



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Triennale in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della  
Personalità e delle Relazioni interpersonali

**Elaborato finale**

**La Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) e lo Screen  
for Child Anxiety Related Emotional Disorders  
(SCARED) come strumenti testistici per la valutazione  
psicodiagnostica dei disturbi d'ansia nei bambini**

**The Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) and the Screen for Child  
Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) as testing tools for  
Psychological Assessment of Anxiety Disorders in Children**

*Relatrice*  
**Prof.ssa Sabrina Bonichini**

*Laureanda: Giada Casalone*  
*Matricola n. 1220690*

Anno Accademico 2021/2022



## INDICE

INTRODUZIONE .....	5
CAPITOLO 1 – Il disturbo d’ansia in età infantile .....	7
1.1. Cos’è il disturbo d’ansia .....	7
1.2. Diagnosi del disturbo d’ansia e prevalenza .....	7
1.3. Comorbidità e continuità omotipica ed eterotipica nello sviluppo .....	11
1.4. Eziologia del disturbo d’ansia.....	12
CAPITOLO 2 - L’uso di strumenti testistici nella valutazione psicodiagnostica dei disturbi d’ansia .....	14
2.1. La valutazione psicodiagnostica – tra colloquio, osservazione e test.....	14
2.2. I test psicologici .....	16
2.3. Caratteristiche psicometriche dei test psicologici.....	16
2.4. L’uso di multiple informant nell’assessment.....	18
CAPITOLO 3 - La Spence Children’s Anxiety Scale (SCAS) .....	21
3.1. Descrizione dello strumento .....	21
3.2. Struttura e caratteristiche psicometriche .....	22
3.3. Versioni dello strumento.....	23
3.3.1. SCAS-P, parent version.....	23
3.3.2. SCAS-S, short version.....	25
3.3.3. SCAS-8, brief version .....	26
3.3.4. SCAS-it, validazione italiana .....	27

CAPITOLO 4 - Lo Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)	28
.....	28
4.1. Descrizione dello strumento .....	28
4.2. Struttura e caratteristiche psicometriche .....	29
4.3. Versioni dello strumento .....	30
4.3.1. SCARED-R .....	30
4.3.2. SCARED-71 .....	32
4.3.3. SCARED, validazione italiana .....	33
CONCLUSIONI - SCAS e SCARED, un confronto.....	36
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI .....	38
APPENDICE 1 .....	44
Spence Children’s Anxiety Scale (SCAS).....	44
APPENDICE 2 .....	48
Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) .....	48



## INTRODUZIONE

Secondo le ultime stime disponibili, contenute nel nuovo rapporto UNICEF (2021, p. 35) “a livello globale 1 adolescente su 7 tra i 10 e i 19 anni convive con un disturbo mentale diagnosticato; tra questi 89 milioni sono ragazzi e 77 milioni sono ragazze; 86 milioni hanno fra i 15 e i 19 anni e 80 milioni hanno tra i 10 e i 14 anni”. Ansia e depressione rappresentano circa il 40% dei disturbi mentali diagnosticati (UNICEF, 2021, p. 35). Studi recenti hanno evidenziato come i disturbi d’ansia abbiano raggiunto un’incidenza che oscilla tra il 18.9% e il 23.87% nei bambini e tra il 15.4% e il 39.9% negli adolescenti (Walsh et al., 2021). Appare quindi evidente quanto i disturbi mentali, in particolare i disturbi d’ansia, siano impattanti nella componente giovanile della popolazione, ancora di più con l’avvento della pandemia globale di COVID-19, che è stata fonte di stress, ansia e paura. Infatti, queste ultime sono collegate a rischi per la salute dei più piccoli, le quali conseguenze possono emergere nell’immediato, riguardando una riduzione dell’autostima, del benessere fisico ed emotivo e del rendimento scolastico (Adibelli & Sümen, 2020), ma riguardando anche conseguenze più gravi, come lo sviluppo di psicopatologie durante la crescita (Costello et al., 2003; Al-Biltagi & Ali Sarhan, 2016; Walsh et al., 2021).

La scelta della tematica trattata è da ricercare nell’importanza di svolgere una buona valutazione psicodiagnostica, per orientare e pianificare il trattamento di disturbi d’ansia in modo ottimale e preciso. La tesi che segue ha carattere bibliografico, articolata in quattro capitoli. Dopo aver definito i disturbi d’ansia e l’incidenza che hanno sulla popolazione giovanile, il secondo capitolo fornisce una breve spiegazione dei passaggi iniziali per la diagnosi di un disturbo mentale in età infantile, in particolare circa la somministrazione di strumenti testistici; il terzo e il quarto capitolo descrivono due strumenti di screening tra quelli più usati e sensibili, lo Spence Children’s Anxiety Scale

(SCAS) e lo Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). Infine, il capitolo conclusivo riporterà un breve confronto tra i due strumenti.

## CAPITOLO 1 – Il disturbo d’ansia in età infantile

### 1.1. Cos’è il disturbo d’ansia

L’ansia è definita come “l’anticipazione di una minaccia futura” (APA, 2013, p. 217, tda), associata a tensioni muscolari, cambiamenti fisiologici, come aumento del battito cardiaco, della pressione sanguigna ed eccessiva sudorazione, e comportamenti di evitamento. Mentre l’ansia ha carattere previsionale, “la paura è una risposta emotiva ad una minaccia imminente” (APA, 2013, p. 217, tda). Quando si prova paura, il cervello invia un messaggio al sistema nervoso centrale, il quale risponde rilasciando ormoni (Rector et al., 2016, p. 4), necessari per l’attivazione della risposta di attacco o fuga, adattiva per la sopravvivenza.

L’ansia comprende una costellazione di sintomi cognitivi, comportamentali e fisici. Quando i sintomi diventano persistenti e gravi, causando distress e inibendo il normale pensiero e le normali attività quotidiane a tal punto che lo studio, il lavoro e la socializzazione sono influenzate negativamente (Rector et al., 2016, p. 5; Pop-Jordanova, 2019), si parla di disturbo d’ansia. I sintomi cognitivi includono vuoto mentale, crescente sensazione di allarme e pericolo, insorgenza di pensieri negativi, predizioni e credenze ansiogene; i sintomi fisici riguardano eccessive reazioni fisiologiche rispetto al contesto come tremori, tensione muscolare, sudorazione copiosa e aumento del battito cardiaco e del respiro; i sintomi comportamentali riguardano condotte di evitamento, dove l’individuo si adopera attivamente per evitare le situazioni che innescano stati d’ansia (Rector et al., 2016, p. 4).

### 1.2. Diagnosi del disturbo d’ansia e prevalenza

Per la diagnosi di disturbo d’ansia, viene utilizzato prevalentemente il DSM-5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione). Nel DSM-5, edizione del



2013 dell'American Psychiatric Association, il soggetto presenta un disturbo d'ansia se questo persiste per più di 6 mesi, anche se nei bambini la durata può essere minore. Le categorie individuate nel manuale sono ordinate in sequenza secondo l'età tipica di esordio: disturbo d'ansia di separazione, mutismo selettivo, fobie specifiche, disturbo d'ansia sociale/ fobia sociale, disturbo di panico, agorafobia, disturbo d'ansia generalizzata, disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci e disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica. Di seguito, vengono elencate le caratteristiche prevalenti di ogni disturbo d'ansia, come descritto nel DSM-5 (APA, 2013, pp. 217-269).

### **Tabella 1**

*Caratteristiche diagnostiche dei disturbi d'ansia, secondo la concettualizzazione del DSM-5 (2013)*

Disturbi	Caratteristiche diagnostiche secondo il DSM-5
Disturbo d'ansia di separazione	L'individuo è spaventato o ansioso riguardo alla separazione dalle figure di attaccamento a un livello di gravità inappropriato rispetto allo stadio di sviluppo. Sono presenti paura o ansia persistenti relative agli incidenti che possono capitare alle figure di attaccamento e agli eventi che possono portare alla perdita o alla separazione dalle figure di attaccamento e riluttanza ad allontanarsi dalle stesse, con incubi e sintomi fisici di disagio.
Mutismo selettivo	Costante incapacità di parlare in situazioni sociali in cui ci si aspetta che si parli (es. scuola), anche se l'individuo è in grado di parlare in altre situazioni.

Fobie specifiche	L'individuo è spaventato o ansioso riguardo oggetti e situazioni circoscritti, oppure evita oggetti e situazioni circoscritti. La paura, l'ansia o l'evitamento sono quasi sempre indotti immediatamente dalla situazione fobica, a un livello tale da essere persistenti e sproporzionati rispetto al reale rischio che essa rappresenta. Vi sono vari tipi di fobie: animali, ambienti naturali, sanguinazioni-ferite, situazionali e di altre situazioni.
Disturbo d'ansia sociale/ fobia sociale	L'individuo ha paura, è ansioso oppure evita le interazioni sociali e le situazioni che coinvolgono la possibilità di essere esaminato, poiché ha paura di essere valutato negativamente dagli altri, essere imbarazzato, umiliato, rifiutato oppure di offendere gli altri.
Disturbo di panico	L'individuo sperimenta ricorrenti attacchi di panico inaspettati ed è costantemente preoccupato o spaventato di avere altri attacchi di panico, arrivando a modificare il comportamento in modo disadattivo per evitarli. Gli attacchi di panico sono caratterizzati da comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiungono il picco in pochi minuti, accompagnati da sintomi fisici e/o cognitivi.
Agorafobia	L'individuo è spaventato o ansioso riguardo a due o più delle situazioni seguenti: uso di trasporti pubblici, trovarsi in spazi aperti, stare in spazi ristretti, fare la fila o essere in mezzo alla folla, essere fuori casa da soli in

		<p>altre situazioni. Queste situazioni sono temute poiché l'individuo pensa che potrebbe essere difficile fuggire o ricevere soccorso nel caso in cui si sviluppino sintomi legati al panico o altri sintomi invalidanti o imbarazzanti. Queste situazioni sono spesso evitate e richiedono la presenza di un accompagnatore.</p>
Disturbo generalizzata	d'ansia	<p>Presenza di ansia e preoccupazione persistenti ed eccessive riguardo diversi ambiti tra cui il rendimento lavorativo e scolastico, che l'individuo ha difficoltà a controllare. Vengono sperimentati sintomi fisici, come irrequietezza o sensazioni di agitazione o tensione, facile affaticamento, difficoltà a concentrarsi, vuoti di memoria, irritabilità, tensione muscolare e disturbi del sonno.</p>
Disturbo da sostanze/ farmaci	d'ansia indotto	<p>Ansia dovuta a intossicazione o astinenza da sostanze, oppure ad un trattamento farmacologico.</p>
Disturbo medica	d'ansia dovuto a un'altra condizione medica	<p>Sintomatologia ansiosa come conseguenza fisiologica di un'altra condizione medica.</p>

I disturbi d'ansia sono una delle patologie più comuni in età infantile e adolescenziale, con una prevalenza del 9.3% fino al 39.9% se è presente una psicopatologia in comorbilità (Costello et al., 2003; Walsh et al., 2021). Il disturbo d'ansia generalizzata, il disturbo d'ansia di separazione e le fobie specifiche interessano circa il 5% dei bambini,

rappresentando i disturbi d'ansia più comuni in questa categoria; il disturbo d'ansia sociale/ fobia sociale e il disturbo di panico sono meno frequenti, con una prevalenza sotto il 2% (Muris et al., 1998). Diversi studi evidenziano come l'incidenza del disturbo di panico e del disturbo d'ansia generalizzata aumenti in bambini più grandi, mentre per le fobie specifiche e per il disturbo d'ansia di separazione diminuisca (Muris et al., 2004, Scaini et al., 2017).

Il disturbo d'ansia è più frequente nelle femmine che nei maschi con un rapporto di 2:1 (APA, 2013, p. 217). Infatti, le bambine sono più inclini a sviluppare fobie specifiche, disturbo di panico, agorafobia e disturbo di ansia da separazione (Al-Biltagi & Ali Sarhan, 2016). Le differenze di stile parentale, la diversità di temperamento e di stili di coping, nonché i fattori culturali e gli stereotipi di genere sono tutti fattori che possono portare ad una prevalenza maggiore di ansia nelle bambine (Bodden et al., 2009).

### 1.3. Comorbilità e continuità omotipica ed eterotipica nello sviluppo

Se non trattata, l'ansia persiste nella crescita riducendo la qualità di vita del soggetto. Infatti, i disturbi d'ansia nei bambini hanno un impatto negativo sull'andamento scolastico, sulle attività ricreative e sulla vita della famiglia in generale (Creswell et al., 2014), poiché sono presenti rischi di sviluppare depressione, disturbi del sonno, ADHD, problemi coi pari e di fare uso di droghe in adolescenza (Al-Biltagi & Ali Sarhan, 2016; Costello et al., 2003). Appare quindi evidente l'importanza della prevenzione e dell'identificazione precoce dei disturbi d'ansia in età infantile (Spence, 1997).

I disturbi d'ansia tendono ad essere altamente in comorbilità tra di loro (APA, 2013, pp. 217-269), cioè a verificarsi in concomitanza, nonché ad avere un'alta continuità omotipica, cioè a rimanere invariati durante lo sviluppo, soprattutto per il disturbo di panico (e il disturbo da stress post-traumatico prima che venisse eliminato dalla

classificazione dei disturbi d'ansia nel DSM-5), e una più bassa continuità omotipica per le fobie specifiche e il disturbo d'ansia generalizzata (Costello et al., 2003). Ansia e depressione hanno una minor comorbidità in infanzia, ma una più alta continuità eterotipica, cioè il disturbo d'ansia cambia manifestazione clinica in sintomi depressivi e viceversa (Costello et al., 2003).

#### 1.4. Eziologia del disturbo d'ansia

Le cause eziologiche del disturbo d'ansia non sono chiare; si suppone che fattori di tipo biologico, psicologico e ambientale contribuiscano all'insorgenza. Fattori di rischio riguardano diverse variabili come l'eredità genetica, ma anche lo stile genitoriale, le possibili psicopatologie genitoriali e il temperamento inibito del bambino (Pop-Jordanova, 2019). Se almeno un genitore presenta un disturbo d'ansia, il rischio che anche il figlio ne sia affetto aumenta. Il rischio aumenta esponenzialmente se entrambi i genitori ne soffrono (Al-Biltagi & Ali Sarhan, 2016). Stili genitoriali iperprotettivi, ipercontrollanti, ipercritici e trascuranti sono fattori di rischio, soprattutto se il bambino presenta un temperamento inibito, poiché vengono rinforzati meccanismi di coping disfunzionali (Al-Biltagi & Ali Sarhan, 2016). Altri fattori di rischio sono rappresentati dalla mancanza di relazioni protettive con figure di riferimento adulte (Al-Biltagi & Ali Sarhan, 2016), ed eventi ambientali stressanti, come le alte aspettative dei genitori e degli insegnanti, le ambizioni irrealistiche e le pressioni scolastiche. È comune che bambini sotto stress sviluppino sintomi psicosomatici, con una prevalenza del 2.39% (Walsh et al., 2021), con sintomi riguardanti stanchezza, mal di testa, mal di stomaco, mani sudate e pianto, comportamenti nervosi, di fuga, atteggiamenti aggressivi, difensivi e autoconsolatori, nonché disturbi d'ansia (Pop-Jordanova, 2019). Inoltre, l'esposizione prematura a eventi traumatici, come catastrofi naturali, ospedalizzazioni precoci, perdita

dei genitori, abusi, trascuratezza, ma anche il divorzio e la separazione dei genitori, aumenta il rischio di sviluppare disturbi d'ansia e depressione (Elmore & Crouch, 2020).

## CAPITOLO 2 - L'uso di strumenti testistici nella valutazione psicodiagnostica dei disturbi d'ansia

### 2.1. La valutazione psicodiagnostica – tra colloquio, osservazione e test

La valutazione psicodiagnostica è “il processo che permette di indagare la personalità del paziente e, eventualmente, di formulare una diagnosi di disturbo mentale, attraverso metodi psicologici, come il colloquio psicologico, l'osservazione clinica e la somministrazione di test” (American Psychological Association, n.d.). L'assessment psicologico è una parte della valutazione psicodiagnostica, ovvero “la raccolta e l'integrazione di dati per valutare comportamento, abilità e altre caratteristiche di una persona, in particolare ai fini della formulazione di una diagnosi o di una raccomandazione di trattamento” (APA, n.d.).

Quando si lavora coi minori, ci si avvale primariamente del colloquio con la coppia genitoriale per ricostruire la storia anamnestica del bambino. L'anamnesi è “la raccolta di informazioni del bambino circa il suo sviluppo, la sua famiglia e la sua storia medica prima della comparsa del disturbo fisico o mentale” (APA, n.d.). In questa fase, è compito del clinico indagare come è stata la gestazione, come è andato il parto, in che modo il bambino ha transitato attraverso le tappe evolutive, come è stato l'inserimento all'interno del nido/ della scuola, fino alla comparsa dei sintomi allarmanti che hanno portato i genitori a rivolgersi ad uno specialista. Inoltre, è necessario che venga indagata la storia familiare del bambino, quindi il tipo di rapporto tra i genitori, eventuali fratelli o sorelle e se è presente una rete sociale di supporto, costituita da nonni, zii, parenti e amici, nonché la presenza di un'eventuale storia medica pregressa del bambino.

L'anamnesi viene svolta all'interno del contesto del colloquio psicologico, il quale può essere libero, semi-strutturato o strutturato. Il colloquio libero si caratterizza dal fatto che è la coppia genitoriale a scegliere di cosa parlare durante l'incontro. Se condotto da un

clinico esperto, oltre ad essere la modalità più informativa, permette di costruire un rapporto di fiducia tra clinico e genitori (Epp et al., 2012), essenziale quando si parla di valutazione psicodiagnostica in ambito infantile. Il colloquio semi-strutturato si compone di domande cardine, che permettono alla coppia genitoriale, in maniera preferenziale, di parlare di alcuni aspetti del funzionamento del figlio piuttosto che di altri. Nel colloquio strutturato, il clinico pone domande predefinite alla coppia, la quale deve limitarsi a rispondere. La scelta della tipologia di colloquio deve essere fatta in base al tipo di valutazione necessaria e al livello di training del clinico, per evitare che i bias dell'intervistatore vadano a condizionare la raccolta di informazioni durante i colloqui (Epp et al., 2012). Comunque, quando si parla di disturbi d'ansia, è preferibile basare la valutazione psicodiagnostica sul colloquio libero, poiché le altre tipologie di colloquio non garantiscono che le informazioni raccolte sulle varie forme di ansia riflettano il reale grado di compromissione funzionale del bambino (Silverman & Ollendick, 2005).

L'osservazione del comportamento del bambino è un altro strumento importante nella fase di valutazione. Il clinico può osservare il comportamento del soggetto in concomitanza alla conduzione del colloquio psicologico e alla somministrazione della batteria testistica. Può essere usata in maniera indipendente, in casi particolari come con bambini molto piccoli, che non parlano ancora, con bambini con disabilità e con pazienti resistenti (Epp et al., 2012), quando l'osservazione risulta essere l'unico strumento applicabile dal clinico. Comunque, quando si parla di diagnosi di disturbo d'ansia, l'osservazione diretta come unico strumento è la modalità meno usata perché meno informativa (Silverman & Ollendick, 2005).

Come ultimo strumento usato dal clinico per la valutazione psicodiagnostica in età infantile, si ha la somministrazione della batteria testistica.



## 2.2.I test psicologici

Un test psicologico è definito come “qualsiasi strumento standardizzato, inclusi scale e self-report, usati per misurare attributi comportamentali o mentali, come atteggiamenti, funzionamento emotivo, intelligenza e abilità cognitive, attitudini, valori, interessi e caratteristiche personali” (APA, n.d.). Una diagnosi non può essere basata solo ed esclusivamente sui risultati di test psicologici. Questo perché la somministrazione dei test non deve sostituire il colloquio psicologico (Birmaher et al., 1997; Muris et al., 2004), che è l’unico strumento sempre necessario per diagnosticare se un disturbo d’ansia è attualmente presente o meno e in che grado (Muris et al., 2004). Inoltre, molti test non diagnosticano tutta la gamma di sintomi di uno specifico disturbo (Epp et al., 2012) e non colgono la complessità psicologia del bambino. La somministrazione di una batteria testistica, che deve essere personalizzata sulla base delle necessità del paziente, aiuta ad approfondire e orientare la diagnosi. Infatti, il clinico può presentare dubbi diagnostici, che possono insorgere quando il paziente esperisce una costellazione sintomatologica riconducibile a più disturbi: è questo il caso dei disturbi d’ansia e del disturbo depressivo, caratterizzati da sintomatologia simile, nonché alto grado di comorbidità e di continuità eterotipica in infanzia (Costello et al., 2003). È necessario quindi avvalersi di una diagnosi differenziale, definita come “il processo che distingue due o più condizioni simili, i quali sintomi si somigliano tanto da sovrapporsi, identificando i sintomi critici presenti in un disturbo, ma non nell’altro” (APA, n.d.).

## 2.3.Caratteristiche psicometriche dei test psicologici

Nella scelta di che test psicologici includere nella batteria testistica durante la valutazione psicodiagnostica di un soggetto, il clinico deve tenere in considerazione le caratteristiche

psicometriche di ogni test. Un test, per essere considerato un buon strumento, deve essere affidabile e valido.

Un test è affidabile se la misura ottenuta, dopo più somministrazioni, rimane invariata indipendentemente da chi è il somministratore (accordo tra osservatori), dal tempo in cui viene somministrata (stabilità temporale) e da qualunque forma alternativa del test venga somministrata (consistenza interna). L'accordo tra osservatori è "la misura in cui valutatori indipendenti producono simili punteggi nella valutazione di simili abilità o caratteristiche nello stesso gruppo di persone o oggetti. [...]. Se la consistenza è elevata, allora clinici o ricercatori con la stessa formazione produrranno punteggi simili su uno stesso target di individui oggetti; viceversa, se la consistenza è bassa" (APA, n.d.). La stabilità temporale, o affidabilità test-retest, è "la misura della coerenza nel tempo dei risultati di uno strumento di valutazione, data come correlazione dei punteggi tra la prima e la seconda somministrazione, fornendo una stima della stabilità del costrutto da valutare" (APA, n.d.). La consistenza interna, che riflette il grado di omogeneità e unidimensionalità degli stimoli, è il grado di intercorrelazione tra gli item del test, in modo che risultino coerenti tra loro e misurino lo stesso costrutto.

Un test è definito valido se misura adeguatamente il costrutto che intende misurare. Ci sono diversi tipi di validità: validità di contenuto, di criterio e di costrutto. La validità di contenuto è l'adeguatezza con cui gli item di un test rappresentano il contenuto da misurare. La validità di criterio, che è il grado di associazione tra i punteggi del test di interesse e un criterio esterno comparativo stabilito, stabilisce la validità concorrente e la validità predittiva. La prima è "il grado in cui una misurazione è supportata da un'altra misurazione correlata ottenuta nello stesso momento" (APA, n.d.); la seconda è "il grado in cui il punteggio di un test o di altre misurazioni correlano con una variabile che può essere solo valutata in un punto dopo che il test è stato somministrato o la misurazione è

stata effettuata” (APA, n.d.). La validità di costrutto è definita come “il grado con cui un test è capace di misurare un concetto, tratto o altre entità teoretiche” (APA, n.d.). Esistono due forme di validità di costrutto: la validità convergente e la validità divergente o discriminante. Un test possiede buona validità convergente quando risulta essere associato ad altri test che si ipotizza, dal punto di vista teorico, essere associati al costrutto misurato dal test in questione. La validità divergente o discriminante, invece, è “il grado in cui un test diverge da un altro test, il quale possiede costrutti concettualmente non relativi ai costrutti del primo test” (APA, n.d.).

La somministrazione di un test deve essere standardizzata. Per ottenere una standardizzazione di uno strumento di valutazione, “la validità e l’affidabilità devono essere state stabilite mediante un’indagine e un’analisi empiriche approfondite. Il test, quindi, ha regole ben definite, in modo tale che il punteggio di una persona sia un indicatore di quanto bene il soggetto ha fatto rispetto ad un grande gruppo di individui rappresentativi della popolazione per cui il test è destinato” (APA, n.d.). Il test, quindi, deve presentare stimoli identici per tutti i soggetti, i quali, durante la somministrazione, devono essere messi tutti nella stessa condizione. Inoltre, le risposte devono essere chiaramente confrontabili tra loro e registrate dal clinico in maniera scrupolosa per effettuare lo scoring.

#### 2.4.L’uso di multiple informant nell’assessment

Gli strumenti testistici in età infantile possono essere reperiti in versione self-report o proxy-report: gli strumenti self-report sono direttamente compilati dal bambino; gli strumenti proxy-report sono compilati da adulti, principalmente genitori/ caregiver (versione parent report), e alcune versioni sono state validate appositamente per le maestre (versione teacher report).

Le versioni self-report degli strumenti testistici rappresentano un efficiente metodo di identificazione dell'ansia nei bambini (Spence, 1997). Questo perché viene indagata la prospettiva del bambino, che, identificandosi, indica la presenza, la frequenza e la severità dei sintomi esperiti. I questionari self-report sono di facile e veloce somministrazione: vengono spesso utilizzati come strumenti di screening iniziale per orientare e pianificare il trattamento. L'American Psychological Association (n.d.) sottolinea come i test di screening siano progettati per essere ampiamente sensibili, anche se seguiti da test altamente specifici, necessari per confermare i risultati. Comunque, la loro utilità clinica può essere messa in discussione da una compilazione falsata, influenzata da desiderabilità sociale o comportamenti oppositivi. Inoltre, i self-report non sono applicabili a bambini al di sotto dei sei/ sette anni, poiché avrebbero difficoltà a leggere e capire gli item in autonomia.

Anche le versioni proxy-report rappresentano un efficiente metodo di identificazione dei bambini ansiosi (Spence, 1997). L'uso combinato di strumenti self-report e proxy-report è vantaggioso, poiché integra le prospettive del bambino e dell'adulto, aumentando la comprensione generale del caso. L'assessment risulta più accurato se si integra la prospettiva genitoriale, poiché il bambino potrebbe non avere piena comprensione delle proprie emozioni e dei propri sintomi (Runyon et al., 2018) o essere riluttante a descriverli accuratamente (Silverman & Ollendick, 2005). Si evidenzia, anche, il ruolo delle maestre nell'identificare i problemi di salute mentale dei bambini, soprattutto nei casi in cui le difficoltà sono riconducibili al contesto (Reardon et al., 2018): alcuni comportamenti vissuti come problematici in un ambiente, come a scuola, potrebbero non esserlo in un ambiente diverso, ad esempio all'interno della famiglia e viceversa (Silverman & Ollendick, 2005).

Tuttavia, non è raro che tra la versione self-report e quella parent report esista un forte disaccordo, evidente soprattutto quando il bambino ha disturbi d'ansia (Behrens et al., 2019). La spiegazione sta nel fatto che i bambini e i loro genitori colgono aspetti differenti del disturbo (Bowers et al., 2020). Infatti, i bambini possono essere meno consapevoli delle proprie difficoltà, possono avere difficoltà nel ricordare quando appaiono specifici sintomi, soprattutto se sono molto piccoli, o possono vergognarsi di riportarli (Rappaport et al., 2017; Runyon et al., 2018). I genitori risultano più abili a identificare sintomatologie associate a disturbi esternalizzanti, ma meno se associate a disturbi internalizzanti, come ansia e depressione (Silverman & Ollendick, 2005), oppure in contesti in cui non è prevista la presenza del genitore, come a scuola con i pari (Silverman & Ollendick, 2005; Bowers et al., 2020). Da tenere in considerazione sono anche eventuali presenze di psicopatologie nel genitore (Silverman & Ollendick, 2005; Affrunti & Woodruff-Borden, 2015). Infatti, madri con un disturbo depressivo tendono a riportare un livello di ansia nel figlio minore rispetto a quanto riportato dal figlio stesso, mentre madri con un disturbo d'ansia riportano livelli di ansia più in accordo con quelli del figlio (Affrunti & Woodruff-Borden, 2015). Appare quindi necessario l'uso combinato di entrambe le versioni, ove possibile, per avere una visione comprensiva della sintomatologia (Affrunti & Woodruff-Borden, 2015; Behrens et al., 2019).

## CAPITOLO 3 - La Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)

### 3.1. Descrizione dello strumento

La Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) è stata sviluppata dalla dott.ssa Susan H. Spence, della Griffith University del Queensland, nel 1997 in Australia, e validata in versione self-report per bambini e adolescenti dagli 8 ai 17 anni. Si tratta di uno strumento di screening che nasce per valutare la severità dei sintomi dei disturbi ansiosi più comuni in bambini e adolescenti (Spence, 1997; Ramme, 2018), facendo riferimento alle categorie diagnostiche corrispondenti nel DSM-IV (APA, 1994). La versione self-report (SCAS-C) si compone di 44 item di cui 38 valutano la specifica sintomatologia dei disturbi d'ansia, in particolare Panic Attack e Agoraphobia (PA, item 13, 21, 28, 30, 32, 34, 36, 37, 39), Separation Anxiety (SAD, item 5, 8, 12, 15, 16, 44), Obsessive-Compulsive Problems (OCD, item 14, 19, 27, 40, 41, 42), Social Phobia (SP, item 6, 7, 9, 10, 29, 35), Generalized Anxiety/ Overanxious Symptoms (GAD, item 1, 3, 4, 20, 22, 24), Physical Injury Fears (PHY, item 2, 18, 23, 25, 33). I restanti 6 item sono di riempimento (item 11, 17, 26, 31, 38, 43), cioè sono item che non riguardano i disturbi d'ansia, ma usati per ridurre il bias di risposta negativa (es. *I am good at sports*), i quali non vengono conteggiati nello scoring. Gli item sono collocati nel test mediante una sequenza randomica (Spence, 1997). Il soggetto deve indicare la frequenza con cui esperisce ogni sintomo, su una scala Likert a quattro punti: never (0), sometimes (1), often (2), always (3). Il punteggio totale è dato dalla somma dei 38 item, fino ad un massimo di 114 punti; più alto è il punteggio, maggiori saranno i sintomi esperiti (Spence, 1997). Con un punteggio uguale o maggiore di 60, il soggetto presenta un livello elevato di ansia, ma non per forza clinico (Spence, 1997). Comunque, avere meno sintomi non significa che il soggetto abbia un disturbo meno severo (Nauta et al 2003). Infatti, il test non è uno strumento diagnostico, bensì di screening, utile per orientare circa la severità dei sintomi

(Nauta et al., 2003). Inoltre, è presente un quarantacinquesimo item che indaga la presenza di qualsiasi cosa aggiuntiva spaventi il soggetto. Se la risposta è affermativa, viene chiesto di specificare meglio mediante una risposta aperta, il quale contenuto verrà ulteriormente indagato durante il colloquio psicologico.

### 3.2. Struttura e caratteristiche psicometriche

La struttura della SCAS viene spiegata mediante un modello correlazionale a sei fattori, corrispondenti alle sei dimensioni indagate nel questionario: fobia sociale, ansia di separazione, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo di panico e agorafobia, paure di farsi male e disturbo d'ansia generalizzata. Spence (1997) evidenzia come i sei fattori correlino tra loro e con un fattore superiore, rappresentato da una dimensione generale dei problemi d'ansia. Nauta e colleghi (2003), nella validazione della versione parent report della SCAS-P, ipotizzano che il disturbo d'ansia generalizzata possa essere considerato il fattore generale che spiega le intercorrelazioni tra i sei fattori. La SCAS è stata validata in molteplici Paesi, molti dei quali hanno confermato la struttura a sei fattori come Australia, Bulgaria, Brasile, Colombia, Cipro, Grecia, Iran, Italia, Messico, Spagna, Gran Bretagna e Svezia. Nonostante alcuni Paesi, come Germania, Giappone, Cina e Sud Africa evidenzino modelli a quattro e cinque fattori, il modello originale a sei fattori della SCAS è appropriato per la valutazione psicodiagnostica dei sintomi ansiosi in bambini e adolescenti di vari setting culturali (Orgilés et al., 2016; Ramme, 2018); si evidenziano, però, lievi differenze a livello metodologico, tecnico e culturale (Di Riso et al., 2013; Ramme, 2018).

La SCAS ha ottime proprietà psicometriche. Numerosi studi dimostrano l'alta affidabilità interna (Spence, 1997; Ramme, 2018; Nauta et al., 2019) e la stabilità temporale test-

retest, calcolata dopo sei mesi dalla prima somministrazione, risulta accettabile. I risultati mostrano una regressione dei sintomi ansiosi dopo sei mesi, sottendendo un genuino declino nella segnalazione degli stessi con l'età (Spence, 1997): i bambini più piccoli esperiscono l'ansia in maniera più fisica, esternalizzante (Nauta et al., 2003); gli adolescenti tendono a condividere meno i loro pensieri e sentimenti con gli adulti (Nauta et al., 2003), sottendendo una gestione della sintomatologia ansiosa più internalizzante. I genitori, quindi, potrebbero essere meno consapevoli della frequenza delle preoccupazioni nei figli più grandi. Per quanto riguarda la validità di costrutto, gli item della SCAS sono stati confrontati con quelli del Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) di Reynolds e Richmond per determinare la validità convergente e con quelli del Child Depression Inventory (CDI) di Kovacs per determinare la validità divergente. La correlazione trovata tra SCAS e CDI è più bassa rispetto a quella trovata tra SCAS e RCMAS: lo SCAS discrimina tra sintomi ansiosi e depressivi (Spence, 1998; Ramme, 2018).

Le ragazze riportano livelli di ansia più significativi rispetto ai ragazzi (Spence, 1997; APA, 2013, p. 217), tranne per quanto riguarda il disturbo ossessivo-compulsivo (Spence, 1997). Inoltre, studi dimostrano come sia madri che padri giudichino le figlie femmine più ansiose dei figli maschi (Li et al., 2016). Ecco perché il punteggio finale va interpretato separatamente in base al sesso del bambino (Spence, 1997; Ahlen et al., 2017).

### 3.3. Versioni dello strumento

#### 3.3.1. SCAS-P, parent version

La SCAS-P è la versione parent report della Spence Children's Anxiety Scale, validata da Nauta, Scholing, Rapee, Abbott, Spence e Waters nel 2003, su bambini e adolescenti



olandesi e australiani. Lo SCAS-P è raccomandato come strumento di ricerca e come strumento diagnostico in clinica, soprattutto se somministrato in concomitanza con la SCAS-C (Nauta et al., 2003). Gli item dello SCAS-P sono stati formulati dagli autori per essere il più possibile vicini agli item originali della versione self-report: gli item che si riferiscono ad uno stato interno (es. *I feel afraid*) sono stati riformulati in modo che potessero descrivere comportamenti direttamente osservabili dai genitori (es. *My child complains of feeling afraid*) (Nauta et al., 2003). La scala è composta da 38 item, poiché i 6 item di riempimento sono stati eliminati. Le risposte vengono date mediante una scala Likert a quattro punti e il punteggio viene calcolato come nella versione self-report.

La SCAS-P è accurata nella classificazione col 51.7% dei bambini in totale e discrimina correttamente l'80.5% dei bambini clinici, soprattutto se soffrono di ansia di separazione, fobia sociale, panico e agorafobia e disturbo ossessivo-compulsivo. Mostra però difficoltà nel discriminare altri tipi di ansia (Nauta et al., 2003).

I dati evidenziano caratteristiche psicometriche soddisfacenti (Nauta et al., 2003; Ramme, 2018). Gli item dello SCAS-P sono stati confrontati con quelli appartenenti alla scala internalizzante ed esternalizzante della Child Behavior Check List (CBCL) di Achenbach per testare rispettivamente la validità convergente e divergente. I risultati sono quelli attesi, cioè un'alta correlazione con la scala internalizzante ed una più bassa correlazione nella scala esternalizzante (Nauta et al., 2003).

Contrariamente a quanto evidenziato nella versione self-report, non vengono trovate influenze di età e genere (Nauta et al., 2003). Confrontando la versione self-report e parent report, l'accordo è alto per gli item che indicano comportamenti osservabili (Nauta et al., 2003), a dimostrazione di quanto sia importante utilizzare un approccio multiple informant nella valutazione psicodiagnostica in età infantile e adolescenziale (Nauta et al., 2019).

### 3.3.2. SCAS-S, short version

La SCAS-S (short version) è stata validata da Ahlen, Vigerland e Ghaderi nel 2017 su bambini svedesi. Lo scopo degli autori era di ottenere una versione più breve della SCAS-C, con uguale grado di validità di costrutto e affidabilità, al fine di creare uno strumento di screening funzionale per i bambini più piccoli, per ridurre il più possibile il tempo di somministrazione e di conseguenza limitare l'impiego attentivo richiesto (Ahlen et al., 2017). Gli autori hanno individuato 19 item sui 44 originali come compatibili con gli standard imposti. Sono risultati cinque gruppi fattoriali sui sei primariamente individuati: Separation Anxiety Disorders (SEP, item 5, 8, 44), Social Anxiety Disorder (SAD, item 6, 9, 10), Panic Disorder (PD, item 13, 21, 32, 34, 36), Specific Phobias (SP, item 2, 25, 33, 39), Generalized Anxiety Disorder (GAD, item 1, 12, 19, 22). La sub-scala Obsessive-Compulsive Disorder non è stata presa in considerazione poiché tolta dai criteri diagnostici del DSM-5 (2013); la sub-scala Physical Injury Fears non è stata presa in considerazione perché mostrava un'affidabilità interna bassa.

Per quanto riguarda le caratteristiche psicometriche, non è stata riscontrata una perdita generale di validità rispetto alla versione originale (Ahlen et al., 2017). La SCAS-S presenta da moderate a forti correlazioni con la SCAS-C, indicando buona validità convergente. Sia la SCAS-C che la SCAS-S mostrano correlazioni minori con la sub-scala dei problemi dei pari dello Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) di Goodman, suggerendo evidenze per una buona validità divergente (Ahlen et al., 2017). Inoltre, le ragazze riportano punteggi sintomatici di ansia totale maggiori dei maschi (Ahlen et al., 2017), risultati riportati anche dagli studi originali di Spence (1997). Comunque, i risultati psicometrici dovrebbero essere interpretati con cautela perché la

validità di costrutto è stata valutata solo per il campione clinico; inoltre, l'affidabilità test-retest non è stata valutata.

### 3.3.3. SCAS-8, brief version

Nel 2018 è stata validata una brief version della SCAS in versione self-report, parent report e teacher report per bambini dai 7 agli 11 anni da Reardon, Spence, Hesse, Shakir e Creswell. Gli item sono stati ridotti da 44 a 8, cercando di massimizzarne il numero comune tra le tre versioni. Le sub-scale presenti riguardano le dimensioni di Generalized Anxiety, Separation Anxiety e Panic/ Agoraphobia. La sub-scala Social Anxiety è stata inclusa solo per la versione parent report e teacher report; la sub-scala Obsessive-Compulsive Disorder non è stata presa in considerazione, poiché tolta dai criteri diagnostici del disturbo d'ansia nel DSM-5 (APA, 2013).

La brief version della SCAS identifica correttamente 89% dei bambini clinici quando tutte e 3 le versioni sono usate insieme. La percentuale cala quando vengono usate insieme solo la versione self-report e teacher report (Reardon et al., 2018). Infatti, gli stessi autori sottolineano l'importanza di un approccio multiple informant nella valutazione diagnostica dei disturbi d'ansia nei bambini, poiché diverse fonti si differenziano nella capacità di identificare i sintomi in diversi tipi di ansia (Reardon et al., 2018).

La brief version presenta buone caratteristiche psicometriche, anche se non forti come nella versione originale di Spence (1997). Per quanto riguarda la validità di costrutto, sono state trovate correlazioni significative e soddisfacenti tra le varie versioni della SCAS-8 e le sub-scale dell'SDQ (Reardon et al., 2019).

Anche per la brief version, i punteggi di ansia totale sono maggiori nelle femmine. Questo dato, però, non viene registrato per la versione parent e teacher report (Reardon et al., 2018). La brief version aumenta le possibilità di applicazione dove un solo informant

potrebbe essere disponibile, costituendo un valido strumento di screening per bambini che esperiscono livelli eccessivi di ansia nelle scuole (Reardon et al., 2018): essendo composta da solo otto item, è molto veloce.

#### 3.3.4. SCAS-it, validazione italiana

La versione italiana della SCAS è stata validata nel 2013 da Di Riso, Chessa, Bobbio e Lis su un campione di quasi 1400 bambini di età compresa tra 8 e 10 anni. Le analisi statistiche supportano la presenza di un modello a sei fattori correlati, leggermente diverso rispetto alla versione originale di Spence (1997). Ciò è dovuto a differenze metodologiche, teoriche e culturali. Infatti, due item originari della SCAS-C sono stati esclusi: l'item 28, perché ritenuto non appropriato riguardo le caratteristiche psicometriche necessarie e l'item 40, perché giudicato non in grado di discriminare i disturbi d'ansia nei bambini italiani. Un item come "*I have to do some things over and over again – like washing my hands, cleaning or putting things in a certain order*" sarebbe stato poco chiaro e non culturalmente appropriato per la popolazione italiana, poiché i genitori italiani sono caratterizzati da alti livelli di controllo, iper-protezione e intrusività (Di Riso et al., 2013).

Per quanto riguarda le caratteristiche psicometriche della versione, affidabilità e validità di costrutto sono appropriate (Di Riso et al., 2013). Dall'analisi dei dati è emerso che i ragazzi italiani riportano valori di ansia più alti rispetto al campione australiano, olandese e tedesco. Infatti, il 15% dei ragazzi in Italia è a rischio sviluppo disturbo d'ansia (Di Riso et al., 2013). In linea con gli studi precedenti, le ragazze mostrano livelli più alti di ansia rispetto ai ragazzi (Lis et al., 2013, pp. 101-113).

## CAPITOLO 4 - Lo Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)

### 4.1. Descrizione dello strumento

Lo Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) è uno degli strumenti di screening più comuni usati per identificare l'ansia in bambini e adolescenti di età compresa tra i 9 e i 18 anni. Si tratta di un questionario self-report, sviluppato sulle categorie diagnostiche relative ai disturbi d'ansia descritte nel DSM-IV (APA, 1994). La prima versione dello SCARED è stata validata da Birmaher e colleghi nel 1997 e si compone di 38 item. Gli item riguardano le dimensioni di Disturbo di Panico/ Somatico (PD, 13 item), Disturbo d'Ansia Generalizzata (GAD, 9 item), Disturbo d'Ansia di Separazione (SAD, 8 item), Disturbo d'Ansia Sociale (SA, 4 item) e Ansia Scolare (ScA, 4 item). Nonostante quest'ultima non sia una categoria diagnostica descritta nel DSM-IV, rappresenta una delle fobie più comuni tra i bambini, presente il più delle volte anche in comorbilità con altri disturbi d'ansia (Birmaher et al., 1997); perciò è stata presa in considerazione. Per il punteggio, viene utilizzata una scala Likert a 3 punti: not true or hardly ever true (0), sometimes (1), true or often true (2). Il punteggio sopra il quale è probabile che il soggetto abbia una severità dei sintomi ansiosi tale da sviluppare una psicopatologia è 15 (Birmaher et al., 1997).

Ne segue una seconda versione revisionata composta da 41 item (Birmaher et al., 1999), che mostra una struttura sovrapponibile alla versione precedente. Il punteggio cut-off individuato per la versione self-report e parent report è di 25 (Bodden et al., 2009).

Oltre alla versione self-report, è presente anche una validazione parent report. Diversi studi dimostrano come la parent report dovrebbe essere considerata una misura stabile quando usata per valutare le percezioni genitoriali sui sintomi dei propri bambini e adolescenti (Runyon et al., 2018).

#### 4.2. Struttura e caratteristiche psicometriche

Lo SCARED presenta una struttura a cinque fattori, corrispondenti alle dimensioni indagate nel test: Disturbo d'Ansia Generalizzata, Disturbo d'Ansia di Separazione, Disturbo di Panico, Disturbo d'Ansia Sociale e Ansia Scolare (Birmaher et al., 1997; Muris et al., 1998). Questa struttura viene confermata in molteplici studi cross-culturali, in particolare per le validazioni in Brasile, Iran, Germania, Cina, Arabia Saudita e USA (Runyon et al., 2018). Lo SCARED, perciò, risulta essere uno strumento affidabile per la valutazione psicodiagnostica dei sintomi ansiosi in bambini e adolescenti provenienti da vari setting culturali e linguistici (Runyon et al., 2018).

Per quanto riguarda le caratteristiche psicometriche, lo SCARED mostra buona affidabilità interna e buona affidabilità test-retest (Birmaher et al., 1997; Rappaport et al., 2017). Buona è anche la validità discriminante, in particolare tra bambini con e senza ansia, con disturbo di panico/ somatico, ansia di separazione, ansia scolare e con disturbo del comportamento dirompente (Birmaher et al., 1997; Lis et al., 2013, pp. 133-142). Inoltre, lo SCARED discrimina bene tra il disturbo d'ansia e il disturbo depressivo, poiché gli item comuni a entrambi i disturbi, come stanchezza, problemi di sonno e irritabilità, sono stati esclusi (Birmaher et al., 1997).

Sono presenti correlazioni moderate tra la versione self-report e parent report (Birmaher et al., 1997). Correlazioni più basse sono evidenti per comportamenti internalizzanti, ad esempio per la fobia sociale, mentre accordi più elevati sono evidenti per comportamenti esternalizzanti, come per l'ansia di separazione e l'ansia scolare (Birmaher et al., 1997). I dati evidenziano come, nella versione self-report, i bambini più piccoli abbiano punteggi maggiori nella sub-scala dell'ansia di separazione, mentre nella versione parent report non sono state riscontrate differenze di età (Birmaher et al., 1997). Per quanto riguarda differenze di genere, entrambe le versioni mostrano punteggi più elevati per ansia

generalizzata, ansia di separazione, disturbo di panico e fobia scolastica nelle femmine piuttosto che nei maschi (Birmaher et al., 1997).

#### 4.3. Versioni dello strumento

##### 4.3.1. SCARED-R

Lo SCARED-R è stato validato da Muris, Merckelbach, Schmidt e Mayer nel 1998 su bambini olandesi dagli 8 ai 13 anni. Si tratta di una versione dello SCARED composta da 66 item. Gli item riguardano le dimensioni del disturbo d'ansia di separazione (8 item), disturbo d'ansia generalizzata (9 item), disturbo di panico (13 item), fobia sociale (4 item), specifiche fobie (15 item), fobia scolastica (4 item), disturbo ossessivo-compulsivo (9 item) e disturbo da stress post-traumatico (4 item). Nonostante la prevalenza del PTSD e del DOC sia molto bassa (Muris et al., 1998), gli item relativi a queste due sotto-scale sono stati integrati nella versione, così da permettere una valutazione dell'intero spettro dei sintomi ansiosi in bambini e adolescenti, in accordo con le categorie diagnostiche del DSM-IV (Muris et al., 1998; Muris et al., 2004). Muris e colleghi (1998) mantengono invariata la struttura dello SCARED, apportando però delle modifiche. Gli item riguardanti le fobie scolastiche sono stati raggruppati nella sub-scala dell'ansia di separazione. Questo perché, secondo il DSM-III-R (1987), le fobie scolastiche sono un sintomo dell'ansia di separazione. Inoltre, sono stati aggiunti 15 nuovi item per identificare fobie specifiche. Questo perché il DSM-IV (1994) distingue tra diversi tipi di fobie, cioè situazionali e ambientali, riguardanti animali e sangue-iniezioni-ferite. Il punteggio viene calcolato su una scala Likert a 3 punti: almost never (0), sometimes (1), often (2). Sommando gli item relativi ad ogni sub-scala, si ottiene il punteggio relativo ad ogni dimensione, nonché quello totale. Il punteggio cut-off è identificato a 33 punti (Muris et al., 2004).

La versione parent-report della SCARED-R contiene gli stessi item della versione self-report, eccetto per gli item che sono stati riformulati per essere in linea col punto di vista del genitore (Muris et al., 2004).

Le analisi psicometriche hanno evidenziato come lo SCARED-R mostri un'adeguata affidabilità interna, con sufficiente stabilità test-retest e accettabile validità di contenuto (Muris et al., 1998; Muris et al., 2004; Bodden et al., 2009). Lo strumento discrimina in maniera soddisfacente bambini con disturbi d'ansia da bambini con disturbi dell'umore e del comportamento dirompente, ADHD e da bambini senza disturbi d'ansia (Muris et al., 1998; Muris et al., 2004; Bodden et al., 2009). Il punteggio totale dello SCARED-R è significativamente associato con la scala dei problemi internalizzanti della CBCL, ma non con quella dei problemi esternalizzanti. Ciò sottende una buona capacità discriminante generale (Muris et al., 2004), anche se meno per fobie specifiche, disturbo d'ansia generalizzato e disturbo d'ansia di separazione. Queste ultime, infatti, sono caratterizzate da una comorbidità elevata (Muris et al., 2004). Comunque, la validazione dello SCARED-R mostra caratteristiche psicometriche adeguate per tutte le sotto-scale, tranne per quelle del PTSD e del disturbo ossessivo-compulsivo (Muris et al., 1998).

I dati mostrano che, con la crescita, i sintomi del disturbo di panico e del disturbo d'ansia generalizzato aumentano, mentre un decremento caratterizza i sintomi di fobie specifiche e del disturbo d'ansia di separazione (Muris et al., 1998, Muris et al., 2004). In linea con la maggior parte degli studi sui disturbi d'ansia, le femmine risultano avere punteggi di ansia maggiori dei maschi (Muris et al., 1998, Muris et al., 2004).



#### 4.3.2. SCARED-71

La versione composta da 71 item è stata validata da Bodden, Bögels e Muris nel 2009 su un campione di bambini tra gli 8 e i 18 anni. Nonostante lo SCARED-R sia ritenuto uno strumento valido e affidabile, la nuova versione aggiunge cinque item alla sottoscala delle fobie sociali (Bodden et al., 2009). La struttura rimane invariata rispetto la versione precedente, con l'aggiunta, appunto, di item che riguardano la paura di interazioni con persone non familiari, paura di essere valutati e aspetti di carattere psico-fisiologico. La frequenza dei sintomi esperiti viene calcolata mediante una scala Likert a 3 punti: almost never (0), sometimes (1), often (2); il tempo di somministrazione è di 15 minuti. Il punteggio ottenuto varia da 0 a 142 e il cut-off è individuato su un punteggio maggiore o uguale a 30 nella versione self-report e maggiore o uguale a 21 nella versione parent report. Quest'ultima risulta uno strumento di screening più affidabile nell'identificare bambini con disturbi d'ansia rispetto alla versione self-report (Bodden et al., 2009).

L'affidabilità interna è alta sul punteggio totale, sia per la versione self-report che per la versione parent report (Bodden et al., 2009; Runyon et al., 2018). La validità discriminante è buona; ciò indica che il gruppo dei bambini clinici riporta significativamente più ansia rispetto al gruppo dei bambini di controllo, anche nella versione parent report (Bodden et al., 2009). Le ragazze riportano alti livelli di sintomi d'ansia nelle sotto-scale del disturbo di panico, fobia sociale, ansia generalizzata e fobie per sangue-iniezioni-ferite rispetto ai ragazzi (Bodden et al., 2009). Invece, i genitori non riportano differenze di sesso nel punteggio totale (Bodden et al., 2009).

Panico, ansia generalizzata e fobia sociale sono più frequentemente riportati da ragazzi di età tra i 12 e i 18 anni; i bambini sotto i 12 anni, congiuntamente ai genitori, riportano alti

livelli di ansia di separazione, fobie di sangue-iniezioni-ferite, fobie situazionali e riguardanti animali (Bodden et al., 2009).

Lo SCARED-71 è uno strumento che predice accuratamente il disturbo di panico, ansia di separazione, fobia sociale e fobie specifiche (Bodden et al., 2009) e rispetta i criteri psicometrici minimi raccomandati per gli strumenti di screening (Runyon et al., 2018). Invece, il disturbo d'ansia di separazione non è predetto significativamente da nessuno delle sub-scale presenti. Gli autori pensano che i bambini abbiano difficoltà a capire il concetto di "preoccupazione", oppure che il termine sia così generale da poter essere applicato ad ogni sub-scala (Bodden et al., 2009).

Con l'introduzione del DSM-5 (APA, 2013), è stato necessario revisionare lo SCARED-71, poiché costruito sulle categorie diagnostiche della versione precedente. In generale, l'affidabilità interna e la validità convergente dello strumento in relazione alla nuova versione del DSM-5 risultano buone e soddisfacenti (Möller et al., 2014; Chang e Leung, 2015). L'accordo tra la versione self-report e parent report è rimasto invariato, tranne per le sotto-scale del disturbo d'ansia di separazione e dell'ansia sociale (Möller et al., 2014). Infatti, quest'ultima presenta un accordo minore tra le due versioni rispetto alle altre scale (Möller et al., 2014; Chan e Leung, 2015; Rappaport et al., 2017).

#### 4.3.3. SCARED, validazione italiana

La versione italiana dello SCARED è stata validata nel 2006 da Ogliari e collaboratori durante uno studio sulle influenze genetiche e ambientali dell'ansia in coppie di gemelli dagli 8 ai 17 anni. La struttura dello SCARED con 41 item di Birmaher e colleghi (1999) è stata modificata, eliminando 7 item, portando così a 34 item lo strumento validato. Sono stati individuati quattro fattori, corrispondenti alle categorie diagnostiche del DSM-IV,

nello specifico disturbo d'ansia generalizzato (GAD), disturbo di panico (PD), disturbo d'ansia di separazione (SAD) e fobia sociale (SP). Ogni scala contiene gli item della versione originale, eccetto per il GAD che ha acquisito un item appartenente alla sub-scala PD (Ogliari et al., 2006). Non è stata trovata la presenza di un quinto fattore, originariamente associato da Birmaher e colleghi (1999) all'ansia scolare (ScP) (Ogliari et al., 2006). Le analisi statistiche mostrano una buona affidabilità interna per la versione italiana (Ogliari et al., 2006). Inoltre, le differenze di genere nei punteggi confermano ancora una volta la relativa letteratura (Ogliari et al., 2006; Crocetti et al., 2009).

Scaini e colleghi (2017) hanno condotto uno studio per valutare l'accordo tra la versione self-report e parent report dello SCARED validata in Italia da Ogliari e colleghi (2006). I risultati mostrano come ci siano da moderati a forti correlazioni tra le due versioni, in particolare con un aumento dell'accordo inter-report all'aumentare dell'età dei figli (Scaini et al., 2017). Sono state individuate due tipi di strutture: una a cinque fattori per la versione parent report, corrispondente a quella originale trovata da Birmaher e colleghi (1997), e una a sei fattori per la versione self-report. Il sesto fattore è rappresentato dalla sub-scala "Worry about Parent", che indica la preoccupazione per l'incolumità dei genitori, associata alla dimensione dell'ansia di separazione, la quale ha l'accordo inter-report maggiore (Scaini et al., 2017).

Nel 2009 è stato condotto un altro studio di validazione italiana da Crocetti e colleghi riguardo la versione dello SCARED di 38 item su ragazzi italiani di età compresa tra gli 11 e i 18 anni. I risultati sono stati confrontati con quelli di coetanei olandesi, evidenziando come gli adolescenti italiani mostrino livelli di ansia più elevati, soprattutto per il GAD, l'ansia scolastica e il disturbo di panico (Crocetti et al., 2009), mentre le ragazze abbiano punteggi più alti nelle sub-scale del disturbo di panico, ansia di separazione, ansia generalizzata e ansia sociale (Crocetti et al., 2009). I dati, quindi,

confermano che le ragazze adolescenti hanno punteggi di ansia maggiore rispetto alle bambine. La differenza tra maschi di età diverse è meno pronunciata (Crocetti et al., 2009). In conclusione, anche la versione italiana a 38 item risulta essere uno strumento affidabile per valutare sintomi d'ansia in adolescenti italiani (Crocetti et al., 2009).

## CONCLUSIONI - SCAS e SCARED, un confronto

Entrambi i test risultano ottimi strumenti di screening per i disturbi d'ansia (Rappaport et al., 2017; Nauta et al., 2019), poiché non sono stati adattati da una versione originale per adulti, bensì sono stati sviluppati appositamente per bambini e adolescenti (Ahlen et al., 2017). Inoltre, le versioni gratuite self-report e proxy-report sono facilmente reperibili online, specialmente per quanto riguarda la SCAS. Entrambi i test sono due dei pochi strumenti che valutano le differenti forme dei disturbi d'ansia (Spence, 1997; Birmaher, 1997), anche se basati sulle categorie diagnostiche del DSM-IV (1994). Infatti, nella quinta edizione del manuale (2013), sono state eliminate dalle categorie diagnostiche del disturbo d'ansia il disturbo ossessivo-compulsivo e il disturbo da stress post-traumatico. Ciò ha comportato la necessità di ulteriori analisi statistiche per confermare la validità delle dimensioni che compongono le scale. Lo Spence Children's Anxiety Scale, mediante la validazione delle versioni a 8 item (Reardon et al., 2018) e a 19 item (Ahlen et al., 2017) validate già sul DSM-5 (2013), non ha mostrato variazioni nell'affidabilità e nella validità rispetto alla versione originale della Spence (1997); lo Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders a 71 item (Bodden et al., 2009; Möller et al., 2014), basato prima su categorie diagnostiche del DSM-III-TR (1987) e poi su quelle del DSM-IV (1994) mostra che, a confronto col DSM-5 (2013), l'affidabilità interna e la validità convergente risultano buone e soddisfacenti (Möller et al., 2014; Chang e Leung, 2015). Nonostante la SCAS sia stata validata originariamente sulla popolazione generale (Spence, 1997; Lis et al., 2013; Reardon et al., 2018), risultando migliore nella discriminazione dei diversi tipi di ansia, le analisi statistiche condotte sullo SCARED evidenziano un più alto grado di affidabilità e validità in un'ottica multiple informant (Affrunti et al., 2015; Pereira et al., 2015; Rappaport et al., 2017; Behrens et al., 2019; Bowel et al., 2020).



## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI

- Adibelli, D., & Sümen, A. (2020). The effect of the coronavirus (COVID-19) pandemic on health-related quality of life in children. *Children and Youth Services Review, 119*, 105595.
- Affrunti, N. W., & Woodruff-Borden, J. (2015). The effect of maternal psychopathology on parent–child agreement of child anxiety symptoms: A hierarchical linear modeling approach. *Journal of Anxiety Disorders, 32*, 56-65.
- Ahlen, J., Vigerland, S., & Ghaderi, A. (2018). Development of the Spence Children’s Anxiety Scale-short version (SCAS-S). *Journal of psychopathology and behavioral assessment, 40*(2), 288-304.
- Al-Biltagi, M., & Sarhan, E. A. (2016). Anxiety disorder in children: review. *J. Paedi. Care. Inol, 1*(1), 18-28.
- American Psychiatric Association (2000), Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR), trad. it. Masson, Milano 2001, 429-484.
- American Psychiatric Association (2013), Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali, Quinta edizione (DSM-5), trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2014, 217-269.
- APA Dictionary of Psychology*. (s.d.). APA Dictionary of Psychology.  
<https://dictionary.apa.org/>
- Behrens, B., Swetlitz, C., Pine, D. S., & Pagliaccio, D. (2019). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Informant discrepancy, measurement invariance, and test–retest reliability. *Child Psychiatry & Human Development, 50*(3), 473-482.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S. M. (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED):

- Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553.
- Bodden, D. H., Bögels, S. M., & Muris, P. (2009). The diagnostic utility of the screen for child anxiety related emotional disorders-71 (SCARED-71). *Behaviour research and therapy*, 47(5), 418-425.
- Bowers, M. E., Reider, L. B., Morales, S., Buzzell, G. A., Miller, N., Troller-Renfree, S. V., ... & Fox, N. A. (2020). Differences in parent and child report on the screen for child anxiety-related emotional disorders (SCARED): Implications for investigations of social anxiety in adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 48(4), 561-571.
- Chan, S. M., & Leung, C. H. (2015). Factor structure of the screen for child anxiety-related emotional disorders (SCARED) in a community sample of Hong Kong Chinese adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(5), 671-682.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*, 60(8), 837-844.
- Creswell, C., Waite, P., & Cooper, P. J. (2014). Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Archives of disease in childhood*, 99(7), 674-678.
- Crocetti, E., Hale III, W. W., Fermani, A., Raaijmakers, Q., & Meeus, W. (2009). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in the general Italian adolescent population: A validation and a comparison between Italy and The Netherlands. *Journal of anxiety disorders*, 23(6), 824-829.



- Di Riso, D., Chessa, D., Bobbio, A., & Lis, A. (2013). Factorial structure of the SCAS and its relationship with the SDQ: A study with Italian children. *European Journal of Psychological Assessment, 29*(1), 28.
- 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.
- Epp, A. M., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2012). Psychopathology: Diagnosis, Assessment, and Classification, 225-233.
- Li, J. B., Delvecchio, E., Di Riso, D., Nie, Y. G., & Lis, A. (2016). The parent-version of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS-P) in Chinese and Italian community samples: Validation and cross-cultural comparison. *Child Psychiatry & Human Development, 47*(3), 369-383.
- Lis A., Di Riso D., Mazzeschi C., Chessa D. (2013). *La valutazione dell'adattamento psicologico del bambino - i self-report* (5<sup>a</sup> ed.). Raffaello Cortina Editore, 171-181.
- Möller, E. L., Majdandžić, M., Craske, M. G., & Bögels, S. M. (2014). Dimensional assessment of anxiety disorders in parents and children for DSM-5. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 23*(3), 331-344.
- Muris, P., Dreessen, L., Bögels, S., Weckx, M., & van Melick, M. (2004). A questionnaire for screening a broad range of DSM-defined anxiety disorder symptoms in clinically referred children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(4), 813-820.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., & Mayer, B. (1998). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences, 26*(1), 99-112.

- Nauta, M. H., Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H., & Waters, A. (2004). A parent-report measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behaviour research and therapy*, *42*(7), 813-839.
- Ogliari, A., Citterio, A., Zanoni, A., Fagnani, C., Patriarca, V., Cirrincione, R., ... & Battaglia, M. (2006). Genetic and environmental influences on anxiety dimensions in Italian twins evaluated with the SCARED questionnaire. *Journal of anxiety disorders*, *20*(6), 760-777.
- Orgilés, M., Fernandez-Martinez, I., Guillen-Riquelme, A., Espada, J. P., & Essau, C. A. (2016). A systematic review of the factor structure and reliability of the Spence Children's Anxiety Scale. *Journal of Affective Disorders*, *190*, 333-340.
- Pop-Jordanova, N. (2019). Different Clinical Expression of Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Assessment and Treatment. *PRILOZI*, *40*(1), 5-40.
- Ramme, R. (2018). *Spence Children's Anxiety Scale: An Overview of Psychometric Findings*. SCAS Home - The Spence Children's Anxiety Scale. <https://www.scaswebsite.com/wp-content/uploads/2021/07/Ramme-SCAS-Psychomet-evidence.pdf>
- Rappaport, B. I., Pagliaccio, D., Pine, D. S., Klein, D. N., & Jarcho, J. M. (2017). Discriminant validity, diagnostic utility, and parent-child agreement on the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in treatment-and non-treatment-seeking youth. *Journal of Anxiety Disorders*, *51*, 22-31.
- Reardon, T., Spence, S. H., Hesse, J., Shakir, A., & Creswell, C. (2018). Identifying children with anxiety disorders using brief versions of the Spence Children's Anxiety Scale for children, parents, and teachers. *Psychological assessment*, *30*(10), 1342.

- Rector, N. A., Bourdeau, D., Kitchen, K., & Joseph-Massiah, L. (2016). *Anxiety disorders: An information guide*. Centre for Addiction and Mental Health, 1-20.
- Runyon, K., Chesnut, S. R., & Burley, H. (2018). Screening for childhood anxiety: A meta-analysis of the screen for child anxiety related emotional disorders. *Journal of affective Disorders, 240*, 220-229.
- Scaini, S., Ogliari, A., De Carolis, L., Bellodi, L., Di Serio, C., & Brombin, C. (2017). Evaluation of mother-child agreement and factorial structures of the SCARED questionnaire in an Italian clinical sample. *Frontiers in psychology, 8*, 242.
- Silverman, W. K., & Ollendick, T. H. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(3), 380-411.
- Simon, E., & Bögels, S. M. (2009). Screening for anxiety disorders in children. *European child & adolescent psychiatry, 18*(10), 625-634.
- Spence, S. H. (1997). Spence children's anxiety scale. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Spence, S. H. (s.d.). *SCAS home - the spence children's anxiety scale*. The Spence Children's Anxiety Scale. <https://www.scaswebsite.com/>
- United Nations Children's Fund, The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health, UNICEF, New York, October 2021, <https://blog.unicef.se/wp-content/uploads/2021/10/sowc-2021-full-report-english.pdf>, 37.
- Walsh, K., Furey, W. J., & Malhi, N. (2021). Narrative review: COVID-19 and pediatric anxiety. *Journal of Psychiatric Research, 144*, 421-426.



APPENDICE 1

Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)<sup>1</sup>

Your Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Please put a circle around the word that shows how often each of these things happen to you.

There are no right or wrong answers.

1. I worry about things..... Never Sometimes Often Always
2. I am scared of the dark..... Never Sometimes Often Always
3. When I have a problem, I get a  
funny feeling in my stomach..... Never Sometimes Often Always
4. I feel afraid..... Never Sometimes Often Always
5. I would feel afraid of being on  
my own at home.....Never Sometimes Often Always
6. I feel scared when I have to take a test..... Never Sometimes Often Always
7. I feel afraid if I have to use public toilets  
or bathrooms.....Never Sometimes Often Always
8. I worry about being away from my parents.....Never Sometimes Often Always
9. I feel afraid that I will make a fool  
of myself in front of people..... Never Sometimes Often Always
10. I worry that I will do badly  
at my school work..... Never Sometimes Often Always
11. I am popular amongst other kids  
my own age..... Never Sometimes Often Always
12. I worry that something awful will happen  
to someone in my family..... Never Sometimes Often Always

---

<sup>1</sup> versione self-report di Spence (1997)

13. I suddenly feel as if I can't breathe  
when there is no reason for this..... Never Sometimes Often Always
14. I have to keep checking that I have done  
things right (like the switch is off, or  
the door is locked)..... Never Sometimes Often Always
15. I feel scared if I have to sleep on my own..... Never Sometimes Often Always
16. I have trouble going to school in the  
mornings because I feel nervous or afraid..... Never Sometimes Often Always
17. I am good at sports..... Never Sometimes Often Always
18. I am scared of dogs..... Never Sometimes Often Always
19. I can't seem to get bad or silly thoughts  
out of my head..... Never Sometimes Often Always
20. When I have a problem, my heart beats  
really fast..... Never Sometimes Often Always
21. I suddenly start to tremble or shake when  
there is no reason for this.....Never Sometimes Often Always
22. I worry that something bad will happen to me... Never Sometimes Often Always
23. I am scared of going to the doctors or dentists...Never Sometimes Often Always  
When I have a problem, I feel shaky..... Never Sometimes Often Always
24. I am scared of being in high places  
or lifts (elevators)..... Never Sometimes Often Always
25. I am a good person..... Never Sometimes Often Always
26. I have to think of special thoughts to stop bad  
things from happening (like numbers or  
words)..... Never Sometimes Often Always

27. I feel scared if I have to travel in the car,  
or on a bus or a train..... Never Sometimes Often Always
28. I worry what other people think of me..... Never Sometimes Often Always
29. I am afraid of being in crowded places (like  
shopping centres, the movies, buses, busy  
playgrounds) ..... Never Sometimes Often Always
30. I feel happy..... Never Sometimes Often Always
31. All of a sudden I feel really scared for  
no reason at all..... Never Sometimes Often Always
32. I am scared of insects or spiders..... Never Sometimes Often Always
33. I suddenly become dizzy or faint when  
there is no reason for this..... Never Sometimes Often Always
34. I feel afraid if I have to talk in front  
of my class..... Never Sometimes Often Always
35. My heart suddenly starts to beat too quickly  
for no reason..... Never Sometimes Often Always
36. I worry that I will suddenly get a scared feeling  
when there is nothing to be afraid  
of..... Never Sometimes Often Always
37. I like myself..... Never Sometimes Often Always
38. I am afraid of being in small closed places,  
like tunnels or small rooms..... Never Sometimes Often Always
39. I have to do some things over and over again  
(like washing my hands, cleaning or putting  
things in a certain order)..... Never Sometimes Often Always

40. I get bothered by bad or silly thoughts  
or pictures in my mind..... Never Sometimes Often Always
41. I have to do some things in just the right  
way to stop bad things happenin..... Never Sometimes Often Always
42. I am proud of my school work..... Never Sometimes Often Always
43. I would feel scared if I had to stay away  
from home overnight..... Never Sometimes Often Always
44. Is there something else that you are really afraid of? ..... YES NO  
Please write down what it is \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- How often are you afraid of this thing? ..... Never Sometimes Often Always



APPENDICE 2

Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)<sup>2</sup>

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Below is a list of sentences that describe how people feel. Read each phrase and decide if it is “Not True or Hardly Ever True (0)” or “Somewhat True or Sometimes True (1)” or “Very True or Often True (2)” for you. Then for each sentence, fill in one circle that corresponds to the response that seems to describe you for the last 3 months.

		0	1	2
1.	When I feel frightened, it is hard for me to breathe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	I get headaches when I am at school	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	I don't like to be with people I don't know well	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	I get scared if I sleep away from home	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	I worry about other people liking me	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	When I get frightened, I feel like passing out	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	I am nervous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<sup>2</sup> versione self-report di Birmaher e colleghi (1999)

8.	I follow my mother or father wherever they go	0	0	0
9.	People tell me that I look nervous	0	0	0
10.	I feel nervous with people I don't know well	0	0	0
11.	I get stomachaches at school	0	0	0
12.	When I get frightened, I feel like I am going crazy	0	0	0
13.	I worry about sleeping alone	0	0	0
14.	I worry about being as good as other kids	0	0	0
15.	When I get frightened, I feel like things are not real	0	0	0
16.	I have nightmares about something bad happening to my parents	0	0	0
17.	I worry about going to school	0	0	0
18.	When I get frightened, my heart beats fast	0	0	0
19.	I get shaky	0	0	0
20.	I have nightmares about something bad happening to me	0	0	0

21.	I worry about things working out of me	0	0	0
22.	When I get frightened, I sweat a lot	0	0	0
23.	I am a worrier	0	0	0
24.	I get really frightened for no reason at all	0	0	0
25.	I am afraid to be alone in the house	0	0	0
26.	It is hard for me to talk with people I don't know well	0	0	0
27.	When I get frightened, I feel like I am choking	0	0	0
28.	People tell me that I worry too much	0	0	0
29.	I don't like to be away from my family	0	0	0
30.	I am afraid of having anxiety (or panic) attacks	0	0	0
31.	I worry that something bad might happen to my parents	0	0	0
32.	I feel shy with people I don't know well	0	0	0
33.	I worry about what is going to happen in the future	0	0	0
34.	When I get frightened, I feel like throwing up	0	0	0

35.	I worry about how well I do things	o	o	o
36.	I am scared to go to school	o	o	o
37.	I worry about things that have already happened	o	o	o
38.	When I get frightened, I feel dizzy	o	o	o
39.	I feel nervous when I am with other children or adults and I have to do something while they watch me (for example: read aloud, speak, play a game, play a sport)	o	o	o
40.	I feel nervous when I am going to parties, dances, or any place where there will be people that I don't know well	o	o	o
41.	I am shy	o	o	o