



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS)
Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino (SDB)**

**Corso di laurea In
PSICOLOGIA CLINICA DELLO SVILUPPO**

Tesi di laurea Magistrale

**La versione italiana del Questionario Depressione Ansia
Stress-21 nella popolazione Adolescente**

**(The Italian Version of the Depression Anxiety Stress Scales-21 in the
Adolescent Population)**

Relatrice

Prof.ssa Michela Gatta

Correlatrice

Dott.ssa: Sara Iannattone

Laureanda: Francesca Testa

Matricola: 2056094

Anno Accademico 2022/2023

ABSTRACT

Il presente elaborato, di carattere sperimentale, fornisce un contributo alla validazione clinica del Questionario Depressione Ansia Stress-21 nella popolazione adolescenziale, questionario precedentemente validato nella popolazione adulta italiana (Bottesi, Ghisi, Altoè, Conforti, Melli, & Sica, 2015). La DASS-21 è un questionario autosomministrabile, composto da 21 item, sette per ciascuno delle tre sotto-scale: depressione, ansia e stress. Ogni item della DASS-21 viene valutato su scala Likert a quattro punti, va da 0 a 4 ed è ampiamente utilizzato in contesti di ricerca e clinici per valutare la gravità dei sintomi di depressione, ansia e stress e per monitorare i cambiamenti dei sintomi nel tempo.

Nel presente elaborato è stata operata un'indagine descrittiva dei costrutti depressione e ansia, mediante un'attenta analisi della letteratura. Successivamente, viene fornita una descrizione dettagliata del questionario DASS-21, evidenziandone la struttura e le precedenti analisi di validazioni. Fulcro della presente ricerca è la descrizione della fase sperimentale che consiste: *i*) nell'individuazione del campione di riferimento, *ii*) nella somministrazione del questionario DASS-21 in un centro clinico, *iii*) nell'analisi e discussione dei risultati.

Nello specifico, il protocollo è stato somministrato ad un campione clinico, all'interno dell'Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria Infantile (Azienda Ospedaliera di Padova), e a un campione di controllo, ossia studenti reclutati da scuole situate nel Nord-Est Italia.

È stata effettuata una prima analisi fattoriale confermativa del questionario DASS-21 sul campione normativo (N = 149), le osservazioni ai 21 item hanno mostrato una relazione significativa con i tre costrutti indagati (depressione, ansia e stress). Dall'analisi dell'attendibilità è emerso che l'alpha di Cronbach per le 3 sotto-scale della DASS-21 varia

da .86 a .89, mentre per il punteggio totale è di .93, risultando quindi significativo. Infine, è stata valutata la validità known-group della DASS-21, al fine di valutare le differenze tra i due gruppi. I valori t di Student mostrano differenze significative tra il gruppo normativo e clinico nei punteggi totali e in tutte e tre le scale della DASS-21 ($p < .001$).

Dati i risultati ottenuti, si può dunque concludere che il Questionario Depressione Ansia Stress-21 si mostra uno strumento efficace nella rilevazione di sintomatologie internalizzanti relate a depressione, ansia e stress anche nell'età adolescenziale. Pertanto, lo strumento risulterebbe utile sia in ambito di ricerca scientifica che in contesto clinico per identificare e affrontare le problematiche legate alla salute mentale durante l'adolescenza.

Indice

Introduzione.....	6
Capitolo 1: Quadro teorico.....	8
1.1 Adolescenza.....	8
1.1.1. Definizione adolescenza.....	8
1.1.2 Cambiamenti cognitivi.....	10
1.1.3 Cambiamenti neuropsicologici.....	11
1.1.4 Adolescenza e Individualità.....	12
1.2 Costrutto della Depressione.....	13
1.2.1 Definizione di depressione.....	13
1.2.2 Epidemiologia.....	14
1.2.3 Classificazione diagnostica.....	16
1.2.4 Diagnosi differenziale.....	19
1.2.5 Fattori di rischio.....	21
1.2.6 Strumenti di valutazione.....	28
1.2.7 Gestione e Trattamento.....	31
1.3 Costrutto Ansia.....	35
1.3.1 Definizione di ansia.....	35
1.3.2 Epidemiologia.....	38
1.3.3 Classificazione diagnostica disturbi d'ansia.....	39
1.3.4 Fattori di rischio disturbi d'ansia.....	41
1.3.5 Strumenti di valutazione.....	44
1.3.6 Gestione e Trattamento.....	46
Capitolo 2: DASS-21.....	50
2.1 Origine del questionario e descrizione dello strumento.....	50
2.2 Validazione DASS-21 Italiana nella popolazione Adulta.....	53
2.3 Validazione DASS-21 in campione di adolescenti.....	57
Capitolo 3: Esposizione ricerca.....	60
3.1 Obiettivo di ricerca.....	60
3.2 Metodo.....	60
3.2.1 Partecipanti e procedura.....	60
3.2.2 Strumenti.....	62
3.2.3 Analisi dei dati.....	66
3.3 Risultati.....	67
3.3.1 Analisi descrittiva.....	67

3.3.2 Analisi fattoriale confermativa	71
3.3.3 Analisi dell'attendibilità	73
3.3.4 Validità convergente e divergente	74
3.3.5 Validità known-group.....	74
3.4 Discussione.....	76
3.5 Limiti e sviluppi futuri	78
Conclusione.....	80
Bibliografia.....	82
APPENDICE 1 - The Italian DASS-21	92

Introduzione

Lo scopo principale del presente lavoro è contribuire alla validazione in adolescenza della versione italiana Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21; Lovibond, Lovibond, 1995), uno strumento di valutazione psicologica ampiamente utilizzato per la misurazione dei livelli di depressione, ansia e stress negli adulti. Tuttavia, la sua validità nella popolazione adolescente italiana non è stata ancora completamente stabilita.

Il questionario DASS-21 è stato precedentemente validato nella popolazione adulta italiana da Bottesi, Ghisi, Altoè, Conforti, Melli, & Sica, (2015). La DASS-21 è un questionario che si autosomministra, composto da 21 item, con sette item per ciascuno delle tre sotto-scale di depressione, ansia e stress. Ogni item del DASS-21 viene valutato su una scala Likert a quattro punti, che va da 0 a 4 dove 0= “non mi è mai accaduto”, 1= “mi è capitato qualche volta”, 2= “mi è capitato con una certa frequenza” e infine 3= “mi è capitato quasi sempre”. La DASS-21 è ampiamente utilizzata in contesti di ricerca e clinici per valutare la gravità dei sintomi di depressione, ansia e stress e per monitorare i cambiamenti nella gravità dei sintomi nel tempo.

L'obiettivo di contribuire a validare questo questionario permette di fornire uno strumento affidabile e valido per la valutazione dei livelli di depressione, ansia e stress in questa fascia d'età.

Nel *primo capitolo* per prima cosa si è analizzata la fascia evolutiva dell'adolescenza, in quanto campione della ricerca. L'adolescenza è un periodo complesso, una fase temporale di transizione, ma può essere vista anche come agente catalizzatore della mente del ragazzo (Nicolo', 2021). Inoltre, sempre nel primo capitolo, sono stati analizzati i costrutti di depressione e ansia, andandone a definire l'epidemiologia, la classificazione diagnostica, i fattori di rischio, gli strumenti di valutazione e infine la gestione

e il trattamento del disturbo. Come sarà evidenziato durante questo elaborato, la valutazione accurata di questi disturbi rappresenta ancora una sfida, specialmente quando si tratta di una popolazione giovane e in evoluzione.

Il *secondo capitolo*, invece, è stato dedicato al questionario DASS-21, per prima cosa si è andati ad indagare l'origine del questionario, andandolo anche a descrivere. Successivamente si parla della validazione italiana della DASS-21 nella popolazione adulta, e della validazione della DASS-21 nella popolazione adolescente ma non italiana.

Infine, nel *terzo capitolo* è stata descritta la ricerca, volta a contribuire alla validazione italiana in adolescenza della DASS-21. E' stata esaminata la fattibilità e l'affidabilità del questionario in questa popolazione. L'elaborato esplorerà anche le sfide e i limiti nell'applicazione del DASS-21 nei giovani adolescenti, che potrebbero avere una limitata esperienza di vita e una maturità emotiva ancora in evoluzione. Verranno discussi i possibili adattamenti e le modifiche al questionario per migliorare la sua validità nella popolazione adolescente italiana, insieme alla raccomandazione di linee guida per la sua applicazione.

Infine, l'elaborato fornirà una valutazione critica delle implicazioni cliniche della validazione del DASS-21 nella popolazione adolescente italiana, insieme alle considerazioni future per la sua applicazione e sviluppo in questo campo.

Capitolo 1: Quadro teorico

1.1 Adolescenza

1.1.1. *Definizione adolescenza*

Il termine Adolescenza deriva dal termine latino *adolescere* (crescere) dallo stato di *infans* (bambino) allo stato di *adultus*. (definizione latina adolescenza, s.d.).

L'adolescenza viene infatti definita come una fase di transizione di crescita e sviluppo, è quindi un periodo della vita in cui il soggetto, tra la fanciullezza e l'età adulta, presenta bisogni e diritti specifici relativamente alla salute e allo sviluppo (Ferruzza,2001).

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce l'adolescente come una persona di età compresa tra i 10 ed i 19 anni, periodo nel quale le persone diventano maggiormente indipendenti, ivi per cui l'adolescente vuole fare esperienze nuove; accostarsi alle novità porta con sé una elevata quota di rischio per la salute, quanto è più probabile che l'adolescente si accosti ad esperienze che comportino la dipendenza come l'assunzione di alcool e sostanze tossiche, o dipendenza da videogiochi, messa in atto di comportamenti antisociali, sessualità non protetta(Ferruzza, 2001).

Un altro aspetto da considerare è anche la salute del soggetto, in quanto alcuni disturbi psicopatologici si slatentizzano in questo periodo. L'adolescenza è quindi un periodo molto complesso (OMS, 2007) che può essere suddiviso in fasce differenti in funzione dell'età, si parla di preadolescenza il periodo dai 10 ai 13 anni, poi adolescenza dai 14 anni fino ai 18 e infine *emerging adulthood*, ovvero i giovani adulti dai 19-24. Questo ultimo periodo viene definito come il periodo in cui pur avendo raggiunto l'età adulta dal punto di vista anagrafico, il ragazzo è ancora per una certa quota dipendente dai propri genitori, e necessita di un periodo di sperimentazione dei compiti che riguardano l'età adulta (Ferruzza,2001).

Secondo la teoria della Mahler, (1963), i soggetti presentano un primo processo di separazione e individuazione nei primi 3 anni di vita che permettono al bambino di costruire un proprio senso del sé e la costanza dell'oggetto. Mentre invece l'adolescenza viene considerata la seconda fase di separazione che permette al soggetto di acquisire una propria identità per arrivare all'età adulta.

La concezione di adolescenza, si è modificata nel tempo, durante gli anni '40 l'adolescente era portato ad acquisire i saperi delle generazioni precedenti, mantenendo vivi i legami con la cultura familiare (Mead, 1972), negli anni '60 invece la letteratura inizia a sottolineare gli aspetti di opposizione adolescenziale. L'adolescente ha bisogno di sfidare l'ambiente nel quale si trova (Winnicott, 1961). Mentre oggi ci troviamo in una società che viene definita da Bauman, (2000) come liquida, dove ci sono aspetti di tipo relazionale, che sostengono il sé della persona ma sfugge l'aspetto dell'impegno della relazione. Il bisogno è quello di avere un riconoscimento narcisistico dagli altri, ma i soggetti sono meno predisposti a tollerare gli aspetti di tipo relazionale, che riguardano il senso di responsabilità, impegno e riconoscimento dell'altro. Si vengono quindi a costruire relazioni di cui si fruisce solo quando si ha bisogno, la relazione viene vista come un mezzo di consumo. Dall'altra parte però la società limita l'accesso all'autonomia del giovane, prolungando i sistemi di dipendenza.

Ciò che comunque accomuna tutti gli autori che si occupano e si sono occupati di adolescenza è sottolineare che si tratta di un periodo in cui avvengono numerosi cambiamenti: fisici, cognitivi, neuropsicologici, in cui si risvegliano questioni relative all'indipendenza, all'identità, al senso di sé ed in cui vengono affrontate scelte rispetto all'amicizia, alla sessualità, al ruolo sessuale, alle finalità di studio e di lavoro (Ferruzza, 2011).

Il compito principale dell'adolescente è quello di riuscire a separarsi dai propri genitori sia a livello fisico ma soprattutto a livello psicologico; secondo il modello psicanalitico procedendo verso il processo di separazione e individuazione, il ragazzo è portato a riuscire a pensare con la propria testa, seguendo i propri valori pur sapendo che possono essere diversi rispetto a quelli che vengono rappresentati dalle figure genitoriali (Blos, 1961).

Dal punto di vista diagnostico, bisogna considerare che questo periodo porti con sé una quota di angoscia e per questo motivo è complesso cogliere il significato di alcune manifestazioni comportamentali degli adolescenti. Molti comportamenti dirompenti (irritabilità, disforia, labilità emotiva, ecc.) o rischiosi (utilizzo di sostanze, comportamenti di *acting out*) possono «semplicemente» accompagnare un fisiologico percorso di crescita e costruzione della propria identità oppure possono essere indice del prender forma delle principali organizzazioni psicopatologiche dell'età adulta (Malone, Piacentini & Speranza, 2018).

1.1.2 Cambiamenti cognitivi

Per quanto riguarda i cambiamenti che riguardano gli aspetti cognitivi, a partire dai 10-11 anni il pensiero del giovane si modifica, si passa dal ragionamento concreto al ragionamento di tipo astratto (Piaget, 2000). I ragazzi cominciano a ragionare per ipotesi, questo consente ai giovani di sentirsi "simili" ai propri genitori ed agli altri adulti con i quali si relazionano, i ragazzi diventati adolescenti si sentono "autorizzati" a dialogare al loro livello e questo li porta ad iniziare ad avere e a costruire le proprie convinzioni sul mondo, e nel processo di separazione-individuazione l'adolescente di discostarsi dalle idee dei propri genitori con le quali sono cresciuti. Il ragionamento astratto rende possibile il guardare a sé stessi anche dagli occhi degli altri, cosa che gli adolescenti cominciano a fare (Piaget, 2000).

1.1.3 Cambiamenti neuropsicologici

Per quanto riguarda invece gli aspetti di natura neuropsicologica, gli studi evidenziano lo scatto di crescita del cervello, è noto che il cervello continua a modificarsi lungo tutta la vita, ma con l'adolescenza si verificano enormi progressi nello sviluppo cerebrale. Il cervello degli adolescenti diviene più interconnesso e acquisisce un potere nel processare l'informazione (Monniello, 2016).

Gli adulti pensano utilizzando la corteccia prefrontale, che rappresenta la parte razionale del cervello, la parte che risponde alle situazioni con un buon giudizio e con una consapevolezza delle conseguenze a lungo termine, mentre gli adolescenti processano l'informazione servendosi della parte emozionale, l'amigdala. In questi ultimi le connessioni tra la parte emotiva del cervello ed il centro relativo alla decisionalità stanno ancora sviluppandosi e non sempre alla stessa velocità. Ecco perché, quando gli adolescenti si trovano ad affrontare un input emotivo che li sovrasta non sono capaci poi di spiegare che cosa abbiano pensato, perché non stavano processando l'informazione allo stesso livello in cui la stavano provando (Blakemore, 2008).

La parte del cervello che elabora le informazioni di tipo razionale, durante l'adolescenza non è ancora completamente sviluppata, ecco che questo porta i ragazzi a non avere sempre un buon giudizio nel prendere le decisioni. La parte relativa alle emozioni si sviluppa per prima, aumentando l'attività dei circuiti neurali che utilizzano la dopamina e questo provoca un aumento dell'impulsività, andando a favorire il processo cognitivo dell'iper-razionalità, (nella mente dell'adolescente vengono esaminati i fatti di una situazione specifica, tralasciando una visione più ampia) e la messa in atto dei comportamenti a rischio (Blakemore, 2008).

Dal punto vista fisico il periodo della preadolescenza è il periodo di maggiore cambiamento, in quanto un bambino che fino a quel momento è cresciuto armonicamente

improvvisamente percepisce il proprio corpo cambiare e il nascere di nuove sensazioni dovute al risveglio degli ormoni sessuali. L'aspetto sconosciuto e queste nuove esperienze sono per il giovane difficoltose da verbalizzare a parole (Ferruzza,2001).

Il ragazzino durante la pubertà si trova assorbito e stordito in questi cambiamenti e infatti dall'esterno quello che gli adulti osservano è un giovane assorto nei propri pensieri e molto confuso (Ferruzza, 2001).

Questa è l'epoca in cui per l'adolescente si crea una tensione conflittuale tra il bisogno di nuove relazioni e di nuove identificazioni – Blos (1979) parla di «fame d'oggetto» – e la difesa narcisistica che mira a preservare l'assetto identitario. In particolare, il gruppo dei pari costituisce la possibilità di un'alleanza, di una contrapposizione intergenerazionale differenziante e che aiuta ad affrontare il dolore della separazione dai propri genitori e la nostalgia connessa con la perdita degli intensi amori edipici.

Il forte investimento sui pari, la sperimentazione di nuove relazioni e di nuovi contesti gruppali rappresenta una sorta di spazio transizionale reale e simbolico, in cui, grazie all'identificazione con diversi ruoli e funzioni si dispiega il processo di soggettivazione (Blos, 1979).

1.1.4 Adolescenza e Individualità

L'adolescenza non rappresenta necessariamente un periodo "difficile" della vita, ma di sicuro richiede che le si dia una particolare attenzione per esaminarla entro il giusto spazio, separandola sia dall'infanzia che dall'età adulta. Anche l'incontro con l'adolescente, per i compiti evolutivi propri di questa fascia di età, necessita di uno "spazio" e di un "tempo" con caratteristiche specifiche (Ferruzza,2001).

Il tentativo di costruire e possedere un modello di comprensione globale, esauriente ed unitario, dell'adolescenza è stato fino ad ora impossibile da realizzare; tutti i modelli esplicativi risultano infatti parziali, settoriali ed inoltre riferiti a determinati periodi storici e sociali. Come notano Telleschi e Torre (1997) «si ha l'impressione che gli adolescenti siano sempre "più in là", che sfuggano cioè, con il loro continuo cambiamento, a qualsiasi tentativo di ingabbiamento, di categorizzazione, di verità». Quando si analizza questo periodo, bisogna vedere come proprio alleato il tempo, che gradualmente passa e porta ad un processo emergente di maturazione e il risultato finale è l'emergere di una persona adulta. Questo processo non può essere affrettato né rallentato, ma può essere invece spezzato e distrutto ovvero può cristallizzarsi in infermità psichiatrica" (Winnicott, 1961).

È chiaro, pertanto, che nel difficile periodo dell'adolescenza possono andarsi ad instaurare problematiche già esistenti, che possono portare allo sviluppo di psicopatologie come ansia e depressione (Ferruzza,2001).

1.2 Costrutto della Depressione

1.2.1 Definizione di depressione

All'interno del DSM-V i disturbi dell'umore vengono classificati come: Disturbi depressivi e Disturbi bipolari in funzione degli episodi di alterazione presentati (Pecini & Brizzolara, 2020).

I Disturbi dell'umore si caratterizzano per un'alterazione dello stato affettivo in senso depressivo o eccitatorio, con implicazioni complesse sui livelli di energia, i ritmi circadiani e le funzioni cognitive. Le manifestazioni cliniche del disturbo dell'umore in età evolutiva sono differenti in funzioni delle diverse fasi maturative dello sviluppo cognitivo, sociale e

fisiologico del bambino, se hanno una consistenza e una stabilità di malattia simile a quella dell'adulto, hanno invece una diversa espressività fenomenologica manifestandosi in agiti somatici e comportamentale (Tambelli, 2017).

1.2.2 Epidemiologia

Gli studi epidemiologici più recenti parlano di un aumento della depressione nell'adolescenza, soprattutto nel sesso femminile. In Europa, secondo le statistiche dell'Unione Europea, nei bambini la percentuale di depressione è intorno al 1-2%, il 4% degli adolescenti tra i 12 e i 17 anni soffre di depressione grave e la percentuale sale al 9% intorno ai 18 anni (Pecini & Brizzolara, 2020).

I cambiamenti evolutivi a livello fisico, emotivo e sociale, possono essere in parte una spiegazione del motivo per cui, dopo la pubertà c'è un aumento della prevalenza di questo disturbo (Patton & Viner, 2007).

È stato mostrato come i tassi più elevati di depressione sono presenti nei Paesi a basso e medio reddito, questo anche in relazione alla bassa età media della loro popolazione (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004). Nonostante queste evidenze, gli studi sulla depressione in età adolescenziale sono maggiormente concentrati nei paesi ad alto reddito (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison & Murray, 2006).

Uno dei risultati epidemiologici più robusti è il fatto che la depressione in età adolescenziale dagli 11-13 anni fino ai 15 presenta una forte preponderanza femminile (circa 2:1) (Cyranski, Frank, Young & Shear, 2000; Thapar, Collishaw, Pine & Thapar, 2012). Questo risultato può essere spiegato da un insieme di fattori che includono la predisposizione alla riflessione negativa sul proprio pensiero e corpo, avere maggiori oscillazioni ormonali, subire maggiori eventi negativi e abusi sessuali (Derry, Padin, Kuo,

Hughes & Kiecolt-Glaser, 2015). I cambiamenti ormonali da soli raramente producono una modificazione a livello comportamentale o neurale, ma di certo rendono le femmine più sensibili agli eventi stressanti, diventando un fattore di rischio per lo sviluppo di una psicopatologia (Hyde, Mezulis & Abramson, 2008). Pertanto, la differenza sessuale post-puberale nella depressione potrebbe in parte risultare da una maggiore esposizione a fattori di stress e da una maggiore sensibilità allo stress stesso legata agli ormoni nelle ragazze.

Negli ultimi anni all'interno dei servizi ci sono stati delle implementazioni per quanto riguarda i servizi e la presa in cura della salute mentale che hanno portato alla modificazione delle modalità e delle valutazioni dei disturbi depressivi, portando a notare come il malessere giovanile sia in aumento (Collishaw & Trends, 2010).

Studi longitudinali di comunità e basati sulla clinica di campioni di popolazione suggeriscono che il 60-90% degli episodi depressivi in adolescenza regredisce entro un anno (Dunn & Goodyer 2006). Tuttavia, negli studi di follow-up il 50-70% dei pazienti nei successivi 5 anni presenta una recidiva (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein & Gotlib, 2000).

Inoltre, negli adulti pochissimi individui che hanno avuto episodi depressivi con una grave sintomatologia in adolescenza, mostrano un completo e asintomatico recupero funzionale, la maggior parte di loro, riporta sintomi residui o compromissione del funzionamento nel lungo periodo (Fava, Ruini & Belaise, 2007).

La depressione nell'adolescenza prevede una elevata comorbidità con altri disturbi mentali nella vita adulta come disturbi d'ansia, disturbi correlati a sostanze e disturbo bipolare (Ferguson, Horwood, Riddler & Beautrais, 2005). Ma anche una maggiore probabilità di comportamento suicidario, incapacità a mantenere un impiego, e problemi di salute fisica (Speckens & Hawton; 2005).

Infine, un episodio depressivo durante l'adolescenza spesso preannuncia un disturbo di tipo cronico o recidivante, che prevede una vasta gamma di difficoltà psicosociali e problemi di salute (Thapar, Collishaw, Pine & Thapar, 2012).

1.2.3 Classificazione diagnostica

La formulazione della diagnosi depressiva in adolescenza non è sempre facile, molte volte infatti la depressione non viene riconosciuta in quanto, come sottolineato in precedenza, si manifesta in modo differente rispetto alla sintomatologia negli adulti. Differentemente dagli adulti, infatti, gli adolescenti tendono ad avere maggiormente sintomi somatici, aspetti legati all'ansia e comportamenti dirompenti (Forman-Hoffman McClure, McKeeman, Wood, Middleton, Skinner, Perrin & Viswanathan 2016).

Poiché la depressione deve essere considerata su un continuum (Pickles, Rowe, Simonoff, Foley, Rutter & Silberg, 2001), molti adolescenti manifestano una depressione che può essere definita sub-clinica, hanno alti livelli di sintomi che però non soddisfano la soglia diagnostica per il disturbo depressivo ma che predicano la compromissione e il rischio futuro per la salute del paziente (Ferguson, Horwood, Riddler & Beautrais, 2005), infatti adolescenti che manifestano depressione sub-sindromica hanno un maggior rischio di sviluppare un successivo disturbo completo nel futuro (Klein, Shankman, Lewinsohn & Seeley, 2009). Per questo motivo vi sono importanti ragioni per prestare attenzione alla depressione sub-sindromica e indirizzare gli individui ad un trattamento precoce e a modificazione nello stile della propria vita (Khaw, Wareham & Luben, 2001).

I manuali che vengono utilizzati per la classificazione diagnostica sono il DSM-V che è il manuale diagnostico dei disturbi comportamentali e presenta un approccio a-teorico e l'ICD-10 che è la classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi

Sanitari Correlati, che viene utilizzata maggiormente all'interno dei Servizi Socio-Sanitari, ad ogni disturbo all'interno dell'ICD-10 viene assegnata un codice univoco per classificarlo.

Il DSM-5 e l'ICD-10 forniscono uguali criteri diagnostici per il disturbo depressivo maggiore (ICD10 F38): alterazione del tono dell'umore in senso negativo di tipo disforico, perdita di piacere per attività su cui prima c'era interesse per almeno due settimane, e, inoltre, almeno quattro sintomi aggiuntivi da un elenco che include cambiamenti di peso, alterazione del sonno, cambiamenti nell'attività psicomotoria, affaticamento, sentimenti di inutilità o senso di colpa, ridotta concentrazione o capacità di prendere decisioni o ideazione suicidaria. Inoltre, afferma che durante l'adolescenza, l'umore depresso può essere sostituito da irritabilità e rabbia, un segno che può essere trascurato durante la valutazione o da chi si prende cura di loro (Association, 2015).

All'interno dei disturbi depressivi nel DSM-5 esiste anche un nuovo quadro che viene definito disturbo da disregolazione dell'umore dirompente che è differente rispetto al disturbo bipolare in quanto in questo quadro la sintomatologia principale è data da una forte irritabilità, sottesa ad un'alterazione dell'umore. Quindi bambini e adolescenti che manifestano questo disturbo hanno gravi scoppi di collera che non sono coerenti rispetto allo stadio di sviluppo del bambino, la diagnosi non dovrebbe essere posta prima dei 6 anni di età oppure dopo i 18 anni (Tambelli, 2017).

Quando un ragazzo inizia a provare un forte malessere, i medici di base sono di solito la prima linea di contatto con i ragazzi e con le famiglie, fondamentale è dunque il loro sguardo. In questo modo, un'identificazione precoce della depressione permette di iniziare immediatamente un trattamento e di indirizzare l'adolescente presso degli specialisti della salute mentale, per evitare di compromettere il funzionamento generale della persona (Thapar, 2012).

Esiste infine il disturbo depressivo persistente (ICD10 F34) caratterizzato da un umore depresso presente per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, per almeno due anni negli adulti e un anno negli adolescenti o nei bambini (Thapar 2012).

La gravità dei disturbi depressivi può essere basata sul numero o sull'intensità dei sintomi e/o livello di compromissione. La depressione può essere definita lieve da 5 a 6 sintomi, con lieve compromissione del funzionamento. La depressione grave esiste quando un paziente sperimenta tutti i sintomi depressivi elencati nel manuale diagnostico o una grave compromissione del funzionamento e, inoltre, con almeno 5 criteri e uno specifico piano suicidario, chiaro intento o recente tentativo di suicidio, sintomi psicotici o storia familiare di parenti di primo grado affetti da disturbo bipolare. La depressione moderata rientra tra queste due categorie (Association, 2015). Esistono delle differenze a livello clinico fra sintomatologia nei maschi che nelle femmine, le ragazze riferiscono maggiormente sintomi che riguardano sentimenti di tristezza, solitudine, irritabilità, pessimismo, odio per se stesse con una comorbilità elevata per quanto riguarda i disturbi alimentari, mentre i maschi presentano disturbi più sull'ala dei sintomi a livello somatico, ridotta capacità pensare o concentrarsi, mancanza di capacità decisionali, irrequietezza e anedonia (Kovacs, Obrosky & Sherrill, 2003).

Esistono inoltre, diverse tipologie di depressione che possono essere classificate in depressione atipica, psicotica e bipolare. Quella atipica che è una delle depressioni più significative in adolescenza, mostra un'inversione di alcuni sintomi depressivi (come un rallentamento psicomotorio anziché agitazione; iperfagia anziché riduzione dell'appetito; ipersonnia anziché insonnia). Ciò che caratterizza questo tipo di depressione è un'estrema sensibilità interpersonale (sensibilità al rifiuto; convinzione che le proprie sofferenze non siano di interesse per gli altri; attivazione di comportamenti istrionici).

La depressione psicotica, oltre che in età adolescenziale può presentarsi anche in età prepuberale. In essa i sintomi depressivi si associano a sintomi psicotici (dispercezioni e deliri generalmente a contenuto depressivo). Questo porta con sé diverse implicazioni dal punto di vista clinico, in quanto è manifesto di una maggiore gravità, maggiore rischio suicidario e viraggio maniacale. Si può inoltre manifestare una depressione con sintomatologia mista, cioè che presenta sia sintomi che riguardano il disturbo depressivo ma anche sintomatologie maggiormente riguardanti l'area dell'ansia. Come ultimo si può presentare anche una depressione di tipo bipolare, ovvero con la presenza di episodi ipomanicali o maniacali pregressi (Pecini & Brizzolara, 2020).

1.2.4 Diagnosi differenziale

Nonostante i criteri diagnostici ben definiti, la depressione durante l'adolescenza può spesso essere diagnosticata erroneamente, per evitare di incorrere in errore diagnostico diventa opportuno fare una diagnosi differenziale e distinguere così il disturbo dell'adattamento, il disturbo distimico, il disturbo bipolare e la schizofrenia rispetto al disturbo depressivo. Fondamentale è infatti stabilire la diagnosi corretta poiché diversi disturbi psichiatrici comportano trattamenti e prognosi distinti (Association, 2015).

Il disturbo dell'adattamento è classificato come umore depresso in risposta a un fattore di stress psicosociale identificabile. Interviene entro 3 mesi dall'insorgenza di un fattore di stress e persiste 6 mesi dopo la risoluzione del fattore di stress. È caratterizzato da umore basso, pianto inconsolabile o disperazione associati a disagio significativo che supera quello che ci si aspetterebbe data la natura del fattore di stress o il funzionamento sociale o lavorativo compromesso (Association, 2015).

Il disturbo distimico, come detto in precedenza, è un modello di sintomi cronici della depressione presenti per la maggior parte del tempo nella maggior parte dei giorni con una durata minima di 1 anno per bambini e adolescenti (Association, 2015).

Il disturbo bipolare e la schizofrenia sono molto meno comuni negli adolescenti rispetto al disturbo depressivo. Tuttavia, hanno una prognosi diversa e richiedono trattamenti diversi. Di conseguenza, quando si stabilisce la diagnosi di disturbo depressivo in adolescenza, è importante tenere presente che il primo episodio sintomatico può rappresentare anche l'inizio di un disturbo bipolare (Association, 2015).

Due terzi degli adolescenti con disturbo depressivo maggiore presentano almeno un disturbo psichiatrico in comorbilità e il 10-15% ha due o più comorbilità (Ford, Goodman & Meltzer, 2003).

Gli adolescenti con depressione hanno una probabilità da 6 a 12 volte superiore di soffrire anche di un disturbo d'ansia e dalle 4 alle 11 volte maggiore di avere un disturbo del comportamento dirompente e dalle 3 alle 6 volte di avere un disturbo da abuso di sostanze rispetto agli adolescenti non depressi (Costello, Foley & Angold, 2006). Quasi il 20% degli adolescenti con disturbo depressivo soddisfa anche i criteri di un disturbo d'ansia generalizzato con tassi riferiti nell'arco della vita del 50-70% (Moffi & Caspi, 2010); la depressione può anche complicare i disturbi alimentari, lo spettro autistico e la ADHD.

La comorbilità è particolarmente accentuata negli adolescenti con depressione grave e predice una grave compromissione e uno scarso esito nel lungo termine (Axelson & Birmaher; 2001).

L'elevato livello di comorbilità può essere spiegato dai fattori di rischio condivisi fra i vari disturbi, ma anche perché i vari disturbi potrebbero essere a loro volta una conseguenza del disturbo depressivo o viceversa (Young, Mufson & Davies ,2006).

L'utilità di distinguere fra depressione primaria e secondaria nel contesto di un'altra patologia non è chiara, poiché c'è una crescente evidenza del fatto che esiste una relazione fra la malattia medica e la depressione, ma la misura in cui le diverse comorbidità potrebbero essere associate a eterogeneità di causa, prognosi e trattamento rimane poco chiara (Evans, Charney & Lewis, 2005).

1.2.5 Fattori di rischio

Comprendere la patogenesi della depressione in adolescenza, può essere visto come una sfida, in quanto è un processo eterogeneo; infatti, si presenta con quadri differenti e cause diverse (Tambelli, 2017).

Quando si parla di disturbi psicopatologici, non si va ad indagare la causa del disturbo perché non esiste, ma si parla di percorsi evolutivi che possono essere determinati dall'influenza di fattori di rischio o di protezione che aiutano a definire un gradiente di disagio, il cui peso viene determinato dalla vulnerabilità del bambino stesso e dell'ambiente nel quale vive. Per fattori di rischio si intendono tutte quelle condizioni interne all'individuo o appartenenti al contesto affettivo che interferiscono con il suo adattamento salutare, mentre i fattori di protezione sono invece delle caratteristiche individuali o contestuali che possono essere considerate come degli ostacoli all'emergere della patologia, riducendo l'impatto del rischio e potenziando le capacità di coping e resilienza del bambino (Garmezy, Masten & Tellegan, 1984; Thapar, 2012; Tambelli, 2017).

Si possono quindi andare ad individuare fattori di rischio individuali ovvero, biologici, psicologici e comportamentali e fattori di tipo ambientale, cioè le influenze socioculturali. Tutti questi fattori fra di loro sono correlati e si vanno a sommare ad avversità continue (Tambelli, 2017).

Data la rapidità e la velocità dei processi evolutivi, quando si lavora in età evolutiva e ancora maggiormente in adolescenza, è necessario che la diagnosi venga fatta in modo precoce per permettere al clinico di andare ad intervenire in finestre evolutive che sono plastiche, e aiutare il bambino o l'adolescente a riattivare la traiettoria di sviluppo, il più possibile tipica ed adeguata rispetto alla sua fase evolutiva (Tambelli, 2017).

Come è stato sottolineato in precedenza, non si può parlare di cause nello sviluppo di disturbi psicopatologici, ma di fattori di rischio che possono influenzare il decorso del disturbo, ma in modo differente; infatti, non tutti i bambini che sono esposti a fattori di rischio sviluppano un disagio clinico rilevante; alcuni di loro si adattano significativamente e reagiscono con resilienza, sviluppando una capacità di reazione positiva allo stress psicogeno (Tambelli, 2017). Le differenze individuali dimostrano l'impossibilità di concepire esiti psicopatologici secondo un modello lineare, a vantaggio di una prospettiva multidimensionale e multifattoriale che allarga lo spazio di azione a più livelli deterministici e interazionali (Tambelli, 2017).

L'importanza dell'ambiente familiare nella genesi della depressione è riconosciuta da tutta la letteratura scientifica, tanto che al di là dei diversi orientamenti sono stati individuati come fattori di rischio precisi i disordini psichiatrici cronici in uno dei due genitori, la depressione post-partum materna, i divorzi conflittuali, le separazioni improvvise, le morti improvvise o gravi malattie di congiunti stretti, le dinamiche cronicamente tese e conflittuali all'interno della coppia genitoriale e infine il maltrattamento fisico e qualsiasi altra forma di abuso (Tambelli, 2017).

Figli di genitori affetti da depressione presentano tassi di depressione fra 3 e 4 volte superiore rispetto ai figli di genitori sani (Rice, Harold & Thapar, 2002), questo risultato è sia legato ad aspetti di ereditabilità genetica ma anche allo stile genitoriale e tipo di comportamento messo in atto dai genitori verso i figli nel corso della vita; è stato infatti

dimostrato da studi su bambini adottati e da ricerche longitudinali che, sebbene l'esposizione alla depressione materna nei periodi prenatale e post-natale sia da considerare particolarmente importante, occorre dare maggior rilievo all'esposizione ai sintomi materni successivi e continuativi o alle avversità psicosociali associate (Madigan, Oatley, Racine, Fearon, Schumacher, Akbari, Cooke, 2018) .

La depressione post-partum è un fattore di rischio elevato per il bambino, questo disturbo porta la madre ad avere dei vissuti negativi che sono estremamente dolorosi e molto faticosi da affrontare; nel post-partum è presente un bambino che è neonato e che quindi ha necessità di una cura continua sia a livello fisico ma anche cure a livello affettivo e mentale, questo bambino però si deve confrontare con una donna che in quel preciso momento non è in grado di dargli le attenzioni di cui ha bisogno. Questo implica una fatica molto importante nel primo incontro con il bambino, sia dal punto di vista materno che dal punto di vista del bambino (Tambelli, 2017).

Negli ultimi anni, inoltre, la ricerca si è allargata agli episodi depressivi del post-partum dei papà, non soltanto nelle mamme. Prima la ricerca clinica era molto focalizzata sullo studio delle mamme, ora studi gli studi evidenziano come anche gli uomini possono avere delle risposte del tutto simili alle caratteristiche psicologiche che si evidenziano nella gravidanza e nel post-partum nella donna (Scarff, 2019).

Per quanto riguarda gli effetti della depressione post-partum sullo sviluppo emotivo del bambino sono stati fatti una serie di studi a partire dal paradigma dello still face, che consiste nell'esporre il bambino ad un'espressione facciale della madre positiva e successivamente ad una espressione della madre diventata inespressiva, e si va a vedere come il bambino reagisce. Il paradigma dello still face è importante perché, sembra essere la rappresentazione della mamma depressa, ovvero una donna a livello fisico che è

presente ma non a livello affettivo (Muray, Trevarthen, 1985; Reck, Hunt, Fuchs, Weiss, Noon, Moehler, Downing, Tronick, & Mundt, 2004).

Gli autori hanno trovato che nell'interazione con una mamma con aspetti depressivi, o depressione maggiore o depressione legata al post-partum si hanno due strade evolutive fondamentali nel bambino. Una prima strada è quando la madre si mostra con gli aspetti depressivi, ovvero il volto immobile, bassa emotività, rallentamento psicofisiologico quindi movimenti lenti, un eloquio abbastanza monotono, poche emozioni espresse, vuoto, molto silenzio, poche parole. Quindi una madre presente ma non accessibile, in quanto completamente focalizzata sul proprio dolore e sulla propria tristezza (Reck et. al., 2004).

A fronte di un adulto assente, il bambino cerca in tutti i modi di riattivarlo, per esempio segnalando bisogno, mostrandosi un attivatore, per esempio anche con un tono dell'umore che può essere particolarmente elevato. Se l'aspetto depressivo dell'adulto è troppo profondo e persistente, a un certo punto il bambino si rende conto che non riesce ad attivare il genitore e quindi assume a sua volta un modello interattivo relazionale depressivo come quello dell'adulto di riferimento. Questo bambino non presenta una depressione dal punto di vista clinico, ma acquisisce una modalità interattivo relazionale a impronta depressiva, che utilizzerà come stile relazionale nella propria vita quando dovrà esprimere un disagio o una difficoltà (Avan, Richter, Ramchandani, Norris, & Stein, 2010).

L'altra strada che gli autori hanno evidenziato è che il vissuto depressivo della madre genera senso di colpa nelle donne stesse e quindi queste sono mamme che provano ad attivarsi da sole, a fare più cose di quelle che sarebbe necessario farebbero, a essere quindi più presenti di quello che sarebbero data la loro condizione depressiva. Nel fare questo però non sono ben regolate sul bambino perché in qualche modo si stanno sforzando di attivarsi, non essendo la loro modalità naturale. Nell'attivarsi quindi è un po' come se si iper-attivassero e quindi diventano intrusive nei confronti del bambino. Sono madri che

manifestano le reazioni in modo esagerato, quindi esprimono affetto positivo, ma in modo esagerato e non reale. Di fronte a un adulto intrusivo il bambino ha la strada di distanziarsi, manifestandolo anche a livello comportamentale. Quindi questi sono bambini che all'opposto dei precedenti, acquisiscono uno stile interattivo relazionale improntato all'evitamento, cioè, evitano l'intrusività materna (Avan, Richter, Ramchandani, Norris, & Stein, 2010).

Fra i fattori di rischio per lo sviluppo di un disturbo depressivo rientra l'utilizzo di sostanze come il tabacco, l'alcool, la cannabis e altre droghe illecite (Cairns, Yap & Pilkington, 2014).

È noto che l'uso di alcol ha effetti neurotossici durante l'adolescenza, essendo questo periodo di sviluppo sensibile. La cannabis e altre droghe illecite possono avere un impatto sulla serotonina, un neurotrasmettitore, che aiuta nella regolazione dell'umore causando un aumento dei sintomi depressivi. Inoltre, l'uso continuativo di alcol, cannabis e altre sostanze illecite ha varie conseguenze sociali e accademiche disfunzionali per l'adolescente che potrebbero aumentare il rischio di depressione (Cairns, Yap & Pilkington, 2014). La relazione tra consumo di tabacco e depressione non è chiara. Tuttavia, è stato proposto che durante l'adolescenza, l'utilizzo smodato di nicotina possa andare ad influenzare l'attività dei neurotrasmettitori, causando una modificazione che porterebbe all'aumento della sintomatologia depressiva (Boden, Fergusson & Horwood, 2010).

Ragazzi che presentano problematiche rispetto al peso, che non hanno per esempio un corpo conforme agli standard che sono imposti dalla società odierna possono vedere aumentato il rischio di depressione proprio per l'impatto negativo sull'immagine di sé. Inoltre, vale purtroppo anche l'inverso, le persone con sintomatologia depressiva possono condurre uno stile di vita meno sano e soffrire di quella disregolazione nel sistema di risposta allo stress (sistema ipotalamo-ipofisi-surrene) che contribuisce all'aumento di

peso, andando a creare un circolo vizioso di tipo disfunzionale (Cairns, Yap & Pilkington, 2014).

Nel disturbo depressivo, i fattori genetici ereditari svolgono un ruolo importante. Gli studi che sono stati condotti per andare ad indagare questo fenomeno evidenziano che tra i gemelli pare esistere un'ereditabilità per quanto riguarda il disturbo depressivo (Thapar, Rice, 2006; Kendler, Gardner & Lichtenstein, 2008).

Molti studi hanno inoltre trovato geni specifici che aumentano la suscettibilità alla depressione unipolare, ad esempio una variante (5-HTTLPR) nel gene del trasportatore della serotonina potrebbe aumentare il rischio di depressione; questo gene però da solo non causa la depressione, ma bisogna sempre considerarlo in un'ottica gene-ambiente; infatti, questo gene aumenta il rischio di depressione solo in presenza di fattori di stress della vita avversi o maltrattamenti precoci. È stato anche riportato che questa variante genetica influenza i circuiti cerebrali legati alla paura e al pericolo, che sono alterati nella depressione. Tuttavia, tali risultati sembrano variare non solo in base al genotipo, ma anche in base all'età, al sesso e alla gravità dei sintomi, infatti i risultati sono meno robusti nei ragazzi adolescenti rispetto alle ragazze (Risch, Herrell, Lehner, Liang, Eaves , Hoh , Griem, Kovacs, Ott & Merikangas, 2009).

Sono stati poi individuati, due circuiti neurali correlati al rischio di depressione, sia negli adulti che negli adolescenti. Questi circuiti sono attivi nella risposta al pericolo e nell'apprendimento delle ricompense (Feder, Nestler, Charney 2009; Forbes, Dahl, 2005). Il primo circuito preso in considerazione è quello che collega l'amigdala all'ippocampo alle zone ventrali della corteccia prefrontale (PFC) ed è collegato all'attività dell'asse ipotalamo-ipofisi surrenale (HPA). L'attività di questo circuito è aumentata nei pazienti con depressione maggiore e anche in pazienti sani ma a rischio di sviluppare depressione nel corso della vita, come soggetti con particolare tipo di temperamento, ad esempio soggetti con tratti

elevati di inibizione (Clauss, Cowan & Blackford, 2011) e quelli ad alto rischio familiare e genetico (Pine, 2003).

Le perturbazioni in questo circuito collegano la depressione all'asse HPA-stress, con concentrazioni di cortisolo superiori alla norma e attività nel sistema serotoninergico (Calhoun, Franklin, Adelman, Guerry, Hastings, Nock, 2012).

Lo stress psicosociale sembrerebbe essere più dannoso nelle ragazze che nei ragazzi, questo potrebbe essere spiegato dagli ormoni sessuali femminili che si sviluppano durante l'adolescenza. Infatti, questi ormoni sono collegati al cambiamento dell'attività del circuito dello stress (Hariri, Drabant & Munoz, 2005).

Nelle ragazze sono stati individuati alte concentrazioni di recettori degli steroidi sessuali all'interno del circuito dello stress, che aumenterebbe quindi l'attività di questo circuito, proprio andandolo a sregolare e aumentando così la suscettibilità delle ragazze al disturbo depressivo rispetto ai maschi che invece non presentano questi ormoni che vanno a sregolare il circuito (Hariri, Drabant & Munoz, 2005).

L'altro circuito chiave implicato nella depressione comprende lo striato e la sua connessione sia con il PFC che con i sistemi basati sulla dopamina ventrale. Come il primo circuito, anche questo continua a maturare durante l'adolescenza. La ricerca su questo circuito di ricompensa mostra come la sua attività ridotta sia collegata allo sviluppo della depressione. Infatti, la ridotta attività striatale e PFC durante i compiti che comportano ricompense è stata registrata sia in individui con depressione maggiore che in quelli con genitori depressi (Forbes & Dahl, 2005).

Infine, i fattori ambientali, divorzi conflittuali, e la conflittualità in generale possono influenzare lo sviluppo o il decorso della depressione in età evolutiva. Elevati livelli di conflittualità all'interno della famiglia sia che portino e si trascinino in divorzi o separazioni, sia che non comportino queste tipo di scelte ma che rimangano negli agiti dei genitori,

possono essere un forte fattore di rischio rispetto ai vissuti depressivi del bambino, in quanto generatore nel bambino di solitudine, tristezza e rabbia, emozioni negative perché i bambini non dovrebbero essere da soli all'interno di cure inadeguate. Anche questi fattori ambientali però non portano sempre allo sviluppo della depressione negli adolescenti, come già detto occorre un match tra eventi stressanti e soggetti con alto rischio genetico (Tambelli, 2017).

Due ulteriori fattori importanti nella patogenesi della depressione in adolescenza sono il temperamento e i tratti caratteriali. Secondo De Pauw & Mervielde,(2010) il temperamento è responsabile delle risposte automatiche ed emotive agli stimoli ambientali. Al contrario, il carattere si sviluppa nel corso della vita ed è influenzato dalle esperienze sociali e culturali (Nogueira, Fraguas, Benseñor, Lotufo & Brunoni, 2017). Gli studi hanno dimostrato che i pazienti depressi presentano una maggiore ricerca di novità, evitamento del danno e minore dipendenza dalla ricompensa, persistenza, auto-direzione e cooperazione rispetto agli individui sani (Zappitelli, Bordin, Hatch, Caetano, Zunta-Soares, Olvera & Soares, 2013).

Per comprendere la patogenesi della depressione è quindi importante considerare l'interazione geni-ambiente, i fattori ereditari sembrano contribuire alla depressione aumentando la sensibilità del soggetto alle avversità della vita. (Thapar et al., 2012)

1.2.6 Strumenti di valutazione

L'assessment, ovvero la valutazione globale dell'individuo, è essenziale per formulare una corretta diagnosi, per orientare la prognosi e per stabilire la modalità di intervento maggiormente appropriata oltre che per monitorare l'adattamento terapeutico valutandone l'efficacia (Tambelli, 2017).

I clinici oggi possono avvalersi di strumenti differenziati per la raccolta di informazioni, tenendo presente un approccio globale all'inquadramento diagnostico, che solo recentemente prende in considerazione la prospettiva evolutiva e le dinamicità del bambino in formazione. Questo tipo di approccio considera attentamente anche l'intero sistema di accudimento del bambino e indirizzando la valutazione sulle relazioni familiari. Innanzitutto, possono avvalersi delle osservazioni dirette con videoregistrazioni delle dinamiche interattive tra caregiver e bambino; interviste cliniche per i genitori e questionari self report per lo screening dei disturbi test proiettivi e sessioni di gioco per rilevare diversi cluster di espressività comportamentale del bambino (Tambelli, 2017).

Data l'importanza della qualità delle relazioni affettive, per completare il quadro diagnostico è consigliabile l'utilizzo di misure osservative volte a indagare la qualità della relazione emotiva del bambino e della relazione genitore bambino.

In ambito preventivo invece, soprattutto nel caso di interventi domiciliari per il sostegno della genitorialità a rischio, è bene utilizzare test di screening per la depressione materna e/o paterna, e anche andare a somministrare strumenti volti a indagare il mondo rappresentazionale interno dei genitori, la rappresentazione del bambino e il modello di attaccamento del bambino (Tambelli, 2017).

Lo screening degli adolescenti è uno strumento essenziale per la diagnosi precoce per la depressione. L'utilizzo di questionari rappresenta un metodo di screening economico e rapido e soprattutto utile per comprendere la gravità del disturbo (Zuckerbrot, Cheung, Jensen, Stein & Laraque, 2018).

Gli strumenti che maggiormente vengono utilizzati sono:

- *Kiddle-Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School -Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) (Kaufman Birmaher, Brent, Rao, Flynn, Moreci, Williamson & Ryan, 1997).*

Questo questionario si somministra a genitori e bambini di età dagli 8 ai 18 anni, che va ad indagare i disturbi psicopatologici passati e presenti dei bambini.

- *Children Depression Inventory (CDI)* (Kovacs, 2015).

E' una scala di autovalutazione dei disturbi psicopatologici che va a valutare un'ampia sintomatologia, fra cui i disturbi dell'umore, la capacità di provare piacere, la stima di sé, le funzioni vegetative e il comportamento sociale, nell'arco temporale di due settimane. Viene somministrato a bambini dagli 8 ai 17 anni.

- *SAFA: Scale psichiatriche per fanciulli e adolescenti* (Cianchetti & Fancello, 2001).

Il SAFA un questionario autosomministrato che invece ha lo scopo di valutare i problemi comportamentali ed emotivi nelle diverse fasce di età 8-10, 11-13 e 14-18, l'aspetto interessante di questo questionario è che presenta diverse scale, ovvero il SAFA-D che va ad indagare specificatamente la sintomatologia del disturbo depressivo.

- *Youth Self-Report* (Anchebach & Rescorla, 2001).

Lo Youth self-report un questionario di screening che valuta la presenza di un quadro di disturbi esternalizzanti o internalizzanti che viene somministrato ai ragazzi dagli 11 fino ai 18 anni.

- *Multidimensional Anxiety Scale for Children 2nd Edition (MASC 2)* (Paloscia, Giangregori, Guerini & Melchiori, 2017).

La MASC-2 un questionario per la valutazione delle principali dimensioni dell'ansia nei bambini e negli adolescenti dagli 8 ai 19 anni. La MASC 2 rappresenta uno strumento utile nel processo diagnostico e nell'identificazione precoce nei bambini a rischio di sviluppare un disturbo d'ansia

- *Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)* (Lovibond & Lovibond , 1995).

Infine, la DASS-21 è un questionario autosomministrato che va ad indagare una serie di sintomatologie di Ansia, Depressione e Stress In ambito italiano questo questionario non è ancora stato validato nella popolazione Adolescente e lo scopo del presente elaborato è proprio quello di andare a validarlo.

Per quanto riguarda la diagnosi di depressione in adolescenza, viene stabilita attraverso i criteri diagnosi del DSM-5 o del ICD-10, è una diagnosi sostanzialmente clinica che si basa quindi su interviste al paziente e anche ai familiari/caregiver e che dovrebbe includere una valutazione della compromissione funzionale nei diversi domini e altre condizioni psichiatriche esistenti (Tambelli, 2017).

Ci sono tuttavia strumenti diagnostici strutturati a supporto della diagnosi: ovvero i questionari, che consentono una quantificazione della sintomatologia e quindi una valutazione dell'efficacia dei trattamenti, i questionari possono essere o autosomministrati, ovvero che il paziente in autonomia compila il questionario, oppure possono essere gestiti dal clinico (Zuckerbrot, Cheung, Jensen, Stein, Laraque, 2018).

1.2.7 Gestione e Trattamento

Per quanto riguarda il trattamento negli adolescenti, le scelte terapeutiche non sono le stesse che si farebbero quando si tratta il disturbo in età adulta. Il trattamento della depressione nell'adolescenza può includere psicoterapia, farmacoterapia o entrambe (Selph & McDonagh, 2019), ma la scelta terapeutica dipende molto dal paese di riferimento, in quanto alcuni paesi non accettano l'utilizzo dei farmaci prima dei 18 anni (NICE Clinical Guideline, 2005).

Il trattamento elettivo che viene scelto dipende dalla gravità dei sintomi manifestati dal soggetto, dalle caratteristiche del paziente e della famiglia, dai fattori di rischio associati, dal sostegno familiare e dalla disponibilità di ciascuna terapia (Birmaher & Brent, 2007).

Perché l'adesione al trattamento sia funzionale, per prima cosa bisogna spiegare in modo esaustivo e in funzione dell'età cognitiva ed emotiva del soggetto la strategia terapeutica sia al paziente che alla famiglia, e ciò per fare in modo che il paziente sia motivato a continuare il trattamento e ai successivi follow up, aggiustando il trattamento secondo i sintomi e le possibili ricadute. Ogni tipo di valutazione, è necessario che venga fatta da uno specialista. (Clark, Jansen & Cloy, 2012; Richardson & Katzenellenbogen, 2005).

Il trattamento può essere suddiviso in tre fasi: la prima fase viene definita "fase acuta", il suo obiettivo è ottenere una risposta al trattamento e una remissione dei sintomi, poi c'è la "fase di continuazione", dove ci si propone di consolidare la risposta e infine il "mantenimento" che presenta come obiettivo quello di evitare recidive. Ciascuna fase deve includere la psico-educazione, l'approccio di supporto e il coinvolgimento attivo della famiglia (Birmaher & Brent, 2007).

Tra le terapie che vengono utilizzate quelle che hanno mostrato maggiore efficacia sono la terapia cognitivo comportamentale (CBT) e la terapia interpersonale (IPT) (Zhou, Hetrick, Cuijpers, Qin, Barth, Whittington, Cohen, Del Giovane, Liu, Michael, Zhang, Weisz & Xie, 2015).

La CBT è una psicoterapia breve che può essere svolta individualmente o in gruppi; essa ha come obiettivo di base lavorare sulla relazione tra pensieri, emozioni e comportamenti; si focalizza sulle distorsioni cognitive associate all'umore depresso e promuove lo sviluppo di tecniche improntate sul coping e sul problem solving (Cheung, Kozloff & Sacks, 2013).

L'IPT presuppone l'associazione dei sintomi depressivi con relazioni distruttive, basate sull'impatto negativo dei sintomi sulle relazioni interpersonali e viceversa (Cheung et. al., 2013). L'approccio interpersonale può essere utile soprattutto quando c'è un fattore relazionale ben stabilito come causa della condizione depressiva. La maggior parte degli studi di confronto dell'IPT con gruppi placebo o con altra psicoterapia ha mostrato risultati favorevoli per IPT (Mufson, Dorta, Wickramaratne, Nomura, Olfson & Weissman, 2004).

In aggiunta al trattamento elettivo della psicoterapia si ricorre anche alla farmacoterapia in situazioni con sintomatologia estremamente debilitante oppure, quando la psicoterapia non può essere applicata, si somministrano solo farmaci in alternativa (Richardson & Katzenellenbogen, 2005). La combinazione di psicoterapia e farmacoterapia, in particolare l'uso della fluoxetina, ha mostrato risultati promettenti (March, Silva, Petrycki, Curry, Wells, Fairbank, Burns, Domino, McNulty, Vitiello & Severe, 2004).

Quando si lavora in ottica psicoeducativa e si affrontano i disturbi psicopatologici, e in particolare quelli depressivi, è fondamentale curare la prevenzione per prevenire l'insorgenza di altre possibili comorbidità e ridurre l'impatto della condizione sul paziente e sulla famiglia (Kakuma, Minas, Van Ginneken, Dal Poz, Desiraju, Morris, Saxena, Scheffler, 2011; Cuijpers, Van Straten, Smit, Mihalopoulos & Beekman, 2008).

Le strategie di prevenzione specifiche per la depressione consistono in una combinazione di educazione e riconoscimento della sintomatologia depressiva combinata a strategie cognitive comportamentali applicate a genitori e bambini (Thapar et. al., 2012).

Per prima cosa bisogna andare ad analizzare i fattori di rischio e i fattori protettivi, una delle strategie migliori di prevenzione è finalizzata alla riduzione dei rischi modificabili e alla promozione dei fattori protettivi i bambini ad alto rischio dagli effetti delle avversità e interrompano il percorso di cura (Institute of Medicine. Preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people, 2009).

I fattori di rischio possono essere suddivisi in specifici e non specifici per la depressione. Per quanto riguarda quelli specifici, la storia della depressione dei genitori aumenta il rischio tra 2 e 4 volte. Tra i non specifici, quelli che aumentano la probabilità dello sviluppo di una depressione sono la povertà, la violenza, gli abusi (Evans & Andrews, 2005).

Al contrario i fattori protettivi sono le caratteristiche individuali o contestuali che possono essere considerate ostacoli all'emergere della patologia, riducendo l'impatto del rischio e potenziando le capacità di coping e resilienza del bambino (Tambelli, 2017).

La prevenzione della depressione può essere suddivisa in 3 tipi: "universale", con il focus sulla popolazione generale; "limitata", per una specifica fase evolutiva; "selettiva", ovvero indirizzata ad un sottogruppo di persone che hanno delle caratteristiche a rischio per l'insorgenza del disturbo depressivo; infine, "specificata" quando si entra in relazione 1 a 1 con il singolo paziente che presenta sintomi subclinici di tipo depressivo (O'Connell, Boat & Warner 2009).

Alcuni Paesi hanno introdotto programmi di sviluppo infantile prenatale e prescolare (età 0- 5 anni) che mirano a fornire sostegno e ridurre le avversità precoci, aumentando la stimolazione precoce e il sostegno alla genitorialità a rischio. Questi interventi di tipo preventivo hanno degli effetti immediati e continuativi sulle capacità cognitive e sui comportamenti antisociali. (Institute of Medicine. Preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people,2009).

1.3 Costrutto Ansia

1.3.1 Definizione di ansia

Per costrutto di ansia si definisce la risposta anticipata del cervello ad uno stimolo che è potenzialmente pericoloso; questa risposta porta l'individuo a evitare attivamente lo stimolo che gli provoca preoccupazione. Tale risposta anticipata di tipo cerebrale è un'emozione di base già presente nell'infanzia e di per sé non è un'emozione di tipo patologico, in quanto permette il soggetto di mettere in atto dei comportamenti di tipo adattivo in molti scenari, consentendo quindi l'evitamento del pericolo. Le manifestazioni di ansia cadono su un continuum da lieve a grave (Beesdo, Knappe &, Pine, 2009).

L'ansia è una manifestazione psicofisiologica dell'individuo che coinvolge complessi meccanismi e diverse aree cerebrali, fra cui ad esempio il talamo, amigdala, con associate delle manifestazioni psichiche e somatiche. L'ansia viene quindi definita un costrutto di tipo multidimensionale con 3 diverse componenti (Kendall & Di Pietro, 1995).

Le tre componenti dell'ansia sono quelle fisiologiche ovvero, sudorazione, tensione addominale, rossore in viso, pollachiuria, tremori agli arti, disturbi gastrointestinali, tachicardia, reazioni di tipo comportamentali, cioè, condotte di evitamento e fuga e infine di tipo cognitive quindi pensieri disfunzionali (Pecini & Brizzolara, 2020).

Una concettualizzazione frequente e consolidata è che l'ansia diventa disadattiva quando interferisce con il funzionamento normale del soggetto, ad esempio, quando l'ansia è eccessivamente frequente, grave e persistente ed è associata ad un comportamento di evitamento (Beesdo et. al., 2009).

È importante sottolineare come l'ansia patologica può manifestarsi a qualsiasi età. La differenza tra ansia normale e patologica, tuttavia, può essere particolarmente difficile da

distinguere nei bambini perché quest'ultimi manifestano molte paure e ansie come parte dello sviluppo tipico. Queste reazioni, anche se possono essere vissute come molto angoscianti per i bambini, sono normali e si verificano nella maggior parte dei bambini e sono tipicamente transitorie (Beesdo et. al., 2009).

Ad esempio, fra i 12 e i 18 mesi è assolutamente normale che la separazione dalla propria figura di attaccamento porti il bambino a manifestare una forte angoscia. Pertanto, dato che tale ansia si verifica nella maggior parte dei bambini e in genere è un'emozione di tipo transitoria, ci porta a sottolineare come l'angoscia di per sé rappresenti un criterio inadeguato per distinguere tra stati d'ansia normali e stati patologici nei bambini. E' oggettivamente difficile cercare di distinguere tra stati d'ansia normali, sub-clinici e patologici nei bambini.

Un'altra problematica che si instaura quando si lavora con bambini piccoli, è il fatto che quest'ultimi essendo piccoli non sono in grado di comunicare cognizione, emozioni ed evitamento, così come il disagio associato. Pertanto, l'età del bambino e le sue capacità cognitive devono essere prese in esame attentamente durante la valutazione dell'ansia nei bambini al fine di prendere una decisione diagnostica corretta (Beesdo et. al., 2009).

Nei bambini e negli adolescenti, le manifestazioni di ansia presentano una sintomatologia differente rispetto a quella dell'adulto e per questo motivo richiedono anche una valutazione diversa, con la messa in atto di strategie differenti e uniche per la fascia di età presa in esame. Il problema coinvolge il DSM V che, ad accezione del disturbo da ansia di separazione, raggruppa gli altri disturbi d'ansia indipendentemente dall'età in cui si manifesta il disturbo (Beesdo et. al., 2009).

Così per la maggior parte dei disturbi d'ansia, non vengono evidenziate eventuali differenze fra i criteri diagnostici fra bambini/adolescenti e adulti. Per l'ICD-10, contrariamente al DSM-V, i bambini ricevono altre codifiche diagnostiche, separate rispetto

a quelle degli adulti. Dato lo sviluppo cognitivo e linguistico, l'aumento dell'importanza delle relazioni tra pari e la ricerca dell'autonomia da parte dei genitori, è fondamentale specificare somiglianze e differenze nelle espressioni di ansia per le diverse età (Beesdo et. al., 2009).

Nei sistemi diagnostici c'è anche poca indicazione sull'adeguatezza allo sviluppo nella valutazione dei disturbi d'ansia per identificare coloro che necessitano di trattamento. Un altro evidente problema, quando si lavora con i disturbi d'ansia, è la limitazione nell'ottenere un'auto-segnalazione della problematica da parte dei bambini e degli adolescenti, nonostante l'esistenza degli strumenti diagnostici descrittivi che sono utili per la valutazione e la diagnosi dei disturbi d'ansia utilizzati in ambito clinico (Beesdo et. al., 2009).

Le problematiche aumentano nell'applicazione di questi strumenti diagnostici nei bambini delle fasce più piccole, e questo si evince da dati psicometrici più scadenti. Questo problema indubbiamente almeno in parte riflette la difficoltà che i bambini incontrano quando cercano di comunicare informazioni su stati affettivi vissuti internamente. Pertanto, le valutazioni nei bambini piccoli spesso richiedono la sollecitazione di informazioni da più fonti al di là del bambino, in modo tale da distinguere affidabilmente tra ansia normale, subclinica e ansia patologica. Questa valutazione include poter aver dei colloqui con i genitori e anche eventualmente con gli insegnanti del bambino, se in età scolare. Negli adolescenti al contrario, le decisioni diagnostiche possono fare molto affidamento sulle informazioni fornite direttamente dal paziente, anche se anche in questa fascia di età ci possono essere informatori paralleli utili (Beesdo et. al., 2009).

Come detto in precedenza, quando si lavora con bambini e adolescenti i questionari e le interviste che vengono utilizzate con gli adulti non sono affidabili e validi, ma devono essere utilizzati strumenti che siano strutturati e standardizzati per bambini e adolescenti. Negli ultimi 2 decenni la messa a punto di strumenti più adeguati ha notevolmente migliorato l'affidabilità e la validità delle diagnosi di ansia nei bambini e adolescenti. Tali strumenti

consentono infatti una migliore delimitazione delle manifestazioni subcliniche transitorie di ansia rispetto invece ai disturbi d'ansia veri e propri, e hanno dimostrato di avere validità predittiva e persino implicazioni concrete per la prevenzione, l'intervento precoce e il trattamento. (Beesdo et. al., 2009).

1.3.2 Epidemiologia

I disturbi d'ansia sono i disturbi mentali più frequenti nei bambini e negli adolescenti, e sembra siano il disturbo mentale che si manifesta in modo più precoce (Beesdo et al., 2009). Si stima che la prevalenza dei disturbi d'ansia nei bambini e adolescenti sia intorno al 5% (Beesdo et al., 2009).

Alcuni disturbi di ansia, sono preceduti nella loro insorgenza da altri disturbi d'ansia in comorbilità, ma esiste una certa eterogeneità tra i disturbi d'ansia specifici che rivela una sequenza temporale di età di insorgenza del disturbo in funzione del disturbo stesso, questo fornisce un indicatore importante per separare i diversi tipi di disturbi d'ansia (Beesdo et. al., 2009).

L'età di esordio più precoce è stata costantemente riscontrata per il disturbo d'ansia da separazione e per alcuni tipi di fobie specifiche (in particolare quelle nei confronti degli animali, delle iniezioni di sangue e di particolari situazioni ambientali). L'ansia sociale invece ha una maggiore prevalenza dai 12 anni con una maggiore incidenza durante l'adolescenza. (Kessler, Berglund & Demler, 2005). Nella tarda adolescenza o prima età adulta hanno il loro periodo centrale di esordio il disturbo di panico, nonostante alcune manifestazioni all'età di 12 anni o prima, l'agorafobia e il disturbo d'ansia generalizzato (de Graaf, Bijl & Spijker, 2003).

Per quanto riguarda la distribuzione dell'insorgenza fra femmine e maschi, non si evidenziano delle differenze di genere notevoli, con alcune eccezioni che riguardano la fobia specifiche, il disturbo di panico, l'agorafobia e il disturbo d'ansia da separazione che sembra essere più prevalente nelle femmine rispetto che nei maschi (Wittchen, Nocon & Beesdo,2008).

I dati epidemiologici indicano maggiori difficoltà ad identificare i singoli disturbi d'ansia nell'età prescolare, benché l'impatto dei sintomi d'ansia in questa fase possa essere molto importante. Il decorso dei disturbi d'ansia in età evolutiva rimane infatti controverso. La presenza di un disturbo d'ansia in età prescolare aumenta la probabilità di ricevere un'altra diagnosi per un disturbo d'ansia nelle fasi successive dello sviluppo e la persistenza del disturbo in generale è correlata alla gravità iniziale a livello di deficit di funzionamento esso legato. Oltre agli altri disturbi d'ansia una diagnosi infantile per un disturbo d'ansia aumenta la probabilità di ricevere una diagnosi di un disturbo depressivo o da abuso di sostanze. La presenza di un disturbo d'ansia in età infantile si associa al più frequentemente a difficoltà scolastiche e di adattamento sociale (Tambelli, 2017).

1.3.3 Classificazione diagnostica disturbi d'ansia

Per quanto riguarda il DSM-5 i disturbi d'ansia vengono classificati in disturbo d'ansia di separazione, disturbo d'ansia sociale, disturbo d'ansia generalizzata, disturbo da inibizione delle novità, il disturbo da attacchi di panico, l'agorafobia e le fobie specifiche (Association, 2015). Mentre invece nel ICD-10 è un altro sistema di classificazione che viene utilizzato all'interno dei servizi ed è la classificazione internazionale delle malattie stilata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS-WHO). L'ICD è uno standard di classificazione per gli studi statistici ed epidemiologici e strumento di gestione di salute e igiene pubblica e ogni disturbo è classificato tramite un codice univoco (OMS, 1992).

Il disturbo d'ansia di separazione (ICD10 F93.0) si presenta in età prescolare ed è caratterizzato da una paura inappropriata e forte disagio riguardante l'allontanamento da casa o la separazione da figure significative d'attaccamento (Tambelli, 2017).

Il disturbo d'ansia sociale (ICD10 F93.2), invece si caratterizza per sentimenti di paura e forte disagio nelle situazioni sociali nuove o per contesti che richiedono prestazioni al bambino o all'adolescente e possono essere situazioni quali scuola, sport o altre attività. Il disagio è seguito da un'attenzione elevata per le reazioni degli altri e la paura di mettere in atto gesti imbarazzanti in contesti sociali (Tambelli, 2017).

L'ansia generalizzata (ICD10 F.41.1) invece si manifesta come un'eccessiva preoccupazione che investe aree diverse come la scuola, le amicizie, la famiglia, disastri naturali che costituiscono lo sfondo della vita emotiva del bambino, la paura è solitamente accompagnata anche da sintomi di tipo somatico. Le preoccupazioni sono incontrollabili se non con la messa in atto di comportamenti estremamente controllanti e il costante bisogno di rassicurazioni (Tambelli, 2017).

Il mutismo selettivo (ICD10 94.0) viene descritta come un'ansia così elevata che il bambino non è in grado di parlare in situazioni dove ci si aspetti che il bambino parli; è importante sottolineare come in questi casi il bambino non presenti disturbi del linguaggio, il bambino è in grado di parlare ma non riesce (Tambelli, 2017).

Il disturbo da attacchi di panico (ICD10 F41.0) si presentano con manifestazioni come l'accelerazione del battito cardiaco, le difficoltà di respirazione, l'iperventilazione, sudorazioni, tremori, dolori o senso di compressione toracica, brividi a cui si possono associare sintomi dissociativi come la derealizzazione e la depersonalizzazione. Una volta che si sono presentati, gli attacchi di panico inducono nel soggetto il terrore di andare incontro a un nuovo episodio, e quindi a mettere in atto dei comportamenti di evitamento, rispetto alle situazioni che il soggetto individua come causa del problema (Tambelli, 2017).

L'agorafobia (ICD10 F40.00) ha come caratteristica principale quella di avere ansia marcata causata dall'esposizione, reale o anticipata, ad un'ampia gamma di situazioni come, ad esempio, utilizzare i trasporti pubblici, stare in spazi aperti o chiusi. Questo disturbo non si manifesta nei bambini ma negli adolescenti (Tambelli, 2017).

Infine ci sono le fobie specifiche (ICD10 F40.2) che si possono manifestare già a partire dai 3 anni; i bambini possono incorrere in paure apparentemente immotivate che possono riguardare vari aspetti della loro vita quotidiana, tali paure fisiologiche vanno distinte dalle fobie e dai disturbi fobici (ICD10 F40.9) che costituiscono paure rivolte ad aspetti della realtà esterna che non rappresentano pericoli diretti per la sopravvivenza, in quanto il sistema nervoso centrale non sarebbe predisposto a produrre risposte psicofisiologiche cognitive e comportamentali evocate dagli stimoli minacciosi. I disturbi fobici sono ricorrenti e prendono spesso oggetto situazioni che in molti casi non si sono presentati in diretta associazione o stimolo minaccioso, nel bambino la paura può esprimersi attraverso crisi di pianto o di rabbia e congelamento. Le fobie specifiche presentano un'elevata comorbilità con il disturbo depressivo che spesso esordisce in associazione alla comparsa delle fobie (Tambelli, 2017).

1.3.4 Fattori di rischio disturbi d'ansia

Per quanto riguarda l'ansia, quando si vanno ad analizzare i fattori di rischio, bisogna considerare diverse variabili. In generale le avversità di tipo ambientale sono considerate i fattori di rischio che orientano i bambini verso il massimo grado di rischio per lo sviluppo dei disturbi d'ansia (Tambelli, 2017).

La qualità delle transazioni ambientali, sono in grado di potenziare e modulare l'impatto sullo sviluppo dei disturbi d'ansia come la presenza di inibizione comportamentale (Tambelli, 2017).

Lo stile genitoriale può essere un fattore di rischio, è stato infatti dimostrato come l'iperprotezione ma anche il rifiuto genitoriale sono stati associati in modo significativo alla fobia sociale nei figli (Lieb, Wittchen & Höfler, 2000).

La maggior parte degli studi epidemiologici rileva associazioni tra le esperienze avverse nell'infanzia (ad esempio, perdita dei genitori, divorzio dei genitori, abusi fisici e sessuali) e quasi tutti i disturbi mentali, compresi quindi i disturbi d'ansia (Elmore & Crouch, 2020), l'abuso fisico o sessuale tende ad avere delle conseguenze più negative, fra cui la maggiore probabilità di sviluppare dei disturbi psichiatrici, nelle donne rispetto che gli uomini (Dinwiddie, Heath, Dunne, 2000; MacMillan, Fleming & Streiner, 2001).

Anche il genere sembra essere un fattore di rischio per lo sviluppo di un disturbo d'ansia, in quanto le femmine hanno una probabilità circa doppia rispetto ai maschi di sviluppare ciascuno dei disturbi d'ansia (Pine, Cohen & Gurley, 1998).

Per quanto riguarda invece i fattori sociodemografici, la maggior parte degli studi epidemiologici rileva tassi più elevati di disturbi d'ansia in soggetti con un'istruzione inferiore rispetto a quelli con un'istruzione superiore, non è però chiaro in che misura il basso livello di istruzione sia un fattore predittivo, correlato o conseguente dell'ansia (Kringlen, Torgersen, Cramer, 2001).

L'ereditabilità del disturbo come fattori di rischio è stata studiata secondo due approcci principali, ovvero gli studi sui familiari e gli studi sui gemelli (Beesdo et. al., 2009). Complessivamente, gli studi dimostrano che figli di genitori con almeno un disturbo d'ansia hanno un rischio elevato di sviluppare a loro volta un disturbo d'ansia (Wittchen, Kessler & Pfister, 2000); un rischio ancora più elevato emerge quando entrambi i genitori sono affetti da disturbi d'ansia (Merikangas, Avenevoli & Dierker, 1999).

Un'ulteriore evidenza che è stata individuata è che esiste un'associazione fra il disturbo depressivo nei genitori e disturbo d'ansia presente nei figli (Lieb, Isensee & Höfler,

2002). Queste associazioni trasversali tra i vari disturbi hanno spinto a indagare sulla specificità della trasmissione familiare dell'ansia e di altri disturbi mentali. Per esempio, uno studio longitudinale di Klein e Lewinsohn (2003), che ha studiato l'associazione fra figli con diagnosi di disturbo ansia o depressivo e i propri genitori, ha mostrato l'esistenza dell'associazione fra genitori e figli nella manifestazione di ansia e depressione.

L'importanza degli studi gemellari è data dal fatto che grazie a questi studi, si può disgiungere il contributo genetico da quello ambientale, condiviso e non condiviso; le loro risultanze mostrano che le ereditarietà genetiche nei disturbi d'ansia si aggirano fra il 30% e il 40%. La rimanente variabilità può essere invece attribuita ai fattori ambientali e individuali del soggetto (Hettema, Prescott & Myers, 2005).

Indagini condotte nei diversi sistemi fisiologici negli animali e nell'uomo hanno analizzato i sub-strati psico-biologici dell'ansia. Gli esperimenti di condizionamento alla paura condotti sugli animali hanno dimostrato che l'amigdala è coinvolta nel circuito neurale dell'apprendimento della paura di uno stimolo precedentemente neutro o innocuo, inoltre è stato dimostrato che i processi di estinzione richiedono la comunicazione tra l'amigdala e l'area frontale del cervello (LeDoux, 2000).

Tuttavia, non è chiaro fino a che punto molti fattori neurobiologici si riferiscano all'ansia o all'elaborazione dell'ansia in generale, o se si tratti di correlati specifici dei disturbi d'ansia (LeDoux, 2000).

Infine, un altro fattore di rischio influenzante il decorso o lo sviluppo del disturbo d'ansia è il tipo di temperamento che la persona possiede, infatti avere un temperamento con tratti di nevroticismo e/o di inibizione ha un ruolo importante nei disturbi d'ansia (Beesdo et. al., 2011).

Per inibizione, a livello comportamentale, si intende la tendenza costante a dimostrare paura e ritiro in situazioni non familiari; l'inibizione comportamentale è almeno

moderatamente stabile e già rilevabile nelle prime fasi della vita ed è sottoposta a un certo controllo genetico (Robinson, Kagan & Reznick, 1992). Bambini che presentano un'inibizione comportamentale sono bambini estremamente timidi con gli estranei e timorosi in situazioni non familiari (Biederman, Hirshfeld-Becker, Rosenbaum, 2001).

1.3.5 Strumenti di valutazione

Come per la depressione, il processo di valutazione che consente di giungere a una diagnosi per disturbi d'ansia presenta come obiettivo finale l'individuazione di specifici pattern sintomatici e comportamentali manifesti riconducibili a quadri clinici definiti secondo gli algoritmi diagnostici nei principali manuali diagnostici, andandoli a distinguere da altri disturbi (Tambelli, 2017).

Fare diagnosi è necessario anche per andare ad identificare gli aspetti salienti della traiettoria di sviluppo del bambino rispetto ai singoli compiti evolutivi e alle strategie adattive sviluppate per far fronte agli eventi di vita stressanti. Per questo motivo, è necessario quindi andare ad indagare il funzionamento familiare, ivi inclusi le caratteristiche di personalità ed eventuali disturbi psicopatologici dei genitori e infine la qualità delle interazioni fra genitore-bambino andando ad individuare i fattori di rischio relativi ad aspetti costituzionali quali il temperamento e la maturazione cognitiva intellettiva del bambino (Tambelli, 2017).

Tali obiettivi possono essere perseguiti attraverso una serie di osservazioni che comprendono il colloquio diretto con il bambino, la sessione di gioco e infine un colloquio in cui siano presenti i genitori primariamente da soli, poi il bambino sempre solo ma anche genitori e bambino insieme al fine di consentire l'osservazione diretta delle interazioni tra genitori e bambino, ma anche tra il bambino stesso ed eventuali altri componenti della fratria (Tambelli, 2017).

In funzione dell'età del bambino che potrebbe non essere in grado di descrivere e rappresentare in autonomia il proprio disagio, è utile anche avere dei colloqui diretti con i genitori per raccogliere le informazioni inerenti allo stato di disagio del bambino e come questo viene reso manifesto all'esterno, e quindi percepito dai genitori. Si curerà inoltre la ricostruzione della storia della comparsa di tali manifestazioni di disagio e dell'impatto che essi hanno avuto sul benessere e sullo sviluppo del bambino. È necessario raccogliere una serie di informazioni rispetto il funzionamento familiare nel suo complesso, questo sempre attraverso i colloqui con i genitori, inoltre potrebbe essere utile avere anche ulteriori colloqui con altri adulti significativi per il bambino come le maestre o i nonni che hanno avuto modo di osservare il bambino in contesti diversi a quello familiare (Tambelli, 2017).

Per definire il quadro sintomatico è necessario tenere conto del fatto che le diverse manifestazioni dell'ansia si modificano in funzione delle diverse fasi dello sviluppo che il bambino sta attraversando, e quindi è utile ricorrere a integrazioni di colloqui valutativi diretti col bambino, utilizzare interviste cliniche strutturate e utilizzare i questionari. I questionari principali che vengono utilizzati in età evolutiva per andare a misurare il costrutto d'ansia sono:

- *La Revised Children's Manifest Anxiety Scale*, (Reynolds & Richmond, 1985).

È un questionario composto da 37 item che vanno ad indagare l'ansia fisiologica, la preoccupazione, l'ansia prestazione e la simulazione

- *Il Children Depression Inventory (CDI)* (Kovacs, 2015)

La CDI è una scala di autovalutazione dei disturbi psicopatologici che va a valutare un'ampia sintomatologia, fra cui anche gli aspetti di tipo ansioso.

- *Scala psichiatrica per fanciulli e adolescenti (SAFA)* (Cianchetti & Fancello, 2001).

Infine, il SAFA, è invece un questionario autosomministrato che ha lo scopo di valutare i problemi comportamentali ed emotivi nelle diverse fasce di età 8-10, 11-13 e 14-18, l'aspetto interessante di questo questionario è che presenta diverse scale, ovvero il SAFA-A che va ad indagare specificatamente la sintomatologia dell'ansia.

Come sottolineato in precedenza, esiste anche la DASS-21 che è un questionario non ancora validato sulla popolazione adolescente ma che va ad indagare la sintomatologia ansiosa e depressiva (Lovibond & Lovibond, 1995).

Data la particolare natura proteiforme della sintomatologia del bambino in età prescolare, la valutazione dimensionale è un importante indice disadattivo di cui i clinici devono tenere conto per valutare la rilevanza clinica del disagio mostrato dal bambino. Bisogna infine ricordare che la valutazione della significatività clinica della sintomatologia ansiosa o della presenza di una diagnosi franca di un disturbo d'ansia, della sua gravità, pervasività, e rigidità al cambiamento è necessaria per impostare il trattamento in ottica preventiva nella valutazione prospettica sul rischio di radicamento della sintomatologia e della possibilità di evoluzione verso altre forme psicopatologiche (Tambelli, 2017).

1.3.6 Gestione e Trattamento

I disturbi d'ansia tendono a manifestarsi di frequente in comorbilità fra di loro oppure in comorbilità con la depressione, con il disturbo da deficit dell'attenzione iperattività o da un disturbo del comportamento dirompente. In generale è importante tenere conto della comorbilità nella valutazione diagnostica insieme all'impatto che il disturbo ha sulle capacità adattive generali del bambino e sulle compromissioni delle linee di sviluppo intellettuale socioaffettivo regolativo (Tambelli, 2017).

L'evoluzione e la prognosi dei disturbi d'ansia è determinata dalla configurazione dei fattori di rischio e di vulnerabilità da un lato e di protezione e resilienza dall'altro, che viene a stabilirsi successivamente alla diagnosi del disturbo in una certa età. Inoltre, indicazioni fondamentali che servono per andare a delineare il decorso clinico e la prognosi del disturbo sono il significato che viene attribuito ai sintomi e la formazione dell'organizzazione della personalità in crescita del bambino (Tambelli, 2017).

Le indicazioni al trattamento fornite dalle principali istituzioni per la salute mentale infantile prevedono un trattamento multimodale che riguarda per prima cosa un approccio di tipo psico-educazionale, andando ad informare il bambino e i genitori sulle caratteristiche sintomatologiche del disturbo, aiutandoli a definire quali sono le situazioni che vanno ad innescare o sottendono il disturbo. Oltre a ciò, si considerano la terapia cognitivo comportamentale, la terapia psicodinamica e la terapia familiare e infine gli interventi psicofarmacologici (Tambelli, 2017).

In ogni caso è sempre necessario formulare un piano terapeutico che tenga conto di diversi aspetti che caratterizzano la situazione presa in esame; gli aspetti principali da considerare sono l'età del bambino, da quanto la sintomatologia si presenta e quanto impatta sul funzionamento generale del bambino e della sua famiglia, la tipologia e la gravità della sintomatologia del disturbo d'ansia. In presenza di sintomi particolarmente gravi e rigidi, la terapia cognitivo comportamentale sembra mostrare dei limiti di efficacia mentre si dimostrano più efficaci gli interventi di tipo psicodinamico (Tambelli, 2017).

Gli interventi a carattere cognitivo comportamentale includono oltre l'approccio psico-educazionale, l'insegnamento di capacità di coping rivolte soprattutto alla gestione di sintomi di attivazione psicofisiologica, la terapia da esposizione e la ristrutturazione cognitiva rivolta alla messa in questione delle principali credenze negative in grado di attivare l'ansia e i piani di evitamento della ricaduta (Tambelli, 2017).

Per quanto riguarda l'orientamento psicodinamico, gli studi riguardano prevalentemente l'età scolare preadolescenziale e i dati hanno dimostrato un miglioramento sia a livello della sintomatologia ansiosa di lieve e moderato livello che un maggiore livello di adattamento globale al bambino e alla capacità di poter regolare i conflitti e gli Stati di attivazione Emotiva. Le psicoterapie a orientamento dinamico utilizzano un approccio centrato sulle interpretazioni delle dinamiche motivazionali inconscio e contenuti rappresentazionali delle relazioni sia un approccio supportivo volto a rafforzare le capacità dell'io di gestire i conflitti interni ed esterni (Tambelli, 2017).

Gli interventi sulla famiglia oltre a quelli di tipo psico-educazionale hanno lo scopo di interrompere i circoli viziosi determinati dalle dinamiche familiari che contribuiscono a incrementare o mantenere la sintomatologia ansiosa; tra queste le dinamiche che vengono considerate disfunzionali sono ad esempio l'eccessivo coinvolgimento affettivo dei genitori nei confronti del figlio, oppure uno stile di accudimento e di educazione centrato sul controllo rigido e coercitivo e di eccesso di critica da parte di uno o entrambi i genitori. Molti approcci di terapia familiari suggeriscono comunque di considerare la complessità delle interazioni sulla base delle caratteristiche temperamentali del bambino sui tratti di personalità genitoriali, sulle comunicazioni affettive e sui processi di attaccamento che si verificano in famiglia (Tambelli, 2017).

Il ricorso a una terapia farmacologica in età evolutiva è un argomento controverso; l'utilizzo dei farmaci dipende molto da quanti sintomi siano pervasivi e quanto questi vadano a impattare sul funzionamento globale del bambino. Il trattamento di tipo farmacologico andrebbe considerato nel caso in cui gli altri tipi di approcci abbiano fallito e non ci sia stato un miglioramento dal punto di vista sintomatico; il trattamento psicofarmacologico di elezione per i disturbi d'ansia è rappresentato dagli SSRI che hanno dato un miglioramento

soprattutto in casi di gravi sintomatologie ansiosa che determinano alti livelli di deficit dell'adattamento e impossibilità o fallimento del percorso di psicoterapia (Tambelli, 2017).

Capitolo 2: DASS-21

2.1 Origine del questionario e descrizione dello strumento

La Depression Anxiety Stress Scales è uno strumento di misura ampiamente utilizzato per misurare gli affetti negativi nella popolazione adulta. Originariamente nasce per essere una misura di autovalutazione, quindi un questionario autosomministrato di ansia e depressione che ricopre l'intera gamma della sintomatologia degli stati affettivi di questi due costrutti, con lo scopo di cercare di massimizzare la discriminazione fra le due scale di ansia e depressione (Lovibond & Lovibond, 1995).

Durante lo sviluppo di questo questionario, sono state fatte una serie di analisi fattoriali, i quali risultati hanno indicato una serie di sintomatologie differenti per ansia e depressione per la prima i sintomi principali sono caratterizzati da l'eccitazione fisiologica (sudorazione, mani, tremore, aumento del battito cardiaco), una consapevolezza soggettiva delle sensazione di ansia, e la messa in atto di comportamenti come la fuga e la tendenza all'evitamento di quelle situazioni che provocano ansia (Bottesì, Ghisi, Altoè, Conforti, Melli, & Sica,2015).

Mentre invece è stato riscontrato che i sintomi principali della depressione includono bassa affettività, disperazione, svalutazione della vita e di sé stessi e inerzia. Sono stati individuati anche altri sintomi, fra cui l'alterazione del sonno e dell'appetito, l'affaticamento e la scarsa concentrazione ma questi sintomi non sono univoci di ansia o depressione e per questo motivo non sono stati inseriti all'interno del questionario, ma sono stati considerati indici per evidenziare il disagio emotivo o gli affetti negativi in generale (Bottesì et. al.,2015).

Dall'analisi dei vari item, è emerso inoltre un terzo fattore, che nasce dalla discriminazione fra le sintomatologie di ansia e depressione. Questo terzo fattore è stato

definito "stress" in quanto caratterizzato da irritabilità, tensione nervosa e difficoltà a rilassarsi (Lovibond & Lovibond, 1995).

La versione finale del DASS-42 che è stata fatta nel 1995, consisteva quindi in 42 item che comprendevano tre scale: (a) depressione, che valutava la mancanza di stimoli, la bassa autostima e la disforia ovvero un disagio generale dell'individuo; (b) ansia, che si riferiva ai sintomi somatici e soggettivi dell'ansia, e le risposte messe in atto dal soggetto alla paura elevata; (c) stress, che valutava l'irritabilità, l'impazienza, la tensione e l'eccitazione persistente (Lovibond & Lovibond, 1995).

La costituzione della DASS-21, nasce invece, come forma breve della DASS-42, in quanto Lovibond e Lovibond, (1995) hanno selezionato sette item rappresentativi della DASS originale per ogni scala del questionario, con lo scopo di costruire una forma più breve da utilizzare nei contesti di ricerca o in situazioni in cui ci sono vincoli di tempo e per questo motivo era più funzionale creare un questionario più economico. Gli item che sono stati scelti come rappresentativi del nuovo questionario hanno una buona forza fattoriale rispetto allo strumento originale e i punteggi di ogni scala sono più bassi.

Il punteggio della scala ridotta, ovvero la DASS-21, è circa la metà del rispettivo punteggio della scala completa. Nel manuale originale sono riportati i dati di consistenza interna su un campione non clinico per le tre scale: depressione: $\alpha = .81$; ansia: $\alpha = .73$; stress: $\alpha = .81$ (Lovibond, Lovibond ,1995).

Nonostante la potenziale importanza della DASS-21, pochi studi hanno esaminato le proprietà psicometriche e la struttura fattoriale di questa misura in campioni di adulti clinici e non clinici (Antony, Bieling, Cox, Enns & Swinson, 1998; Clara, Cox, Enns & 2001; Henry, Crawford,2005;Mahmoud, Hall & Staten , 2010).

In generale però gli studi che hanno studiato la forza fattoriale di questo strumento, hanno mostrato un'eccellente consistenza interna delle tre scale del DASS-21(Henry et. al.,

2005; Mahmoud et. al., 2010), ampi coefficienti di validità convergente e divergente con altri questionari (Henry et.al.2005, Osman, Wong, Bagge, Freedenthal, Gutierrez, Lozano 2012), e una buona validità di costrutto, ovvero che c'è un elevato grado di accordo fra gli indicatori che misurano lo stesso concetto teorico e il grado di disaccordo fra gli indicatori che misurano costrutti diversi (Mahmoud et. Al., 2010).

Sono state riscontrate correlazioni medie e grandi tra le tre dimensioni della DASS-21 ovvero fra depressione, ansia e stress (Antony, Bieling, Cox & Enns,1998). Tuttavia, in diversi studi, le correlazioni tra stress e depressione e tra stress e ansia sono risultate più elevate di quelle tra i fattori di depressione e ansia (Antony et.al.,1998).

Il questionario DASS-21 è di dominio pubblico e viene utilizzato molto sia nella pratica clinica che nella ricerca, dimostrando risultati di tipo promettente (Bottesi et. al., 2015).

Il suo formato relativamente breve garantisce una buona facilità d'uso in diversi contesti, poiché non si tratta di una misura self-report che richiede molto tempo, sono infatti in totale 21 item; infine, è stato dimostrato che il questionario è reattivo ai cambiamenti dello stato clinico, cioè se si modifica la sintomatologia del paziente, questo questionario è in grado di rilevarlo (Apóstolo, Tanner & Arfken ,2012).

L'aspetto interessante della DASS-21 è che presenta una struttura latente paragonabile o addirittura più chiara della versione originale, in quanto è affidabile e discriminante quanto la DASS con 42 item (Bottesi et. al., 2015)

La struttura fattoriale della DASS-21, è simile sia in campioni clinici che non clinici (Antony et. Al., 1998); le sue proprietà psicometriche e la sua struttura fattoriale sono risultate convergenti in diverse culture, cioè che hanno riportato risultati simili in diverse culture, ad esempio, nella versione araba e spagnola (Moussa, Lovibond, Laube, & Megahead, 2017; Daza, Novy, Stanley & Averill 2002).

I punteggi di questo strumento vanno da un massimo di 21 a un minimo di zero, punteggi più bassi indicano livelli più bassi di ciascun costrutto (Lovibond e Lovibond, 1995).

2.2 Validazione DASS-21 Italiana nella popolazione Adulta

I ricercatori di nome Severino e Haynes, (2010) sono stati i primi a cercare di sviluppare la validazione della DASS-21 nella versione italiana, questa versione però attualmente non viene utilizzata nel contesto clinico e di ricerca italiana in quanto presenta delle limitazioni: per prima cosa gli item non sono scritti con un linguaggio italiano appropriato secondariamente, i partecipanti allo studio erano adulti italiani emigrati in Australia e quindi non rappresentativi dell'intera popolazione Italiana. Il campione scelto aveva come età 55-90 anni che non è l'età tipica degli studi di validazione dei questionari. Infine, nello studio non è stato considerato alcun campione clinico (Bottesi et. al, 2015).

Per questo motivo Bottesi, Ghisi, Altoè, Conforti, Melli e Sica, (2015) hanno fatto per primi uno studio che aveva lo scopo di esplorare la struttura fattoriale della DASS-21 italiana.

Il campione dello studio era composto da 1.325 individui, tra cui una parte di pazienti con disturbi d'ansia e depressione e una parte di individui della popolazione generale. Gli individui sono stati somministrati con la versione italiana della DASS-21 e sono stati valutati anche con altri strumenti di valutazione psicologica, come il Beck Depression Inventory (BDI) e il Beck Anxiety Inventory (BAI), per valutare la validità convergente della DASS-21.

Hanno eseguito tre analisi fattoriali che hanno testato tre diversi modelli: un modello unidimensionale, un modello obliquo a tre fattori e un modello bifattoriale.

L'analisi fattoriale di un modello unidimensionale è una tecnica statistica utilizzata per identificare la struttura latente di una serie di dati. In particolare, il modello unidimensionale si riferisce a un modello che assume che tutti gli elementi dei dati, in questo caso ansia depressione e stress siano correlati tra loro in modo lineare e che esista una sola variabile latente che spiega la variazione osservata nei dati. Quindi l'analisi fattoriale di un modello unidimensionale aiuta a capire se una serie di dati può essere descritta da una sola variabile latente e se questa variabile latente spiega la variazione osservata nei dati. Se la struttura latente è identificata correttamente, è possibile utilizzare questa informazione per migliorare la validità e l'affidabilità della scala di misura o del test (Pastore, 2015).

L'analisi fattoriale obliqua è invece un tipo di analisi fattoriale che permette alle variabili di correlare tra loro. Il modello obliquo è utilizzato quando si presume che le variabili di interesse siano correlate tra loro e che esista un'interdipendenza tra le dimensioni estratte. L'analisi fattoriale obliqua è utile perché consente di esplorare la struttura sottostante alle variabili di interesse e di individuare le dimensioni che spiegano la maggior parte della varianza nei dati. Inoltre, l'analisi fattoriale obliqua può essere utilizzata per valutare la validità convergente e discriminante delle scale di misura, cioè se le scale misurano ciò che intendono misurare e se sono in grado di distinguere tra concetti simili e diversi (Pastore, 2015).

Per ultima invece, un'analisi fattoriale bi-fattoriale è un'analisi statistica che cerca di identificare le relazioni tra due insiemi di variabili. In particolare, cerca di identificare le relazioni tra le variabili di un gruppo (fattore) e le variabili di un altro gruppo (fattore). L'analisi fattoriale bi-fattoriale può essere utile per identificare le variabili che sono più fortemente associate tra i due fattori e per identificare eventuali pattern o tendenze nella relazione tra le variabili. Inoltre, può essere utilizzata per identificare le variabili che contribuiscono maggiormente alla varianza nei dati. In sintesi, l'analisi fattoriale bi-fattoriale è uno strumento

utile per esplorare le relazioni tra due insiemi di variabili e per identificare le variabili che sono più fortemente associate tra i due fattori (Pastore, 2015)

Inoltre, lo studio di Bottesi et. al. (2015) ha esplorato la consistenza interna, la stabilità temporale e la validità di costrutto della DASS-21 italiana in campioni clinici e non clinici, nonché la validità di criterio e la validità concorrente, cioè se i punteggi delle sottoscale della DASS- 21 possono discriminare adeguatamente tra gruppi noti come i partecipanti non clinici e i pazienti depressi e ansiosi (Bottesi et. al, 2015).

Per quanto riguarda la struttura interna del questionario, i risultati della serie di analisi fattoriali hanno suggerito che, nonostante il modello obliquo originale a tre fattori (Lovibond & Lovibond, 1995), mostri buoni indici di adattamento, la soluzione migliore è un modello di tipo bi-fattoriale. Per questa ragione la DASS-21 sembra essere particolarmente adatta a scopi di ricerca perché offre un modo molto efficiente ed economico per misurare il distress generale, una condizione che caratterizza la psicopatologia generale e i problemi riguardanti la sfera dell'umore (Bottesi et. al. 2015).

Il risultato dello studio di Bottesi et. al., (2015), ha mostrato come ogni sintomo misurato dalla DASS-21 è espressione sia di un tratto comune di "distress generale" sia della sindrome specifica a cui si riferisce (cioè, depressione ansia e stress). Pertanto, per spiegare l'elevata co-occorrenza di depressione, ansia e stress nella pratica clinica bisogna prendere in considerazione sia le caratteristiche comuni che quelle uniche che caratterizzano le sindromi specifiche. In particolare, i risultati attuali suggeriscono anche che la dimensione dello stress del DASS-21 non coincide con il tratto "distress generale", piuttosto, i dati attuali suggeriscono che rappresenta una sindrome a parte (Bottesi et. al, 2015).

Per quanto riguarda le proprietà psicometriche, la DASS-21 italiana ha mostrato un'ottima affidabilità. I valori di consistenza interna delle tre scale e dei punteggi totali nei

campioni clinici e di comunità sono risultati da buoni a eccellenti e in linea con quelli riportati per la DASS-21 originale (Bottesi et. al., 2015).

I risultati emersi dalle correlazioni parziali hanno ulteriormente supportato la specificità dei punteggi delle sub-scale della DASS-21. Gli studi precedenti allo studio di Bottesi et. al., (2015) hanno testato la validità convergente/divergente in relazione alle scale di ansia e depressione, mentre solo uno studio ha incluso una misura specifica dello stress, ma non è stata riportata la validità convergente/divergente con i punteggi delle sotto-scale della DASS-21 (Osman et. al, 2010).

In particolare, la dimensione dello stress della DASS-21 si riferisce a un costrutto piuttosto specifico, come dimostrano i risultati ottenuti nel campione della popolazione, infatti, la scala dello stress DASS-21 correlava più fortemente con il PSQ-20 questionario che ha lo scopo di valutare l'effetto degli eventi stressanti nella vita del soggetto che con il BDI-II, che consente invece di valutare la gravità dei sintomi depressivi, mentre la correlazione della dimensione dello stress con una misura dell'ansia (cioè con il questionario BAI) era forte quanto quella osservata con il PSQ-20 (Bottesi et.al., 2015).

Nello studio di Bottesi et. al. (2015) l'età, il livello di istruzione e il sesso non sembrano essere dei fattori che vanno ad influenzare il risultato finale dei punteggi nella versione italiana della DASS-21, che può quindi essere somministrata a un'ampia popolazione.

Per quanto riguarda i risultati, i punteggi ottenuti nella sottoscala dell'ansia dai pazienti con diagnosi di disturbo d'ansia era significativamente differente rispetto ai soggetti con diagnosi di depressione e dal gruppo di controllo, senza diagnosi, analogamente, la scala DASS-21 della depressione ha discriminato i pazienti depressi da quelli ansiosi e dai controlli sani, confermando in generale la validità del questionario orientata al criterio (Bottesi et. al., 2015).

Per quanto riguarda invece la sotto-scala dello stress, i pazienti con diagnosi di ansia hanno mostrato dei punteggi più alti rispetto ai soggetti con depressione, l'entità delle differenze è stata piuttosto bassa, confermando un certo grado di specificità della scala dello stress DASS-21 (Bottesi et. al., 2015).

Inoltre, entrambi i gruppi clinici hanno ottenuto punteggi significativamente più alti rispetto agli individui sani nel punteggio totale della DASS-21; nonostante i pazienti ansiosi abbiano mostrato punteggi più alti rispetto a quelli depressivi, l'entità di tale differenza è stata piuttosto ridotta (Bottesi et. al., 2015).

Infine, il punteggio totale della DASS-21 italiana ha mostrato ampie correlazioni con tutte le misure esterne di ansia, depressione e stress; pertanto, coerentemente con i risultati riportati da Osman et al., (2010) lo studio di Bottesi et. al., (2015) mostra come la DASS-21 possa essere utilizzato come strumento valido del disagio del soggetto nella popolazione adulta italiana.

2.3 Validazione DASS-21 in campione di adolescenti

Uno studio di Mellor, Vinet, Xu, Mamat, Richardson & Román, (2019) ha esaminato l'invarianza fattoriale delle Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) in quattro paesi tra la popolazione di adolescenti.

Per invarianza fattoriale si intende il costrutto che permette di verificare la stabilità della struttura di un questionario tra diverse popolazioni o contesti. In altre parole, l'invarianza fattoriale implica che la struttura del questionario sia la stessa in tutti i gruppi, indipendentemente dalle differenze culturali o di altri fattori contestuali. Questo studio fornisce informazioni preziose sulla validità interculturale della DASS-21 in quanto non

esistono molte evidenze sulla validità e l'affidabilità della DASS-21 in diverse culture e paesi differenti (Mellor, Vinet, Xu, Mamat, Richardson & Roman, 2019).

In questo studio, i ricercatori hanno utilizzato un campione di adolescenti di età compresa tra 12 e 18 anni provenienti da quattro paesi diversi (Australia, Canada, Cina e Malesia) e hanno chiesto loro di completare la DASS-21 nella loro lingua madre. Gli autori hanno esaminato la struttura fattoriale della DASS-21 in ogni paese e l'invarianza della struttura tra i paesi, nonché tra i generi (Mellor, Vinet, Xu, Mamat, Richardson & Roman, 2019).

I risultati hanno mostrato che la struttura fattoriale della DASS-21 era simile in tutti e quattro i paesi, suggerendo che la scala è rilevante e affidabile in diverse culture. Inoltre, l'invarianza della struttura è stata supportata in un modello di invarianza di misurazione parziale, il che significa che la struttura del questionario è rimasta stabile in tutti i paesi, indipendentemente dalle differenze culturali o di genere (Mellor, Vinet, Xu, Mamat, Richardson & Roman, 2019)

In sintesi, quindi, lo studio di Mellor et al. (2019) fornisce evidenze sull'affidabilità e la validità della DASS-21 come strumento di valutazione del benessere psicologico negli adolescenti in diversi paesi e culture. L'invarianza della struttura della DASS-21 suggerisce che l'uso di questa scala in studi interculturali può essere usata in modo affidabile per confrontare i risultati tra i paesi.

Un ulteriore studio che prende come campione gli adolescenti è stato quello condotto da Willemsen, Markey, Declercq e Vanheule (2011) che esamina la struttura fattoriale e l'invarianza di misurazione della versione breve della Scala Depressione, Ansia e Stress (DASS-21) in un campione di adolescenti. Il campione di questa ricerca era composto da 3.029 adolescenti belgi, di età compresa tra 12 e 18 anni, a cui è stata somministrata la DASS-21.

I risultati dello studio indicano che la struttura fattoriale della DASS-21 in questo campione di adolescenti è coerente con la struttura degli stati d'animo osservati in campioni di adulti, confermando l'affidabilità e la validità dell'uso della DASS-21 nei giovani. Inoltre, lo studio ha dimostrato l'invarianza di misurazione della DASS-21 tra i gruppi di età e di genere, il che indica che lo strumento può essere utilizzato in modo affidabile per valutare gli stati d'animo negativi nei giovani adolescenti di entrambi i sessi e in diverse fasce di età. In sintesi, lo studio di Willemsen, Markey, Declercq e Vanheule fornisce evidenze sulla struttura fattoriale e l'affidabilità della versione breve della DASS-21 come strumento di valutazione dei costrutti di depressione e ansia nei giovani adolescenti (Willemsen, Markey, Declercq & Vanheule, 2011).

Per quanto riguarda la popolazione di adolescenti non esiste ancora la validazione italiana, scopo di questa tesi è quindi contribuire alla validazione del questionario DASS-21 nella popolazione di adolescenti.

Capitolo 3: Esposizione ricerca

3.1 Obiettivo di ricerca

Come esposto e dimostrato in precedenza, il disturbo depressivo e il disturbo d'ansia sono due disturbi estremamente presenti in adolescenza che costituiscono un rischio elevato per il benessere psicosociale del ragazzo.

Partendo dalla considerazione che la DASS-21 è un valido strumento per evidenziare i sintomi ansiosi e depressivi nella popolazione adulta, il presente elaborato si propone di contribuire ad una futura validazione del questionario anche per la popolazione adolescente utilizzando la versione italiana (Bottesini et al., 2015), del Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995) per un punto di vista sia clinico sia di ricerca.

3.2 Metodo

3.2.1 Partecipanti e procedura

Alla ricerca hanno partecipato un totale di 203 adolescenti di età compresa tra i 13 e i 18 anni. Il campione complessivo è stato suddiviso in due sotto-campioni: campione normativo, ovvero formato da soggetti che non presentano diagnosi di disturbi mentali e il campione clinico soggetti già diagnosticati.

Gli adolescenti che costituiscono il campione normativo (N =149 di cui 80 maschi e 67 femmine, media= 14.9 deviazione standard= 2.04, range: 14 – 18 anni) sono studenti presso scuole secondarie di I e II grado delle scuole del Veneto. La raccolta dei dati è stata

preceduta dal permesso dei Dirigenti Scolastici (o da chi ne fa le veci) ed è avvenuta tra settembre 2022 e Marzo 2023. La partecipazione degli studenti a sua volta è stata preceduta dalla distribuzione del consenso informato, poi restituito firmato da entrambi i genitori. Successivamente, durante l'orario scolastico, alle classi di ciascuna scuola è stata spiegata la procedura sottolineando la garanzia dell'anonimato, si è chiesta la compilazione della scheda informativa al fine di raccogliere informazioni generali utili per gli scopi di ricerca e infine sono stati consegnati i questionari, uguali per tutti i partecipanti. La somministrazione è stata pertanto collettiva ed il tempo necessario per terminare tutto il protocollo è stato di circa 90 minuti in ciascuna classe.

Per quanto riguarda il reclutamento del campione clinico, gli adolescenti (N = 54, di cui 8 maschi e 46 femmine, media=15.0 Deviazione Standard = 1.34, range: 13 – 18 anni) sono utenti afferenti alla Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

I pazienti che hanno partecipato all'indagine presentano una diagnosi primaria di Disturbi Depressivi o Disturbi d'ansia; dal campione sono stati esclusi quei soggetti che hanno come disturbi primari il disturbo bipolare, la fobia specifica, il disturbo ossessivo-compulsivo, il disturbo post-traumatico da stress o sottocategorie di queste psicopatologie. Sono stati inclusi invece, pazienti che avessero in comorbidità disturbi di personalità o altri disturbi. Infine, i pazienti non dovevano presentare - né come diagnosi primaria né in comorbidità - un disturbo psicotico (attuale o passato), uso di sostanze e disturbi del neuro-sviluppo.

Nel periodo compreso tra settembre 2022 e Febbraio 2023, dopo aver ottenuto l'approvazione da parte dei referenti dei servizi, i questionari e la scheda informativa sono stati somministrati individualmente ai ragazzi dagli Specializzandi all'interno della Neuropsichiatria Infantile durante i loro colloqui giornalieri. Il consenso informato era già

stato precedentemente firmato dai genitori di ciascun utente nel momento di accesso ai servizi.

3.2.2 Strumenti

I questionari standardizzati somministrati al campione complessivo sono le versioni italiane della DASS-21 (Bottesi et. al., 2015). In aggiunta, al campione clinico sono stati somministrati anche il questionario MASC-2, il questionario Youth Self-Report 11-18 (YSR 11-18; Achenbach, Rescorla, 2001) in modo tale da poter usare questi questionari come altri criteri di valutazione della sintomatologia ansiosa e depressiva nei pazienti.

Mentre invece il campione non clinico ha compilato anche il questionario PANAS Positive Affect and Negative Affect Scales (Watson et al., 1988) e il questionario Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ (Goodman, 2001)

- *Depression Anxiety Stress Scales DASS-21 (Bottesi, et.al., 2015)*

La DASS-21 è un questionario self-report ideato da Lovibond nel 1995 ed utilizzato per i sintomi di ansia e depressione nella popolazione adulta. È composto da 21 items a cui i partecipanti rispondono esprimendo accordo o disaccordo su una scala Likert da 0 a 3 punti. (0= non mi è mai accaduto, 1= mi è capitato qualche volta, 2= mi è capitato con una certa frequenza, 3= mi è capitato quasi sempre).

Ogni item misura un particolare costrutto fra ansia, depressione e stress che insieme co-occorrono al distress generale, gli item sono così suddivisi:

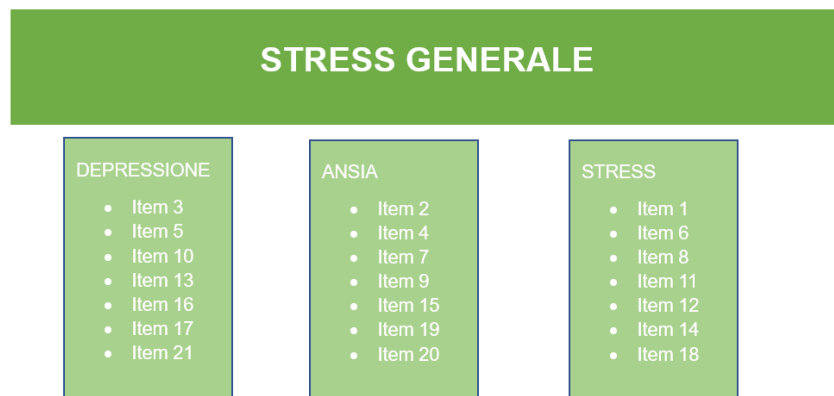


Figura 1 *Suddivisione degli items nel Depression, Anxiety, Stress Scales (DASS-21)*

- *Multidimensional Anxiety Scale for Children, Second Edition, (MASC-2)*
(March, 2013).

Lo strumento MASC-2 (Multidimensional Anxiety Scale for Children, Second Edition) è un questionario utilizzato per valutare l'ansia nei bambini e negli adolescenti.

Il MASC-2 è composto da 50 item suddivisi in quattro scale fattoriali: ansia di separazione, ansia sociale, ansia da prestazione e ansia generalizzata. Ogni item del questionario descrive un sintomo d'ansia, ed i bambini/adolescenti sono invitati a valutare la frequenza e l'intensità di tali sintomi rispetto alla loro esperienza personale. La scala va da 0= mai, 1= raramente, 2= qualche volta, 3= spesso.

La somministrazione del questionario richiede circa 15-20 minuti, e l'interpretazione dei punteggi finali possono fornire una valutazione dell'intensità dell'ansia e delle sue diverse manifestazioni nel bambino/adolescente.

La consistenza interna e l'affidabilità dell'MASC-2 sono state valutate attraverso diversi studi che hanno utilizzato il coefficiente alfa di Cronbach come indicatore di affidabilità interna del questionario.

Secondo il manuale tecnico dell'MASC-2, il coefficiente alfa di Cronbach per l'intero questionario è di 0,90, il che indica una buona consistenza interna complessiva. Inoltre, le quattro scale fattoriali hanno coefficienti alfa di Cronbach compresi tra 0,77 e 0,84, indicando un'adeguata consistenza interna per ciascuna scala.

- *Youth Self-Report 11-18 (YSR 11-18; Achenbach, Rescorla, 2001)*

Il Youth Self Report (YSR) è uno strumento di autovalutazione utilizzato per valutare i comportamenti e le emozioni dei giovani dai 11 ai 18 anni. Il questionario è stato sviluppato da Thomas Achenbach e colleghi, (2001) per valutare una vasta gamma di problemi comportamentali ed emotivi, classificabili su tre livelli: "normale", "clinico" o "borderline", ma anche per andare ad individuare un profilo riguardante le competenze di natura scolastica, sociale e gli interessi giovanili.

Il questionario è composto da 118 item che descrivono otto differenti scale ovvero depressione/ansia, somatizzazione, ritiro, problemi sociali, problemi legati al pensiero, problemi attentivi, aggressività e comportamenti di trasgressione delle regole.

Il giovane è invitato a valutare la frequenza e l'intensità dei comportamenti descritti nel questionario rispetto alla propria esperienza personale, utilizzando una scala da 0 a 2, dove 0 significa "mai o quasi mai", 1 significa "a volte o in parte" e 2 significa "molte volte o sempre".

Secondo il manuale tecnico del Youth Self Report (YSR), il coefficiente alfa di Cronbach per l'intero questionario è di 0,90, il che indica una buona affidabilità interna complessiva del questionario. Inoltre, le diverse scale del YSR hanno coefficienti alfa di Cronbach compresi tra 0,68 e 0,88, indicando una buona affidabilità interna per ciascuna scala.

È stato validato in italiano già dal 2004 (Frigerio et al., 2004) e, anche in tale versione, presenta una buona consistenza interna (alpha di Cronbach > 0.65).

- *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) (Terracciano, McCrae, Costa, 2003)*

La PANAS è uno strumento di autovalutazione utilizzato per misurare i livelli di emozioni positive e negative di una persona che consiste in un elenco di 20 parole che descrivono emozioni positive (ad esempio: felice, eccitato, orgoglioso) e 20 parole che descrivono emozioni negative (ad esempio: triste, arrabbiato, nervoso). La persona è invitata a valutare in che misura si è sentita in un certo modo nelle ultime settimane, utilizzando una scala a 5 punti che va da "1 = per niente" a "5 = molto".

Il punteggio della PANAS fornisce una valutazione separata dei livelli di emozioni positive e negative. I punteggi possono essere utilizzati per valutare le differenze individuali nell'esperienza emotiva e per valutare l'efficacia di interventi terapeutici e di altri programmi che mirano a migliorare il benessere emotivo.

La Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) è stata tradotta e validata anche in lingua italiana.

Una delle prime validazioni italiane della PANAS è stata condotta da Terracciano e colleghi (2003) su un campione di studenti universitari; questo studio ha riportato buone proprietà psicometriche, tra cui una buona affidabilità e validità convergente e discriminante, il coefficiente alpha di Cronbach per la versione italiana della PANAS è stato riportato a 0,87 per la scala di emozioni positive e di 0,85 per la scala di emozioni negative.

- *The Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ (Goodman, 2001)*

Il Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) è un questionario ampiamente utilizzato per valutare il comportamento e il benessere emotivo dei bambini e degli

adolescenti. È stato sviluppato come uno strumento di screening per identificare potenziali problemi emotivi, comportamentali e sociali nei giovani.

Il questionario SDQ è costituito da una serie di domande che coprono diverse aree di funzionamento psicologico, fra cui la scala di difficoltà emotiva. Queste domande valutano i sintomi di ansia, depressione e stress emotivo, scale di comportamento iperattivo, scale di problemi di relazione, scale di competenze prosociali scale di sintomi di tipo stress-post-traumatico. Le risposte alle domande vengono valutate per ottenere punteggi in ciascuna delle scale sopra menzionate. I punteggi più elevati in alcune scale indicano la presenza di maggiori difficoltà o problemi, mentre i punteggi più bassi indicano un maggior benessere e competenze prosociali.

3.2.3 Analisi dei dati

Le analisi che saranno descritte in seguito sono state svolte grazie al supporto del software statistico Jamovi nella versione 2.3 (The jamovi project, 2022).

In un primo momento sono state condotte le analisi descrittive con lo scopo di delineare le caratteristiche del campione clinico e normativo.

Successivamente, è stata effettuata un'analisi fattoriale confermativa considerando il questionario DASS-21 del sotto-campione normativo (N = 149). Al fine di valutare l'adeguatezza della struttura fattoriale sono stati considerati i seguenti indici di fit: rapporto tra *chi-quadro* e gradi di libertà (χ^2/df), *Comparative Fit Index (CFI)*, *Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)*, *Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)*, *Tucker Lewis Index (TLI)*, *Akaike's Information Criterion (AIC)*. Per il CFI e il TLI, i valori superiori a 0,90 sono accettati come indicativi di un adattamento accettabile ai dati, mentre un cut-off di 0,95 indica un buon adattamento. Per quanto riguarda l'RMSEA e l'SRMR, valori più

piccoli indicano un miglior adattamento. I valori di RSEA inferiori a 0,08 indicano un adattamento accettabile, e quelli inferiori a 0,06 un adattamento eccellente.

In seguito, è stata analizzata l'attendibilità mediante il calcolo dell'*alpha di Cronbach* per ciascuna scala. Per quanto riguarda la validità divergente e convergente della DASS-21, sono state calcolate le correlazioni tra il totale e le sottoscale del questionario, la scala "sintomi emozionali" dell'SDQ e le scale "*positive affect*" e "*negative affect*" della PANAS.

Infine, è stata valutata la *validità known-group* della DASS-21 includendo nelle analisi anche il campione clinico. Di conseguenza, sono stati condotti t-test inserendo come variabile dipendente le scale della DASS-21 e il totale, mentre come variabile indipendente il gruppo di appartenenza.

3.3 Risultati

3.3.1 *Analisi descrittiva*

Le analisi descrittive effettuate si basano sui risultati derivanti dalle informazioni anagrafiche dei soggetti, dalla compilazione del questionario DASS-21 per il campione clinico e normativo, mentre i questionari MASC-2 e YSR si riferiscono solo al campione clinico. Andando ad analizzare le classi frequentate dagli studenti della popolazione generale si evince che la percentuale maggiore proviene dalla seconda media, come evidenziato dalla **Tabella 2**

Tabella 2 partecipanti non clinici in funzione delle classi frequentate

Classe frequentata	Numero di partecipanti	Percentuale totale
Prima media	1	0.7%
Seconda media	48	32.2%
Terza media	24	16.1%
Prima superiore	7	4.7%
Seconda superiore	6	4.0%
Terza superiore	9	6.0%
Quarta superiore	33	22.1%
Quinta superiore	21	14.1%

Mentre per quanto riguarda il campione clinico, la maggior parte dei ragazzi proviene dalla seconda superiore avendo 15 anni, mentre non ci sono soggetti appartenenti alla prima e seconda media.

Tabella 3 partecipanti clinici in funzione delle classi frequentate

Classe frequentata	Numero di partecipanti	Percentuale totale
Terza media	7	12.9%
Prima superiore	12	22.2%
Seconda superiore	17	31.4%
Terza superiore	8	14.8%
Quarta superiore	7	12.9%
Quinta superiore	3	5.5%

Il campione clinico è stato raggruppato in funzione della diagnosi ricevuta, ottenendo 4 categorie.

1. Soggetti che hanno solo una diagnosi di disturbo depressivo: Episodio depressivo (ICD10, F32), Disturbo depressivo ricorrente (ICD10 F33), Altri disturbi dell'umore (ICD10 F38), Disturbo dell'umore non specificato (ICD10 F39),

2. Soggetti che hanno solo diagnosi di disturbi d'ansia (Disturbo d'ansia misto (ICD10 F41.3), Sindrome ansiosa mista (ICD10 F41.1), Disturbo d'ansia (ICD10 F40), Disturbo ansioso non specificato (ICD10 F41.9)

3. Pazienti con una doppia diagnosi di ansia e depressione

4. Soggetti che avevano un disturbo misto ansioso depressivo (ICD10 F41.2).

Come si evince dal grafico, i soggetti in misura maggiore avevano diagnosi in comorbilità di ansia e depressione **grafico 4**

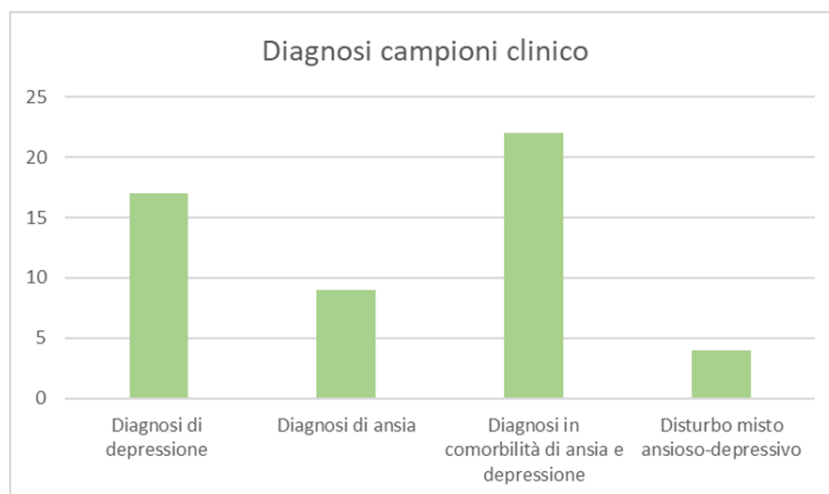


Grafico 4 diagnosi pazienti clinici DASS-21

I pazienti con diagnosi presentavano punteggi elevati in media sia nel totale della MASC-2 che valuta la sintomatologia ansiosa sia nei sintomi totali dello YSR, come si evince dalla **tabella 5**

Tabella 5: media e deviazione standard del campione clinico rispetto a MASC-2 e YSR

	MASC-2	YSR
	Totale	Totale
Media	59.4	79.0
Deviazione Standard	15.9	32.0

In media i pazienti hanno ottenuto un punteggio di 79 nel totale della YSR che indica quindi un punteggio clinico (cut off > 70 è un punteggio clinico) con deviazione standard di 32.0, ciò significa che la variabilità dei punteggi è elevata.

In media i pazienti hanno ottenuto un punteggio di 59.4 ottenendo quindi un punteggio medio-alto, con deviazione standard di 15.9 da considerare che in questo campione ci sono soggetti che non presentano sintomatologia ansiosa ma solo depressiva.

Nella **Tabella 6** si mostrano le medie e la deviazione standard dei punteggi di ansia, depressione e stress nel gruppo di controllo (soggetti senza diagnosi) e nel gruppo sperimentale (pazienti con diagnosi) e come ci si aspettava anche dalle analisi descrittive i soggetti clinici ottengono punteggi più elevati nella media rispetto al campione normativo.

Nel gruppo clinico la scala che ottiene un punteggio più elevato è quella relativa agli item che misurano la depressione, questo dato è coerente rispetto alla distribuzione delle diagnosi nel campione clinico; infatti, il numero di diagnosi maggiori erano quelle di depressione e depressione e ansia in comorbilità.

Nel gruppo normativo invece, si ottengono punteggi più elevati negli item che misurano lo stress, coerentemente con il fatto che i soggetti non presentano depressione o ansia come diagnosi ma stress quotidiano.

Tabella 6: media e deviazione standard DASS-21 campione clinico e campione normativo

		Media	Deviazione standard
Ansia	Gruppo clinico	11.6	6.06
	Gruppo normativo	6.11	5.08
Depressione	Gruppo clinico	14.4	6.68
	Gruppo normativo	6.74	5.24
Stress	Gruppo clinico	13.9	5.43
	Gruppo normativo	8.93	4.74
Totale	Gruppo clinico	39.9	16.56
	Gruppo normativo	21.77	13.34

3.3.2 Analisi fattoriale confermativa

Per quanto riguarda le saturazioni standardizzate degli item sui rispettivi fattori sono risultate tutte significative $p < .001$. La saturazione inferiore è risultata essere quella dell'item 2 ovvero 0.45 come rappresentato nella **Figura 7**.

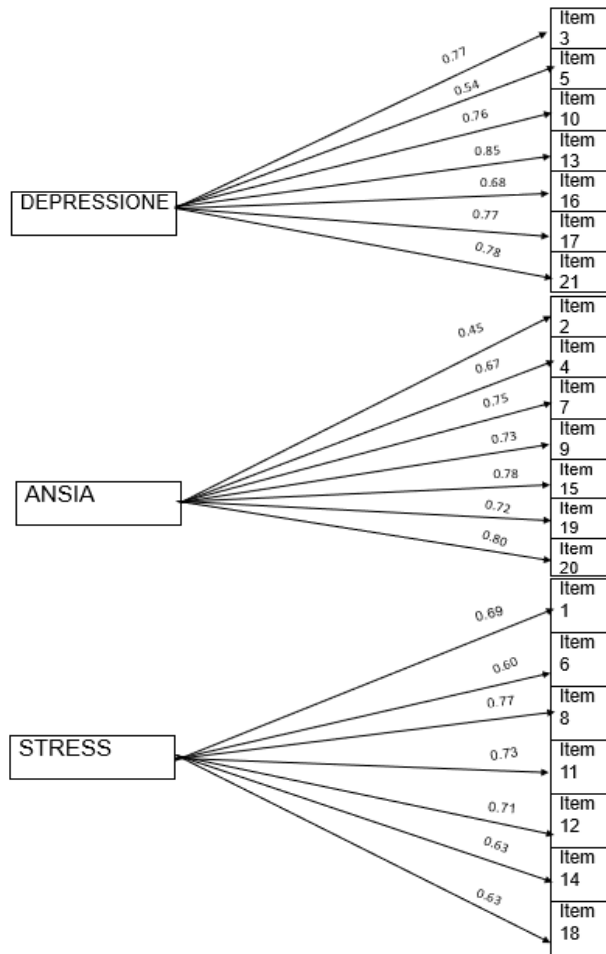


Figura 7 Saturazioni standardizzate degli item sui rispettivi fattori della DASS-21

Sono stati poi analizzati gli indici di fit, statistiche che indicano quanto il modello riflette i dati reali. Per quanto riguarda il rapporto fra il *Chi quadrato* e i suoi gradi di libertà, i risultati mostrano un punteggio < 3, ovvero 1,62. Gli altri indici di fit sono risultati accettabili, come evidenziato nella **tabella 8**.

Tabella 8. Indici di fit derivanti dall'analisi fattoriale confermativa

X ²	df	P	CFI	TLI	SRMR	RMSEA	RMSEA Lower	RMSEA _
303	186	<.001	0.930	0.920	0.0564	0.0649	0.513	0.0780

Come ultimo aspetto sono state analizzate le correlazioni fra i fattori (**Tabella 9**). Questa tabella mostra come che i fattori correlano fra di loro; permettono quindi di affermare come il modello preso in analisi sia corretto.

Tabella 9 Indici dei fattori di covariazione nei costrutti della DASS-21

	p	Standard Estimate
Depressione-Ansia	<.001	0.72
Depressione-Stress	<.001	0.76
Ansia-Stress	<.001	0.80

3.3.3 Analisi dell'attendibilità

Dall'analisi dell'attendibilità è emerso che l'alpha di Cronbach per le 3 sotto-scale della DASS-21 variava da .86 a .89, mentre per il punteggio totale era di .93, come indicato nella tabella 10.

Tabella 10 Indice di Cronbach costrutti della DASS-21

	Alpha di Cronbach
Depressione	0.89
Ansia	0.87
Stress	0.86
Totale	0.93

3.3.4 Validità convergente e divergente

Un'ulteriore analisi effettuata è quella della validità convergente e divergente. La scala "sintomi emozionali" dell'SDQ correla in modo elevato e significativo con le scale della DASS-21, ma soprattutto con il punteggio totale.

La scala "positive affect" della PANAS correla significativamente e negativamente solo con la depressione e il punteggio totale. La scala "negative affect" invece correla in modo elevato e positivi con tutte le scale della DASS-21.

Da queste analisi si può dedurre che il "positive affect" è caratteristico della depressione, mentre il "negative affect" è caratteristico di tutti i costrutti.

Tabella 11 Correlazione fra le scale della DASS-21 e le scale "positive affect" e "negative affect" della PANAS e la scala "sintomi emozionali" dell'SDQ

		Positive affect	Negative affect	Sintomi emozionali
Pt. ansia	Pearson's r	-0.12	0.53	0.67
	p-value	0.11	<.001	<.001
Pt. depressione	Pearson's r	-0.29	0.56	0.65
	p-value	<.001	<.001	<.001
Pt. stress	Pearson's r	-0.11	0.61	0.65
	p-value	0.15	<.001	<.001
Pt. totale	Pearson's r	-0.20	0.64	0.74
	p-value	0.01	<.001	<.001

3.3.5 Validità known-group

In ultima analisi è stata considerata la validità known-group includendo anche il campione clinico. Il t-test ha mostrato la presenza di differenze significative tra il gruppo

clinico e quello normativo in tutte le scale della DASS-21. Tali differenze vengono mostrate nella tabella 12, sia per le 3 sotto-scale, sia per il punteggio totale.

Tabella 12: risultati T-test

	T-Test	Gradi di Libertà	Significatività <i>p</i>
Punteggio Ansia	-6.40	201	<.001
Punteggio Depressione	-8.56	201	<.001
Punteggio Stress	-6.31	201	<.001
Punteggio Totale	-7.98	201	<.001

In particolare, le medie del campione clinico sono maggiormente elevate per tutte e tre le scale, e per il punteggio totale.

Tabella 13 Campione clinico e non clinico media e deviazione standard

	Gruppo	Media	Deviazione Standard
Pt. ANSIA	Clinico	6.11	6.06
	Non-clinico	11.6	5.08
Pt. DEPRESSIONE	Clinico	6.74	6.68
	Non-clinico	14.5	5.24
Pt. STRESS	Clinico	8.93	5.43
	Non-clinico	13.9	4.74
Pt. TOTALE	Clinico	21.77	16.56
	Non-clinico	39.9	13.34

3.4 Discussione

Lo scopo del presente elaborato è contribuire alla validazione della DASS-21 nella popolazione adolescente italiana. In particolare, è stata indagata la capacità del questionario DASS-21 nella rilevazione della sintomatologia di specifici disturbi internalizzanti, quali depressione e ansia, e dei livelli di stress negli adolescenti.

Il questionario è stato somministrato ad un campione clinico e un campione di controllo; sono state effettuate analisi statistiche sulle osservazioni ottenute e i risultati si sono mostrati promettenti.

La DASS-21, nel campione adolescenziale, ha evidenziato una significativa consistenza interna delle tre scale e del punteggio totale, i risultati sono quindi in linea con quelli ottenuti nella validazione italiana nella popolazione adulta della DASS-21 (Bottesi et. al, 2015). Osservando i valori *dell'indice di Cronbach*, si può affermare dunque che la DASS-21 somministrata agli adolescenti si presenta un indicatore esaustivo nel campione osservato, avvalorando l'ipotesi che lo strumento possa essere valido e affidabile per misurare i costrutti di ansia, depressione e stress non solo in età adulta ma anche in adolescenza.

Attraverso un'analisi fattoriale confermativa, sono stati inoltre esaminati i tre costrutti di interesse, ovvero depressione, ansia e stress. Le osservazioni ottenute dagli item evidenziano come gli stessi riflettano adeguatamente le sintomatologie internalizzanti. Gli indici di fit del modello si sono dimostrati accettabili, suggerendo che è appropriato considerare i 21 item come misurazioni affidabili delle tre sotto-scale. Dal questionario analizzato, si può ipotizzare che il costrutto di ansia, depressione e stress negli adolescenti sia costituito dagli stessi fattori ideati per l'età adulta, mantenendone la stessa struttura originale (Bottesi et al., 2015; Lovibond e Lovibond,1995).

Un ulteriore risultato mostra come il punteggio totale della DASS-21 ha evidenziato ampie correlazioni con tutti gli item che misurano i costrutti di ansia, depressione e stress, coerentemente con i risultati riportati da Bottesi e collaboratori (2015). Ugualmente, i risultati relativi alle correlazioni delle tre sotto-scale relativi ai tre differenti costrutti sono stati complessivamente soddisfacenti, in linea con lo studio condotto sulla popolazione adulta (Bottesi et. al., 2015). Con i risultati mostrati nel presente elaborato, il questionario DASS-21 può essere utilmente impiegato come misura del disagio generale sia in ambito clinico che di ricerca. Risulta estremamente rilevante l'identificazione di uno strumento in grado di indagare il disagio psicologico in età adolescenziale; di conseguenza, questo questionario potrebbe fornire una valutazione completa di tutti e tre gli stati affettivi negativi di depressione, ansia e stress in ambito adolescenziale in unico strumento breve e autosomministrabile.

In aggiunta, valutando la validità convergente e divergente, è possibile notare come i punteggi del "*positive affect*" del questionario PANAS, utile a rilevare il benessere del soggetto, correlano in modo negativo e significativo con gli item valutanti i sintomi depressivi e con il punteggio totale. Difatti, quanto più una persona ottiene un punteggio alto nel "*positive affect*" tanto più basso è il livello misurato di depressione e meno ha distress generale. Questo risulta essere coerente con la letteratura, in quanto il modello originale riportava come la depressione si caratterizzasse per un basso "*positive affect*" e questo si rilette anche in adolescenza (Watson & Clark, 1984). Al contrario, gli item che valutano il "*negative affect*" correlano in modo positivo e significativo con tutte le scale, ovvero i soggetti che hanno ottenuto punteggi alti in questa scala hanno ottenuto punteggi alti anche nelle scale di depressione, stress e ansia nella DASS-21.

Infine, sono state analizzate le differenze nelle medie, totali e ottenute alle tre sotto-scale, tra il gruppo sperimentale (clinico) e il gruppo di controllo (non clinico). In linea con le

ipotesi iniziali, i risultati ricavati dalle osservazioni del questionario DASS-21 ha mostrato differenze nelle sintomatologie di ansia, depressione e stress e nel punteggio totale tra i due gruppi. Difatti il gruppo clinico ha ottenuto punteggi significativamente più alti rispetto agli individui sani nel punteggio totale e nelle tre sotto-scale della DASS-21, rivelandosi un utile strumento nella discriminazione della sintomatologia tra adolescenti con e senza diagnosi.

Come conclusione si può affermare che questa analisi, sembra quindi confermare l'idea che il questionario DASS-21 possa essere anche somministrato alla popolazione adolescente italiana.

3.5 Limiti e sviluppi futuri

Nel paragrafo precedente i dati e la loro comparazione hanno permesso di dimostrare dei risultati utili a contribuire alla validazione della DASS-21 nella popolazione adolescente italiana, ciononostante si ritiene importante indicare quelli che sono i limiti di questa indagine e quali possono essere gli sviluppi futuri che inducono a prestare attenzione nell'interpretazione dei risultati.

Per prima cosa è importante sottolineare la consistenza ridotta del campione clinico che ha avuto solo 54 partecipanti; un'altra limitazione è che tutti i soggetti sono provenienti da una medesima area geografica; infatti, sia il campione clinico che quello non clinico provengono dal nord Italia.

Per le future ricerche mirate a completare la validazione in adolescenza della DASS-21 sarà, quindi, necessario ampliare il numero dei partecipanti e reclutarli in diverse zone d'Italia.

Rivolta alla popolazione adolescente la DASS-21 può avere in sé il limite del questionario di essere un'autovalutazione; infatti, i risultati possono essere influenzati dalla

capacità del soggetto di auto-osservazione e auto-riflessione, e dalla sua onestà nell'auto-rapporto. Questo potrebbe portare a risultati imprecisi se il soggetto non è in grado di comprendere le domande o se ha difficoltà a comunicare i propri sentimenti. Gli adolescenti, più degli adulti, potrebbero essere inclini a cercare di apparire in modo positivo, il che andrebbe ad influenzare la validità delle risposte, così come potrebbero anche sentirsi a disagio nel rispondere a domande sullo stress o sulla depressione percepita.

La validità della scala potrebbe essere influenzata dalla variabilità individuale nella risposta agli stimoli emotivi e dallo sviluppo e cambiamento delle emozioni e dei sintomi nel tempo. Potrebbero quindi essere necessari ulteriori studi per confermare la validità della scala nel corso dell'adolescenza.

Ulteriori studi di validazione potrebbero andare ad indagare la validità e l'affidabilità del DASS-21 nei giovani adolescenti, andando ad includere l'adattamento e la traduzione del questionario in lingue diverse e la valutazione della validità convergente e discriminante della scala in questa popolazione.

Potrebbe essere anche utile valutare la validità della scala in relazione a variabili come il sesso, l'età, il retroterra culturale e socioeconomico e la storia clinica degli adolescenti; questo aiuterebbe a identificare eventuali fattori di confondimento che potrebbero influenzare la validità dei risultati.

Infine, un ulteriore sviluppo futuro potrebbe essere quello di andare ad esaminare la sensibilità della DASS-21 ai cambiamenti nel tempo e alla risposta ai trattamenti per la depressione, l'ansia e lo stress negli adolescenti. Ciò potrebbe aiutare a stabilire se la DASS-21 è un valido strumento per monitorare l'efficacia dei trattamenti in questa fascia d'età.

Conclusione

Depressione e ansia sono due costrutti psicologici complessi che influenzano profondamente il benessere mentale e la qualità della vita delle persone. Sono stati discussi nel *primo capitolo* i fattori di rischio, le cause, la diagnosi e i trattamenti di depressione e ansia, insieme alle sfide che possono presentarsi nel loro riconoscimento e trattamento.

Nel *secondo capitolo* è stato esaminato il questionario DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales - 21) che misura i livelli di depressione, ansia e stress in una persona. Questo questionario si compone di 21 affermazioni, sette per ciascuno dei tre fattori, che vanno ad indagare lo stato umorale del soggetto nell'ultima settimana. Ogni item viene valutato su scala Likert a quattro punti che varia da 0= "non mi è mai accaduto" a 4 = "mi è capitato quasi sempre". Si è esaminata la validazione italiana della DASS-21 nella popolazione adulta e la validazione della DASS-21 nella popolazione adolescente ma non italiana.

Infine, nel *terzo capitolo* è stata descritta la ricerca, volta a contribuire alla validazione italiana in adolescenza della DASS-21. Questo elaborato, quindi, ha contribuito alla validazione della DASS-21 nella popolazione adolescente italiana, dimostrando la capacità del questionario di rilevare la sintomatologia di disturbi internalizzanti come depressione e ansia, nonché i livelli di stress negli adolescenti. I risultati ottenuti indicano una consistenza interna significativa delle scale e del punteggio totale, confermando la validità e l'affidabilità dello strumento nella misurazione di ansia, depressione e stress anche in età adolescenziale.

L'analisi fattoriale confermativa ha confermato la struttura dei costrutti di interesse, evidenziando che i 21 item riflettono adeguatamente le sintomatologie internalizzanti e le sotto-scale sono misurazioni affidabili dei tre costrutti. Inoltre, le correlazioni tra il punteggio

totale della DASS-21 e gli item delle tre scale sono coerenti con i risultati precedenti nella popolazione adulta, confermando la validità convergente delle misure. Le differenze significative nelle sintomatologie tra il gruppo clinico e il gruppo di controllo supportano l'efficacia discriminante della DASS-21 nella rilevazione dei sintomi tra adolescenti con e senza diagnosi. Questo conferma l'utilità dello strumento sia in ambito clinico che di ricerca per valutare il disagio generale.

Come ultimo sono stati discussi i limiti e le sfide nell'applicazione del questionario nei giovani adolescenti, insieme alle considerazioni future per la sua validazione. Dunque, la DASS-21 potrebbe rappresentare uno strumento utile per la valutazione della depressione, dell'ansia e dello stress negli adolescenti, se adeguatamente adattato e validato per questa popolazione.

Infine, è importante sottolineare come sia rilevante in adolescenza una valutazione accurata di depressione, ansia e stress al fine di garantire un trattamento adeguato e tempestivo, per questo motivo la validazione del DASS-21 nella popolazione adolescente potrebbe rappresentare un passo importante per la comprensione e la gestione di questi disturbi in questa fascia d'età.

Bibliografia

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th edition: DSM-5 (2013). 5th edn. American Psychiatric Publishing, Arlington.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, *10*(2), 176–181. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- Axelson, D., & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety*, *14*(2), 67–78. <https://doi.org/10.1002/da.1048>
- Avan, B. I., Richter, L., Ramchandani, P., Norris, S. A., & Stein, A. (2010). Maternal postnatal depression and children's growth and behaviour during the early years of life: exploring the interaction between physical and mental health. *Archives of Disease in Childhood*, *95*(9), 690–695. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.164848>
- Bados, A., Gómez-Benito, J., & Balaguer, G. (2010). The State-Trait Anxiety Inventory, Trait Version: Does it really measure anxiety? *Journal of Personality Assessment*, *92*, 560–567. <http://dx.doi.org/10.1080/00223891.2010.513295>
- Bauman, Z. (2000), *Modernità liquida*, Laterza, Bari-Roma p. 272, traduzione di Sergio Minucci.
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, *32*(3), 483–524. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>
- Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D. R., Rosenbaum, J. F., Hérot, C., Friedman, D. I., Snidman, N., Kagan, J., & Faraone, S. V. (2001). Further Evidence of Association Between Behavioral Inhibition and Social Anxiety in Children. *American Journal of Psychiatry*, *158*(10), 1673–1679. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1673>
- Birmaher, B., & Brent, D. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*(11), 1503–1526. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318145ae1c>
- Blakemore SJ (2008) The social brain in adolescence. *Nat Rev Neurosci* *9*(4): 267–277. <https://doi.org/10.1038/nrn2353>
- Blos, P. (1962). *On adolescence*. New York: Free Press (trad. it: *L'adolescenza. Una interpretazione psicoanalitica*. Milano: Franco Angeli, 1993).
- Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ (2010) Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. *Br J Psychiatry* *196*(6):440–446. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.065912>

- Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G., & Sica, C. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive Psychiatry*, *60*, 170–181. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.04.005>
- Calhoun, C. D., Franklin, J. C., Adelman, C. B., Guerry, J. D., Hastings, P. D., Nock, M. K., et al. (2012). Biological and cognitive responses to an in vivo interpersonal stressor: longitudinal associations with adolescent depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, *5*, 283–299.
- Cairns KE, Yap MB, Pilkington PD, Jorm AF (2014) Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord* 169:61–75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.006>
- Cianchetti, C., & Fancello, G. S. (2001). *SAFA: scale psichiatriche di autosomministrazione per fanciulli e adolescenti : manuale*.
- Ciobanu, T., Brodard, F., Antonietti, J., Genoud, P. A., & Brandner, C. (2018). Screening negative affectivity in young adults: Validation and psychometric evaluation of the French version of the Depression Anxiety Stress Scales. *Canadian Journal of Behavioural Science*. <https://doi.org/10.1037/cbs0000110>
- Clara, I., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2001). Confirmatory Factor Analysis of the Depression–Anxiety–Stress Scales in Depressed and Anxious Patients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *23*(1), 61–67. <https://doi.org/10.1023/a:1011095624717>
- Clark MS, Jansen KL, Cloy JA (2012) Treatment of childhood and adolescent depression. *Am Fam Physician* 86(5):442–448
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression : psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 316 –336. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>1918611
- Clauss, J. A., Cowan, R. L., & Heckers, S. (2011). Expectation and temperament moderate amygdala and dorsal anterior cingulate cortex responses to fear faces. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, *11*(1), 13–21. <https://doi.org/10.3758/s13415-010-0007-9>
- Cheung AH, Kozloff N, Sacks D (2013) Pediatric depression: an evidencebased update on treatment interventions. *Curr Psychiatry Rep* 15(8):381. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0381-4>
- Collishaw, S., Maughan, B., Natarajan, L., & Pickles, A. (2010). Trends in adolescent emotional problems in England: a comparison of two national cohorts twenty years apart. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*(8), 885–894. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02252.x>
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *44*(10), 972–986. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f>

- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E. D., & Shear, M. K. (2000). Adolescent Onset of the Gender Difference in Lifetime Rates of Major Depression. *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 21. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.1.21>
- Cuijpers P, van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A (2008) Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry* 165(10):1272–1280. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07091422>
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety and Stress Scales-21: Spanish Translation and Validation with a Hispanic Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 195-205. <https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>
- Definizione latina adolescenza.* (s.d.). www.treccani.it.
- De La Santé, O. M., Organization, W. H., W., & Staff, W. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization.
- De Pauw, S., & Mervielde, I. (2010). Temperament, Personality and Developmental Psychopathology: A Review Based on the Conceptual Dimensions Underlying Childhood Traits. *Child Psychiatry & Human Development*, 41(3), 313–329. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0171-8>
- Derry, H. M., Padin, A. C., Kuo, J. L., Hughes, S., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2015b). Sex Differences in Depression: Does Inflammation Play a Role? *Current Psychiatry Reports*, 17(10). <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0618-5>
- Di Scienze Della Vita, D. (2010). *Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): Traduzione e adattamento italiano*. <https://arts.units.it/handle/11368/2935636>
- Dinwiddie, S. H., Heath, A. C., Dunne, M. P., Bucholz, K. K., Madden, P. a. F., Slutske, W. S., Bierut, L. J., Statham, D. J., & Martin, N. G. (2000b). Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin–control study. *Psychological Medicine*, 30(1), 41–52. <https://doi.org/10.1017/s0033291799001373>
- Duffy, C. J., Cunningham, E. G., & Moore, S. M. (2005). Brief report: The factor structure of mood states in an early adolescent sample. *Journal of Adolescence*, 28(5), 677–680. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.08.013>
- Dunn, V., & Goodyer, I. M. (2006). Longitudinal investigation into childhood-and adolescence-onset depression: Psychiatric outcome in early adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 188(3), 216–222. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.3.216>
- Elmore, A. L., & Crouch, E. (2020). The Association of Adverse Childhood Experiences With Anxiety and Depression for Children and Youth, 8 to 17 Years of Age. *Academic Pediatrics*, 20(5), 600–608. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.02.012>
- Evans, D. L., Charney, D. S., Lewis, L., Golden, R. N., Gorman, J. M., Krishnan, K. R. R., Nemeroff, C. B., Bremner, J. D., Carney, R. M., Coyne, J. C., DeLong, M. R., Frasure-Smith, N., Glassman, A. H., Gold, P. W., Grant, I., Gwyther, L. P., Ironson, G., Johnson, R. E., Kanner, A. M., . . . Valvo, W. J. (2005). Mood Disorders in the Medically Ill: Scientific Review and Recommendations. *Biological Psychiatry*, 58(3), 175–189. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.05.001>

- Evans DL, Andrews LW (2005) Adolescent mental health initiative. In: If your adolescent has depression or bipolar disorder: an essential resource for parents. Press, Oxford University
- Fava, G. A., Ruini, C., & Belaise, C. (2007). The concept of recovery in major depression. *Psychological Medicine*, 37(03), 307. <https://doi.org/10.1017/s0033291706008981>
- Feder, A., Nestler, E. J., & Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 446–457. <https://doi.org/10.1038/nrn2649>
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Subthreshold Depression in Adolescence and Mental Health Outcomes in Adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 62(1), 66. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.1.66>
- Ferruzza E. (2001). Quali confini negli incontri con gli adolescenti? In C. Esposito, E. Mangini, E. Ferruzza, A. Racalbutto (a cura di), Lo stesso e l'altro. Carattere e identità in adolescenza. Roma: Borla.
- Fleitlich-Bilyk, B., & Goodman, R. (2004). Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(6), 727–734. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000120021.14101.ca>
- Forbes EE, Dahl RE (2005) Neural systems of positive affect: relevance to understanding child and adolescent depression? *Dev Psychopathol* 17(3): 827–850. <https://doi.org/10.1017/s095457940505039x>
- Forman-Hoffman V, McClure E, McKeeman J, Wood CT, Middleton JC, Skinner AC, Perrin EM, Viswanathan M (2016) Screening for major depressive disorder in children and adolescents: a systematic review for the US preventive services task force. *Ann Intern Med* 164(5):342. <https://doi.org/10.7326/m15-2259>
- Frigerio, A., Cattaneo, C., Cataldo, M., Schiatti, A., Molteni, M., & Battaglia, M. (2004). Behavioral and Emotional Problems Among Italian Children and Adolescents Aged 4 to 18 Years as Reported by Parents and Teachers. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(2), 124–133. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.20.2.124>
- De Graaf, R., Bijl, R. V., Spijker, J., Beekman, A. T., & Vollebergh, W. a. M. (2003). Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0597-4>
- Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>
- Guyer, A. E., Lau, J. Y. F., McClure-Tone, E. B., Parrish, J. M., Shiffrin, N. D., Reynolds, R., Chen, G., Blair, R. E., Leibenluft, E., Fox, N. A., Ernst, M., Pine, D. S., & Nelson, E. S. (2008). Amygdala and Ventrolateral Prefrontal Cortex Function During Anticipated Peer Evaluation in Pediatric Social Anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 65(11), 1303. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.11.1303>
- Hariri, A. R., Drabant, E. M., Muñoz, K. F., Kolachana, B., Mattay, V. S., Egan, M. F., & Weinberger, D. R. (2005). A Susceptibility Gene for Affective Disorders and the Response of the Human Amygdala. *Archives of General Psychiatry*, 62(2), 146. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.2.146>

- Henry, J. P., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology, 44*(2), 227–239. <https://doi.org/10.1348/014466505x29657>
- Hettema, J. M., Prescott, C. A., Myers, J. J., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2005b). The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Anxiety Disorders in Men and Women. *Archives of General Psychiatry, 62*(2), 182. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.2.182>
- Hyde, J. S., Mezulis, A. H., & Abramson, L. Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review, 115*(2), 291–313. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.115.2.291>
- Institute of Medicine. Preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people: progress and possibilities. Washington DC: National Academies Press, 2009.
- Kakuma R, Minas H, Van Ginneken N, Dal Poz MR, Desiraju K, Morris JE, Saxena S, Scheffler RM (2011) Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *The Lancet 378*(9803):1654–1663. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61093-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61093-3)
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D. A., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D. E., & Goldstein, B. I. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(7), 980–988. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
- Kendall, P., & Di Pietro, M. (1995). *Terapia scolastica dell'ansia. Guida per psicologi e insegnanti*. Edizioni Erickson.
- Kendler, K. S., Gardner, C., & Lichtenstein, P. (2008). A developmental twin study of symptoms of anxiety and depression: evidence for genetic innovation and attenuation. *Psychological Medicine, 38*(11), 1567–1575. <https://doi.org/10.1017/s003329170800384x>
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry, 49*(12), 1002–1014. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01129-5](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01129-5)
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Klein, K., Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J., & Shankman, S. A. (2003). Family study of co-morbidity between major depressive disorder and anxiety disorders. *Psychological Medicine, 33*(4), 703–714. <https://doi.org/10.1017/s0033291703007487>
- Klein, K., Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J., & Shankman, S. A. (2003). Family study of co-morbidity between major depressive disorder and anxiety disorders. *Psychological Medicine, 33*(4), 703–714. <https://doi.org/10.1017/s0033291703007487>
- Khaw, K., Wareham, N. J., Luben, R., Bingham, S., Oakes, S., Welch, A. A., & Day, N. P. J. (2001). Glycated haemoglobin, diabetes, and mortality in men in Norfolk cohort of

- European Prospective Investigation of Cancer and Nutrition (EPIC-Norfolk). *BMJ*, 322(7277), 15. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7277.15>
- Kovacs M, Obrosky DS, Sherrill J (2003) Developmental changes in the phenomenology of depression in girls compared to boys from childhood onward. *J Affect Disord* 74(1):33–48. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00429-9](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00429-9)
- Kovacs, M. (2015). Children's Depression Inventory (CDI and CDI 2). *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 1–5. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp419>
- LeDoux, J. E. (2000). Emotion Circuits in the Brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23(1), 155–184. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.23.1.155>
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N., & Gotlib, I. H. (2000). Natural Course of Adolescent Major Depressive Disorder in a Community Sample: Predictors of Recurrence in Young Adults. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1584–1591. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1584>
- Lieb R, Isensee B, Höfler M, et al. Parental major depression and the risk of depressive and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:365–74. [PubMed: 11926937]
- Lieb, R., Isensee, B., Höfler, M., Pfister, H., & Wittchen, H. (2002). Parental Major Depression and the Risk of Depression and Other Mental Disorders in Offspring. *Archives of General Psychiatry*, 59(4), 365. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.4.365>
- Lopez, A. D. (2006). *Global Burden of Disease and Risk Factors*. NCBI Bookshelf. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/nbk11812/>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Lovibond S. H. Lovibond P. F. & Psychology Foundation of Australia. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales* (2nd ed.). Psychology Foundation of Australia.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E. H. B., Boyle, M. H., Jamieson, E., Duku, E., Walsh, C. A., Wong, M. P., & Beardslee, W. R. (2001). Childhood Abuse and Lifetime Psychopathology in a Community Sample. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1878–1883. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1878>
- Madigan, S., Oatley, H., Racine, N., Fearon, P., Schumacher, L., Akbari, E., Cooke, J. E., & Tarabulsy, G. M. (2018). A Meta-Analysis of Maternal Prenatal Depression and Anxiety on Child Socioemotional Development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(9), 645-657.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.012>
- Mahmoud, J., Hall, L. A., & Staten, R. S. (2010). The Psychometric Properties of the 21-Item Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) among a Sample of Young Adults. *South Online Journal of Nursing Research*, 10, 21-34.
- March, J. S., Silva, S. G., Petrycki, S., Curry, J. F., Wells, K. C., Fairbank, J. K., Burns, B. J., Domino, M. E., McNulty, S. G., Vitiello, B., & Severe, J. B. (2004). Fluoxetine, Cognitive-Behavioral Therapy, and Their Combination for Adolescents With Depression. *JAMA*, 292(7), 807. <https://doi.org/10.1001/jama.292.7.807>

- March, J. S. (2013). *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (2nd ed.). Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- March, J. S., Parker, J. D. A., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor Structure, Reliability, and Validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(4), 554–565. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00019>
- Mead, M. (1972). *Generazioni in conflitto*.
- Mellor, D., Vinet, E. V., Xu, X., Mamat, N. H. B., Richardson, B., & Román, F. (2015). Factorial Invariance of the DASS-21 Among Adolescents in Four Countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 31(2), 138–142. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000218>
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Dierker, L., & Grillon, C. (1999). Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1523–1535. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(99\)00172-9](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(99)00172-9)
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A. J., Kokaua, J., Milne, B. J., Polanczyk, G. V., & Poulton, R. (2010). How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/s0033291709991036>
- Monniello, G. (2016). Soggettivazione e principio di realtà in adolescenza. *La Rivista Di Psicoanalisi*.
- Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P, Nomura Y, Olfson M, Weissman MM (2004) A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 61(6):577–584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.6.577>
- Murray L, Trevarthen C (1985) Emotional regulation of interactions between 2 months olds and their mothers; in *Field TM, Fox NA (eds): Social Perception in Infants*. Norwood, Ablex.
- Moussa, M. T., Lovibond, P., Laube, R., & Megahead, H. A. (2017). Psychometric Properties of an Arabic Version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS). *Research on Social Work Practice*, 27(3), 375–386. <https://doi.org/10.1177/1049731516662916>
- Nicolo' A.M. (2021). *Rotture evolutive. Psicoanalisi dei breakdown e delle soluzioni difensive*. Milano: Raffaello Cortina.
- NICE Clinical Guideline CG28. Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005.
- Nogueira, B. S., Júnior, R. F., Benseñor, I. M., Lotufo, P. A., & Brunoni, A. R. (2017). Temperament and character traits in major depressive disorder: a case control study. *Sao Paulo Medical Journal*, 135(5), 469–474. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2017.0063250517>
- Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS (2007), ICF-CY. International classification of functioning, disability and health: Children and youth version, World Health Organization, Geneva (trad. it. ICF-CY. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute – Versione per bambini e adolescenti, Erickson, Trento, 2007).

- Osman, A., Wong, J. C. Y., Bagge, C. L., Freedenthal, S., Gutierrez, P. M., & Lozano, G. (2012). The Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21): Further Examination of Dimensions, Scale Reliability, and Correlates. *Journal of Clinical Psychology, 68*(12), 1322–1338. <https://doi.org/10.1002/jclp.21908>
- Paloscia, C., Giangregori, A., Guerini, R., & Melchiori, F. M. (2017). *MASC 2 - Multidimensional Anxiety Scale for Children-Second Edition* (2nd ed.).
- Pastore Massimiliano, *Analisi dei dati in psicologia*. Bologna: Il Mulino, 2015
- Patton, G. C., & Viner, R. M. (2007). Pubertal transitions in health. *The Lancet, 369*(9567), 1130–1139. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)60366-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)60366-3)
- Pecini, C., & Brizzolara, D. (2020). *Disturbi e traiettorie atipiche del neurosviluppo. Diagnosi e intervento*.
- Pickles, A., Rowe, R. D., Simonoff, E., Foley, D. L., Rutter, M., & Silberg, J. L. (2001). Child psychiatric symptoms and psychosocial impairment: relationship and prognostic significance. *British Journal of Psychiatry, 179*(3), 230–235. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.3.230>
- Piaget, J. (2000). *Lo sviluppo mentale del bambino e altri studi di psicologia*. Piccola biblioteca Einaudi. Nuova serie.
- Pine, D. S. (2003). Developmental psychobiology and response to threats: Relevance to trauma in children and adolescents. *Biological Psychiatry, 53*(9), 796–808. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00112-4](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00112-4)
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J. S., & Ma, Y. (1998). The Risk for Early-Adulthood Anxiety and Depressive Disorders in Adolescents With Anxiety and Depressive Disorders. *Archives of General Psychiatry, 55*(1), 56. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.1.56>
- Reck, C., Hunt, A., Fuchs, T., Weiss, R. M., Noon, A., Moehler, E., Downing, G. V., Tronick, E. Z., & Mundt, C. (2004). Interactive Regulation of Affect in Postpartum Depressed Mothers and Their Infants: An Overview. *Psychopathology, 37*(6), 272–280. <https://doi.org/10.1159/000081983>
- Risch, N., Herrell, R., Lehner, T., Liang, K. Y., Eaves, L. J., Hoh, J., Griem, A., Kovacs, M., Ott, J., & Merikangas, K. R. (2009). Interaction Between the Serotonin Transporter Gene (5-HTTLPR), Stressful Life Events, and Risk of Depression. *JAMA, 301*(23), 2462. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.878>
- Reynolds, C.R., and Richmond, B.O. (1985). Revised Children's Manifest Anxiety Scale. RCMAS Manual. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Rice, F., Harold, G. T., & Thapar, A. (2002). The genetic aetiology of childhood depression: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*(1), 65–79. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00004>
- Richardson, L. P., & Katzenellenbogen, R. A. (2005). Childhood and adolescent depression: The role of primary care providers in diagnosis and treatment. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 35*(1), 6–24. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2004.09.001>

- Robinson, J., Kagan, J., Reznick, J. S., & Corley, R. P. (1992). The heritability of inhibited and uninhibited behavior: A twin study. *Developmental Psychology*, 28(6), 1030–1037. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.6.1030>
- Scarff, J. R. (2019, May 5). *Postpartum Depression in Men*. PubMed Central (PMC). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc6659987/>
- Selph SS, McDonagh MS (2019) Depression in Children and Adolescents: Evaluation and Treatment. *Am Fam Physician*. PMID: 31730312.
- Speckens, A. E. M., & Hawton, K. (2005). Social Problem Solving in Adolescents with Suicidal Behavior: A Systematic Review. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35(4), 365–387. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.4.365>
- Tambelli, R. (2017). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*.
- Terracciano, A. (2003). Factorial and construct validity of the Italian Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *PubMed Central (PMC)*. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.19.2.131>.
- Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK (2012) Depression in adolescence. *Lancet* 379(9820):1056–1067. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4)
- Thapar A, Rice F. Twin studies in pediatric depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2006; 15: 869–81. 61
- The jamovi project (2022). *jamovi*. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- Tully, P. J., Zajac, I., & Venning, A. (2009). The Structure of Anxiety and Depression in a Normative Sample of Younger and Older Australian Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(5), 717–726. <https://doi.org/10.1007/s10802-009-9306-4>
- O'Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (Eds.). (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. The National Academies Press.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465–490. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.96.3.4656393179>
- Watson, D., Clark, L. A., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 15–25. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.104.1.15>
- Watson, D. I., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Willemsen, J., Markey, S., Declercq, F., & Vanheule, S. (2011). Negative emotionality in a large community sample of adolescents: the factor structure and measurement invariance of the short version of the depression anxiety stress scales (DASS-21). *Stress and Health*, 27(3), e120–e128. <https://doi.org/10.1002/smi.1342>

Winnicott, D., (1961). Ulteriori osservazioni sulla teoria della relazione genitore – bambino. In Winnicott, C., Sheperd R. & Davis, M. (Eds.). (1995). *Esplorazioni psicoanalitiche*. (pp. 89 – 92) Milano: Raffaello cortina editore

Wittchen, H., Nocon, A., Beesdo, K., Pine, D. S., Höfler, M., Lieb, R., & Gloster, A. T. (2008). Agoraphobia and Panic. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(3), 147–157. <https://doi.org/10.1159/000116608>

Wittchen, H., Kessler, R., Pfister, H., & Lieb, M. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 14–23. <https://doi.org/10.1111/j.0065-1591.2000.acp29-03.x>

W.H.O. (World Health Organization) (1993), *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*, Ginevra, trad. it. A cura di Kemali D., Maj M., Catapano F., Giordano G., Saccà C., *Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*, Masson, Milano 1996.

Young, J. F., Mufson, L., & Davies, M. G. (2006). Impact of Comorbid Anxiety in an Effectiveness Study of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. “*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*”[*Jour*], 45(8), 904–912. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000222791.23927.5f>

Zappitelli, M. C., Bordin, I. a. S., Hatch, J. P., Caetano, S. C., Zunta-Soares, G., Olvera, R. L., & Soares, J. C. (2013). Temperament and character traits in children and adolescents with major depressive disorder: A case–control study. *Comprehensive Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.10.009>

Zhou X, Hetrick SE, Cuijpers P, Qin B, Barth J, Whittington CJ, Cohen D, Del Giovane C, Liu Y, Michael KD, Zhang Y, Weisz JR, Xie P (2015) Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 14(2):207–222. <https://doi.org/10.1002/wps.20217>

Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, Stein REK, Laraque D (2018) Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): part I - practice preparation, identification, assessment, and initial management. *Pediatrics* 141 (3):pii:e20174081. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-4081>

APPENDICE 1 - The Italian DASS-21

Per favore, legga ogni frase e poi indichi con quale frequenza la situazione descritta si è verificata negli ultimi sette giorni. Esprima la sua valutazione facendo un segno sul numero 0, 1, 2 o 3 secondo la scala di valutazione seguente. Tenga presente che non esistono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere a ciascuna affermazione, spesso la prima risposta è la più accurata. Grazie per la sua preziosa disponibilità e collaborazione.

La scala di valutazione è la seguente

	0	1	2	3
	Non mi è mai accaduto	Mi è capitato qualche volta	Mi è capitato con una certa frequenza	Mi è capitato quasi sempre
1				
	Ho provato molta tensione e ho avuto difficoltà a recuperare uno stato di calma			
2				
	Mi sono accorto di avere la bocca secca			
3				
	Non riesco proprio a provare delle emozioni positive			
4				
	Mi sono sentito molto in affanno con difficoltà a respirare (per es. respiro molto accelerato, sensazione di forte affanno in assenza di sforzo fisico)			
5				
	Ho avuto un'estrema difficoltà nel cominciare quello che dovevo fare			
6				
	Ho avuto la tendenza a reagire in maniera eccessiva alle situazioni			
7				
	Ho avuto tremori (per es. alle mani)			
8				
	Ho sentito che stavo impiegando molta energia nervosa			
9				
	Ho temuto di trovarmi in situazioni in cui sarei potuto andare nel panico e rendermi ridicolo			
10				
	Non vedevo nulla di buono nel mio futuro			
11				
	Mi sono sentito stressato			
12				
	Ho avuto difficoltà a rilassarmi			
13				
	Mi sono sentito scoraggiato e depresso			

(continued on next page)

(continued)

	0	1	2	3
	Non mi è mai accaduto	Mi è capitato qualche volta	Mi è capitato con una certa frequenza	Mi è capitato quasi sempre
14	Non riesco a tollerare per nulla eventi o situazioni che mi impedivano di portare avanti ciò che stavo facendo		0	1 2 3
15	Ho sentito di essere vicino ad avere un attacco di panico		0	1 2 3
16	Non c'era nulla che mi dava entusiasmo		0	1 2 3
17	Sentivo di valere poco come persona		0	1 2 3
18	Mi sono sentito piuttosto irritabile		0	1 2 3
19	Ho percepito distintamente il battito del mio cuore senza aver fatto uno sforzo fisico (per es. battito cardiaco accelerato o perdita di un battito)		0	1 2 3
20	Mi sono sentito spaventato senza ragione		0	1 2 3
21	Sentivo la vita priva di significato		0	1 2 3