

# La relazione tra sintomi somatici, sintomi ansiosi e rischio depressivo in adolescenza

di Rita Cerutti\*, Valentina Spensieri\*, Carmela Valastro\*

I sintomi somatici ricorrenti in età pediatrica rappresentano un fenomeno complesso e multideterminato da affrontare nei setting clinici e non clinici. Nel corso degli ultimi anni si è assistito ad un incremento di studi volti ad indagare la relazione tra sintomi somatici e problematiche internalizzanti ed esternalizzanti in bambini e adolescenti, in considerazione del loro impatto sul funzionamento psicosociale. Obiettivo del lavoro è stato quello di esaminare la relazione tra sintomi somatici ricorrenti, sintomatologia ansiosa e depressiva in adolescenza. Nel presente studio sono stati coinvolti 291 studenti, 133 femmine (45,7%) e 158 maschi (54,3%) di età compresa tra gli 11 e i 14 anni (età media= 12,45; d.s. = 1,06) frequentanti la scuola secondaria di 1 grado in provincia di Roma. A tutti i partecipanti sono stati somministrati i seguenti questionari: DSM-5 – *Somatic Symptom-Child Age 11-17*, lo *Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders* (SCARED) e il *Children's Depression Inventory* (CDI). I risultati confermano l'associazione tra sintomi somatici, ansia e sintomatologia depressiva in adolescenza. Ulteriori dati si rendono necessari per meglio comprendere tale associazione al fine di fornire informazioni utili per la promozione della salute e per la pianificazione di interventi preventivi rivolti ai bambini e agli adolescenti.

Parole chiave: *sintomi somatici, ansia, depressione, adolescenti*.

## I Introduzione

I sintomi medicalmente inspiegabili (Mayou, 1993) sono da lungo tempo un problema piuttosto comune nella pratica pediatrica. I primi studiosi ad interessarsi all'argomento hanno focalizzato l'attenzione su quelli che essi definivano *pain prone children* facendo riferimento alle lamentele periodiche dei bambini (ripetizioni ad intervalli irregolari di cefalea, vomito, febbre e dolori addominali) (Campo, Fritsch, 1994; Campo 2012). Nonostante alcuni studi evidenzino che la somatizzazione, espressa sotto forma di lamentele ricorrenti di dolore, sia piuttosto comune tra gli 8 e i 15 anni, la presenza dei sintomi dolorosi in questa fascia di età è poco indagata in letteratura, mentre molto si conosce della epidemiologia del dolore negli adulti (Perquin *et al.*, 2000). La somatizzazione viene definita, in ogni fase del ciclo di vita, come la tendenza ad esprimere e comunicare distress psicologici attraverso sintomi corporei (Lipowski, 1988).

\* Sapienza Università di Roma.

Il corpo rappresenta un mezzo di comunicazione privilegiato attraverso il quale l'individuo, fin da bambino, entra in relazione con le figure significative e in quanto tale diventa veicolo di importanti significati riguardo la qualità dei legami affettivi e della strutturazione del Sé. Esso, inoltre, può rappresentare il luogo di espressione della sofferenza psichica e strumento di comunicazione di conflitti evolutivi profondi (Pietropoli Charmet, 2004).

Dati epidemiologici dimostrano che molti bambini e adolescenti che soffrono di sintomi somatici a carattere doloroso spesso presentano disturbi internalizzanti ed esternalizzanti associati (Gilleland *et al.*, 2009). Tale associazione appare in crescente aumento rispetto al passato (Santalahti *et al.*, 2005; Eminson, 2007; Gilleland *et al.*, 2009; Schulte, Petermann, 2011; Morris, Ogden, 2012). Per alcuni bambini e adolescenti tali sintomi sono per lo più transitori e non hanno conseguenze negative a lungo termine sul funzionamento quotidiano e/o sul normale corso dello sviluppo; tuttavia, per molti altri che ne soffrono in maniera più grave, si evidenzia una significativa compromissione dello sviluppo affettivo, delle prestazioni scolastiche e delle relazioni sociali (Beck, 2008; Cerutti *et al.*, 2015; Schulte, Petermann, 2011) nonché un peggioramento della qualità della vita (Hughes, Laurea-Waddell, Kendall, 2008).

I sintomi fisici riferiti con una frequenza maggiore sono il mal di testa, il dolore addominale e la stanchezza (Morris, Ogden 2012; Vanaelst *et al.*, 2012), seguiti poi da nausea, vomito e dolore muscolare (Gilelland *et al.*, 2009; Schulte, Petermann, 2011). Si ritiene che tali sintomi fisici seguano uno sviluppo prevedibile: nei bambini più piccoli le lamentele tendono ad essere monosintomatiche e riguardano in modo particolare dolori addominali ricorrenti e mal di testa e divengono polisintomatiche con l'aumentare dell'età (Perquin *et al.*, 2000). Alcuni studi hanno dimostrato che non vi sono differenze di genere circa la prevalenza di sintomi somatici prima della pubertà, mentre in adolescenza le ragazze tendono a riportare una sintomatologia somatica con frequenza doppia rispetto ai coetanei di sesso maschile (Garber, Walker, Zeman, 1991; Beck, 2008).

È stato evidenziato il ruolo determinante dei vissuti ansiosi e depressivi nell'intensità e nella cronicizzazione dei disturbi somatici ricorrenti, nella maggiore compromissione del funzionamento psicosociale e scolastico e nella minore qualità di vita in generale (Imran *et al.*, 2014). L'associazione tra la sintomatologia depressiva, i disturbi d'ansia e i sintomi somatici è stata osservata sia in campioni clinici (Campo *et al.*, 2004; Dufton, Dunn, Compas, 2009; Saps *et al.*, 2009; van der Veek *et al.*, 2010) sia in campioni non clinici di bambini e adolescenti (Saps *et al.*, 2009; van der Veek *et al.*, 2010). Tuttavia, i processi psicologici alla base di tale associazione non sono ancora ben delineati (Lavigne, Saps, Bryant, 2014). Questi studi hanno mostrato che bambini e adolescenti con sintomi e/o lamentele somatiche avevano una probabilità maggiore di presentare disturbi sia ansiosi che depressivi (Campo *et al.*, 2004). Inoltre, è stato riscontrato che la frequenza dei sintomi somatici tende ad aumentare con la gravità dei sintomi di ansia e

depressione (Dhossche *et al.*, 2001). Infine, bambini e adolescenti con disturbi di ansia e depressione sembrano riferire un numero maggiore di sintomi somatici rispetto ai coetanei senza disturbi di ansia o con altri disturbi psichiatrici (Egger *et al.*, 1999).

Sebbene sia noto che bambini che lamentano sintomi fisici sono a rischio per disturbi internalizzanti, pochi studi hanno indagato l'associazione tra sintomi fisici specifici e sintomi di diversi tipi di ansia. I risultati di studi condotti a riguardo appaiono inconsistenti e poco chiari. Tra questi, uno studio condotto da Egger e colleghi (1999) su un campione di preadolescenti ha riscontrato che il mal di testa, da solo e insieme al mal di pancia, era associato con il disturbo di ansia generalizzato. Tuttavia, nessuno dei due sintomi somatici era associato con l'ansia di separazione, sebbene entrambi fossero considerati tra i criteri diagnostici per il disturbo di ansia di separazione nel DSM-IV. In un altro studio (Hofflich, Hughes, Kendall, 2006) bambini diagnosticati con disturbi di ansia riferivano più frequentemente sintomi somatici rispetto a bambini senza tale diagnosi, ma nello stesso studio i sintomi somatici non differivano rispetto ai diversi disturbi d'ansia indagati (generalizzata, di separazione, fobia sociale).

Alla luce di quanto in precedenza esposto, lo scopo principale del nostro studio è quello di ampliare le conoscenze in merito alla relazione tra sintomi somatici, sintomi ansiosi e rischio depressivo in adolescenza.

## 2 Obiettivi e ipotesi

In linea con le premesse teoriche esposte, un primo obiettivo dello studio è quello di rilevare la frequenza della sintomatologia somatica e ansiosa e depressiva in un campione di soggetti in età scolare. Un secondo obiettivo è quello di analizzare la relazione tra i sintomi somatici, i sintomi depressivi e i sintomi ansiosi, esplorando, in particolare, le associazioni con i diversi tipi di ansia. Abbiamo ipotizzato, quindi, che le variabili prese in considerazione siano in stretto rapporto tra loro e che contribuiscano in modo diverso all'espressione somatica della sintomatologia.

## 3 Metodo

### 3.1. Partecipanti

Il campione totale è composto da 291 studenti adolescenti, 133 femmine (45,7%) e 158 maschi (54,3%) di età compresa tra gli 11 e i 14 anni (età media = 12,45; d.s. = 1,06), frequentanti due scuole secondarie di 1 grado della provincia di Roma.

### 3.2. Procedura

Sono stati contattati i presidi delle singole scuole al fine di illustrare il progetto di ricerca e ottenere l'autorizzazione alla somministrazione dei questionari. La partecipazione degli studenti è stata autorizzata dai genitori tramite consenso informato scritto. La somministrazione è avvenuta collettivamente all'interno delle singole classi durante l'orario scolastico e i questionari sono stati compilati in forma anonima.

### 3.3. Strumenti

A tutti i partecipanti alla ricerca sono stati somministrati i questionari self-report di seguito indicati.

La presenza di sintomi somatici specifici è stata indagata attraverso la scala *DSM-5 – Somatic Symptoms – Child Age 11-17* (American Psychiatric Association, 2013; *DSM-Sintomi somatici per soggetti da 11 a 17 anni*, edizione italiana a cura di A. Fossati, S. Borroni e F. Del Corno, 2015). La scala è una versione adattata del *Patient Health Questionnaire Physical Symptoms* a 15 item (PHQ-15) di Spitzer e colleghi (1994) e valuta il dominio dei sintomi somatici in bambini e adolescenti. Tale scala di valutazione richiede al soggetto di indicare, su una scala Likert a 3 punti, che va da 0 a 2 (0 = Per nulla; 1 = Poco; 2 = Molto), quanto spesso il soggetto è stato interessato dai 13 sintomi elencati. Ogni item richiede di valutare la gravità dei sintomi somatici negli ultimi 7 giorni. Il punteggio totale va da 0 a 30; più elevati sono i punteggi, maggiore è la gravità dei sintomi somatici. Nel nostro studio il valore dell'alpha di Cronbach è risultato pari a 0,85.

Per rilevare la sintomatologia ansiosa, nelle sue diverse espressioni, è stato impiegato lo *Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders* (SCARED) di Birmaher e colleghi (1997), adattamento italiano a cura di Ogliari e colleghi (2006). Lo SCARED è un questionario che indaga la presenza e la gravità dei disturbi d'ansia in età evolutiva a partire dagli 8 anni. Si compone di 41 item che valutano differenti tipi di disturbi ansiosi, secondo la nosografia del DSM-IV-TR (APA, 2000): i sintomi somatici/panico, l'ansia generalizzata, l'ansia di separazione, la fobia sociale e la fobia scolare. Al soggetto viene chiesto di indicare quanto ciascuna frase descrive i suoi sentimenti e comportamenti relativi agli ultimi 3 mesi utilizzando una scala Likert a 3 punti, da 0 a 2 (0 = Mai o quasi mai; 1 = Talvolta; 2 = Spesso). È possibile ottenere un punteggio per ciascuna sottoscala e un punteggio totale, che varia da 0 a 82. Un punteggio totale pari o maggiore a 25 rileva la presenza del disturbo d'ansia. Lo strumento ha una buona coerenza interna ( $\alpha = 0,90$ ) (Birmaher *et al.*, 1999), una buona affidabilità al test-retest e una buona validità discriminante (Birmaher *et al.*, 1997, 1999). Nello studio di validazione italiana, sono emersi valori dell'alpha di Cronbach compresi tra 0,80 e 0,69 in tutte le sottoscale dello strumento. Un valore meno accettabile è emerso

per la sottoscala della Fobia Scolare ( $\alpha = 0,54$ ) (Ogliari *et al.*, 2006). Nel presente studio sono stati riscontrati valori dell'alpha di Cronbach compresi tra 0,82 e 0,71 simili allo studio di validazione fatta eccezione per la sottoscala Fobia Scolare ( $\alpha = 0,56$ ).

Per la valutazione del rischio depressivo è stato utilizzato il *Children's Depression Inventory* (CDI) di Kovacs (1985), adattamento italiano a cura di Camuffo *et al.* (1988). Si tratta di un questionario self-report che rileva la presenza e la gravità dei sintomi depressivi in bambini e adolescenti dagli 8 ai 17 anni d'età. È costituito da 27 item che valutano un'ampia varietà di sintomi relativi alle ultime due settimane, inclusi i disturbi dell'umore, della capacità di provare piacere, delle funzioni vegetative, della stima di sé e del comportamento sociale in contesti rilevanti per il bambino (ad esempio la scuola e il gruppo dei pari). Al soggetto viene chiesto di scegliere "la frase che descrive meglio i sentimenti e le idee avuti nelle ultime due settimane". Gli item sono valutati su una scala a 3 punti, da 0 a 2 (0 = Assente; 1 = Moderata; 2 = Grave) e il punteggio totale varia da 0 a 54. Il punteggio cut-off per distinguere il livello clinico dal livello non clinico indicato da Kovacs (1985) è pari a 19.

Il CDI mostra una soddisfacente attendibilità ( $\alpha = 0,86$ ) e validità (*ibid.*), confermata anche dalla versione italiana (Camuffo *et al.*, 1988). Il valore dell'alpha di Cronbach del presente studio è pari a 0,82.

## 4 Analisi dei dati

Le analisi dei dati sono state svolte in accordo con gli obiettivi formulati e in funzione dei dati disponibili, tramite il programma statistico SPSS (versione 22.0). Sono state applicate procedure della statistica descrittiva e parametrica in funzione del livello di misura degli strumenti utilizzati, e infine sono state analizzate le correlazioni tra i diversi questionari.

## 5 Risultati

### 5.1. Frequenza dei sintomi somatici, ansiosi e depressivi

Dalle analisi effettuate sui punteggi della scala di valutazione dei Sintomi Somatici è emerso che più della metà del campione (57%) riporta la presenza di una sintomatologia somatica nell'ultima settimana.

Il mal di testa risulta il sintomo maggiormente riferito, con una percentuale pari al 28,4% (16,4% dei maschi e 12% delle femmine) [ $\chi^2 = 5,798$  gdl (1)  $p = 0,215$ ]. Il mal di pancia, riportato dal 24,6% dei soggetti, è il secondo sintomo più frequente (12,6% dei maschi e 12% delle femmine) [ $\chi^2 = 7,176$  gdl (1)  $p = 0,127$ ].

Dall'analisi quantitativa dello *Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders* (SCARED) è stata riscontrata un'incidenza dei disturbi d'ansia nel 48,5% del campione totale, con una maggiore prevalenza nei maschi (25,9%) rispetto alle femmine (22,7%) sebbene non significativa a livello statistico [ $\chi^2 = 0,134$  gdl (1)  $p = 0,714$ ]. I cut-off utilizzati per distinguere i soggetti ansiosi da quelli non ansiosi sono quelli indicati nell'adattamento italiano dello strumento da Ogliari e colleghi (2006). Inoltre, sono state calcolate le frequenze relative alle singole sottoscale dello strumento (Sintomi Somatici/Panico, Ansia di Separazione, Ansia Generalizzata, Fobia Sociale e Fobia Scolare) valutando, successivamente, le differenze di genere.

Dal confronto è emerso che l'ansia di separazione è il disturbo più diffuso, seguito dai sintomi somatici/panico e dalla fobia scolare. La fobia sociale e l'ansia generalizzata risultano i disturbi meno frequenti. Questo andamento è stato riscontrato in entrambi i sessi, con una maggiore frequenza dei disturbi nelle femmine, fatta eccezione per i sintomi della fobia scolare e dell'ansia generalizzata, che sono più frequenti nei maschi. In riferimento alla valutazione del rischio depressivo, il 20,3% dei soggetti ha ottenuto punteggi uguali e superiori al cut-off del *Children's Depression Inventory* (Kovacs, 1985), di cui l'11% dei maschi e il 9,3% delle femmine [ $\chi^2 = 0,922$  gdl (1)  $p = 0,631$ ].

### 5.2. Relazione tra sintomi somatici e sintomatologia ansiosa e depressiva

Sono state analizzate le correlazioni tra le variabili prese in considerazione nel seguente studio: sintomi somatici, sintomi depressivi e sintomi d'ansia.

La misura delle correlazioni tra le variabili sopra indicate, utilizzando il coefficiente  $r$  di Pearson, ha evidenziato una correlazione statisticamente significativa e positiva fra il punteggio totale alla scala dei sintomi somatici e la sintomatologia ansiosa, compresi i diversi sottotipi d'ansia e i sintomi depressivi.

Le correlazioni sono riportate nella TAB. I.

Inoltre, è stata analizzata la relazione tra il sintomo somatico più frequentemente riportato (mal di testa), i disturbi d'ansia e la sintomatologia depressiva. Il "mal di testa" correla positivamente e significativamente con il punteggio totale allo SCARED ( $r = 0,301$ ) e con i punteggi alle sottoscale "Panico" ( $r = 0,271$ ), "Ansia Generalizzata" ( $r = 0,225$ ), "Ansia di Separazione" ( $r = 0,251$ ), "Fobia Sociale" ( $r = 0,161$ ) e "Fobia Scolare" ( $r = 0,293$ ), con un livello di significatività di  $p < 0,01$ . È stata evidenziata, inoltre, una correlazione significativa positiva tra "mal di testa" e sintomatologia depressiva ( $r = 0,116$ ,  $p < 0,05$ ).

Mediante l'ANOVA sono state analizzate le eventuali differenze tra le medie dei maschi e delle femmine rispetto ai punteggi ottenuti ai questionari. Un primo dato interessante riguarda la scala dei Sintomi Somatici in cui i maschi ( $M = 10,2$ , d.s. = 9,7) e le femmine ( $M = 10,2$ , d.s. = 8,7) riportano punteggi equivalenti.

TABELLA I

Correlazioni tra i punteggi ottenuti alla scala dei Sintomi Somatici, allo SCARED e al CDI

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Scala sintomi somatici	I	0,552**	0,553**	0,457**	0,365**	0,323**	0,439**	0,326**
2. Scared_TOT	0,552**	I	0,882**	0,842**	0,749**	0,757**	0,620**	0,359**
3. Somatici/panico	0,553**	0,882**	I	0,680**	0,516**	0,538**	0,556**	0,388**
4. Ansia generalizzata	0,457**	0,842**	0,680**	I	0,522**	0,569**	0,481**	0,355**
5. Ansia separazione	0,365**	0,749**	0,516**	0,522**	I	0,503**	0,324**	0,137*
6. Fobia sociale	0,323**	0,757**	0,538**	0,569**	0,503**	I	0,324**	0,193**
7. Fobia scolare	0,439**	0,620**	0,556**	0,481**	0,324**	0,324**	I	0,328**
8. CDI_TOT	0,326**	0,359**	0,388**	0,355**	0,137*	0,193**	0,328**	I

\*\* p &lt; 0,01 (2-code); \* p &lt; 0,05 (2-code).

### 5.3. Differenze di genere

Dai punteggi medi ottenuti allo SCARED si osserva, invece, una differenza significativa a livello statistico per la scala Ansia di Separazione [ $F = 6,529$  g.d.l. (1, 289)  $p = 0,011$ ], dove le femmine ( $M = 7,9$ , d.s. = 3,8) hanno una media superiore ai maschi ( $M = 6,8$ , d.s. = 3,8). Le femmine riportano, inoltre, una media maggiore rispetto ai maschi sia nella scala del Panico, sia nella scala Fobia Sociale, sia nel punteggio totale dello strumento. I maschi, al contrario, hanno punteggi medi maggiori nella scala Ansia Generalizzata e nella scala Fobia Scolare. Tuttavia, tali differenze non sono significative a livello statistico ( $p > 0,05$ ).

Infine, per quanto riguarda il *Children's Depression Inventory* i maschi ( $M = 11,3$ , d.s. = 7,1) riportano una media superiore alle femmine ( $M = 10,2$ , d.s. = 6,7); tale differenza non risulta significativa a livello statistico [ $F = 0,964$  g.d.l. (1, 289)  $p = 0,327$ ].

## 6 Discussione

Il presente studio è stato effettuato su un campione di adolescenti allo scopo di analizzare le associazioni tra sintomi somatici, sintomi depressivi e sintomi

ansiosi, con un'attenzione particolare ai diversi tipi di ansia: ansia generalizzata, ansia di separazione, fobia sociale, fobia scolare e panico. I sintomi somatici rappresentano un fenomeno complesso e multi determinato da affrontare nella pratica clinica (Barsky, 2014) e nei setting non clinici in quanto possono causare una notevole difficoltà nell'adattamento sociale e scolastico del bambino e dell'adolescente. In letteratura si evidenzia, infatti, che la somatizzazione in età evolutiva comporta una limitazione e una compromissione del polo relazionale, con difficoltà e ripetute assenze in ambito scolastico (Janssens *et al.*, 2011). Studi epidemiologici mostrano un aumento della prevalenza dei sintomi somatici, con tassi che vanno dal 5% al 30% nella fascia di età compresa tra gli 8 e i 16 anni (Ordóñez, Magantob, González, 2015). I sintomi maggiormente lamentati sono il dolore addominale, con una prevalenza che varia dall'8% al 25% (Duffon, Dunn, Compas, 2009) e la cefalea (Arruda *et al.*, 2010). Nonostante nei diversi studi siano riportati ampie differenze nei tassi di prevalenza relativi al mal di testa in bambini e adolescenti, una ricerca recente ha evidenziato che circa il 60% di un campione scolastico di bambini e adolescenti è incline al mal di testa, in periodi che possono variare, in base all'indagine condotta, dagli ultimi 3 mesi all'arco di vita, con attacchi di frequenza variabile (Abu-Arafeh *et al.*, 2010). Tale tasso di prevalenza così alto supporta i vari studi che evidenziano l'elevata prevalenza di tale sintomo nei bambini e negli adolescenti. I risultati del presente studio, in accordo con le ricerche effettuate su popolazioni non cliniche di bambini e adolescenti (Vila *et al.*, 2009; Guidetti, Galli, Sheftel, 2010), indicano che il mal di testa è il sintomo somatico maggiormente riferito, con una percentuale circa del 28,4% che riporta almeno un episodio nell'ultima settimana. Tuttavia, bisogna sottolineare come i tassi di prevalenza in relazione a sintomi somatici specifici, come il mal di testa, variano considerevolmente tra i diversi studi. Tale variabilità è dovuta, probabilmente, alle differenze relative ai criteri di classificazione, alla metodologia, alle popolazioni esaminate e alle caratteristiche culturali e geografiche (Schwartz *et al.*, 1998; Alp *et al.*, 2010).

Un dato importante rilevato nel presente studio è quello che riguarda l'associazione tra il mal di testa, i sintomi depressivi e la sintomatologia ansiosa. Quest'ultima associazione appare ancora più forte se si considera che il sintomo "mal di testa" correla con tutte le differenti tipologie di ansia indagate (panico, ansia generalizzata, ansia di separazione, fobia sociale, fobia scolare).

Osservazioni cliniche hanno messo in luce relazioni significative tra cefalee primarie e disagio psichico in età evolutiva. In particolare, tra le cefalee primarie, l'emicrania è stata ritenuta un fattore facilitante per la vulnerabilità verso la depressione in considerazione del forte impatto sul funzionamento (Bellini *et al.*, 2013). Nello specifico, rispetto ai bambini sani, i bambini con sintomatologia somatica ricorrente in co-presenza di sintomi ansiosi e depressivi presentano maggiori difficoltà di adattamento sociale e scolastico, un'elevata compromissione delle competenze sociali, delle abilità di *problem solving* e dei processi decisionali

(Hommel *et al.*, 2000). Il disturbo d'ansia di separazione sembra essere la diagnosi di ansia più frequente in età pediatrica. Durante la preadolescenza i disturbi d'ansia sembrano essere più comuni di quanto lo siano i disturbi depressivi, e probabilmente anche più frequenti dei disturbi del comportamento (Cartwright-Hatton, McNicol, Doubleday, 2007).

La prevalenza dei sintomi d'ansia rilevata nel presente studio è in linea con i risultati ottenuti da Cartwright-Hatton e colleghi (2006) in cui le percentuali oscillano dal 2,6% al 41,2%, tuttavia risulta più elevata se confrontata con altri studi (Abbo *et al.*, 2013). È da evidenziare che, come è stato osservato per i sintomi somatici, anche i tassi di prevalenza dei sintomi ansiosi e depressivi negli adolescenti variano da studio a studio, a seconda degli strumenti di misura utilizzati e in relazione ai differenti disturbi di ansia indagati.

Infine, per quanto riguarda il rischio depressivo, il 20% del campione riporta punteggi pari o superiori al cut-off del CDI. Nonostante i maschi abbiano ottenuto un punteggio medio superiore a quello delle femmine al CDI, non sono state evidenziate differenze di genere significative, come evidenziato anche da altri precedenti studi effettuati sulla popolazione italiana (Camuffo *et al.*, 1988).

È opportuno, tuttavia, considerare i limiti che tale studio presenta, in primo luogo il disegno di ricerca trasversale. Solo una ricerca longitudinale potrebbe consentire di seguire il reale andamento delle associazioni osservate e mettere in luce i processi di sviluppo in termini di nessi causali.

In secondo luogo i sintomi esplorati sono stati rilevati esclusivamente attraverso strumenti self report.

Infine l'età dei partecipanti, la conoscenza e la comprensione circa la definizione dei sintomi somatici potrebbero influenzare le risposte.

In conclusione, sono ancora molte le questioni aperte riguardo al tema affrontato nel presente lavoro. Ulteriori studi e ricerche si rendono necessari per approfondire e comprendere meglio i vari aspetti in una visione multidisciplinare del fenomeno somatizzazione. I risultati esposti sottolineano la necessità di pervenire ad una migliore comprensione dell'associazione tra sintomi somatici, sintomi ansiosi e depressivi in adolescenza. Un'attenzione particolare dovrebbe essere riservata alla programmazione di interventi di prevenzione al fine di evitare che sintomi fisici non spiegabili da una chiara causa medica e disagio psichico associato possano, nel tempo, cronicizzarsi con esiti più gravi in età adulta.

## Riferimenti bibliografici

- Abbo C., Kinyanda E., Kizza R. B., Levin J., Ndyanabangi S., Stein J. D. (2013), Prevalence, comorbidity and predictors of anxiety disorders in children and adolescents in rural north-eastern Uganda. *Child and Adolescent Psychiatry Mental Health*, 7, p. 21.
- Abu-Arafeh I., Razak S., Sivaraman B., Graham C. (2010), Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: A systematic review of population-based studies. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52, pp. 1088-97.

- Alp R., Alp S. I., Palancı Y. et al. (2010), Use of the international classification of headache disorders, second edition, criteria in the diagnosis of primary headache in school children: Epidemiologic study from eastern Turkey. *Cephalgia*, 30, 7, pp. 868-77.
- American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Publishing, Washington DC (iv ed., text rev.).
- Id. (2013a), *DSM-5: Online assessment measures*, in <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5/online-assessment-measures>.
- Id. (2013b), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA (v ed.).
- Id. (2015), *Scale di valutazione DSM-5*. Raffaello Cortina, Milano.
- Arruda M. A., Guidetti V., Galli F., Albuquerque R. C., Bigal M. E. (2010), Primary headaches in childhood-a population-based study. *Cephalgia*, 30, 9, pp. 1056-64.
- Barsky A. J. (2014), Assessing somatic symptoms in clinical practice. *JAMA Intern Med*, 174, 3, pp. 407-8.
- Beck J. (2008), A developmental perspective on functional somatic symptoms. *Journal of Paediatric Psychology*, 33, 5, pp. 547-62.
- Bellini B., Arruda M., Cescut A., Saulle C., Persico A., Carotenuto M., Gatta M., Nacinovich R., Piazza F. P., Termine C., Tozzi E., Lucchese F., Guidetti V. (2013), Headache and comorbidity in children and adolescents. *Journal of Headache and Pain*, 14, 79. DOI: 10.1186/1129-2377-14-79.
- Birmaher B., Brent D., 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, pp. 1230-6.
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 36, pp. 545-53.
- Campo J. V. (2012), Annual research review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression-developmental psychopathology in pediatric practice. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 5, pp. 575-92.
- Campo J. V., Bridge J., Ehmann M., Altman S., Lucas A., Birmaher B., Di Lorenzo C., Iyengar S., Brent D. A. (2004), Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. *Pediatrics*, 113, pp. 817-24.
- Campo J. V., Fritsch S. L. (1994), Somatization children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, pp. 1224-33.
- Campo J. V., Fritz G. (2001), A management model for pediatric somatization. *Psychosomatics*, 42, 6, pp. 467-76.
- Camuffo M., Cerutti R., Lucarelli L., Mayer R. (1988), Il CDI (Children's Depression Inventory) nella scuola media: indagine psicométrica. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 185, pp. 37-46.
- Cartwright-Hatton S., McNicol K., Doubleday E. (2006), Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26, 7, pp. 817-33.
- Cerutti R., Presaghi F., Spensieri V., Valastro C., Guidetti V. (2015). Somatic complaints, depressive symptoms and functional disability: A study in school aged children and adolescents. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 1, p. 15.

- Dhossche D., Ferdinand R., Van der Ender J., Verhulst F. (2001), Outcome of self reported functional-somatic symptoms in a community sample of adolescents. *Annals of Clinical Psychiatry*, 13, pp. 191-9.
- Dufton L., Dunn M., Compas B. (2009), Anxiety and somatic complaints in children with recurrent abdominal pain and anxiety disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 34, pp. 176-86.
- Eminson D. M. (2007), Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, pp. 855-71.
- Egger H. L., Costello E. J., Erkanli A., Angold A. (1999), Somatic complaints and psychopathology in childrens and adolescents: Stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, pp. 852-60.
- Garber J., Walker L. S., Zeman J. (1991), Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: Further validation of the children's somatization inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, pp. 588-95.
- Gilleland J., Suveg C., Jacob M. L., Thomassin K. (2009), Understanding the medically unexplained: Emotional and familial influences on children's somatic functioning. *Child: care, health and development*, 35, 3, pp. 383-90.
- Guidetti V., Galli F., Sheftel F. (2010), Headache attributed to psychiatric disorders. In D. B. Vodusek, F. Boller (cur.), *Handbook of clinical neurology*. Elsevier, Amsterdam, pp. 657-62.
- Hofflich S. A., Hughes A. A., Kendall P. C. (2006), Somatic complaints and childhood anxiety disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, pp. 229-42.
- Hommel K. A., McGraw K. L., Ammerman R. T., Heubi J. E., Hansen M., Dunlap E., Beidel D. C. (2010), Psychosocial functioning in children and adolescents with gastrointestinal complaints and disorders. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17, 2, pp. 159-66.
- Hughes A. A., Laurea-Waddell B., Kendall P. C. (2008), Somatic complaints in children with anxiety disorders and their unique prediction of poorer academic performance. *Child Psychiatry and Human Development*, 39, pp. 211-20.
- Imran N., Cornelius A., Mahmood Z., Amjad, Hassan K., Riaz Bhatti M. (2014), Anxiety and depression predicted by medically unexplained symptoms in Pakistani children: A case-control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 76, pp. 105-12.
- Janssens K. A. M., Oldehinkel A. J., Dijkstra J. K., Veenstra R., Rosmalen J. G. M. (2011), School absenteeism as a perpetuating factor of functional somatic symptoms in adolescents: The TRAILS study. *The Journal of Pediatrics*, 159, 6, pp. 988-93.
- Kovacs M. (1985), The Children's Depression Inventory. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 4, pp. 995-8.
- Lavigne J. V., Saps M., Bryant F. B. (2014), Models of anxiety, depression, somatization, and coping as predictors of abdominal pain in a community sample of school-age children. *Journal of Pediatric Psychology*, 39, 1, pp. 9-22.
- Lipowski Z. J. (1988), Somatization. The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, pp. 1358-567.
- Morris A., Ogden J. (2012), Making sense of children's medically unexplained symptoms: Managing ambiguity, autenticity and responsibility. *Psychology, Health and Medicine*, 17, 3, pp. 285-94.

- Mayou R. (1993), Somatization. *Psychotherapy and psychosomatics*, 59, pp. 69-83.
- Ogliari A., Citterio A., Zanoni A., Fagnani C., Patriarca V., Cirrincione R., Stazi M. A., Battaglia M. (2006), Genetic and environmental influences on anxiety dimensions in Italian twins evaluated with the SCARED questionnaire. *Anxiety Disorders*, 20, pp. 760-77.
- Ordóñez A., Magantob C., González R. (2015), Somatic complaints, emotional awareness and maladjustment in schoolchildren. *Anales de Pediatría*, 82, 5, pp. 308-15.
- Perquin C. W., Hazebroek-Kampschreur A. A., Hunfeld J. A., Bohnen A. M., van Suijlekom-Smit L. W., Passchier J., van der Wouden J. C. (2000), Pain in children and adolescents: A common experience. *Pain*, 87, 1, pp. 51-58.
- Pietropolli Charnet G. (2004), La costruzione dell'immagine corporea. In A. Maggiolini, G. Pietropolli Charnet (cur.), *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*. Franco Angeli, Milano.
- Santalahti P., Aromaa M., Sourander A., Helenius H., Pih J. (2005), Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland. *Paediatrics*, 115, pp. 434-42.
- Saps M., Seshadri R., Schaffer G., Sztaiberg M., Marshal B., Di Lorenzo C. (2009), A prospective school-based study of abdominal pain and other common somatic complaints in children. *Journal of Pediatrics*, 154, pp. 322-6.
- Schwartz B. S., Stewart W. F., Simon D., Lipton R. B. (1998), Epidemiology of tension-type headache. *JAMA*, 279, 5, pp. 381-3.
- Schulte I. E., Petermann F. (2011), Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria! What about children and adolescents? *Journal of Psychosomatic Research*, 70, pp. 218-28.
- Spitzer R. L., Williams J. B. W., Kroenke K. et al. (1994), Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The Prime MD 1000 Study. *JAMA*, 272, pp. 1749-56.
- van der Veen S. M. C., Derkx H. H. F., de Haan E., Benninga M. A., Boer F. (2010), Abdominal pain in Dutch schoolchildren: Relations with physical and psychological comorbid complaints in children and their parents. *Journal of Pediatric, Gastroenterology and Nutrition*, 51, pp. 481-7.
- Vanaelst B., De Vriendt T., Ahrens W., Bammann K., Hadjigeorgiou C., Konstabel K., Lissner L., Michels N., Molnar D., Moreno L. A., Reisch L., Siani A., Sioen I., De Henauw S. (2012), Prevalence of psychosomatic and emotional symptoms in European school-aged children and its relationship with childhood adversities: results from the IDEFICS study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 21, pp. 253-65.
- Vila M., Kramer T., Hickey N., Dattani M., Jefferis H., Singh M., Garralda M. E. (2009), Assessment of somatic symptoms in British secondary school children using the Children's Somatization Inventory (CSI). *Journal of Pediatric Psychology*, 34, pp. 989-98.

## **Abstract**

Recurrent somatic symptoms are frequently complex, multifactorial and difficult to deal with in both clinical and non clinical settings. In recent years there has been an increase in studies investigating the relationship between somatic symptoms and internalizing and externalizing problems in children and adolescents, with significant impairment in functioning. The aim of this study was to examine the association of somatic symptoms with depressive and anxiety symptomatology in school-aged adolescents. The sample consisted of 291 students (Mean age = 12.45; s.d. = 1.06) attending public middle schools in the center of Italy (Lazio). Participants were asked to complete the following questionnaires: the DSM-5 -Somatic Symptom-Child Age 11–17, Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED) e Children's Depression Inventory (CDI). These findings add further information to existing literature about the association between somatic symptoms, anxiety and depressive symptomatology in childhood and adolescence. There is, therefore, a need for a more data to better understand this association in order to provide useful information for health promotion and preventive interventions among children and adolescents.

**Key words:** *somatic symptoms, anxiety, depression, adolescents.*

*Articolo ricevuto nel settembre 2015; revisione del settembre 2015.*

Le richieste di estratti vanno indirizzate a Rita Cerutti, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Sapienza Università di Roma, via degli Apuli 1, 00185 Roma: tel +39 06 4991 7936; fax +39 06 4991 7910; e-mail: rita.cerutti@uniroma1.it

