

Disturbi d'ansia e sintomatologia somatica aspecifica in giovani utenti afferenti al Pronto Soccorso: l'esperienza dello SMILE

Anxiety disorders and unexplained somatic symptoms in youths admitted at the emergency room: the SMILE experience

N. GIORDANI PAESANI
A. TOMASSINI
V. BIANCHINI
E. DI GIOVAMBATTISTA
M. MAZZA
R. ROSATI*
V. MARINI*
R. MEI*
U. PIGNATARO**
R. RONCONE
M. CASACCHIA
R. POLLICE

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a Direzione Universitaria, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila; * Pronto Soccorso, ** U.O. Medicina dello Sport, Ospedale "San Salvatore", ASL 04, L'Aquila

Key words

Anxiety • Depression • Somatic symptoms • Adolescence • Alcohol abuse

Correspondence: Dr. Rocco Pollice, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila, via Vetoio, 67100 Coppito (AQ), Italy
Tel. +39 0862 368314
Fax +39 0862 312104
rocco.pollice@virgilio.it
rocco.pollice@cc.univaq.it

Summary

Objectives

Adolescence is the highest risk period for anxiety disorder (AD). The clinical manifestations of AD in adolescence are mainly somatic, although adolescents manifest also fear to death and fear of loss control.

In 50-65% of patients with diagnosis of panic disorder, depressive symptoms precede the onset of ADs. Moreover, in youths, a strong association was found between alcohol use and abuse and mood disorders.

The aim of this study was to estimate the presence of anxious and depressive symptoms in a young sample with somatic unexplainable symptoms. Furthermore, we aimed to investigate the correlations among physical symptoms, visits to the specialist and diagnostic examinations, and anxious and depression symptoms. Finally, we investigated the use of alcoholic substances in this population.

Methods

The study has been carried out on 50 young patients admitted consecutively at the Emergency Room (ER) of the L'Aquila Hospital for the onset of unexplained somatic symptoms. A sample of subjects from the Sports Medicine Unit of L'Aquila Hospital was the control sample (Table I).

All subjects underwent the following standardized screening tests: Self-rating Anxiety Scale (SAS), Self-rating Depression Scale (SDS), State-Trait Anxiety Inventory Y2 (STAI-Y2) and CAGE.

Results

The clinical sample showed a higher frequency of unexplained somatic symptoms than the control sample except for the "sweat", the "derealization feelings" and the "fear to lose the control" (Table II). The clinical sample, moreover, differed from the control sample for the number of somatic symptoms, the number of specialist visits and diagnostic examinations (Tables III, IV). The clinical sample scored higher on the SAS, SDS and STAI-Y2 scales than controls (Table VI). The use of alcoholic substances were more widespread in the clinical sample. Significant correlations were obtained among the above variables.

Conclusions

In most subjects with prevalent somatic symptoms, psychiatric symptomatology is not given due consideration, with ensuing misdiagnosis and inadequate treatment. This is important for adolescents and young people because ADs are considered as an important risk factor for the future development of severe mental disorders, for comorbidity with substance use disorder and poor psychosocial function and quality of life. Our experience, moreover, confirms the need to screen youths so to establish adequate treatment and to avoid symptom worsening and related complications.

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce come "giovani" coloro che hanno un'età compresa tra i 10 e i 24 anni. In modo più specifico, gli adolescenti sono quelli con un'età compresa tra i 10 e i 19 anni, mentre i giovani hanno un'età che va dai 15 ai 24 anni. È stato stimato che in Gran Bretagna i giovani, con un'età compresa tra i 10 e i 19 anni, rappresentino il 13% della popolazione generale¹. Secondo l'Istat, in Italia, i giovani tra i 14 e i 29 anni sono il 19% della popolazione generale.

Gli studi sui giovani tra i 17 e i 30 anni sono di numero esiguo, nonostante l'alta prevalenza di tale popolazione. La ricerca medica, infatti, ha focalizzato l'attenzione principalmente su una popolazione di età compresa tra gli 11 e i 18 anni, trascurando una fascia d'età critica per lo sviluppo di patologie mentali e fisiche e caratterizzata da modelli differenti di salute e di malattia, rispetto a quelli dei bambini e degli adulti¹. La mortalità e il tasso di morbilità, in tale fascia di età, mostrano una tendenza preoccupante, con aree di priorità come i disturbi mentali, la salute sessuale (gravidezze in età precoce e malattie sessualmente trasmissibili) e rischio cardiovascolare (diabete tipo 2 e obesità)¹.

I disturbi mentali dell'adolescenza sono principalmente rappresentati da depressione, precoce insorgenza di disturbi dell'età adulta, come la schizofrenia, e dal persistere di problemi che, normalmente, si riscontrano nei bambini, come il disturbo da deficit di attenzione e iperattività e il disturbo della condotta. È stato stimato che, in Gran Bretagna, il 13% dei ragazzi e il 19% delle ragazze di età compresa tra gli 11 e i 15 anni, soffrono di gravi disturbi psichiatrici, e inoltre, si è valutato che, un quinto della popolazione giovanile inglese, manifesta disturbi mentali durante il periodo dell'adolescenza¹.

Secondo il *NIHM Epidemiologic Catchment Area Program*^{2,3} (1991), il periodo dell'adolescenza risulta essere il periodo a maggiore rischio di esordio del disturbo di panico (DP). Ollendick et al.⁴, inoltre, hanno constatato che gli attacchi di panico (AP) sono una condizione frequente negli adolescenti, anche se il DP è stato a lungo considerato pertinente alla patologia adulta. Recenti revisioni della letteratura⁵ hanno portato a concludere che frequentemente bambini e adolescenti sono giunti con urgenza all'osservazione medica per i sintomi somatici dell'AP. In studi su soggetti adulti con DP è stato, inoltre, riportato che molti pazienti retrospettivamente ricordano la comparsa dei primi sintomi nell'infanzia o nell'adolescenza. In base a interviste strutturate somministrate a vasti campioni di soggetti adulti affetti da DP, sembrerebbe che dal 10 al 20% dei soggetti analizzati abbia sperimentato il primo AP prima dei 10 anni di età^{6,7}; il 7% tra i 10

e 15 anni di età e più del 40% dei pazienti con DP ha avuto l'esordio prima dei 20 anni⁸.

La precocità di esordio, rispetto a un esordio tardivo, si associa a un più elevato rischio per altre condizioni quali abuso di alcol, ideazione e tentativi suicidari. Pertanto, il disturbo con esordio precoce si caratterizza come condizione decisamente più grave e invalidante.

Studi sulla popolazione adulta hanno riportato, nel 50-65% dei pazienti con DP, un'associazione di depressione maggiore, che in un terzo dei casi precede l'esordio del disturbo d'ansia (DA). Un'indagine su 28 adolescenti con DP ha infatti evidenziato la presenza di un di disturbo affettivo in metà del campione. Secondo gli autori, inoltre, tre quarti dei soggetti esaminati presentavano evitamento fobico, sei casi un disturbo da deficit di attenzione con iperattività e sei un disturbo oppositivo⁹.

Una sindrome depressiva, quindi, sembrerebbe essere presente con frequenza maggiore negli adolescenti con DP (22,5%) rispetto ad adolescenti senza DP (9%)¹⁰⁻¹².

Un tentativo di automedicazione con alcol o sostanze negli adolescenti con DP, potrebbe portare il paziente a un comportamento di abuso.

Nella popolazione giovanile, tuttavia, si è riscontrata una forte associazione tra il disturbo da uso di alcol e disturbi dell'umore; non è stata però osservata alcuna relazione tra l'uso di alcol e DA¹³.

Le manifestazioni cliniche del DP nell'adolescenza sono principalmente somatiche, sebbene gli adolescenti manifestino anche la componente cognitiva tipica del disturbo dell'età adulta¹⁴. Nonostante i sintomi fisici siano più frequenti di quelli cognitivi¹⁵, anche gli adolescenti esperiscono la paura di morire, la paura di perdere il controllo¹⁵ e la paura di impazzire. Essi vivono con maggior frequenza esperienze di palpitazioni, tremori, dispnea, nausea, dolori addominali, brividi di freddo, eccessive sudorazioni, capogiri¹⁶⁻¹⁸. È stata evidenziata, inoltre, una differenza nella presentazione dei sintomi somatici nei due sessi. I soggetti di sesso femminile, infatti, hanno una più alta frequenza, rispetto ai maschi, di capogiri, debolezza e nausea¹⁸.

Il nostro studio nasce all'interno di un protocollo di collaborazione tra il Pronto Soccorso (PS) del Presidio Ospedaliero (PO) "San Salvatore" dell'Aquila e lo SMILE (Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per la Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani) che è un servizio specificamente dedicato all'identificazione precoce dei segni e sintomi psicologici e comportamentali delle malattie mentali, per riconoscere più precocemente possibile le persone a rischio e indirizzarle verso un adeguato trattamento.

Il presente studio si propone di valutare la presenza di sintomi d'ansia e depressivi in una popolazione di

giovani utenti con sintomi somatici non riconducibili a patologia organica, afferenti al PS del PO "San Salvatore" dell'Aquila. Si vogliono, inoltre, indagare le correlazioni tra sintomi fisici, visite specialistiche ed esami diagnostici effettuati, ansia di tratto e sintomatologia riferibile all'ansia e alla depressione. È stata, infine, effettuata una valutazione sull'uso di sostanze alcoliche.

Materiali e metodi

Lo studio è stato effettuato su una popolazione di giovani utenti, con un'età compresa tra 17 e 30 anni, afferenti consecutivamente al PS del PO "San Salvatore" dell'Aquila in seguito all'insorgenza di un quadro clinico caratterizzato prevalentemente da sintomi somatici non riferibili a patologia organica. Il criterio di inclusione principale, infatti, era rappresentato dalla presenza di uno o più dei seguenti sintomi: palpitations, cardiopalmo o tachicardia, sudorazione tremori fini o a grandi scosse, dispnea o sensazione di soffocamento, sensazione di asfissia, dolore o sensazione di oppressione precordiale, vertigini, dolore addominale e nausea, sensazione di sbandamento, di instabilità, di testa leggera o di svenimento, sensazione di irrealtà o essere distaccati da sé stesso, paura di perdere il controllo o di impazzire, paura di morire, sensazioni di torpore o di formicolio, brividi o vampate di calore.

I soggetti in cui la sintomatologia sopradescritta era riconducibile a patologia organica accertata e nota, sono stati esclusi dallo studio, come quelli che presentavano gravi disturbi dalla coscienza, deficit cognitivi di entità tale da impedire un'intervista o la somministrazione di scale di autovalutazione, afasia grave, diagnosi di psicosi organica o funzionale, precedenti episodi maniacali o ritardo mentale.

È stato inoltre valutato un campione di controllo costituito da soggetti di età compresa tra i 17 e i 30 anni afferenti all'Unità Operativa di Medicina dello Sport del PO "San Salvatore" dell'Aquila, per l'accertamento di condizioni fisiche ottimali per la pratica di sport a livello agonistico.

Il riconoscimento di segni e sintomi dello spettro ansioso-depressivo è stato effettuato attraverso la somministrazione di strumenti di screening standardizzati, quali la *Self-rating Anxiety State* (SAS) e la *Self-rating Depression Scale* (SDS). L'ansia di tratto è stata valutata attraverso la *State Trait Anxiety Inventory* forma Y2 (STAI-Y2). Il questionario CAGE (*Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener*) è stato somministrato per la valutazione dell'abitudine all'uso di sostanze alcoliche.

La SAS¹⁹ è una scala per una facile e rapida autovalutazione della sintomatologia ansiosa intesa come disturbo psicopatologico (e cioè l'ansia-stato), ed è

indicata per la valutazione di pazienti adulti con sintomatologia ansiosa indipendentemente dalla diagnosi di DA.

La SAS è composta da 20 *items* che esplorano l'affettività (2 *items*), gli aspetti somatici (8 *items*) e quelli psicologici (10 *items*) dell'ansia su di una scala a 4 punti, che corrispondono a: 1 = "per niente" o "solo per poco tempo"; 2 = "un po' di tempo"; 3 = "una buona parte del tempo"; 4 = "continuamente o gran parte del tempo". L'autore ha anche proposto la standardizzazione del punteggio, con punteggi Z, ottenuti dividendo la somma dei punteggi grezzi degli *items* per il massimo punteggio possibile (80) e moltiplicando per 100. Un punteggio inferiore a 50 indica l'assenza di ansia, tra 50 e 59 indica la presenza di ansia lieve/media, tra 60 e 69 di ansia moderata/grave e maggiore di 70 di ansia grave. Il periodo di riferimento è quello della settimana precedente l'intervista.

La SDS^{20,21} è una scala per la valutazione di pazienti con sintomatologia depressiva di qualsiasi natura, indipendentemente dalla diagnosi di disturbo depressivo. La scala può essere, inoltre, utilizzata per la valutazione delle modificazioni della sintomatologia depressiva in corso di trattamento.

La scala è composta da 20 *items* che esplorano l'affettività (2 *items*), gli aspetti somatici (8 *items*) e quelli psicologici (10 *items*) della depressione su di una scala a 4 punti. Gli *items* sono valutati su di una scala a 4 punti che corrispondono, a: 1 = "per niente" o "solo per poco tempo"; 2 = "un po' di tempo"; 3 = "una buona parte del tempo"; 4 = "continuamente" o "gran parte del tempo". L'autore ha anche proposto la standardizzazione dei punteggi attraverso i punteggi Z ottenuti dividendo la somma dei punteggi grezzi degli *items* per il massimo punteggio possibile (80) e moltiplicando per 100. Un punteggio inferiore a 50 indica l'assenza di depressione, tra 50 e 59 indica la presenza di depressione lieve/media, tra 60 e 69 di depressione moderata/grave e maggiore di 70 di depressione grave. Il periodo di riferimento è quello della settimana precedente l'intervista.

La STAI-Y2²², è uno strumento che valuta l'ansia-tratto che può essere considerata una caratteristica relativamente stabile della personalità, un atteggiamento comportamentale, che riflette la modalità con cui il soggetto tende a percepire come pericolosi o minacciosi stimoli e situazioni ambientali. I soggetti con elevata ansia-tratto mostrano una più marcata reattività a un numero maggiore di stimoli e sono caratterizzati, secondo Cattell & Scheier²³ da elevato *arousal*, tendenza alla sensibilità e alla colpa.

È composta da 20 *items* valutati in base a una scala a 4 punti (da 1 a 4) corrispondenti a "per nulla", "un po'", "abbastanza" e "moltissimo". Il *cut-off* diagnostico è

definito da un punteggio totale superiore o inferiore a 34 che indica, rispettivamente, una condizione di ansietà elevata o parafisiologica.

Il CAGE è uno degli strumenti più utilizzati, per la sua semplicità e rapidità di esecuzione, rivolti all'esplorazione dei comportamenti di abuso alcolico. È un questionario di sole 4 domande. Nonostante ciò, si è dimostrato un test sensibile, specifico e affidabile. Il test viene considerato positivo quando due delle quattro risposte risultano affermative.

L'analisi statistica è stata effettuata con il software SPSS. I confronti tra medie sono eseguiti utilizzando il t-test di Student per campioni indipendenti. Il calcolo dei coefficienti di correlazione tra le variabili è stato effettuato utilizzando il *Pearson Product Moment* (r). Tutte le analisi con un $p \leq 0,05$ sono state considerate statisticamente significative.

Risultati

Il campione clinico è costituito da 50 soggetti afferenti al PS e il campione di controllo da 63 soggetti afferenti all'U.O. di Medicina dello Sport del PO dell'Aquila. Le caratteristiche socio-demografiche dei due campioni sono riportate in Tabella I. I due campioni differiscono significativamente per gli anni di scolarità, nel senso di un numero minore di anni di istruzione nel campione clinico, e per il sesso, in quanto nel campione di controllo è maggiormente rappresentato il sesso maschile.

La valutazione della sintomatologia somatica non riferibile a patologia organica, ha messo in evidenza che il campione clinico, rispetto a quello di controllo, mostra una frequenza significativamente maggiore di sintomi fisici tranne per la "sudorazione" (Tab. II).

Tab. I. Caratteristiche sociodemografiche del campione clinico e di quello di controllo (media \pm DS). *Sociodemographic characteristics of the clinical and control samples (mean \pm SD).*

	Campione clinico (n = 50)	Campione di controllo (n = 63)	p	t
Età	23,64 \pm 4,91	23,54 \pm 4,71	NS	0,11
Scolarità	12,83 \pm 2,16	14,61 \pm 2,37	< 0,001	-4,0
M/F	26/24	45/18	0,05	3,71*

* Chi-quadro; NS = Non significativo.

Tab. II. Sintomi somatici e cognitivi nel campione clinico e in quello di controllo (valori percentuali). *Somatic and cognitive symptoms in clinical and control samples (percentage value).*

Sintomi	Campione clinico (n = 50)	Campione di controllo (n = 63)	p	χ^2
Sintomi somatici				
Palpitazioni	56%	23,8%	< 0,001	10,92
Sudorazione	36%	19%	NS	3,28
Tremori	52%	6,3%	< 0,001	27,49
Dispnea	44%	9,5%	< 0,001	15,97
Sensazione di asfissia	28%	6,3%	< 0,05	8,20
Dolore toracico	56%	15,9%	< 0,001	18,35
Nausea	28%	9,5%	< 0,05	5,32
Vertigini	52%	15,9%	< 0,001	15,13
Torpore/formicolio	56%	11,1%	< 0,001	24,21
Brividi/vampate di calore	32%	12,7%	< 0,05	5,10
Sintomi cognitivi				
Sensazione di irrealtà	16%	6,3%	NS	1,81
Paura di perdere il controllo	16%	4,8%	NS	2,83
Paura di morire	36%	7,9%	< 0,001	11,86

NS = Non significativo.

Tab. III. Numero di sintomi somatici, visite specialistiche ed esami diagnostici nel campione clinico e di controllo (media \pm DS).
Number of somatic symptoms, specialist visits and diagnostic examinations in the clinical and control samples (mean \pm SD).

	Campione clinico (n = 50)	Campione di controllo (n = 63)	p	t
Numero di sintomi	5,08 \pm 3,15	1,49 \pm 2,08	< 0,001	7,27
Numero di visite	1,28 \pm 1,38	0,59 \pm 1,32	< 0,005	2,70
Numero di esami	1,28 \pm 1,05	0,30 \pm 0,55	< 0,001	6,39

I sintomi ansiosi cognitivi presenti nei campioni clinico e di controllo non differiscono significativamente, tranne che per la "paura di morire" maggiormente rappresentata nel campione clinico (Tab. II).

Il campione clinico differisce significativamente dal campione di controllo anche per il numero di sintomi somatici presentati al momento della valutazione, nonché per il numero di visite specialistiche e di esami strumentali e di laboratorio effettuati in passato per la sintomatologia presentata (Tab. III).

Non si sono, tuttavia, rilevate differenze statisticamente significative nei due campioni relativamente al tipo di consultazioni mediche specialistiche effettuate in seguito all'insorgenza della sintomatologia somatica, tranne che per la frequenza di visite presso il PS e il medico di base (Tab. IV). Il campione clinico, infatti, mostra una maggiore frequenza di visite presso il PS (48% vs. 12,7%) e il medico di base (20% vs. 3,2%) rispetto a quello di controllo.

Non sono state osservate, inoltre, differenze significative nei due campioni relativamente alla frequenza del tipo di indagini strumentali e laboratoristiche ef-

fettuate, tranne che per elettrocardiogramma (ECG), esami di funzionalità tiroidea e 'altri esami', quali esami ematici di routine (Tab. V). È stata osservata, tuttavia, una tendenza statistica ($p = 0,06$) per la frequenza di esecuzione dell'elettroencefalogramma (EEG), nel senso di una maggior frequenza nel campione clinico (12%) rispetto a quello di controllo (1,6%).

La valutazione psicopatologica ha evidenziato che il campione clinico, rispetto a quello di controllo mostra punteggi significativamente più elevati sia alla SAS, sia alla SDS sia alla STAI-Y2 (Tab. VI).

Nel campione clinico l'84% dei soggetti presenta tratti ansiosi, ovvero un punteggio maggiore o uguale a 34 alla STAI-Y2. Il 64% dei soggetti mostra una sintomatologia ansiosa, presentando un punteggio maggiore o uguale a 45 alla SAS, e il 40% sintomi depressivi, avendo ottenuto un punteggio maggiore o uguale a 50 alla SDS. Il 34% dei soggetti, inoltre, mostra una comorbidità della sintomatologia ansioso-depressiva, avendo ottenuto sia punteggi alla SAS maggiori o uguali a 45 sia punteggi e alla SDS maggiori o uguali a 50.

Tab. IV. Visite specialistiche effettuate nel campione clinico e in quello di controllo (valori percentuali).
Specialist visits in the clinical and control samples (percent values).

Consultazioni mediche specialistiche	Campione clinico (n = 50)	Campione di controllo (n = 63)	p	χ^2
Medico di base	20%	3,2%	< 0,05	6,63
Pronto Soccorso	48%	12,7%	< 0,001	17
Medicina dello Sport	0%	6,3%	NS	0,01
Gastroenterologia	4%	1,6%	NS	0,04
Cardiologia	12%	4,8%	NS	2,02
Otorino	12%	3,2%	NS	2,09
Neurologia	8%	3,2%	NS	0,51
Psichiatria	4%	1,6%	NS	0,04
Psicologia	0%	4,8%	NS	0,95
Altro	4%	4,8%	NS	0,07

NS = Non significativo.

Tab. V. Esami di approfondimento clinico nel campione totale (valori percentuali). *Diagnostic examinations in the clinical and control samples (percent values).*

Esami effettuati	Campione clinico (n = 50)	Campione di controllo (n = 63)	p	χ^2
ECG	60%	19%	< 0,001	18,30
EEG	12%	1,6%	NS	3,56
Gastroscopia	8%	0%	NS	3,14
RX Torace	8%	0%	NS	3,14
TC	0%	0%	NS	1
RMN	4,2%	3,2%	NS	0,05
Esami della tiroide	20%	3,2%	< 0,05	6,48
Altro	16%	3,2%	< 0,05	4,20

NS = Non significativo.

L'abitudine alle più comuni sostanze alcoliche, è risultata significativamente più rappresentata nel campione clinico rispetto a quello di controllo. Il 50% dei soggetti del campione clinico, infatti, ha ottenuto una positività alla somministrazione del CAGE vs. il 15,8% del campione di controllo (Tab. VI).

Le correlazioni tra le variabili studiate, nel campione clinico, sono riportate in Tabella VII. La media della scolarità correla negativamente sia con il numero di sintomi sia con il punteggio medio alla SAS. Il punteggio medio del numero di sintomi presentati, invece, correla in maniera diretta con la media del numero delle visite e degli esami e con il punteggio medio della SAS, ma non con il punteggio medio alla SDS e alla STAI-Y2. La media del numero di visite, quella del numero degli esami effettuati in seguito all'insorgenza dei sintomi, correlano positivamente con i punteggi medi a SAS, SDS e STAI-Y2. I punteggi medi ottenuti dal campione clinico alle tre scale correlano in maniera diretta tra di loro e con il numero degli esami effettuati.

Discussione

I risultati ottenuti dal nostro studio mostrano come i soggetti giovani che presentano sintomi somatici ansiosi si rivolgano più frequentemente al PS e al medico di base. Tale dato è in accordo con quanto riportato in letteratura, ovvero, che i soggetti con DA a prevalente sintomatologia somatica richiedono frequentemente un intervento in reparti di urgenza a causa del disagio creato dalla sintomatologia²⁴⁻²⁵. Gilbert et al.²⁶ hanno inoltre osservato che il 75% degli adolescenti si rivolge almeno una volta all'anno agli operatori della medicina generale per "vari problemi" e che il 20% di essi presentano problematiche psichiatriche pur riferendo una sintomatologia fisica. Vari studi suggeriscono che i medici della medicina generale identificano meno di un terzo degli adolescenti con disturbi mentali e che dal 50 all'80% dei giovani che presentano tali disturbi non ricevono le cure necessarie²⁷⁻³¹. Zachrisson et al.³², tuttavia, hanno riportato che, sia in Europa sia negli Stati Uniti, solo una bassa percentuale (13-36%) di adolescenti con disturbi psichiatrici consulta uno specialista. In

Tab. VI. Punteggi medi SAS, SDS e STAI-Y2 e valutazione del CAGE nel campione clinico e in quello di controllo (media \pm DS). *SAS, SDS and STAI-Y2 scores and CAGE assessment in clinical and control samples (mean \pm SD).*

	Campione clinico (n = 50)	Campione di controllo (n = 63)	p	t
SAS	46,62 \pm 7,94	39,19 \pm 8,51	< 0,001	4,64
SDS	46,51 \pm 9,58	40,35 \pm 10,88	< 0,05	3,14
STAI-Y2	43,90 \pm 9,67	37,31 \pm 10,048	< 0,001	3,52
CAGE (soggetti positivi)	25	10	< 0,001	13,63*

* Chi-quadro.

Tab. VII. Correlazioni tra le variabili studiate nel campione clinico. *Correlations table in the clinical sample.*

	Numero sintomi	Numero visite	Numero esami	SAS	SDS	STAI-Y2
Scolarità	-0,49			-0,33*		
Numero Sintomi		0,58	0,33 [†]	0,43		
Numero Visite			0,37	0,79	0,57	0,47
Numero Esami				0,33 [†]	0,45	0,36
SAS					0,68	0,56
SDS						0,64

* p ≤ 0,05; † p ≤ 0,01.

molti paesi, inoltre, il maggiore carico di malattia nei giovani è dato dai disturbi mentali³³ e gli studi effettuati in questo ambito sono di numero esiguo. Larkin et al.³⁴ hanno rilevato che, nei dipartimenti d'emergenza degli Stati Uniti, le consultazioni per disturbi mentali rappresentano un carico significativo e che i disturbi più frequentemente riscontrati in tale *setting* sono i disturbi correlati a sostanze (22% delle visite), i disturbi dell'umore (17%) e d'ansia (16%). È, quindi, necessario promuovere la ricerca relativa ai disturbi mentali nei giovani nonché sensibilizzare i medici della medicina generale al riconoscimento dei sintomi, soprattutto somatici, riportati dai soggetti in questa fascia d'età.

I sintomi fisici maggiormente manifestati nel nostro campione clinico sono palpitazioni (56%), dolore toracico (56%), parestesie (56%), tremori fini agli arti superiori e inferiori (52%) e vertigini (52%). Tali sintomi fanno, spesso, parte della sintomatologia dei DA e sono considerati, attualmente, criteri fondamentali per poter effettuare una diagnosi formale. Diversi autori, hanno osservato che i giovani con DA presentano una più alta prevalenza di sintomi somatici rispetto a quelli cognitivi^{35,36}. Ginsburg et al.³⁶, ad esempio, hanno riportato che in una popolazione di adolescenti con DA i sintomi somatici più frequenti erano inquietudine (74%), dolori addominali (70%), palpitazioni (48%), tensione muscolare (45%), sudorazione (45%) e tremori/scosse (43%). Nel nostro campione, tuttavia, la sudorazione e i sintomi associabili all'inquietudine, quali sensazioni di irrealtà e paura di perdere il controllo, non sono rappresentativi della popolazione clinica. La frequenza di tali sintomi, infatti, non differisce significativamente nel campione clinico rispetto a quello di controllo. La discordanza tra i nostri risultati e quelli ottenuti da Ginsburg et al.³⁶, potrebbe dipendere dal fatto che l'età media dei soggetti da noi esaminati è superiore.

Il 64% dei giovani che costituiscono il campione clinico mostra una sintomatologia ansiosa, il 40% sintomi depressivi e il 34% una significativa sintomatologia sia ansiosa sia depressiva. L'ansia di tratto è stata osservata nell'84% dei soggetti che si rivolgono

al PS in seguito a sintomi fisici non riconducibili a patologia organica.

L'analisi delle correlazioni, inoltre, ha evidenziato che la sintomatologia ansiosa si associa a un maggior numero di prestazioni mediche e strumentali. Tale dato può essere spiegato con il fatto che i soggetti esaminati hanno una più grave ansia somatica, come dimostrato dalla correlazione positiva tra punteggio medio alla SAS e numero di sintomi somatici presentati. La sintomatologia depressiva, invece, risulta fortemente associata a quella ansiosa ma non influenza il numero di sintomi somatici presentati, come dimostrato dalla mancanza di correlazioni tra le due variabili. L'ansia di tratto, inoltre, risulta fortemente associata alla gravità della sintomatologia depressiva. Recentemente, Tyrer³⁷ ha evidenziato che i sintomi d'ansia sono talmente frequenti nei pazienti con disturbi depressivi da rendere artificiosa una distinzione netta tra i due disturbi e ha riportato il termine "cothymia" per indicare la presenza simultanea dei sintomi che li caratterizzano. Ricerche di tipo psicobiologico, inoltre, sostengono che depressione e ansia riconoscano fattori di vulnerabilità comuni³⁸. In uno studio longitudinale su giovani adulti è stata osservata un'associazione significativa tra un disturbo depressivo maggiore insorto in un'età tra i 18 e i 21 anni e la presenza di un attacco di panico nei tre anni precedenti³⁹, dimostrando che l'attacco di panico aumenta il rischio di sviluppare un episodio depressivo. Gli autori, ipotizzano che la relazione tra i due disturbi potrebbe essere spiegata attraverso la presenza di fattori di rischio comuni o di comorbidità tra le due condizioni.

Nel nostro studio l'uso patologico di sostanze alcoliche è una caratteristica distintiva del campione clinico rispetto a quello di controllo. Il 50% dei soggetti del campione clinico, infatti, ha ottenuto una positività alla somministrazione del CAGE vs. il 15,8% del campione di controllo. Goodwin et al.³⁹, hanno riportato, in una popolazione di giovani, una stretta associazione tra AP e uso di sostanze, soprattutto alcol. Kiss et al.⁴⁰, inoltre, hanno evidenziato come, in soggetti adolescenti, la comorbidità tra

depressione e ansia aumenti il rischio di comportamenti tendenti all'uso di alcol e altre sostanze di comune abuso. L'associazione tra sintomatologia somatica e abuso di sostanze alcoliche diviene ancora più importante alla luce dei nuovi comportamenti d'abuso di moda tra i giovani. Blozis et al.⁴¹, infatti, hanno osservato che la tendenza dello sviluppo del comportamento diretto all'uso di sostanze alcoliche è dipendente dall'età dei soggetti, con un uso di alcol di frequenza e di quantità in crescendo negli adolescenti e nei giovani adulti e in diminuzione nelle età successive. Hill et al.⁴², inoltre, hanno seguito una coorte di bambini dall'età di 10 anni fino ai 21 anni evidenziando una tendenza al *binge drinking* ovvero l'abitudine di bere quattro, cinque o sei drink di fila in una singola occasione.

Conclusioni

Nel nostro studio abbiamo riportato che tra i giovani che si sono rivolti al PS per sintomi fisici non ricondu-

cibili ad alcuna patologia organica, il 64% mostrava una sintomatologia ansiosa, il 40% sintomi depressivi e il 34% una significativa sintomatologia sia ansiosa sia depressiva. Il 50% di questi soggetti, inoltre, riferisce un comportamento di abuso alcolico.

Nella maggior parte dei soggetti con sintomatologia somatica prevalente non viene considerata la presenza di una sintomatologia psichiatrica con una successiva misdiagnosi e un trattamento inadeguato⁴³. Tale evidenza assume un significato di priorità all'interno di una popolazione di giovani adolescenti dal momento che i DA sono considerati importanti fattori di rischio per lo sviluppo di una futura e più grave psicopatologia, per una comorbidità con un disturbo da abuso di sostanze e per un deterioramento del funzionamento psicosociale e della qualità della vita³⁹.

La nostra esperienza, inoltre, conferma la necessità di uno screening precoce, soprattutto in questa popolazione di giovani pazienti, al fine di instaurare trattamenti adeguati e tempestivi che possano evitare il peggioramento della sintomatologia e le complicanze ad essa associate.

Bibliografia

- 1 Viner R, Booy R. *Epidemiology of health and illness*. BMJ 2005;330:411-4.
- 2 Robins LN, Regier DA. *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*. New York: Free Press 1991.
- 3 Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE. *The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures*. Arch Gen Psychiatry 1988;45:1069-77.
- 4 Ollendick TH, Mattis SG, King NJ. *Panic in children and adolescents: a review*. J Child Psychol Psychiatry 1994;35:113-34.
- 5 Moreau D, Weissman MM. *Panic Disorder in children and adolescents: a review*. Am J Psychiatry 1992;149:1306-14.
- 6 Thyer BA, Parrish RT, Curtis CG, Nesse RM, Cameron OG. *Ages of onset of DSM-III anxiety disorders*. Compr Psychiatry 1985;26:113-22.
- 7 Von Korff M, Eaton W, Keyl L. *The epidemiology of panic attacks and panic disorders: Results of three community surveys*. Am J Epidemiol 1985;122:970-81.
- 8 Moreau DL, Follet C. *Panic disorder in children and adolescents*. Child Adolesc Psychiatr Clin North Am 1993;2:581-602.
- 9 Bradley SJ, Hood J. *Psychiatrically referred adolescents with panic attacks: presenting symptoms, stressors and comorbidity*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32:826-9.
- 10 Kessler RC, Stang PE, Wittchen HU, Ustun TB, Roy-Byrne PP, Walters EE. *Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry 1998;55:801-8.
- 11 Andrade L, Eaton WW, Chilcoat HD. *Lifetime comorbidity of panic attacks and major depression in a population-based study: age of onset*. Psychol Med 1996;26:991-6.
- 12 Reed V, Wittchen H-U. *DSM-IV panic attacks and panic disorder in a community sample of adolescents and young adults: how specific are panic attacks?* J Psychiatr Res 1998;32:335-45.
- 13 Costello EJ. *Psychiatric predictors of adolescent and young adult drug use and abuse: what have we learned?* Drug Alcohol Depend 2007;88(Suppl.1):97-9.
- 14 King NJ, Ollendick TH, Mattis SG, Yang B, Tonge B. *Nonclinical panic attacks in adolescents: Prevalence, symptomatology and associated features*. Behav Change 1997;13:171-83.
- 15 Ballenger JC, Carek DJ, Steele JJ, Cornish-McTighe D. *Three cases of panic disorder with agoraphobia in children*. Am J Psychiatry 1989;146:922-4.
- 16 Essau CA, Conradt J, Petermann F. *Frequency of panic attacks and panic disorder in adolescents*. Depress Anxiety 1999;9:19-26.
- 17 Macaulay JL, Kleinknecht RA. *Panic and panic attacks in adolescents*. J Anxiety Disord 1989;3:221-41.
- 18 King NJ, Gullone E, Tonge BJ, Ollendick TH. *Self reports of panic attacks and manifest anxiety in adolescents*. Behav Res Ther 1993;31:111-6.
- 19 Zung WW. *A rating instrument for anxiety disorders*. Psychosomatics 1971;12:371-9.
- 20 Zung WW. *A self-rating depression scale*. Arch Gen Psychiatry 1965;12:63-70.
- 21 Zung WW. *The Depression Status Inventory: an adjunct to the Self-rating Depression Scale*. J Clin Psychol 1972;28:539-43.
- 22 Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press 1970.
- 23 Cattell RB, Scheier IH. *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. New York: The Roland Press Company 1961.

- 24 Hirshfeld RM. *Panic disorder: diagnosis, epidemiology, and clinical course*. J Clin Psychiatry 1996;57(Suppl.10):3-8.
- 25 Huffman JC, Pollack MH, Stern TA. *Panic disorder and chest pain: mechanisms, morbidity, and management*. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2002;4:54-62.
- 26 Gilbert A, Maheux B, Frappier J-Y, Haley N. *Adolescent care*. Can Fam Physician 2006;52:1440-1.
- 27 Post D, Carr C, Weigand J. *Teenagers: mental health and psychological issues*. Prim Care 1998;25:181-92.
- 28 Richardson LA, Keller AM, Selby-Harrington ML, Parrish R. *Identification and treatment of children's mental health problems by primary care providers: a critical review of research*. Arch Psychiatr Nurs 1996;10:293-303.
- 29 Jacobson L, Churchill R, Donovan C, Garralda E, Fay J. *Members of the Adolescent Working Party, RCGP. Tackling teenage turmoil: primary care recognition and management of mental ill health during adolescence*. Fam Pract 2002;19:401-9.
- 30 Wells KB, Kataok SH, Asarnow JR. *Affective disorders in children and adolescents: addressing unmet need in primary care settings*. Soc Biol Psychiatry 2001;49:1111-20.
- 31 Kramer T, Garralda ME. *Child and adolescent mental health problems in primary care*. Adv Psychiatr Treat 2000;6:287-94.
- 32 Zachrisson HD, Rodje K, Mykletun A. *Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey*. BMC Public Health 2006;6:34.
- 33 Moon L, Meyer P, Gran J. *Australia's young people: their health and well-being*. Canberra: Australia Institute of Health and Welfare 1999.
- 34 Larkin GL, Claassen CA, Emond JA, Pelletier AJ, Carmargo CA. *Trend in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001*. Psychiatr Serv 2005;56:671-7.
- 35 Diler RS. *Panic disorder in children and adolescents*. Yonsei Med J 2003;44:174-9.
- 36 Ginsburg GS, Riddle MA, Davies M. *Somatic symptoms in children and adolescents with anxiety disorders*. J Am Child Adolesc Psychiatry 2006;45:1179-87.
- 37 Tyrer P. *The case for cothymia: mixed anxiety and depression as a single diagnosis*. Br J Psychiatry 2001;179:191-3.
- 38 Barlow DH, Campbell LA. *Mixed anxiety-depression and its implication for models of mood and anxiety disorders*. Compr Psychiatry 2000;41:55-60.
- 39 Goodwin RD, Lieb R, Hoefler M, Pfister H, Bittner A, Beesdo K, et al. *Panic attack as a risk factor for severe psychopathology*. Am J Psychiatry 2004;161:2207-14.
- 40 Kiss E, Piko B, Vetro A. *Frequency of smoking, drinking, and substance use and their relationship to psychiatric comorbidity in depressed child and adolescent population*. Psychiatr Hung 2006;21:371-8.
- 41 Blozis SA, Feldman B, Conger RD. *Adolescent alcohol use and adult alcohol disorders: a two-part random-effects model with diagnostic outcomes*. Drug Alcohol Depend 2007;88(Suppl.1):85-96.
- 42 Hill KG, White HR, Chung I, Hawkins JD, Catalano RF. *Early adult outcomes of adolescent binge drinking: person- and variable centered analyses of binge drinking trajectories*. Alcohol Clin Exp Res 2000;24:892-901.
- 43 Huffman JC, Pollack MH. *Predicting panic disorder among patients with chest pain: an analysis of the literature*. Psychosomatics 2003;44:222-36.