamics in adolescence: Processes, antecedents, and consequences. *European Journal of Developmental Psychology*, 15(1), 11–23. <https://doi.org/10.1080/17405629.2017.1405578>

Daks J.S., Peltz J.S., Rogge R.D. (2020). *Psychological flexibility and inflexibility as sources of resiliency and risk during a pandemic: Modeling the cascade of Covid-19 stress on family*

systems with a contextual behavioral science lens. Journal of Contextual Behavioral Science, 18, 16-27.

Day L. Percy-Smith B., Rizzo S., Erskine C., Monchuk L., Shah M. (2020). *To lockdown and back: Young people's lived experiences of the Covid-19 pandemic*. Huddersfield: Ecorys and University of Huddersfield.

Davidson, R. J. (2000). Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 55(11), 1196–1214. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1196>

Davis, K., & Weinstein, E. (2017). *Identity development in the digital age: An Eriksonian perspective*. In M. F. Wright (Ed.), *Identity, sexuality, and relationships among emerging adults in the digital age* (pp. 1-17). IGI Global.

Del Guerra, R. (2022). *Il ruolo della Regolazione Emotiva e dell'Autocontrollo nei Problemi internalizzanti ed esternalizzanti, Autolesionismo e Dipendenza da Smartphone: Un intervento di Focus Group in età adolescenziale*. Università degli studi di Padova.

Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 63–73). Oxford University Press.

Diener, E. (2008). “Myths in the science of happiness, and directions for future research”. In M. Eid & R. J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 493–514). Guilford.

Dodgson, J. E., Tarrant, M., Chee, Y.-O., & Watkins, A. (2010). New mothers' experiences of social disruption and isolation during the severe acute respiratory syndrome outbreak in Hong Kong: Mothers' experiences of social disruption. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 198–204. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00520.x>

Donizzetti, A. R., & Petrillo, G. (2011). Health Locus of control Scale per adolescenti: Validazione di un originale strumento di rilevazione. *PSICOLOGIA DELLA SALUTE*, 2, 85–101. <https://doi.org/10.3280/PDS2011-002006>

Dunlosky, J., Rawson, K. A., Marsh, E. J., Nathan, M. J., & Willingham, D. T. (2013). Improving Students' Learning With Effective Learning Techniques: Promising Directions From Cognitive and Educational Psychology. *Psychological Science in the Public Interest*, 14(1), 4–58. <https://doi.org/10.1177/1529100612453266>

Dupuy, H.J. (1984). *The Psychological General Well-being (PGWB) Index*. In *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies* Edited by: Wenger NK, Mattson, M.E., Furburg, C.D., Elinson, J. New York. Le Jacq Publishing; 1984, 170-83.

Ellis, W.E., Dumas, T.M., Forbes, L.M. (2020). *Physically isolated but socially con-nected: psychological adjustment and stress among adolescents during the initial COVID-19 crisis*. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 52(3), 177-187.

Erikson, E. H. (1968). *Identity Youth and Crisis*. New York, NY: W.W. Norton Inc.

Exposure to COVID-19 pandemic stress: Associations with depression and anxiety in emerging adults in the United States—Kujawa—2020—Depression and Anxiety—Wiley Online Library. (s.d.). Recuperato 9 agosto 2022, da <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/da.23109>

Farma, T. e Cortivonis, I. (2000). *Un questionario sul 'locus of control': suo utilizzo nel contesto italiano (a questionnaire on the locus of control: its use in the italian context)*. *Ricerca in Psicoterapia*, 3, 147-155.

Feldman, A. F., & Matjasko, J. L. (2005). The Role of School-Based Extracurricular Activities in Adolescent Development: A Comprehensive Review and Future Directions. *Review of Educational Research*, 75(2), 159–210. <https://doi.org/10.3102/00346543075002159>

Ferrari, G., & Martori, G. (2021). *Disagio psichico, dipendenze e suicidio nella popolazione durante la pandemia da COVID-19: Una revisione narrativa della letteratura*. 1, 12.

Feshbach, N. D. (1974). *A three-component model of empathy. The concept of empathy: bond between cognition and social behavior*, New Orleans, Louisiana.

Fioretti, C., Palladino, B. E., Nocentini, A., & Menesini, E. (2020). *Positive and Negative Experiences of Living in COVID-19 Pandemic: Analysis of Italian Adolescents' Narratives*. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.599531>

Fisher, B. W., Gardella, J. H., & Teurbe-Tolon, A. R. (2016). *Peer Cybervictimization Among Adolescents and the Associated Internalizing and Externalizing Problems: A Meta-Analysis*. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(9), 1727–1743. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0541-z>

Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2018). *Reflections on Positive Emotions and Upward Spirals*. *Perspectives on Psychological Science*, 13(2), 194–199. <https://doi.org/10.1177/1745691617692106>

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). *Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale*. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.

Grossi, E., Mosconi, P., Groth, N., Niero, M., Apolone, G.: *Il Questionario Psychological General Well Being. Questionario per la valutazione dello stato generale di benessere psicologico*. Versione Italiana. Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano. 2002.

- Guessoum, S. B., Lachal, J., Radjack, R., Carretier, E., Minassian, S., Benoit, L., & Moro, M. R. (2020). *Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown*. *Psychiatry Research*, 291, 113264. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113264>
- Haag, K., Fraser, A., Hiller, R., Seedat, S., Zimmerman, A., & Halligan, S. L. (2020). *The emergence of sex differences in PTSD symptoms across development: Evidence from the ALSPAC cohort*. *Psychological Medicine*, 50(10), 1755–1760. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001971>
- Hamilton, J. L., Nesi, J., & Choukas-Bradley, S. (2020). *Teens and social media during the COVID-19 pandemic: Staying socially connected while physically distant* [Preprint]. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/5stx4>
- Hamilton, J. L., Coulter, R. A., & Radovic, A. (In Press). Mental health benefits and opportunities. In M. A. Moreno & A. J. Hoopes (Eds.), *Technology and Adolescent Behavior*. Elsevier.
- Havighurst, R. J. (1948). *Developmental Tasks and Education*. Chicago: University of Chicago Press.
- Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). *A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes*. *Body Image*, 17, 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>
- Janoff-Bulman R. (1992). *Shattered assumptions*. New York: Free Press.
- Jensen, M., George, M. J., Russell, M. R., & Odgers, C. L. (2019). Young Adolescents' Digital Technology Use and Mental Health Symptoms: Little Evidence of Longitudinal or Daily Linkages. *Clinical Psychological Science*, 7(6), 1416–1433. <https://doi.org/10.1177/2167702619859336>

Jiang, X., Fang, L., & Lyons, M. D. (2019). Is Life Satisfaction an Antecedent to Coping Behaviors for Adolescents? *Journal of Youth and Adolescence*, 48(11), 2292–2306. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01136-6>

Jolliffe, D., e Farrington, D.P. (2006a). *Development and validation of the Basic Empathy Scale*. *Journal of Adolescence*, 29, 589-611.

Kazak, A. E., Alderfer, M., Enlow, P. T., Lewis, A. M., Vega, G., Barakat, L., Kassam-Adams, N., Pai, A., Canter, K. S., Hildenbrand, A. K., McDonnell, G. A., Price, J., Schultz, C., Sood, E., & Phan, T.-L. (2021). COVID-19 Exposure and Family Impact Scales: Factor Structure and Initial Psychometrics. *Journal of Pediatric Psychology*, 46(5), 504–513. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsab026>

King, C. A., & Merchant, C. R. (2008). Social and Interpersonal Factors Relating to Adolescent Suicidality: A Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 181–196. <https://doi.org/10.1080/13811110802101203>

King, J.; South, J. *Reimagining the Role of Technology in Higher Education: A Supplement to the National Education Technology Plan*; US Department of Education, Office of Educational Technology: Washington, DC, USA, 2017.

Klootwijk C.L., Koele I.J., van Hoorn J., Gürog̃lu B., van Duijvenvoorde A.C. (2021). *Parental Support and Positive Mood Buffer Adolescents' Academic Motivation During the Covid-19 Pandemic*. *Journal of Research on Adolescence*, 31 (3), 780-795.

Kroger, J., & Marcia, J. E. (2011). *The Identity Statuses: Origins, Meanings, and Interpretations*. In S. J. Schwartz, K. Luyckx, & V. L. Vignoles (A c. Di), *Handbook of Identity Theory and Research* (pagg. 31–53). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9_2

- Lannegrand-Willems, L., & Bosma, H. A. (2006). *Identity Development-in-Context: The School as an Important Context for Identity Development*. *Identity*, 6(1), 85–113. https://doi.org/10.1207/s1532706xid0601_6
- Lee, J. (2020). *Mental health effects of school closures during COVID-19*. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(6), 421. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30109-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7)
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). *An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness*. *Public Health*, 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Levenson, H. (1973). *Reliability and Validity of the I, P, and C Scales—A Multidimensional View of Locus of Control*.
- Li, S. H., Beames, J. R., Newby, J. M., Maston, K., Christensen, H., & Werner-Seidler, A. (2021). The impact of COVID-19 on the lives and mental health of Australian adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01790-x>
- Lingiardi V., McWilliams N. (a cura), PDM-2. Manuale Diagnostico Psicodinamico.
- Listernick, Z. I., & Badawy, S. M. (2021). Mental Health Implications of the COVID-19 Pandemic Among Children and Adolescents: What Do We Know so Far? *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 12, 543–549. <https://doi.org/10.2147/PHMT.S315887>
- Lobb, H. (s.d.). A student- centred approach to teaching. *Agora*, 55(2), 23–25. <https://doi.org/10.3316/informit.319443677877033>
- Locus of control: Cos'è e come condiziona il nostro comportamento*. (s.d.). State of Mind. Recuperato 30 agosto 2022, da <https://www.stateofmind.it/locus-of-control/>
- Lorenzini, S. (2021). Malattia e morte: Tra presenza, assenza, riduzione della gravità e proiezione nel futuro nelle narrazioni scritte di adolescenti nella pandemia. *Questioni*

pedagogiche ed educative. *Journal of Health Care Education in Practice*, 3(05/2021), 23–35.

<https://doi.org/10.14658/pupj-jhcep-2021-1-4>

Magrin M.E., Scrignarò M., Steca P. (2007). La sfida delle avversità: minaccia o transizioni di crescita?. *Psicologia della salute*, 1, 1.

Maiya S., Dotterer A.M., Whiteman S.D. (2021). *Longitudinal Changes in Adolescents' School Bonding During the Covid-19 Pandemic: Individual, Parenting, and Family Correlates*. *Journal of Research on Adolescence*, 31 (3), 808-819.

Main, A., Zhou, Q., Ma, Y., Luecken, L. J., & Liu, X. (2011). Relations of SARS-related stressors and coping to Chinese college students' psychological adjustment during the 2003 Beijing SARS epidemic. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 410–423.

<https://doi.org/10.1037/a0023632>

Marques de Miranda, D., da Silva Athanasio, B., Sena Oliveira, A. C., & Simoes-e-Silva, A. C. (2020). How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents?

International Journal of Disaster Risk Reduction, 51, 101845.

<https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2020.101845>

Masten A.S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. New York: Guilford Press.

Minozzi, S., Saulle, R., Amato, L., & Davoli, M. (2021). *Impatto del distanziamento sociale per covid-19 sul benessere psicologico dei giovani: Una revisione sistematica della letteratura*. 11.

Monica, P., Razza, S. G., Torvisco, J. M., & Lo Piccolo, A. (2022). Family Context, Identity and Internet Use: A Cross-Sectional Study in a Group of Italian Adolescents During COVID-19 Pandemic. *Advances in Social Sciences Research Journal*, 9(6), 315–328.

<https://doi.org/10.14738/assrj.96.12296>

Musetti, A., Villani, E., Cavallini, F., & Corsano, P. (2021). Orientamento al futuro, prestazione scolastica, autostima generale e specifica in adolescenza. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 2, 239–266. <https://doi.org/10.1449/100104>

Muzi, S., Sansò, A., & Pace, C. S. (2021). What's Happened to Italian Adolescents During the COVID-19 Pandemic? A Preliminary Study on Symptoms, Problematic Social Media Usage, and Attachment: Relationships and Differences With Pre-pandemic Peers. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 590543. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.590543>

Neubauer A.B., Schmidt A., Kramer A.C., Schmiedek F. (2021). *A Little Autonomy Support Goes a Long Way: Daily Autonomy-Supportive Parenting, Child Well-Being, Parental Need Fulfillment, and Change in Child, 629 Family, and Parent Adjustment Across the Adaptation to the Covid-19 Pandemic. Child Development*, 92 (5), 1679-1697.

Nocentini, A., Palladino, B. E., & Menesini, E. (2021). *Adolescents' Stress Reactions in Response to COVID-19 Pandemic at the Peak of the Outbreak in Italy. Clinical Psychological Science*, 9(3), 507–514. <https://doi.org/10.1177/2167702621995761>

Nocentini, A., Taddei, B., & Menesini, E. (2021). Adolescenti e pandemia da Covid-19: Stress, resilienza ed esperienze di crescita. Comprendere lo sviluppo in una prospettiva multi-sistemica. *Giornale italiano di psicologia*, 3, 609–631. <https://doi.org/10.1421/103758>

Noom, M. J., Deković, M., & Meeus, W. (2001). *Conceptual Analysis and Measurement of Adolescent Autonomy. Journal of Youth and Adolescence*, 30(5), 577–595. <https://doi.org/10.1023/A:1010400721676>

Oliva, S., Russo, G., Gili, R., Russo, L., Di Mauro, A., Spagnoli, A., Alunni Fegatelli, D., Romani, M., Costa, A., Veraldi, S., & Manti, F. (2021). *Risks and Protective Factors Associated With Mental Health Symptoms During COVID-19 Home Confinement in Italian*

Children and Adolescents: The #Understandingkids Study. Frontiers in Pediatrics, 9.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2021.664702>

Oliveira, W. A. de, Silva, J. L. da, Andrade, A. L. M., Micheli, D. D., Carlos, D. M., & Silva, M. A. I. (2020). *A saúde do adolescente em tempos da COVID-19: Scoping review. Cadernos de Saúde Pública, 36(8), e00150020.* <https://doi.org/10.1590/0102-311x00150020>

Orben, A., & Przybylski, A. K. (2019). *The association between adolescent well-being and digital technology use. Nature Human Behaviour, 3(2), 173–182.*
<https://doi.org/10.1038/s41562-018-0506-1>

Pagoto, S. L., & Conroy, D. E. (2021). *Revitalizing Adolescent Health Behavior After the COVID-19 Pandemic. JAMA Pediatrics, 175(7), 677.*
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.0547>

Park C.L. (2010). *Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. Psychological Bulletin, 136, 257-301.*

Park C.L., Folkman S. (1997). *Meaning in the context of stress and coping. Review of General Psychology, 1 (2), 115-144.*

Parrello, S., Sommantico, M., Lacatena, M., & Iorio, I. (2021). *Adolescents' dreams under Covid-19 isolation. International Journal of Dream Research, Vol 14, 10-20 Pages.*
<https://doi.org/10.11588/IJODR.2021.1.73858>

Pazzaglia, F., Moè, A., Cipolletta, S., Chia, M., Galozzi, P., Masiero, S. and Punzi, L. (2020). *Multiple Dimensions of Self-Esteem and Their Relationship with Health in Adolescence. International journal of environmental research and public health, 17, 2616.*

Peng, E. Y.-C., Lee, M.-B., Tsai, S.-T., Yang, C.-C., Morisky, D. E., Tsai, L.-T., Weng, Y.-L., & Lyu, S.-Y. (2010). *Population-based Post-crisis Psychological Distress: An Example From*

the SARS Outbreak in Taiwan. Journal of the Formosan Medical Association, 109(7), 524–532. [https://doi.org/10.1016/S0929-6646\(10\)60087-3](https://doi.org/10.1016/S0929-6646(10)60087-3)

Pisano, S., Catone, G., Gritti, A., Almerico, L., Pezzella, A., Santangelo, P., Bravaccio, C., Iuliano, R., & Senese, V. P. (2021). *Emotional symptoms and their related factors in adolescents during the acute phase of Covid-19 outbreak in South Italy. Italian Journal of Pediatrics, 47(1), 86.* <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01036-1>

Price J., Kassam-Adams N., Alderfer M., Christofferson J., Kazak A. (2016). *An integrative model of pediatric medical traumatic stress: An update based on a systematic literature review. Journal of Pediatric Psychology, 41(1), 86–97.*

Procentese F., Esposito C., Gonzalez Leone F., Agueli B., Arcidiacono C., Freda M.F., Di Napoli I. (2021). *Psychological Lockdown Experiences: Downtime or an Unexpected Time for Being? Frontiers in Psychology, 12, 577089.*

Przybylski, A. K., Murayama, K., DeHaan, C. R., & Gladwell, V. (2013). *Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. Computers in Human Behavior, 29(4), 1841–1848.* <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.02.014>

Ramos Socarras, L., Potvin, J., & Forest, G. (2021). *COVID-19 and sleep patterns in adolescents and young adults. Sleep Medicine, 83, 26–33.* <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.04.010>

Riso L.P., Du Toit P.L., Young J.E. (2011). *Schemi cognitivi e credenze di base. Schema therapy e terapia cognitiva nel trattamento dei disturbi di Asse I.* Firenze: Eclipsi.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

Romm, K.F., Park, Y.W., Hughes, J.L. and Gentzler, A.L. (2021), Risk and Protective Factors for Changes in Adolescent Psychosocial Adjustment During COVID-19. *Journal of Research on Adolescence*, 31, 546-559.

Rotter, J.B. (1966). *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs: General and Applied* 80 (1966): 1–28.

Rotter, J.B. (1966). *Psychological Monographs: General and Applied*.

Salmela-Aro K., Upadyaya K., Vinni-Laakso J., Hietajärvi L. (2021). *Adolescents' Longitudinal School Engagement and Burnout Before and During Covid-19 – The Role of Socio-Emotional Skills. Journal of Research on Adolescence*, 31 (3), 796-807.

Salzano, G., Passanisi, S., Pira, F., Sorrenti, L., La Monica, G., Pajno, G. B., Pecoraro, M., & Lombardo, F. (2021). *Quarantine due to the COVID-19 pandemic from the perspective of adolescents: The crucial role of technology. Italian Journal of Pediatrics*, 47(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s13052-021-00997-7>

Samji, H., Wu, J., Ladak, A., Vossen, C., Stewart, E., Dove, N., Long, D., & Snell, G. (2022). *Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth – a systematic review. Child and Adolescent Mental Health*, 27(2), 173–189. <https://doi.org/10.1111/camh.12501>

Schmid, J. C., Rose, K. L., Hadler, N. L., Amaro, X., Frank, A., Wilkie, E., Chang, T., & Sonnevile, K. R. (2022). *Content analysis of the impact of COVID-19 on weight and shape control behaviors and social media content of U.S. adolescents and young adults. Eating Behaviors*, 45, 101635. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101635>

Schwartz, L. A., Lewis, A. M., Alderfer, M. A., Vega, G., Barakat, L. P., King-Dowling, S., Psihogios, A. M., Canter, K. S., Crosby, L., Arasteh, K., Enlow, P., Hildenbrand, A. K., Kassam-Adams, N., Pai, A., Phan, T.-L., Price, J., Schultz, C. L., Sood, E., Wood, J., & Kazak,

- A. (2022). *COVID-19 Exposure and Family Impact Scales for Adolescents and Young Adults*. *Journal of Pediatric Psychology*, 47(6), 631–640. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsac036>
- Shah, K., Mann, S., Singh, R., Bangar, R., & Kulkarni, R. (2020). *Impact of COVID-19 on the Mental Health of Children and Adolescents*. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.10051>
- Sighinolfi, C., Norcini Pala, A., Chiri, L.R., Marchetti, I., Sica, C. (2010). *Difficulties in emotion regulation scale (DERS): the italian translation and adaptation*. *Psicoteapia Cognitiva Comportamentale*, 16(2), 141-170. <http://hdl.handle.net/1854/LU-1148235>
- Sommantico, M., Iorio, I., Lacatena, M., & Parrello, S. (2021). *Dreaming during the COVID-19 lockdown: A comparison of Italian adolescents and adults*. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 24(2). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.536>
- Steindorf L., Twardawski M., Thielmann I. (2021). *Three pillars of physical distancing: Anxiety, prosociality, and rule compliance during the Covid-19 pandemic*. *Collabra: Psychology*, 7 (1), 22511.
- Suler, J. (2004). *The Online Disinhibition Effect*. *CyberPsychology & Behavior*, 7(3), 321–326. <https://doi.org/10.1089/1094931041291295>
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (1996). *The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma*. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (2004). *Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence*. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Tedeschi R.G., Shakespeare-Finch J., Taku K., Calhoun L.G. (2018). *Posttraumatic Growth Theory, Research, and Applications*. New York: Routledge.

Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. American Psychological Association.

Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2018). Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. *Preventive Medicine Reports*, 12, 271–283. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.003>

Uhls, Y. T., Ellison, N. B., & Subrahmanyam, K. (2017). Benefits and Costs of Social Media in Adolescence. *Pediatrics*, 140 (Supplement_2), S67–S70. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758E>

Underwood, M. K., & Ehrenreich, S. E. (2017). The power and the pain of adolescents' digital communication: Cyber victimization and the perils of lurking. *American Psychologist*, 72(2), 144–158. <https://doi.org/10.1037/a0040429>

UNESCO. (s.d.). *Education: From school closure to recovery* | UNESCO. Recuperato 18 agosto 2022, da <https://www.unesco.org/en/covid-19/education-response>

Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2007). Preadolescents' and adolescents' online communication and their closeness to friends. *Developmental Psychology*, 43(2), 267–277. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.2.267>

Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2013). The Differential Susceptibility to Media Effects Model: Differential Susceptibility to Media Effects Model. *Journal of Communication*, 63(2), 221–243. <https://doi.org/10.1111/jcom.12024>

Van Bortel, T., Basnayake, A., Wurie, F., Jambai, M., Koroma, A. S., Muana, A. T., Hann, K., Eaton, J., Martin, S., & Nellums, L. B. (2016). *Psychosocial effects of an Ebola outbreak at*

individual, community and international levels. Bulletin of the World Health Organization, 94(3), 210–214. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.158543>

Vannucci, A., Simpson, E. G., Gagnon, S., & Ohannessian, C. M. (2020). *Social media use and risky behaviors in adolescents: A meta-analysis. Journal of Adolescence, 79(1), 258–274. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.01.014>*

Vaterlaus, J. M., Tulane, S., Porter, B. D., & Beckert, T. E. (2018). *The Perceived Influence of Media and Technology on Adolescent Romantic Relationships. Journal of Adolescent Research, 33(6), 651–671. <https://doi.org/10.1177/0743558417712611>*

Vicari, S., & Pontillo, M. (2022). *Gli adolescenti e il Covid-19: L'impatto della pandemia sul benessere mentale dei ragazzi. Edizioni LSWR.*

Von Soest, T., Kozák, M., Rodríguez-Cano, R., Fluit, D.H., Cortés-García, L., Ulset, V.S., Haghish, E.F. and Bakken, A. (2022). Adolescents' psychosocial well-being one year after the outbreak of the COVID-19 pandemic in Norway. *Nature Human Behaviour, 6, 217-228.*

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). *Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>*

Weiner, B. (1972). *Attribution theory, achievement motivation, and the educational process. Review of Educational Research, 42(2), 203-215.*

Weir K. (2020). *Life after Covid-19: Making space for growth. American Psychological Association, 51 (4), <https://www.apa.org/monitor/2020/06/covidlife-after>.*

Weiss T. (2002). *Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. Journal of Psychosocial Oncology, 20 (2), 65-80.*

- Wickman, M. E., Anderson, N. L. R., & Smith Greenberg, C. (2008). *The Adolescent Perception of Invincibility and Its Influence on Teen Acceptance of Health Promotion Strategies*. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(6), 460–468. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.02.003>
- Wheaton, M., Abramowitz, J., Berman, N., Fabricant, L., & Olatunji, B. (2012). *Psychological predictors of anxiety in response to the H1N1 (swine flu) pandemic*. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 210-218.
- Wilson, O. W. A., Holland, K. E., Elliott, L. D., Duffey, M., & Bopp, M. (2021). *The Impact of the COVID-19 Pandemic on US College Students' Physical Activity and Mental Health*. *Journal of Physical Activity and Health*, 18(3), 272–278. <https://doi.org/10.1123/jpah.2020-0325>
- Yap, S. T., & Baharudin, R. (2016). The Relationship Between Adolescents' Perceived Parental Involvement, Self-Efficacy Beliefs, and Subjective Well-Being: A Multiple Mediator Model. *Social Indicators Research*, 126(1), 257–278. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-0882-0>
- Yeung, D. Y.-L., & Fung, H. H. (2007). *Age differences in coping and emotional responses toward SARS: A longitudinal study of Hong Kong Chinese*. *Aging & Mental Health*, 11(5), 579–587. <https://doi.org/10.1080/13607860601086355>
- Zaccaria V., Aricò M., Vigliante M., Prono F., Scarselli V., Ardizzone I., Romani M. (2021). *Riders on the Storm: Did Covid-19 Change Children's Emotional and Behavioral Profile? A Brief Exploratory Survey*. *Indian Journal of Pediatrics*, 88 (4), 393-393.
- Zhang, N., Russell, B., Park, C., & Fendrich, M. (2022). *Effects of mindful emotion regulation on parents' loneliness and social support: A longitudinal study during the coronavirus disease*

2019 (COVID-19) pandemic in the United States. *Journal of Social and Personal Relationships*, 026540752210984. <https://doi.org/10.1177/02654075221098419>

Zhang, Q., Zhou, L., & Xia, J. (2020). *Impact of COVID-19 on Emotional Resilience and Learning Management of Middle School Students*. *Medical Science Monitor*, 26. <https://doi.org/10.12659/MSM.924994>

Zheng, D., Ni, X., & Luo, Y. (2019). *Selfie Posting on Social Networking Sites and Female Adolescents' Self-Objectification: The Moderating Role of Imaginary Audience Ideation*. *Sex Roles*, 80(5–6), 325–331. <https://doi.org/10.1007/s11199-018-0937-1>

Zondiros, D. (2008). *Online, distance education and globalisation: Its impact on educational access, inequality and exclusion*. *European Journal of Open, Distance and E-Learning*, 11(1), Article 1. <https://old.eurodl.org/?p=special&sp=articles&inum=1&abstract=302>

RINGRAZIAMENTI

Vorrei ringraziare singolarmente talmente tante persone che potrei scrivere lo stesso numero di pagine dell'intera tesi di laurea, ma non lo farò...

Ricordo bene l'Orientamento per l'Università svolto nell'anno accademico 2016/2017 presso il Liceo Classico Umberto I di Palermo, grazie al quale sono venuta a conoscenza del corso di "Psicologia Clinico-Dinamica" all'Università degli Studi di Padova; è da allora che so quello che avrei voluto studiare.

Oggi ringrazio dunque la mia voglia di rischiare, di lasciare tutto e partire dalla Sicilia per il Veneto, di percorrere la strada meno facile per studiare quello che amavo ed amo. Proprio per questo, un ringraziamento ancora più grande va ai miei genitori, Cinzia e Pietro, che me l'hanno permesso, nonostante le incertezze e le difficoltà, e che mi hanno lasciato spiegare le ali, da sempre fieri della persona che sono e che voglio diventare.

Il ringraziamento subito successivo va al professore Paolo Albiero, che mi ha accettata come sua laureanda nel momento di maggiore sconforto, guidandomi con pazienza in questo percorso non lineare, a volte frustrante e faticoso, ma per il quale alla fine vale la pena.

Un sentito grazie alla dottoressa Lucia Ronconi, per il suo preziosissimo aiuto nell'analisi dei dati per la mia ricerca.

Grazie ai Licei ed ai docenti che hanno accettato la mia richiesta di partecipare a questo progetto di ricerca, divulgando il questionario tra i loro studenti: il Liceo IIS G. D'Alessandro con D.S. Angela Troia, il Liceo Scientifico Albert Einstein con D.S. Giuseppe Polizzi ed il Liceo Classico Umberto I con D.S. Vito Lo Scudato.

Il professore e scrittore Alessandro D'Avenia dice *"ci riconosciamo in anticipo negli occhi di chi ci vuole bene, questo è poi il segreto dell'insegnamento"*. Allora un ringraziamento speciale va a Ada, ad oggi mia madrina di Cresima, ma originariamente quella prof. che ha creduto in me fin dal primo giorno di Liceo, permettendomi di "riconoscermi". Non poteva che continuare

ad essere al mio fianco anche durante ed alla fine del mio percorso universitario. Ringrazio con tutto il cuore la mia psicoterapeuta, Irene, che mi ha accolta quando ne ho avuto bisogno e mi ha permesso, col tempo, vedermi per la persona forte e completa che sono: con lei ho imparato a volermi più bene. Il mio percorso con lei non è finito, ma si è trasformato: ringrazio allora anche la dott.ssa Maria Luisa ed i miei nuovi compagni di viaggio. Non possono mancare alcune menzioni per gli amici. Innanzi tutto, alle tre ragazze che sono state in principio le mie compagne di viaggio dalla Sicilia verso Padova, ma che soprattutto da coinquiline sono diventate sorelle. Grazie Jessica, Martina e Fabiola per essere cresciute con me e per avermi supportata e sopportata, per due anni, in tutte le mie sfaccettature. In particolare, grazie Jessica per essere il mio “pezzo complementare”, simile e contrario, e per essere una di quelle persone su cui puoi contare sempre anche se non ci si sente ogni giorno. Grazie Martina, per essere stata letteralmente “l’altro pezzo di me” in questi anni di convivenza, nella stessa stanza e con i letti appiccicati. Non ti sarò mai abbastanza grata per ogni gesto ed ogni sguardo di conforto, con cui mi hai sempre capita ed *amata*. Grazie Fabiola per essere come sei; per certi aspetti così diversa da me... ma *“ora che ti guardo bene sembri proprio come me, e non so se è un male o un bene ma sto meglio insieme a te”*. A tutte le bellissime persone che ho incontrato o re-incontrato nei due anni vissuti a Padova, sappiate che avete ciascuno un pezzetto del mio cuore, perché avete saputo ascoltarmi, conoscermi, strapparmi un sorriso e volermi bene. Grazie a Marcuzzo, più grande amico che l’esperienza a Padova mi ha regalato; Giuggi, raggio di sole nella mia vita; Giulio, il mio “bro” preferito; Ivana, amica rara e speciale; Letizia; Chiara; Sara; Margherita; Lucia. Grazie a Sofia, Jessica e Martina per essere state molto più di semplici colleghe di tirocinio, ma soprattutto amiche che porto sempre nel mio cuore. Grazie a Lisann, una delle anime più belle che io abbia mai avuto l’onore di incontrare: la prima

persona con cui ho parlato in Università, che col tempo è poi diventata la mia collega del cuore (sempre sulla stessa lunghezza d'onda) ed una vera amica. Grazie perché hai saputo essere sempre presente dal 2020 ad oggi, nei momenti di gioia ed in quelli di tristezza, e perché hai voluto condividere il tuo tempo con e per me.

Grazie a Sara, Elena e Chiara, le mie migliori amiche, che semplicemente esistendo hanno contribuito a darmi la luce in tutti i momenti bui della mia vita, ma anche la forza e la determinazione necessaria ad affrontare e superare cambiamenti inevitabili, sconforti e paure. In particolare, grazie a Sara per tutti i viaggetti improvvisati e per tutti quelli che ci saranno. Perché ce ne saranno.

Grazie ad Elena per essere l'altra metà del mio cuore da dodici anni, sebbene la nostra amicizia sia nata e sempre stata a distanza. Con te ho imparato la differenza tra *distanza* e *lontananza*, noi che siamo sempre state emotivamente ad un passo dal cuore.

Grazie a Chiara che ha saputo ascoltarmi, ogni giorno, anche quando eravamo in città diverse e per oggi essere *letteralmente* sempre con me.

Grazie a Ugo, Esteban e Toni, che sono i miei migliori amici dal liceo e che – ciascuno a modo proprio – mi hanno protetta, voluta bene, ascoltata ed accolta di anno in anno. Vi amo.

Un ringraziamento agli amici di sempre, quelli che anche mentre ero lontana non hanno mai smesso di tenermi stretta nei loro cuori, come io non ho mai fatto con loro, così che ogni mio ritorno fosse motivo di festa. Palermo è davvero casa mia perché è dove ritrovo sempre voi: Martina, la mia “*lil lov*”; Federica, l'amica di una vita; Martina; la mia tortina; Miriam, la persona più empatica che conosca; Roberta, che la ricordo fragile ed invece oggi è una forza; Maria, la mia principessa; Sofia, la mia ballerina preferita; Federica, cicci del mio cuore; Roberta, la mia pittrice; Giulia, la mia picci; Roberta, il mio cuoricino; Matteo e Dario, i miei cugini “non di sangue”; Maria Luisa; Claudia; Simona; Anna e tutti i miei cugini.

A mia cugina Giulia, in particolare, auguro un futuro brillante come la piccola stella che è.

Una menzione anche a Silvia, Sara, Kristin, più o meno *new entry* nella mia vita, che però sono già importanti: grazie per la vostra amicizia speciale, sincera e profonda. Grazie a Tiziano e Niccolò, due cantautori che, “semplicemente” mettendo in musica i loro pensieri e le loro emozioni, senza saperlo, hanno dato voce anche al mio cuore. Grazie a tutti voi che non avete mai dubitato di me e del mio percorso, del traguardo che avrei raggiunto ed anche di quelli che il futuro mi preserva. Grazie a chi gioisce per me anche se non me lo dice ed anche a chi mi guarda con occhi pieni di orgoglio da lassù. E meno male che non mi volevo dilungare, ma non sarei me stessa senza il mio essere un’inguaribile romantica.

APPENDICE

Questionario su Funzionamento emotivo e Benessere psicologico negli adolescenti durante la pandemia da Covid-19

Sezione socio-demografica

1. Quanti anni hai?

- Ho un'età compresa tra gli 11 ed i 17 anni (*modulo per il consenso 1 – minorenni*)
- Ho un'età pari a 18 anni o più (*modulo per il consenso 2 – maggiorenni*)

2. Qual è il tuo genere?

- Maschio
- Femmina
- altro

3. Quanti anni hai? Esprimi la risposta con un numero.

4. Qual è la tua nazionalità?

- italiana
- nordafricana
- africana sud-sahariana
- altro paese dell'Unione Europea
- paese asiatico
- altro: _____

4. Che scuola stai frequentando?

- scuola secondaria di primo grado (scuola media)
- scuola secondaria di secondo grado (scuola superiore)

5. Se stai frequentando la scuola superiore, che tipo di scuola è?

- istituto tecnico
- istituto professionale
- scuola di formazione professionale
- liceo
- altro: _____

6. Che voti prendi a scuola?

- per lo più ottimi
- per lo più buoni
- per lo più sufficienti
- per lo più insufficienti

7. Dall'inizio della pandemia da Covid-19, ti sembra che il tuo rendimento scolastico sia cambiato? Come?

- sì, è migliorato
- sì, è peggiorato
- no, è rimasto lo stesso

8. Attualmente possiedi un dispositivo elettronico con connessione ad Internet?

- -sì
- -no

9. Se possiedi almeno un dispositivo, ne condividi l'uso con qualcuno o lo usi esclusivamente tu?

- lo uso solo io
- lo condivido con qualcun altro

10. Nella tua giornata tipica quante ore passi usando il tuo cellulare? Pensa alle chiamate vocali, ai social media, al guardare video, all'ascolto di musica e all'utilizzo di app.

- 0-2 ore
- 3-4 ore

- 5-6 ore
- 7-8 ore
- 9-10 ore
- 11-12 ore
- più di 12 ore

11. In media durante una giornata tipica, quante ore passi specificatamente sui social media?

- 0-1 ora
- 2-3 ore
- 4-5 ore
- 6-7 ore
- più di 7 ore

12. Ti sembra che da quando è iniziata la pandemia da Covid-19 sia aumentato il tempo che trascorri utilizzando i dispositivi elettronici e i social media? NON considerare il tempo speso sui dispositivi per la Didattica A Distanza.

- sì
- no

13. Da quando è iniziata la pandemia da Covid-19, quanto ti sembra che l'uso dei social media, delle chat e dei programmi per videochiamate ti abbia aiutato a rimanere in contatto con i tuoi amici?

- per nulla
- un po'
- abbastanza
- molto
- moltissimo

14. Quante ore trascorri in una giornata tipica guardando la TV?

- 0-1 ora
- 2-3 ore
- 4-5 ore
- più di 5 ore

15. Ti sembra che da quando è iniziata la pandemia da Covid-19 sia aumentato il tempo che trascorri guardando la TV?

- sì
- no

16. In una settimana tipica, quante volte a settimana pratichi attività fisica? Considera gli allenamenti individuali, la corsa, le passeggiate.

- nessuna
- 1-2 volte a settimana
- 3-4 volte a settimana
- 5-6 volte a settimana
- tutti i giorni

17. Ti sembra che da quando è iniziata la pandemia da Covid-19 sia cambiata la frequenza con cui fai attività fisica? Come è cambiata? Considera gli allenamenti individuali, la corsa, le passeggiate.

- ne faccio più di prima
- prima ne facevo di più
- la frequenza non è cambiata

18. Praticavi qualche sport prima della pandemia da Covid-19?

- sì
- no

19. Se hai risposto SI' alla domanda precedente, pratichi ancora questo sport?

- sì
- no

20. Se prima della pandemia praticavi uno sport, durante la pandemia da Covid-19, hai avuto la possibilità di continuare a praticare il tuo sport? Tieni in considerazione se hai continuato a fare gli allenamenti e a partecipare alle competizioni.

- sì
- no

21. Quante ore dormi mediamente durante la notte?

- -meno di 4 ore
- -4/5 ore
- -6/7 ore
- -8/9 ore
- -10/11 ore
- -più di 11 ore

22. Ti sembra che da quando è iniziata la pandemia da Covid-19 siano cambiate le tue abitudini legate al sonno?

- sì, dormo più ore rispetto a prima della pandemia
- sì, dormo meno ore rispetto a prima della pandemia
- no, nulla è cambiato

23. Da quando è iniziata la pandemia diresti di avere difficoltà ad addormentarti?

- sì
- no

24. Da quante persone è composto il tuo nucleo familiare? Esprimi la risposta con un numero.

25. Hai qualche animale domestico in casa?

- sì
- no

26. Quanto è grande approssimativamente la tua casa?

- è più piccola di 100m²
- ha una misura compresa tra i 100 e i 200m²
- è più grande di 200m²

27. Secondo te, la tua casa è:

- troppo piccola
- della giusta misura
- troppo grande

28. La tua casa ha il giardino?

- sì
- no

29. Come definiresti il reddito della tua famiglia?

- alto
- medio-alto
- medio
- medio-basso
- basso

30. Ti sembra che da quando è iniziata la pandemia da Covid-19 le possibilità economiche della tua famiglia siano cambiate?

- sì
- no

31. Hai avuto il Covid-19?

- sì
- no

32. Qualcuno all'interno del tuo nucleo familiare ha avuto il Covid-19?

- sì
- no

33. Qualcuno, tra i tuoi familiari, parenti e amici, è venuto a mancare a causa del Covid-19?

- sì
- no

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

Item 1. Sono sereno riguardo a ciò che provo.

Item 2. Presto attenzione a come mi sento.

Item 3. Vivo le mie emozioni come travolgenti e fuori dal controllo.

Item 4. Non ho idea di come mi sento.

Item 5. Ho difficoltà a dare un senso a ciò che provo

Item 6. Presto attenzione alle mie emozioni.

Item 7. So esattamente come mi sento.

Item 8. Mi interessa come mi sento.

Item 9. Sono confuso riguardo a ciò che provo.

Item 10. Quando sono turbato riconosco le mie emozioni.

Item 11. Quando sono turbato, mi arrabbio con me stesso perché mi sento in quel modo.

Item 12. Quando sono turbato, mi imbarazza sentirmi in quel modo.

Item 13. Quando sono turbato, ho delle difficoltà a completare il mio lavoro.

Item 14. Quando sono turbato, perdo il controllo.

Item 15. Quando sono turbato, credo che rimarrò in quello stato per molto tempo.

Item 16. Quando sono turbato, credo che finirò per sentirmi depresso.

Item 17. Quando sono turbato, credo che i miei sentimenti siano validi e importanti.

Item 18. Quando sono turbato, faccio fatica a focalizzarmi su altre cose.

Item 19. Quando sono turbato, mi sento senza controllo.

Item 20. Quando sono turbato, posso comunque finire le cose che devo fare.

Item 21. Quando sono turbato, mi vergogno con me stesso perché mi sento in quel modo.

Item 22. Quando sono turbato, so che alla fine posso trovare un modo per sentirmi meglio.

Item 23. Quando sono turbato, mi sento debole.

Item 24. Quando sono turbato, sento di potere avere ancora il controllo dei miei comportamenti.

Item 25. Quando sono turbato, mi sento in colpa perché mi sento in quel modo.

Item 26. Quando sono turbato, ho delle difficoltà a concentrarmi.

Item 27. Quando sono turbato, ho delle difficoltà a controllare i miei comportamenti.

Item 28. Quando sono turbato, credo che non ci sia niente che io possa fare per sentirmi meglio.

Item 29. Quando sono turbato, mi irrita con me stesso perché mi sento in quel modo.

Item 30. Quando sono turbato, inizio a sentirmi molto male con me stesso.

Item 31. Quando sono turbato, credo che crogiolarmi in questa emozione sia l'unica cosa che io possa fare.

Item 32. Quando sono turbato, perdo il controllo sui miei comportamenti.

- Item 33. Quando sono turbato, faccio fatica a pensare qualcosa di diverso.
- Item 34. Quando sono turbato, mi prendo del tempo per riflettere su quello che sto provando veramente.
- Item 35. Quando sono turbato, mi ci vuole molto tempo per sentirmi meglio.
- Item 36. Quando sono turbato, le mie emozioni mi travolgono.

Basic Empathy Scale (BES)

- Item 1. Le emozioni di un mio amico non mi toccano molto.
- Item 2. Dopo essere stato con un amico che è triste per qualcosa, solitamente mi sento triste anch'io.
- Item 3. Riesco a capire la felicità di un mio amico quando lui/lei riesce bene in qualche cosa.
- Item 4. Mi spavento quando guardo i personaggi di un film realmente pauroso.
- Item 5. Mi lascio facilmente coinvolgere dalle emozioni delle altre persone.
- Item 6. Trovo difficile capire quando i miei amici sono spaventati.
- Item 7. Non divento triste quando vedo altre persone piangere.
- Item 8. Le emozioni delle altre persone non mi toccano affatto.
- Item 9. Quando qualcuno si sente "giù" riesco solitamente a capire come si sente.
- Item 10. Di solito riesco a capire quando i miei amici sono spaventati.
- Item 11. Divento spesso triste quando guardo cose tristi in televisione o nei film.
- Item 12. Riesco spesso a capire come si sentono le persone anche prima che me lo dicano.
- Item 13. Vedere una persona arrabbiata non ha effetto sulle mie emozioni.
- Item 14. Di solito riesco a capire quando le persone sono allegre.
- Item 15. Tendo a sentirmi spaventato quando sono con amici che hanno paura.
- Item 16. Di solito mi accorgo subito quando un amico è arrabbiato.
- Item 17. Spesso sono coinvolto dalle emozioni di un mio amico.
- Item 18. L'infelicità di un mio amico non mi fa provare nulla.
- Item 19. Di solito non sono consapevole delle emozioni di un mio amico.
- Item 20. Ho difficoltà a capire quando i miei amici sono felici.

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

- Item 1. Penso di valere almeno quanto gli altri.
- Item 2. Penso di avere un certo numero di buone qualità.
- Item 3. Sono portato a pensare di essere un vero fallimento.
- Item 4. Sono portato a fare le cose bene almeno come la maggior parte delle persone.
- Item 5. Penso di non avere molto di cui essere fiero.
- Item 6. Ho un atteggiamento positivo verso me stesso.
- Item 7. Complessivamente sono soddisfatto di me stesso.
- Item 8. Desidererei avere più rispetto per me stesso.
- Item 9. Senza dubbio a volte mi sento inutile.
- Item 10. A volte penso di essere un buono a nulla.

Locus of Control of Behavior (LCB)

- Item 1. Riesco a prefigurarmi le difficoltà ed a dispormi per evitarle.
- Item 2. Molto di ciò che mi accade è probabilmente solo dovuto al caso.
- Item 3. Ognuno sa che il proprio futuro è determinato dalla fortuna o dal caso.
- Item 4. Riesco a controllare i miei problemi solo se ho un sostegno esterno.
- Item 5. Quando faccio dei progetti, sono quasi sicuro che potrò portarli avanti.
- Item 6. I miei problemi mi domineranno per tutta la vita.
- Item 7. Dipende da me risolvere i miei problemi ed i miei errori.
- Item 8. Raggiungere un successo è una questione di duro lavoro, la fortuna ha poco o nulla a che fare.
- Item 9. La mia vita è controllata da eventi o azioni esterne.
- Item 10. La gente è vittima di circostanze al di là del loro controllo.
- Item 11. Per far fronte continuamente ai miei problemi ho bisogno di un aiuto professionale.
- Item 12. Quando sono sotto stress, la tensione nei miei muscoli è dovuta a meccanismi al di là del mio controllo.
- Item 13. Penso che una persona possa veramente essere autrice del proprio destino.
- Item 14. Mi è impossibile controllare il respiro veloce ed irregolare che mi viene quando ho delle difficoltà.
- Item 15. Capisco perché i miei problemi mutano al cambiare delle situazioni.
- Item 16. Confido nelle mie capacità di affrontare con successo i problemi che mi si porranno in futuro.
- Item 17. Nel mio caso, riuscire a controllare i miei problemi è soprattutto questione di fortuna.

COVID-19 Stress

- Item 1: Quanto sei preoccupato riguardo all'impatto che il COVID-19 avrà sulla tua carriera scolastica?
- Item 2: Quanto sei preoccupato di come il COVID-19 impatterà sulle possibilità economiche tue e della tua famiglia?
- Item 3: Quanto sei preoccupato di come il COVID-19 influirà sulla tua capacità di riuscire a mantenere la tua reputazione/status?
- Item 4: Quanto sei preoccupato di come il COVID-19 ha impattato sulla tua sensazione di essere connesso ai tuoi amici?
- Item 5: Quanto sei preoccupato riguardo alla crisi causata dal COVID-19?
- Item 6: Quanto ritieni probabile che tu venga contagiato o ricontagiato dal Coronavirus?
- Item 7: Quanto ritieni probabile che qualcuno che conosci venga contagiato o ricontagiato dal Coronavirus?
- Item 8: Quanto sei preoccupato del fatto che, se venissi contagiato, potresti essere gravemente malato?

Questionario per la Valutazione dello Stato Generale di Benessere Psicologico (PGWBI)

- Item 1. Negli ultimi mesi, come ti sei sentito/a in generale?
 - Di umore eccellente
 - Di buon umore
 - Di buon umore per la maggior parte del tempo
 - Con molti alti e bassi di umore
 - Giù di morale per la maggior parte del tempo
 - Con il morale a terra
- Item 2. Negli ultimi mesi, sei stato infastidito/a da malattie, disturbi fisici o dolori?
 - Tutti i giorni
 - Quasi tutti i giorni
 - Per circa metà del tempo

- Più volte, ma per meno di metà del tempo
- Raramente
- Mai

Item 3. Negli ultimi mesi, ti sei sentito/a depresso/a?

- Sì, al punto che non mi importava più di nulla
- Sì, mi sono sentito/a molto depresso/a quasi tutti i giorni
- Sì, mi sono sentito/a piuttosto depresso/a parecchie volte
- Sì, mi sono sentito/a un po' depresso/a qualche volta
- No, non mi sono mai sentito/a depresso/a

Item 4. Negli ultimi mesi, ti sei sentito/a padrone delle tue situazioni, pensieri, emozioni e dei tuoi sentimenti?

- Sì, senz'altro
- Sì, quasi del tutto
- Sì, generalmente
- Non troppo
- No, e questo mi disturba un po'
- No, e questo mi disturba molto

Item 5. Negli ultimi mesi, sei stato infastidito/a da stati di tensione o perché avevi i nervi a fior di pelle?

- Enormemente, tanto da non riuscire a lavorare o ad occuparmi delle cose che dovevo fare
- Moltissimo
- Parecchio
- Abbastanza, tanto da esserne infastidito/a
- Un po'
- Per nulla
- Item 6. Negli ultimi mesi, quanta energia o vitalità hai avuto o hai sentito di avere?
 - Decisamente pieno/a di energia - molto vivace
 - Abbastanza pieno/a di energia per la maggior parte del tempo
 - Ho avuto notevoli alti e bassi di vitalità ed energia
 - Il mio livello di energia o vitalità è stato generalmente basso
 - Il mio livello di energia o vitalità è stato quasi sempre molto basso
 - Mi sono sentito/a senza forze, svuotato, privo di energia o vitalità

Item 7. Negli ultimi mesi, mi sono sentito/a scoraggiato/a e triste.

- Mai
- Quasi mai
- Una parte del tempo
- Molto tempo
- Quasi sempre
- Sempre

Item 8. Negli ultimi mesi, sei stato/a generalmente teso/a o hai provato tensione?

- Sì, sono stato/a estremamente teso/a per tutto o quasi tutto il tempo
- Sì, sono stato/a molto teso/a per la maggior parte del tempo
- Generalmente no, ma mi è successo diverse volte di sentirmi piuttosto teso/a
- Alcune volte mi sono sentito un po' teso/a
- Il mio livello di tensione è stato piuttosto basso
- Non ho mai avuto la sensazione di essere teso/a

Item 9. Negli ultimi mesi, in che misura ti sei sentito/a felice, soddisfatto/a o contento/a della tua vita personale?

- Veramente molto felice-non mi sarei potuto/a sentire più soddisfatto/a o contento/a
- Quasi sempre molto felice
- In generale molto soddisfatto/a – contento/a
- A volte abbastanza felice, a volte piuttosto infelice
- In generale insoddisfatto/a o infelice
- Quasi sempre o sempre molto insoddisfatto/a o infelice

Item 10. Negli ultimi mesi, ti sei sentito/a così bene da fare quello che desideravi o dovevi fare?

- Sì, decisamente
- Sì, per fare quasi tutto quello che desideravo o dovevo fare
- I miei problemi di salute mi hanno limitato in alcune cose importanti
- A causa della mia salute sono appena in grado di prendermi cura di me stesso
- Ho avuto bisogno di qualche aiuto per occuparmi di me stesso/a
- Ho avuto bisogno di aiuto per tutto o quasi tutto quello che dovevo fare

Item 11. Negli ultimi mesi, ti sei sentito/a tanto triste, scoraggiato/a, o hai avuto tanti problemi da chiederti come andare avanti?

- Sì, enormemente, tanto da essere quasi sul punto di lasciare perdere tutto
- Sì, moltissimo
- Sì, parecchio
- Sì, abbastanza, tanto da turbarmi
- Un po'
- Per nulla

Item 12. Negli ultimi mesi, ti sei svegliato/a fresco/a e riposato/a.

- Mai
- Quasi mai
- Una parte del tempo
- Molto tempo
- Quasi sempre
- Sempre

Item 13. Negli ultimi mesi, hai provato apprensione, preoccupazione o paura per la tua salute?

- Enormemente
- Moltissimo
- Parecchio
- Un po', ma non tanto
- Quasi mai
- Per nulla

Item 14. Negli ultimi mesi, hai avuto qualche motivo per domandarti se stessi perdendo il controllo di te stesso/a?

- No, per niente
- Solo un po'
- Qualche motivo, ma non sufficiente a causarmi apprensione o preoccupazione
- Qualche motivo, tanto da causarmi un po' di preoccupazione
- Qualche motivo, tanto da causarmi molta preoccupazione
- Sì, molti motivi e sono molto preoccupato/a

Item 15. Negli ultimi mesi, la tua vita quotidiana è stata interessante per te.

- Mai
- Quasi mai
- Una parte del tempo
- Molto tempo
- Quasi sempre
- Sempre

Item 16. Negli ultimi mesi, ti sei sentito/a attivo/a, in forze o lento/a, pigro/a?

- Sempre molto attivo/a e in forze
- Quasi sempre attivo/a e in forze - mai veramente lento/a e pigro/a
- Abbastanza attivo/a e in forze - raramente lento/a e pigro/a
- Abbastanza lento/a e pigro/a - raramente attivo/a e in forze
- Quasi sempre lento/a e pigro/a - mai veramente attivo/a e in forze
- Sempre molto lento/a e pigro/a

Item 17. Negli ultimi mesi, sei stato/a in ansia, preoccupato/a o arrabbiato/a?

- Enormemente, tanto da sentirmi male o quasi

- Moltissimo
- Parecchio
- Abbastanza - tanto da turbarmi
- Un po'
- Per nulla

Item 18. Negli ultimi mesi, ti sei sentito/a emotivamente stabile e sicuro di te stesso/a?

- Mai
- Quasi mai
- Una parte del tempo
- Molto tempo
- Quasi sempre
- Sempre

Item 19. Negli ultimi mesi, ti sei sentito/a rilassato, tranquillo/a oppure ti sei sentito/a molto teso/a, nervoso/a o agitato/a?

- Sempre rilassato/a e tranquillo/a
- Quasi sempre rilassato/a e tranquillo/a
- Generalmente rilassato/a e tranquillo/a, ma qualche volta abbastanza teso/a
- Generalmente molto teso/a, ma qualche volta abbastanza rilassato/a
- Quasi sempre molto teso/a, nervoso/a, o agitato/a
- Sempre molto teso/a, nervoso/a, o agitato/a

Item 20. Negli ultimi mesi, ti sei sentito/a allegro/a e sereno/a.

- Mai
- Quasi mai
- Una parte del tempo
- Molto tempo
- Quasi sempre
- Sempre

Item 21. Negli ultimi mesi, ti sei sentito/a stanco/a, molto provato/a o sfinito/a.

- Mai
- Quasi mai
- Una parte del tempo
- Molto tempo
- Quasi sempre
- Sempre

Item 22. Negli ultimi mesi, sei stato/a o ti sei sentito/a sottoposto/a a stress o pressioni?

- Sì, quasi più di quanto potessi sopportare o reggere
- Sì, molto
- Sì, abbastanza - più del solito
- Sì, abbastanza - ma quasi come al solito
- Sì, un po'
- Per nulla
-