

STUDIO DI VALIDAZIONE DELLA VERSIONE ITALIANA DEL CHILDHOOD ANXIETY SENSITIVITY INDEX (CASI)

Michele Simeone¹, Gabrielle Coppola², Antonietta Curci², Marvita Goffredo¹, Wendy K. Silverman³, Maria Grazia Foschino Barbaro^{1,4}

¹ Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva S.r.l. (AIPC), Bari, Italia

² Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Italia

³ Child Study Center, Yale University School of Medicine, New Haven, USA

⁴ Servizio di Psicologia, P.O. "Giovanni XXIII", Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari, Italia

Corrispondenza

E-mail: michelesimeone@mail.com

Riassunto

Oggetto: Il Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI) è un questionario self-report a 18 item per bambini e adolescenti che misura la tendenza a spaventarsi delle sensazioni legate all'ansia, interpretate come segnali di compromissione fisica, psicologica o sociale (anxiety sensitivity). Il presente studio esamina l'attendibilità e la struttura fattoriale della versione italiana del CASI.

Metodo: Il questionario è stato somministrato ad un campione di 392 ragazzi di età compresa tra 8 e 17 anni reclutati in cinque scuole situate in due regioni del Centro e Sud Italia.

Risultati: I risultati mostrano che la versione italiana del CASI ha una buona affidabilità ($\alpha=0,79$). Un modello con quattro fattori di primo ordine (preoccupazioni per le malattie, preoccupazioni di instabilità, preoccupazioni mentali e preoccupazioni sociali) correlati o organizzati in modo gerarchico con un fattore di secondo ordine (Global Anxiety Sensitivity) risulta il modello con i migliori indici di fit, in linea con modelli testati in altri contesti culturali.

Conclusioni: Ulteriori studi saranno necessari per approfondire la capacità dello strumento di predire lo sviluppo di disturbi d'ansia e depressivi in questa fascia della popolazione, nonché per testare la predittività differenziale delle singole sottoscale.

Parole chiave: anxiety sensitivity, Childhood Anxiety Sensitivity Index, analisi fattoriale confermativa, studio di validazione, attendibilità

A VALIDATION STUDY OF THE ITALIAN VERSION OF THE CHILDHOOD ANXIETY SENSITIVITY INDEX (CASI)

Abstract

Objective: The Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI) is an 18-item self-report questionnaire for children and adolescents assessing the tendency to be afraid of feelings related to anxiety, interpreted as signs

SOTTOMESSO NOVEMBRE 2018, ACCETTATO GIUGNO 2019

of physical, psychological or social impairment (anxiety sensitivity). This study aimed at investigating the reliability and the factor structure of the Italian version of the CASI.

Method: The questionnaire was administered to a sample of 392 subjects aged between 8 and 17 recruited in five schools located in the two regions of Central and Southern Italy.

Results: The results show that the Italian version of CASI has a good internal consistency ($\alpha = 0,79$). A model with four first order factors (Diseases Concerns, Unsteady Concerns, Mental Illness/Incapacitation Concerns and Social Concerns), either correlated or hierarchically organized with one second order factor (Global Anxiety Sensitivity), was the best fitting our data.

Conclusions: Further studies will be needed to deepen the capacity of the questionnaire to predict the development of anxiety and depression disorders in this segment of the population and to test the predictive power of each subscale.

Key words: anxiety sensitivity, Childhood Anxiety Sensitivity Index, confirmatory factorial analysis, validation study, reliability

Introduzione

I disturbi d'ansia rappresentano una delle forme più comuni di psicopatologia in età evolutiva, la cui prevalenza *lifetime* è stimata fra il 15 e il 20% (Beesdo et al. 2009). Tuttavia, spesso, non vengono rilevati o non vengono trattati. L'identificazione precoce e un trattamento efficace di tali disturbi potrebbero ridurre l'impatto dell'ansia sul benessere e sul funzionamento scolastico e sociale dei bambini e adolescenti. Secondo le raccomandazioni dell'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP; Connolly e Bernstein 2007), lo screening dei sintomi dell'ansia dovrebbe essere eseguito di routine nella pratica clinica in modo da intervenire precocemente ed evitarne la persistenza in età adulta. A tal fine, sono disponibili diversi strumenti di misura attendibili e validati, utilizzati sia per la valutazione dei disturbi d'ansia dei bambini e adolescenti, sia per il monitoraggio degli esiti degli interventi. Alcuni di essi sono molto diffusi e ben studiati come ad esempio lo Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED; Birmaher et al. 1999) o la Spence Children Anxiety Scale (SCAS; Spence 1997), entrambi questionari in formato self- o parent proxy-report che misurano l'ansia in diversi domini sintomatici: panico e agorafobia, ansia da separazione, paura di danno fisico, fobia sociale/scolastica, sintomi ossessivo-compulsivi e ansia generalizzata.

Più recentemente è stata validata su un grosso campione italiano la seconda versione della Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS-2; Reynolds e Richmond 2012) una scala self-report composta da sei sottoscale, di cui due di controllo e quattro cliniche (ansia totale, ansia fisiologica, tendenza alla preoccupazione e ansia sociale).

Tali strumenti, come molti altri simili, valutano la frequenza o la gravità di un ampio numero di sintomi presenti nelle categorie diagnostiche del gruppo, relativamente eterogeneo, dei disturbi d'ansia. Relativamente eterogeneo poiché in realtà tali disturbi condividono alcune caratteristiche comuni (evitamento, ansia anticipatoria, rimuginio/ruminazione) che sarebbe utile valutare in quanto "core domains" o componenti chiave dei disturbi d'ansia (Shear et al. 2007). Inoltre, gli strumenti citati non sempre catturano gli elementi che almeno teoricamente costituirebbero i fattori predisponenti o di mantenimento dei disturbi. La misura dell'ansia di tratto effettuata dalla scala STAIC-T del State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC; Spielberger et al. 1973) sembra almeno parzialmente colmare questo gap (Delvecchio et al. 2017).

Uno dei fattori di vulnerabilità psicologica più studiati degli ultimi 30 anni in questo ambito è certamente l'anxiety sensitivity (AS) definita come una predisposizione unitaria e stabile alla paura per le sensazioni legate all'ansia (accelerazione del battito cardiaco, dispnea, fastidio al

petto, tremori, confusione mentale, ecc.), derivante dalla convinzione che a queste sensazioni possa seguire una compromissione fisica, psicologica o sociale (Reiss e McNally 1985; Reiss et al. 1986; Silverman et al. 1991; Silverman et al. 2003). Le persone con alta AS ritengono che le sensazioni legate all'arousal neurovegetativo non siano semplicemente fastidiose, ma possano essere molto pericolose e produrre conseguenze catastrofiche. Ciò determina vari timori: ad esempio, che la tachicardia possa evolvere in un arresto cardiaco; che sensazioni di derealizzazione o la confusione mentale siano il segno di un impazzimento imminente o della possibile perdita di controllo sul proprio comportamento; che le manifestazioni esteriori dell'ansia come i tremori o la sudorazione possano comportare scherno o rifiuto da parte degli altri. Ciò determina un aumento delle preoccupazioni e dell'ansia iniziali innescando un meccanismo ricorsivo a feedback positivo (Mancini e Capo 2003).

Molti studi hanno trovato associazioni robuste e statisticamente significative tra l'AS e i disturbi d'ansia, in particolare il disturbo di panico e il distress collegato alla sintomatologia del panico sia negli adulti (Reiss et al. 1986; Naragon-Gainey 2010; Schmidt et al. 2008; Viana e Gratz 2012; Olthuis et al. 2014; Kearney et al. 1997) che nei bambini (McLaughlin et al. 2007; Essau et al. 2010; Lau et al. 1996). Tale disposizione mentale non risulta essere semplicemente la conseguenza di ripetute e gravi esperienze di ansia e paura, ma risulta riscontrabile anche in bambini e ragazzi che non presentano nella anamnesi disturbi d'ansia (Mancini e Capo 2003; Reiss e McNally 1985). Viceversa, è stato dimostrato che l'AS predice prospetticamente lo sviluppo di sintomi di ansia nei bambini e adolescenti (Schmidt et al. 2010). Inoltre, in uno studio longitudinale durato quattro anni su un gruppo di 2157 persone, Spinhoven e collaboratori (2017) hanno evidenziato come l'AS, insieme all'evitamento esperienziale, era predittiva del mantenimento nel tempo dei disturbi d'ansia.

Per misurare l'AS, Reiss e collaboratori hanno ideato l'Anxiety Sensitivity Index (ASI; Reiss et al. 1986), un questionario self-report a 16 item con risposte su una scala a 5 punti (da 0=molto poco a 4=moltissimo), rivolto alla popolazione adulta. Silverman e collaboratori (1991) hanno successivamente messo a punto una versione dell'ASI adattata all'età evolutiva, il Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI), un questionario self-report a 18 item con risposta a 3 punti (da 1=per niente a 3=molto). Il CASI potrebbe essere molto utile in programmi di prevenzione, dove uno screening precoce dell'AS tra bambini e adolescenti, seguito da interventi mirati e altrettanto precoci (ad esempio programmi psicoeducazionali sviluppati ad hoc), potrebbe presumibilmente ridurre il rischio per lo sviluppo di disturbi d'ansia in età evolutiva (Mancini e Capo 2003). Inoltre, la misura dell'AS nell'infanzia è in linea con la formulazione cognitivista dei disturbi d'ansia in cui specifiche credenze sulle presunte conseguenze catastrofiche di alcune sensazioni legate all'attivazione ansiosa (in termini di perdita del controllo, impazzimento, svenimento, infarto o di giudizio negativo ed esclusione da parte degli altri), oltre a costituire un elemento di vulnerabilità, rappresentano un meccanismo centrale di mantenimento dell'ansia e quindi un bersaglio strategico del trattamento.

Attualmente non ci risultano disponibili studi di validazione del CASI in bambini e adolescenti italiani. Il presente lavoro mira pertanto a colmare questo vuoto testando l'attendibilità e indagando la struttura fattoriale della versione italiana del CASI. In tal modo ci auguriamo di offrire a clinici e ricercatori uno strumento utile per lo studio dei fattori specifici che predispongono e rappresentano dunque un fattore di rischio, insieme a fattori genetici e temperamentali, per lo sviluppo e mantenimento dei disturbi d'ansia in età evolutiva.

Struttura fattoriale del CASI

Gli studi che hanno esplorato la struttura fattoriale del CASI hanno dato risultati contrastanti. Nel loro primo lavoro, Silverman e colleghi (1991), pur non indagando la struttura fattoriale della scala, ipotizzarono che la scala misurasse una dimensione unitaria sulla base della elevata correlazione item – totale. In uno studio successivo, gli stessi autori hanno indagato se il costrutto di AS nei bambini e adolescenti fosse unidimensionale o multidimensionale, e, in caso di multidimensionalità, se fosse organizzato in una struttura ortogonale o gerarchica (Silverman et al. 1999). Lo studio ha evidenziato che l'AS, come misurata dal CASI, è catturata da un modello multidimensionale gerarchico con tre o quattro fattori di primo ordine, due dei quali sembrano robusti ("Preoccupazioni fisiche" e "Preoccupazioni mentali"), mentre gli altri due ("Controllo" e "Preoccupazioni sociali") sembrano difficili da distinguere gli uni dagli altri. Alcuni anni dopo lo stesso gruppo di ricerca (Silverman et al. 2003) ha esaminato i modelli fattoriali del CASI riportati in letteratura fino a quel momento, selezionando 13 item che saturano sugli stessi fattori e in modo coerente nei diversi modelli disponibili in letteratura: questi item sono stati quindi considerati come indicatori "più puri" delle sottodimensioni dell'AS, che possono essere discriminate in modo affidabile sul CASI. Sono stati quindi utilizzati per testare modelli alternativi a cui sono stati poi aggiunti i 5 item "non classificati". La procedura ha permesso agli autori di fornire supporto per un modello gerarchico per l'AS, con un singolo fattore di secondo ordine e quattro fattori di primo ordine denominati "Preoccupazione per le malattie" (*Disease Concerns*), "Preoccupazioni di instabilità" (*Unsteady Concerns*), "Preoccupazioni mentali" (*Mental Incapacitation Concerns*) e "Preoccupazioni sociali" (*Social Concerns*).

Sebbene queste evidenze rappresentino un punto fermo nella comprensione di quali aspetti dell'AS siano catturati dal CASI e di come questi siano organizzati, non hanno contribuito a smorzare il dibattito sulla struttura fattoriale dell'AS in età evolutiva: l'analisi della struttura fattoriale dello strumento in diversi contesti culturali ha portato a risultati contrastanti e inconsistenti sia relativamente alla struttura (se a due, tre o a quattro fattori), sia relativamente a quali item saturano su ciascun fattore. Per spiegare queste incongruenze tra i modelli fattoriali riportati in letteratura sono state prese in considerazione diverse possibili ragioni. Il genere è stato ripetutamente investigato, ipotizzando che l'AS potrebbe essere organizzata diversamente fra maschi e femmine. Tuttavia, tale ipotesi non è stata confermata e gli studi hanno viceversa avvalorato l'invarianza della struttura fattoriale per il genere (Bernstein et al. 2006; Walsh et al. 2004; Wright et al. 2010).

Come spiegazione alternativa, Bernstein e colleghi (2007) hanno sostenuto che il livello di AS potrebbe essere responsabile della variabilità delle sottodimensioni dell'AS nei bambini e nei ragazzi. Usando un approccio integrato tassometrico (Waller e Meehl 1998) e fattoriale, hanno evidenziato che il modello a quattro fattori si adatta bene a spiegare l'organizzazione del costrutto in soggetti che hanno livelli "normali" di AS, mentre una struttura unidimensionale si adatta meglio ai gruppi definiti "ad alto rischio", ovvero con livelli più elevati di AS.

Una critica ai primi studi sulla struttura fattoriale dell'AS attraverso il CASI è stata la mancanza di attenzione prestata al ruolo della diversità culturale (Lambert et al. 2004). In effetti, studi condotti su diversi gruppi etnici hanno suggerito che aspetti socio-culturali possono svolgere un ruolo significativo nello spiegare la variabilità delle soluzioni fattoriali dei diversi studi: per esempio, Lambert e colleghi (2004) hanno evidenziato che il modello a quattro fattori di Silverman e colleghi (2003) non era adatto a spiegare l'organizzazione dell'AS misurata mediante il CASI in un campione di bambini afroamericani, per i quali, invece, era più adatto un modello a due fattori ("Preoccupazioni fisiche" e "Preoccupazioni mentali").

Il test della struttura fattoriale in campioni tedeschi ha portato a risultati un po' inconcludenti. Adornetto e colleghi (2008) hanno replicato il modello a quattro fattori, sebbene non sia chiaro se questi fattori siano organizzati gerarchicamente con quattro fattori di primo ordine o riflettessero un modello con quattro fattori correlati. Inoltre, sebbene il loro studio confermi la soluzione a quattro fattori, gli insiemi di item che saturano su ciascun fattore non si sovrappongono a quelli identificati da Silverman e colleghi (2003). Al contrario, Essau e colleghi (2010) hanno evidenziato che una soluzione a tre fattori con un fattore di ordine superiore è il miglior modello per i dati raccolti sui bambini tedeschi.

In campioni di cultura olandese, in modo più coerente, l'AS misurata dal CASI è risultata essere un costrutto gerarchicamente organizzato con un fattore di ordine superiore (AS) e tre fattori di ordine inferiore (Muris et al. 2001; van Widenfelt et al. 2002), anche se un modello con quattro fattori di primo ordine appare plausibile (Muris et al. 2001). Tuttavia, i pattern delle saturazioni fattoriali degli item sui tre fattori non coincidono completamente fra gli studi.

La traduzione francese del CASI ha anche portato a modelli diversi a seconda del background culturale dei partecipanti, poiché una struttura gerarchica con quattro fattori di ordine inferiore è apparsa essere la migliore soluzione per i dati raccolti tra i bambini belgi (Stassart e Etienne 2014), ma non per i dati raccolti tra i bambini franco-canadesi (Roy 2014).

Una struttura a tre fattori con un fattore di ordine superiore è stata confermata anche per un ampio campione di bambini e adolescenti croati (Jokić-Begić et al. 2012) utilizzando una versione modificata del CASI con una scala a 5 punti, a differenza del modello a quattro fattori che meglio si adatta ai dati raccolti tra i bambini serbi (Stevanovic et al. 2013).

In sintesi, questa breve rassegna evidenzia l'inconsistenza tra gli studi circa la struttura fattoriale di questo strumento: i risultati disponibili mostrano una variabilità nel numero di fattori di primo ordine, che vanno da tre a quattro, sebbene siano state segnalate anche soluzioni a due fattori. Inoltre, vi è anche una certa variabilità nel pattern di saturazioni fattoriali che non sempre si sovrappongono fra i vari modelli. Queste divergenze sembrano riflettere principalmente le specificità culturali, perché i dati raccolti su campioni appartenenti a diverse aree etniche e geografiche si adattano a diversi modelli strutturali, sebbene tutti siano organizzati gerarchicamente e comprendano un unico fattore globale di AS di ordine superiore. Pertanto, siamo d'accordo con Essau e colleghi (2010), affermando che la letteratura sul CASI continuerà a beneficiare di studi condotti in altre culture e paesi per verificare l'invarianza culturale del test.

Metodo

Partecipanti

Il campione totale comprende 392 bambini e ragazzi (166 maschi, 208 primogeniti), di età compresa tra 8 e 17 anni ($M=12,36$; $DS=2,36$), reclutati in cinque scuole situate in due regioni del Centro e Sud Italia. Di questi, 98 frequentavano la scuola primaria (età $M=9,21$; $DS=0,63$; range=8-10) mentre i restanti 294 sono stati reclutati nelle scuole secondarie di primo e secondo grado (età $M=13,40$; $DS=1,70$; range=11-17). Tutti i bambini e ragazzi erano italiani e nessuno aveva diagnosi di ritardo mentale o disturbi psicologici. Un totale di cinque psicologi ha preso parte alla raccolta dei dati. Ai partecipanti non è stato offerto un compenso per la loro partecipazione che si è svolta in conformità con gli standard etici delineati dall'American Psychological Association e dall'Associazione Italiana di Psicologia (AIP, www.aipass.org).

Strumenti

La versione italiana finale del *Childhood Anxiety Sensitivity Index* (CASI; Simeone et al. 2013; vedi Appendice) è un questionario self-report a 18 item, su una scala a tre punti (“Per Niente”=1, “Un po”=2, “Molto”=3) che valuta il grado in cui i bambini e ragazzi ritengono che la loro esperienza di ansia si tradurrà in conseguenze negative. Esempi di item sono: “Mi spaventa sentire il cuore che mi batte forte” e “Sensazioni insolite nel mio corpo mi spaventano”. Il punteggio totale del questionario si ottiene sommando le risposte ai singoli item. I punteggi del CASI possono variare da 18 a 54, dove i punteggi più alti riflettono livelli più alti di sensibilità all’ansia.

Per la costruzione della versione italiana del Childhood Anxiety Sensitivity Index è stato utilizzato il metodo della translation back-translation sulla base del quale è stata effettuata, in maniera indipendente da due psicologi madrelingua inglese, una prima traduzione dall’inglese all’italiano e una seconda dall’italiano all’inglese. Le due versioni inglesi, quella originale e quella ritradotta, sono state confrontate tra loro e in seguito si è proceduto a modificare leggermente la formulazione linguistica di alcuni item in italiano per renderli più comprensibili e adatti al nostro contesto, senza comunque alterarne il significato iniziale. L’autrice ne ha autorizzato l’utilizzo. Rispetto alla validità di questa versione italiana del CASI, Coppola e collaboratori (2018) hanno mostrato che i punteggi ottenuti con questa versione predicono in modo significativo sia i sintomi dell’ansia che i sintomi somatici-ipocondriaci ($p < .001$), misurati rispettivamente con le scale SAFA-A e SAFA-S (Cianchetti e Sannio Fancello 2001).

Procedura

Preliminarmente, ai dirigenti scolastici e agli insegnanti delle scuole coinvolte sono stati presentati obiettivi e la metodologia nella ricerca. I genitori sono stati informati sugli scopi del lavoro tramite una lettera a cui era allegato il modulo del consenso informato che hanno sottoscritto prima dell’avvio della raccolta dati. Questa fase è stata completata durante una sessione a scuola: gli assistenti di ricerca incaricati della raccolta dei dati hanno organizzato un incontro nelle classi, fornendo agli alunni e studenti, i cui genitori hanno dato il consenso, i questionari e una scheda socio-anagrafica. Sono state fornite informazioni generali sullo scopo dello studio e rassicurazioni sulla riservatezza dei dati raccolti. Al fine di proteggere l’anonimato, i partecipanti sono stati incaricati di scegliere un codice identificativo combinando le prime tre lettere dei loro nomi e cognomi, e quindi di compilare le autovalutazioni prendendo tutto il tempo di cui avevano bisogno. Gli insegnanti non erano presenti in questa fase, al fine di evitare che i bambini o i ragazzi sperimentassero la partecipazione al progetto di ricerca come compito scolastico.

Risultati

Analisi preliminari

Sono state esaminate le possibili associazioni tra ordine di nascita (primogeniti vs. non primogeniti) e del genere dei bambini/adolescenti sui punteggi dello strumento. Nello specifico, non è stata riscontrata alcuna differenza nei punteggi CASI tra bambini con diverso ordine di nascita, sia considerando il campione totale, $t(388)=0,42$, n.s., sia considerando separatamente i sottogruppi delle diverse fasce di età: $t(96)=0,69$, n.s., per alunni delle scuole primarie; $t(290)=$

0,02, n.s., per gli studenti delle scuole superiori. Inoltre, non sono emerse differenze di genere, sia nel campione totale, $t(390)=-0,49$, n.s., sia in ciascun sotto-campione, $t(96)=1,37$, n.s. per gli alunni di scuola primaria; $t(292)=-1,74$, n.s. per gli studenti delle scuole superiori.

Statistiche descrittive e attendibilità

Il questionario possiede una buona consistenza interna (alpha di Cronbach: 0,79). Nella tabella 1 sono presentate le statistiche descrittive e gli indici di correlazione item-totale corretto dei singoli item e del punteggio totale della versione italiana del CASI. Gli indici di correlazione item-totale corretto risultano essere accettabili e superiori a 0,30 ad eccezione degli item 1 e 5 ($r_{it} = 0,24$) e 17 ($r_{it} = 0,11$) che appaiono scarsamente rappresentativi del costrutto di base.

Tabella 1. *Statistiche descrittive e correlazioni item-scala totale (N = 392)*

ITEM	M	DS	r_{it}
CASI1	1,53	0,58	0,244
CASI2	1,34	0,57	0,351
CASI3	1,41	0,56	0,356
CASI4	1,70	0,70	0,493
CASI5	2,14	0,74	0,244
CASI6	1,48	0,66	0,462
CASI7	1,50	0,64	0,345
CASI8	1,78	0,73	0,424
CASI9	1,43	0,63	0,432
CASI10	1,81	0,70	0,463
CASI11	1,31	0,54	0,383
CASI12	1,70	0,74	0,389
CASI13	1,28	0,50	0,307
CASI14	1,50	0,60	0,491
CASI15	1,11	0,37	0,372
CASI16	1,35	0,61	0,366
CASI17	1,67	0,70	0,111
CASI18	1,43	0,58	0,473
CASI TOT	27,48	5,26	---

Nel nostro campione, gli indici di asimmetria e curtosi della distribuzione del punteggio totale del CASI sono rispettivamente di 0,58 e 0,34, il che suggerisce l'approssimarsi alla distribuzione normale.

Struttura fattoriale

Per valutare la struttura fattoriale del CASI, abbiamo applicato un modello di analisi fattoriale confermativa (CFA; Bollen 1989) attraverso il software LISREL (Joreskog e Sorbom 1996), testando diverse soluzioni a uno, due, tre e quattro fattori correlati. Gli indici di *fit* utilizzati

per valutare l'adeguatezza di ciascun modello sono: Chi-square/df, Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA<0,10), Standardized Mean Square Residual (SRMS<0,08), General Fit Index (GFI>0,90) (Anderson e Gerbing 1984; Cole 1987; Hooper et al. 2008; Hu e Bentler 1999; Marsh et al. 1988).

Siamo partiti dalla disponibilità in letteratura di molteplici modelli fattoriali del CASI. Risultati coerenti in diversi contesti culturali supportano tre (Essau et al. 2010; Roy et al. 2014; van Widenfelt et al. 2002) o quattro fattori intercorrelati di ordine inferiore (Adornetto et al. 2008; Muris et al. 2001; Stassart e Etienne 2014; Stevanovic et al. 2013), che saturano su un unico fattore di ordine superiore (AS globale). Tuttavia, i pattern di item che saturano su ciascun fattore di primo ordine non sempre si sovrappongono perfettamente tra i modelli. Per questo motivo, abbiamo testato una soluzione a due, tre e quattro fattori correlati a partire dal lavoro svolto da Silverman e colleghi (2003). Sulla base di una revisione della letteratura, gli autori hanno ipotizzato modelli basati principalmente su 13 item "puri" che saturavano sugli stessi fattori in modo coerente per tutti gli studi. Sono pertanto da considerarsi questi, secondo gli autori, gli aspetti più puri dell'AS. A questo set di item, gli autori aggiungevano altri item (7, 13, 14, 16, 18), per i quali erano registrate negli studi soluzioni contrastanti. Poiché il lavoro di Silverman e colleghi (2003) rappresenta ad oggi il miglior tentativo disponibile per sintetizzare la moltitudine dei modelli fattoriali del CASI disponibili in letteratura, abbiamo testato delle soluzioni fattoriali derivanti da questo studio, eseguendo una serie di modelli di analisi fattoriale confermativa (CFA; Bollen 1989) tramite LISREL software (Joreskog e Sorbom 1996).

I modelli fattoriali sono stati costruiti seguendo i suggerimenti di Silverman e colleghi (2003), e solo per le soluzioni a due e tre dimensioni, gli item 14 e 18 sono stati lasciati liberi di saturare su qualsiasi fattore, dato che Silverman e colleghi (2003) non hanno specificato a quale fattore questi item sono associati. Per ciascun modello, tutti i parametri stimati sono risultati significativi, $t > |1,96|$, $p < 0,05$. Gli indici generali di *fit* migliorano passando dal modello a due fattori a quello a quattro fattori: il $\Delta\chi^2$ (Δdf) ha mostrato infatti un miglioramento significativo tra i modelli stimati (Tabella 2), raggiungendo un livello soddisfacente per il modello a quattro fattori.

Abbiamo anche verificato se quest'ultimo modello abbia una struttura gerarchica, con quattro fattori di primo ordine e un fattore di secondo ordine (AS globale, vedi Tabella 3). Gli indici di *fit* della struttura gerarchica sono riportati nell'ultima riga della Tabella 2 e indicano un modello soddisfacente. Complessivamente, sia il modello a quattro fattori correlati ("preoccupazioni per le malattie", "preoccupazioni di instabilità", "preoccupazioni mentali" e "preoccupazioni sociali") sia il modello gerarchico rappresentano in modo soddisfacente i nostri dati, confermando così la struttura fattoriale riportata da altri autori (Brown et al. 2012; Essau et al. 2010; Jokić-Begić et al. 2012; Muris et al. 2001, van Widenfelt et al. 2002).

L'invarianza della struttura gerarchica a quattro fattori tra gruppi diversi per età e sesso è stata testata attraverso una procedura *multi-sample*: per prima cosa abbiamo inserito separatamente nelle analisi le matrici di covarianza dei bambini di scuola primaria ($n=98$) e quelle dei ragazzi di scuole secondarie di primo e secondo grado ($n=294$). Il modello *multi-sample* ha mostrato un adattamento accettabile: chi-quadrato (280, $n=392$)=517,80, $p=0,000$; RMSEA=0,07, CFI=0,80; contributo del chi-quadrato: 43,48% (gruppo scuola primaria), 56,52% (gruppo scuola superiore). Le stime dei parametri sono significative tra i gruppi, tenendo conto dell'invarianza del modello strutturale per l'età dei bambini. Successivamente, abbiamo eseguito l'analisi *multi-sample* confrontando le matrici di covarianza dei maschi ($n=166$) e delle femmine ($n=226$). L'adattamento generale del modello è accettabile (chi-quadrato (280, $n=392$)=506,63, $p=0,000$; RMSEA=0,06, CFI=0,81; contributo del chi-quadrato: ragazzi=47,73%; ragazze=52,27%) e le stime dei parametri sono

significative tra i gruppi, tenendo conto dell'invarianza del modello strutturale per il sesso dei bambini.

Tabella 2. Indici generali di fit nei modelli di CFA con uno, due, tre e quattro fattori, e nel modello gerarchico con quattro fattori di primo ordine e un fattore di secondo ordine

	χ^2	df	χ^2/df	RMSEA	SRMS	GFI	$\Delta\chi^2$	Δdf
Fattore singolo	433,10	135	3,21	.08	.06	.88	--	--
Due fattori correlati	402,01	134	3,00	.07	.06	.89	31,09	1
Tre fattori correlati	381,13	132	2,89	.07	.06	.90	20,88	2
Quattro fattori correlati	295,59	129	2,29	.06	.06	.92	85,54	3
Quattro fattori di I ordine e un fattore di II ordine	304,07	131	2,32	.06	.06	.92		

Tabella 3. Analisi fattoriale confermativa sugli item del CASI con quattro fattori di primo ordine e un fattore di secondo ordine

	Etichette fattoriali ^a			
	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3	Fattore 4
Item 6	.74 (.11)			
Item 9	.71 (.10)			
Item 11	.38 (.07)			
Item 3		.44 (.07)		
Item 4		.65 (.13)		
Item 7		.39 (.08)		
Item 8		.51 (.10)		
Item 10		.57 (.10)		
Item 13		.35 (.07)		
Item 14		.62 (.09)		
Item 18		.57 (.08)		
Item 2			.55 (.28)	
Item 12			.57 (.19)	
Item 15			.47 (.09)	
Item 16			.51 (.15)	
Item 1				.34 (.22)
Item 5				.37 (.44)
Item 17				.20 (.31)
Saturazioni sul fattore di secondo ordine	.76 (.04)	.76 (.03)	.77 (.03)	.73 (.03)

^aEtichette fattoriali: (1) Preoccupazioni per le malattie, (2) Preoccupazioni di instabilità, (3) Preoccupazioni

mentali, (4) Preoccupazioni sociali

Tutti i parametri stimati sono significativi per $p < .05$. Gli errori standard sono indicati tra parentesi dopo ogni stima dei parametri.

Discussione

L'indagine sulle caratteristiche psicometriche del CASI è una questione rilevante, non solo per garantire le proprietà strutturali di questo strumento, ma anche per ragioni cliniche poiché è stato suggerito che ogni dimensione potrebbe avere una validità differenziale nel predire esiti clinici diversi (McLaughlin et al. 2007; Grant et al. 2007; Bilgic et al. 2017; Yılmaz et al. 2016).

La versione italiana del CASI qui proposta presenta caratteristiche simili dal punto di vista psicometrico alla versione originale (Silverman et al. 1991). La coerenza interna risulta buona ($\alpha=0,79$) anche se inferiore a quella americana ($\alpha=0,87$). I risultati delle analisi fattoriali suggeriscono che un modello a quattro fattori ("preoccupazioni per le malattie", "preoccupazioni di instabilità", "preoccupazioni mentali" e "preoccupazioni sociali") è il più adatto ai dati raccolti. I quattro fattori sono correlati o organizzati gerarchicamente con un fattore di secondo ordine (AS globale) e questa struttura è adeguata a spiegare i nostri dati e in linea con altri modelli presenti in letteratura (Brown et al. 2012; Essau et al. 2010; Jokić-Begić et al. 2012; Muris et al. 2001; van Widenfelt et al. 2002).

Inoltre, il nostro modello fornisce supporto empirico per la classificazione dei 13 item del CASI che, secondo la rassegna di Silverman e colleghi (2003), saturano costantemente sugli stessi fattori su diversi modelli e sono quindi considerati come indicatori "più puri" delle sottodimensioni dell'AS. Gli item che si suppone siano rappresentativi delle "preoccupazioni di instabilità", "preoccupazioni mentali" e "preoccupazioni sociali" saturano in modo significativo sul fattore previsto. Il fattore "preoccupazioni per le malattie" perde l'item 3 ("Mi spaventa sentirmi traballante, instabile") previsto dal modello, che "passa" al fattore "preoccupazioni di instabilità". Essendo la sensazione "traballante" al confine tra una sensazione fisica e una mentale, i bambini e gli adolescenti del nostro campione potrebbero aver interpretato questa sensazione come un segno di instabilità generale più che connessa a una possibile malattia. Un'altra possibilità potrebbe derivare da un problema di traduzione dell'item dall'inglese all'italiano che potrebbe aver modificato il significato. Tuttavia il nostro non è l'unico studio fattoriale a riportare che tale item saturo sul fattore "preoccupazioni di instabilità" (vedi ad esempio Adornetto et al. 2008; Jokić-Begić et al. 2012).

Rispetto agli item classificati in maniera discordante nei vari studi che hanno indagato la struttura fattoriale del CASI e presi in considerazione da Silverman et al. (2003), abbiamo riscontrato che essi saturano principalmente sul fattore "preoccupazioni di instabilità" (item 7, 13, 14, 18), mentre solo uno sul fattore "preoccupazioni mentali" (item 16). Pertanto, almeno nel nostro campione, i timori relativi all'instabilità e alla paura di impazzire o perdere il controllo sembrano essere le dimensioni più rappresentative dell'AS, poiché presi insieme questi due fattori comprendono la maggior parte degli item, compresi quelli "ambigui". Molti altri contributi hanno confermato la natura conflittuale di questi item critici, in quanto saturavano su diversi fattori (Adornetto et al. 2008; Wright et al. 2010; Lambert et al. 2004; Stassart e Etienne 2014); quindi sebbene sia teoricamente coerente suggerire che l'instabilità mentale e la paura di perdere il controllo o impazzire siano le dimensioni prevalenti dell'AS, questo non è confermato in tutti i modelli strutturali riportati in letteratura. Questa discrepanza potrebbe dipendere da alcune criticità degli item del CASI o, in alternativa, dal fatto che i modelli sono stati testati su diversi gruppi culturali che richiedono certamente ulteriore attenzione. Tuttavia, nel complesso i nostri risultati sono in linea con i modelli esistenti, a livello macro analitico perché, come molti altri, abbiamo trovato conferma per un modello gerarchico

con quattro fattori di primo ordine (Brown et al. 2012; Essau et al. 2010; Jokić-Begić et al. 2012; Muris et al. 2001; van Widenfelt et al. 2002). Allo stesso tempo, la nostra indagine sulla struttura fattoriale del CASI è stata guidata dalla tesi di Silverman e colleghi secondo cui è necessario prestare attenzione non solo alla somiglianza delle strutture fattoriali nei diversi studi, ma anche all'accordo rispetto al set di item saturati su ciascun fattore. Infatti, a livello di micro-analisi tutti gli item "puri", tranne uno (item 3), saturavano correttamente sul loro fattore corrispondente (Silverman et al. 2003).

Conclusioni

Il nostro studio è il primo ad esaminare le caratteristiche psicometriche della versione italiana del CASI, insieme ad alcuni supporti preliminari per la sua validità concorrente. I nostri risultati hanno mostrato che un modello con quattro fattori di primo ordine ("preoccupazioni per le malattie", "preoccupazioni di instabilità", "preoccupazioni mentali" e "preoccupazioni sociali") sia correlati, sia gerarchicamente organizzati con un fattore di secondo ordine (Global Anxiety Sensitivity) rappresenta la soluzione migliore e più adatta ai nostri dati.

Nel complesso, i nostri risultati rappresentano il primo passo per mettere a disposizione di ricercatori e clinici lo strumento per la valutazione dell'AS nell'infanzia e nell'adolescenza nel contesto culturale italiano. La ricerca futura dovrebbe replicare il test della struttura fattoriale del CASI su un campione italiano più ampio e rappresentativo e su campioni clinici. Inoltre, dovrebbe testare le implicazioni cliniche specifiche di ciascun fattore di primo ordine, in linea con il recente interesse in questa direzione (ad esempio Grant et al. 2007).

Bibliografia

- Adornetto C, Hensdiek M, Meyer A, In-Albon T, Federer M, Schneider S (2008). The factor structure of the Childhood Anxiety Sensitivity Index in German children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 39, 4, 404-416.
- Anderson JC, Gerbing DW (1984). The effect of sampling error on convergence, improper solutions, and goodness-of-fit indices for maximum likelihood confirmatory factor analysis. *Psychometrika* 49, 2, 155-173.
- Beesdo K, Knappe S, Pine DS (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.
- Bernstein A, Zvolensky M J, Stewart S, Comeau N (2007). Taxometric and factor analytic models of anxiety sensitivity among youth: exploring the latent structure of anxiety psychopathology vulnerability. *Behavior Therapy* 38, 3, 269-283.
- Bernstein A, Zvolensky MJ, Stewart SH, Comeau MN, Leen-Feldner EW (2006). Anxiety sensitivity taxonicity across gender among youth. *Behaviour Research and Therapy* 44, 5, 679-698.
- Bilgiç A, Yilmaz S, Hergüner S (2017). The impact of anxiety sensitivity on suicidality in adolescents with major depressive disorder. *Psychiatria Danubina* 29, 4, 473-479.
- Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L, Bridge J, Monga S, Baugher M (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38, 10, 1230-1236.
- Bollen K (1989). *Structural equations with latent variables*. Wiley, New York.
- Brown HM, Trzaskowski M, Zavos HMS, Rijdsdijk FV, Gregory AM, Eley TC (2012). Phenotypic and genetic structure of anxiety sensitivity in adolescence and early adulthood. *Journal of Anxiety Disorders* 26, 6, 680-688.
- Cianchetti C, Sannio Fancello G (2001). *Scale psichiatriche di autosomministrazione per fanciulli e adole-*

- scenti (SAFA). Giunti O.S., Firenze.
- Cole DA (1987). Utility of confirmatory factor analysis in test validation research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55, 4, 584-594.
- Connolly SD, Bernstein GA (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46, 2, 267-283.
- Coppola G, Foschino Barbaro MG, Curci A, Simeone M, Costantini A, Goffredo M, Latrofa A, Di Liso D, Silverman WK (2018). The Associations of Parents' and Children's Anxiety Sensitivity with Child Anxiety and Somatic-Hypochondriac Symptoms. *Child Youth Care Forum* 47, 6, 845-861.
- Delvecchio E, Cavallina C, Di Riso D, Mazzeschi C (2018). Early evidence of the Italian validation of the Trait Anxiety Scale of the State-Trait Anxiety Inventory for Children. *European Journal of Developmental Psychology* 15, 2, 214-223.
- Essau CA, Sasagawa S, Ollendick TH (2010). The facets of anxiety sensitivity in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders* 24, 1, 23-29.
- Grant DM, Beck JG, Davila J (2007). Does anxiety sensitivity predict symptoms of panic, depression, and social anxiety? *Behavior Research and Therapy* 45, 9, 2247-2255.
- Hooper D, Coughlan, J, Mullen MR (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Journal of Business Research Methods* 6, 1, 53-60.
- Hu L, Bentler PM (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal* 6, 1, 1-55.
- Jokić-Begić N, Jurin T, Korajlija AL (2012). Factor structure and psychometric properties of the modified Childhood Anxiety Sensitivity Index in a sample of Croatian children and adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 34, 1, 126-135.
- Joreskog KG, Sorbom D (1996). *LISREL 8: User's reference guide*. Chicago, IN: Scientific Software International, Inc.
- Kearney CA, Albano AM, Eisen AR, Allan WD, Barlow DH (1997). The phenomenology of panic disorder in youngsters: an empirical study of a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders* 11, 1, 49-62.
- Lambert SF, Cooley MR, Campbell KD, Benoit MZ, Stansbury R (2004). Assessing anxiety sensitivity in inner-city African American children: psychometric properties of the Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 33, 2, 248-259.
- Lau JJ, Calamari JE, Waraczynski M (1996). Panic attack symptomatology and anxiety sensitivity in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders* 10, 5, 355-364.
- Mancini F, Capo R (2003). Anxiety Sensitivity in età evolutiva. Rilevanza nella genesi e nel mantenimento di alcuni disturbi mentali. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 70, 4, 661-672.
- Marsh HW, Balla JR, McDonald RP (1988). Goodness-of-fit indexes in confirmatory factor analysis: The effect of sample size. *Psychological Bulletin* 103, 3, 391-410.
- McLaughlin EN, Stewart SH, Taylor S (2007). Childhood Anxiety Sensitivity Index Factors Predict Unique Variance in DSM-IV Anxiety Disorder Symptoms. *Cognitive Behaviour Therapy* 36, 4, 210-219.
- Muris P, Schmidt H, Merckelbach H, Schouten E (2001). Anxiety sensitivity in adolescents: factor structure and relationships to trait anxiety and symptoms of anxiety disorders and depression. *Behaviour Research and Therapy* 39, 1, 89-100.
- Naragon-Gainey K (2010). Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychological Bulletin* 136, 1, 128-50.
- Olthuis JV, Watt MC, Stewart SH (2014). Anxiety sensitivity index (ASI-3) subscales predict unique variance in anxiety and depressive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders* 28, 2, 115-124.
- Reiss S, McNally RJ (1985). The expectancy model of fear. In S Reiss, RR Bootzin (a cura di) *Theoretical Issues in Behavior Therapy*, pp. 107-121. Academic Press, New York.
- Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy* 24, 1, 1-8.
- Reynolds CR, Richmond BO (Adattamento italiano: Scozzari S, Sella F e Di Pietro M) (2012). *RCMAS-2 Revised Children's Manifest Anxiety Scale – Second Edition*, Giunti O.S., Firenze.

- Roy P, Vanasse Larochelle JP, Houde-Charron MC, Langlois F (2014). Analyses préliminaires des propriétés psychométriques de la version francophone du questionnaire Child Anxiety Sensitivity Index (CASI). *Revue francophone de Clinique Comportementale et Cognitive* 19, 1, 33-43.
- Schmidt NB, Keough ME, Mitchell MA, Reynolds EK, MacPherson L, Zvolensky MJ, Lejuez CW (2010). Anxiety sensitivity: Prospective prediction of anxiety among early adolescents. *Journal of Anxiety Disorders* 24, 5, 503-508.
- Schmidt NB, Mitchell MA, Richey JA (2008). Anxiety sensitivity as an incremental predictor of later anxiety symptoms and syndromes. *Comprehensive Psychiatry* 49, 4, 407-412.
- Shear MK, Bjelland I, Beesdo K, Gloster AT, Wittchen HU (2007). Supplementary dimensional assessment in anxiety disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 16, Suppl.1, S52-S64.
- Silverman WK, Fleisig W, Rabian B, Peterson RA (1991). Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 20, 2, 162-168.
- Silverman WK, Ginsburg GS, Goedhart AW (1999). Factor structure of the Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Behaviour Research and Therapy* 37, 9, 903-917.
- Silverman WK, Goedhart AW, Barrett P, Turner C (2003). The facets of anxiety sensitivity represented in the Childhood Anxiety Sensitivity Index: Confirmatory analyses of factor models from past studies. *Journal of Abnormal Psychology* 112, 3, 364-374.
- Simeone M, Goffredo M, Coppola G, Latrofa A, Di Liso D, Foschino MG (2013). Validazione della versione italiana del "Childhood Anxiety Sensitivity Index". *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 19, 3, 387-391.
- Spence SH (1997). The structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor analytic study. *Journal of Abnormal Psychology* 106, 2, 280-297.
- Spiegelberger C, Edwards C, Montuori J, Lushene R (1973). *Preliminary test manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Spinhoven P, van Hemert AM, Penninx, BWJH (2017). Experiential Avoidance and Bordering Psychological Constructs as Predictors of the Onset, Relapse and Maintenance of Anxiety Disorders: One or Many? *Cognitive Therapy and Research* 41, 6, 867-880.
- Stassart C, Etienne AM (2014). A French translation of the Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI): Factor structure, reliability and validity of this scale in a nonclinical sample of children. *Psychologica Belgica* 54, 2, 222-241.
- Stevanovic DS, Silverman WK, Nichols-Lopez KA, Popovic-Deusic SD, Pejovic-Milovancevic MM (2013). Facets of the Childhood Anxiety Sensitivity Index among Serbian youth. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42, 4, 342-346.
- van Widenfelt BM, Siebelink BM, Goedhart AW, Treffers PD (2002). The Dutch Childhood Anxiety Sensitivity Index: psychometric properties and factor structure. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 31, 1, 90-100.
- Viana AG, Gratz KL (2012). The role of anxiety sensitivity, behavioral inhibition, and cognitive biases in anxiety symptoms: structural equation modelling of direct and indirect pathways. *Journal of Clinical Psychology* 68, 10, 1122-1141
- Waller NG, Meehl PE (1998). *Multivariate taxometric procedures: Distinguishing types from continua*. Sage, Newbury Park.
- Walsh TM, Stewart SH, McLaughlin E, Comeau N (2004). Gender differences in Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI) dimensions. *Journal of Anxiety Disorders* 18, 5, 695-706.
- Wright KD, Asmundson GJ, McCreary DR, Stewart SH, McLaughlin E, Comeau MN, Walsh TM (2010). Confirmatory factor analysis of the Childhood Anxiety Sensitivity Index: a gender comparison. *Cognitive Behavior Therapy* 39, 3, 225-235.
- Yılmaz S, Bilgiç A, Akça ÖF, Türkoğlu S, Hergüner S (2016) Relationships among depression, anxiety, anxiety sensitivity, and perceived social support in adolescents with conversion disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 20, 1, 10-18.

APPENDICE

Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI) - Versione italiana

Istruzioni: di seguito sono riportate delle affermazioni che ragazzi e ragazze usano per descriversi. Leggi attentamente ogni affermazione e metti una X nella casella corrispondente alla risposta che ti descrive. Non ci sono risposte corrette o sbagliate. Ricordati, seleziona la risposta che meglio ti descrive.

	PER NIENTE	UN PO'	MOLTO
1. Non voglio che le altre persone sappiano quando sono spaventato			
2. Quando non riesco a concentrarmi sui compiti di scuola, temo che forse sto impazzendo			
3. Mi spaventa sentirmi "traballante", "instabile"			
4. Mi spaventa sentirmi come se stessi per svenire			
5. Per me è importante mantenere il controllo dei miei sentimenti			
6. Mi spaventa sentire il cuore che mi batte forte			
7. Per me è imbarazzante quando mi brontola lo stomaco (fa rumore)			
8. Mi spaventa sentirmi come se stessi sul punto di vomitare			
9. Quando mi accorgo che il mio cuore batte forte, mi preoccupa che possa esserci qualcosa che non va in me			
10. Mi spaventa avere difficoltà a respirare			
11. Quando mi fa male lo stomaco, mi preoccupa che potrei essere davvero malato			
12. Mi spaventa non riuscire a concentrarmi sui compiti di scuola			
13. Gli altri bambini/ragazzi sono in grado di dire quando mi sento "traballante", "instabile"			
14. Sensazioni insolite nel mio corpo mi spaventano			
15. Quando ho paura, mi preoccupa che potrei essere pazzo			
16. Mi spaventa essere nervoso			
17. Non mi piace esprimere i miei sentimenti			
18. Sensazioni strane nel mio corpo mi spaventano			