Il disagio adolescenziale nel territorio dell'Amiata grossetana

Autori

Catia Burgassi[1], Marco Giannini[2], Paola Giovannelli[3], Alessio Gori[4], Cristiana Manzi[5], Mauro Camuffo[6]

1 Psicologa psicoterapeuta, Resp. UF Consultoriale Amiata Grossetana, A.USL Toscana Sudest (ex A.USL 9 Grosseto)
2 Dipartimento Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze
3 Psicologa, borsista di ricerca presso ex A.USL 9 Grosseto
4 Dipartimento Scienze Umane, LUMSA Roma
5 Psicologa, borsista di ricerca presso ex A.USL 9 Grosseto
6 Neuropsichiatra Infantile, Dir. UOC Neuropsichiatria Infantile, A.USL Toscana Sudest (ex A.USL 9 Grosseto)
Corresponding author: Catia Burgassi, catia.burgassi@uslsudest.toscana.it, tel. 0564914517

RIASSUNTO

Vengono analizzati e discussi i risultati di due indagini successive, effettuate per verificare la presenza di sintomatologia depressiva, o di altro tipo, negli alunni delle scuole secondarie di primo grado e negli studenti delle scuole secondarie di secondo grado del territorio dell'Amiata Grossetana. Per la prima indagine sono state utilizzati strumenti diversi (SAFA, CBCL, TRF); per la seconda indagine solo le scale SAFA, per verificare se i punteggi alla sub-scala SAFA-D risultassero ancora significativamente superiori rispetto ai valori di riferimento. L'ipotesi è stata confermata: i punteggi ottenuti dai campioni maschile e femminile alle scale SAFA-D (depressione) e SAFA-A (ansia) sono risultati superiori rispetto ai valori indicati per i campioni normativi, sia nella prima che nella seconda indagine, confermando, in particolare, la pervasività dei sintomi a carattere depressivo durante l'età adolescenziale.

SUMMARY

The results of two subsequent surveys to assess the presence of depressive symptoms or other types of disease in secondary school students and in second-grade secondary school students in the Amiata Grossetana area are analyzed and discussed. Various instruments (SAFA, CBCL, TRF) have been used for the first survey; for the second survey, only the SAFA scales, to see if the scores at the sub-scale SAFA-D were still significantly higher than the reference values. The hypothesis was confirmed: scores from male and female samples at SAFA-D (depression) and SAFA-A (anxiety) sub-scales in the first and second surveys were higher than the values indicated for normative samples, confirming, in particular, the pervasiveness of depressive symptoms during the adolescent age.

Introduzione

I disturbi psicopatologici e le situazioni di disagio psicologico che insorgono in età evolutiva giungono spesso ai servizi tardivamente, mentre è noto che un intervento precoce potrebbe evidenziare le risorse ancora sane al fine di mettere in atto interventi più efficaci. A questo proposito, recenti studi epidemiologici hanno permesso di identificare specifici fattori di rischio, peraltro sottostimati o non riconosciuti affatto, date le frequenti difficoltà delle famiglie e delle istituzioni (ad esempio la scuola) a differenziare tra comportamento normale, comportamento segnalatore di un disagio e comportamento francamente sintomatico.

Partendo da queste premesse, è stata avviata una rilevazione delle condizioni di salute mentale della popolazione dell'Amiata Grossetana di età compresa tra 11 e 18 anni. Il progetto ha coinvolto le scuole secondarie di primo e secondo grado del Distretto dell'Amiata dell'ex A.USL9 Grosseto (oggi nell'A.USL Toscana Sudest), comprendente i comuni di Arcidosso, Casteldelpiano, Castell'Azzara, Cinigiano, Roccalbegna, Santa Fiora, Seggiano e Semproniano.

L'obiettivo principale era verificare presenza e prevalenza di sintomatologia a carattere depressivo, considerate la sua supposta pervasività durante la preadolescenza e l'adolescenza, la sua probabile maggiore incidenza nei contesti non urbanizzati e le rilevazioni regionali che hanno individuato i valori più elevati dei tassi di suicidio per il triennio 2003-2005 proprio nei territori della Provincia di Grosseto (11 x 100.000).

Obiettivo secondario era rilevare l'eventuale associazione tra sintomatologia rilevata ed alcune variabili ambientali relative a genitori, famiglia, condizione socioeconomica e stress sperimentato.

A tre anni di distanza dalla prima rilevazione, è stato effettuato un aggiornamento dello studio, al fine di verificare l'andamento delle misure che più si erano discostate dai valori di riferimento.

Materiali e metodi

Il campione complessivo della prima indagine (867 soggetti di 11-18 anni d'età) era in effetti composto da due sub-campioni, uno rappresentativo delle scuole secondarie di primo grado, uno delle scuole secondarie di secondo grado.

Il primo era costituito da 346 soggetti, di cui 179 femmine (51,7%) e 167 maschi (48,3%), di età compresa tra 11 e 16 anni (età media 12,4), alunni delle scuole medie dei comuni di Arcidosso (18,5%), Casteldelpiano (28%), Castell'Azzara (9,5%), Cinigiano (12,7%), Roccalbegna (6.6%), Semproniano (4,9%) e S. Fiora (19,7%).

Il secondo era costituito da 521 soggetti (56,23% femmine e 43,77% maschi), con età media di 16,9 anni, studenti delle quattro scuole superiori del comprensorio: Istituto Professionale di Arcidosso, Istituto Professionale per il Commercio di S.Fiora, Liceo Scientifico di Castel del Piano e Liceo delle Scienze Sociali di Arcidosso. Per la prima indagine, sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

Per le scuole secondarie di primo grado:

- Child Behaviour Checklist / 6-18 (CBCL/6-18; 1); Questionario di valutazione del comportamento che utilizza i genitori come fonte d'informazione ed esplora due aree, Competenze (Attività, Socialità, Scuola e Totale sulle Competenze) e Problemi Comportamentali ed Emotivi (Ansia/Depressione, Ritiro, Lamentele Somatiche, Problemi Sociali, Problemi Cognitivi, Problemi di Attenzione, Comportamento Delinquenziale, Comportamento Aggressivo, Internalizzazione, Esternalizzazione, Totale sui Problemi).
- Teacher's Report Form / 6-18 (TRF/6-18; 1); questionario di valutazione del comportamento che utilizza come fonte d'informazione gli insegnanti ed esplora due aree, Competenze (Rendimento Scolastico, Capacità di Applicazione, Comportamento, Capacità di Apprendimento, Felicità/Benessere, Competenze Totali) e Problemi Comportamentali (Ansia/Depressione, Ritiro, Lamentele Somatiche, Problemi Sociali, Problemi Cognitivi, Problemi di Attenzione, Comportamento Delinquenziale, Comportamento Aggressivo, Internalizzazione, Esternalizzazione, Totale sui Problemi).
- Scale psichiatriche di Auto-somministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA; 2); batteria di 6 questionari auto-somministrabili (SAFA-A, per la valutazione dell'ansia; SAFA-D, per la depressione; SAFA-O, per il disturbo ossessivo-compulsivo; SAFA-P, per i disturbi alimentari psicogeni; SAFA-S, per i sintomi somatici e l'ipocondria; SAFA-F, per le fobie).
- Scheda socio-anagrafica; ai genitori è stato richiesto di compilare una scheda appositamente costruita, capace di indagare un'ampia serie di variabili socio-anagrafiche (quali: età, professione, titolo di studio, religione, lingua parlata, provenienza della famiglia, numero di figli, presenza/assenza di esperienze di separazione, lutto, traslochi, gravi malattie, miglioramento/peggioramento economico, problemi di rilievo nell'anamnesi del figlio).

Per le scuole secondarie di secondo grado:

- Scale psichiatriche di Auto-somministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA).
- Scheda socio-anagrafica.

Le scale SAFA sono state somministrate ai minori in forma collettiva presso le sedi scolastiche in circa 45 minuti, previe autorizzazioni dei dirigenti scolastici e dei genitori. I genitori hanno compilato il questionario CBCL e la scheda socio-anagrafica in circa 30 minuti. Infine, gli insegnanti hanno compilato il TRF in circa 25 minuti.

Per l'analisi dei dati, sono state effettuate le analisi descrittive delle variabili sesso, età e scuole. Sono state poi condotte le analisi descrittive dei punteggi delle scale SAFA, delle scale CBCL e delle scale TRF, calcolando medie, deviazioni standard, valori minimi e massimi, indici di skewness e kurtosis e considerando campione totale, totale delle femmine, totale dei maschi, totale dei soggetti per ogni scuola, femmine per ogni scuola e maschi per ogni scuola. Sono state infine effettuate le analisi descrittive delle sub-scale SAFA-D (Umore Depresso, Anedonia, Umore Irritabile, Bassa Autostima, Insicurezza, Senso di Colpa, Disperazione).

Sono state condotte le correlazioni (r di Pearson) tra: 1) scale SAFA e scale Totale sulle Competenze e Totale sui Problemi di CBCL e TRF; 2) scale Totale sulle Competenze e Totale sui Problemi di CBCL e TRF; 3) scale SAFA-A, SAFA-D, SAFA-S e scale sindromiche Ansia/Depressione, Ritiro, Lamentele Somatiche di CBCL e TRF; 4) scala SAFA-D con sub-scale, scala SAFA-O con sub-scale e variabili socio-anagrafiche.

Si è proceduto poi, tramite t-test, al calcolo delle differenze tra le medie dell'intero campione e dei sotto-campioni sopraelencati e le medie dei gruppi di standardizzazione di SAFA e CBCL.

È stata, infine, effettuata l'analisi della varianza (ANOVA) tra il campione delle scuole medie ed il campione delle scuole superiori, per verificare se i gruppi differissero significativamente nei punteggi alle SAFA.

Per la seconda indagine è stato costruito un nuovo campione casuale della popolazione scolastica, suddivisibile in due sub-campioni: un campione delle scuole medie, costituito da 70 alunni, di cui 34 maschi e 36 femmine (età media 12,5 anni), scelti casualmente nelle scuole medie di Arcidosso, Casteldelpiano, S.Fiora, Semproniano, Roccalbegna, Cinigiano, Castell'Azzara; un campione degli istituti superiori del comprensorio, costituito da 83 ragazzi, anch'essi scelti casualmente, di cui 41 maschi e 42 femmine (età compresa tra 13 e 20 anni).

A tutti i soggetti sono state somministrate le sole scale SAFA, scelte proprio perché, nella prima rilevazione, i valori della SAFA-D nelle scuole secondarie di primo e secondo grado erano risultati uniformemente e significativamente superiori rispetto ai valori di riferimento.

Risultati prima indagine

SCUOLE SECONDARIE PRIMO GRADO

I punteggi medi e le deviazioni standard del campione totale e dei relativi sotto-campioni ai test TRF e CBCL sono risultati lontani dai valori clinici e non sono state rilevate differenze significative tra campione maschile e femminile e rispetto ai valori di riferimento.

Per i maschi, nell'area Competenze, la variabile Attività è risultata lievemente inferiore al riferimento, mentre la Scuola si è mostrata lievemente superiore; nell' insieme, il totale delle Competenze è risultato nella norma. Nell'area Problemi Comportamentali, le variabili Lamentele Somatiche, Problemi Sociali e Problemi di Pensiero si sono rivelati superiori ai valori di riferimento, mentre Depressione/Ritiro, Aggressività, Comportamenti Delinquenziali ed in generale tutte le problematiche esternalizzanti sono rimaste sotto la media.

Per le femmine, sono risultate sopra la soglia di attenzione le variabili Problemi di Pensiero e Problemi di Attenzione, sotto la soglia Comportamenti Aggressivi e Problematiche di Esternalizzazione.

I risultati alle scale SAFA sono stati confrontati con i campioni normativi per verificare l'esistenza di differenze significative tra le medie, utilizzando il t-test. I dati sono stati confrontati con i valori di riferimento, con le medie dell'intero campione, con il totale dei maschi, il totale delle femmine e il totale dei maschi e delle femmine suddivisi per scuola.

Nel campione totale, le medie della scala SAFA -D (t=7,66 p<.01) sono risultate significativamente più alte rispetto a quelle del campione di standardizzazione. I maschi hanno ottenuto punteggi significativamente più elevati alla SAFA-D in quasi tutte le scuole e nel campione totale, le femmine punteggi significativamente più alti alla SAFA-D e significativamente inferiori alla SAFA-O (disturbi ossessivo-compulsivi).

SCUOLE SECONDARIE SECONDO GRADO

I punteggi alla scala SAFA-D del campione totale e alla scala SAFA-A del campione maschile sono risultati significativamente superiori rispetto al campione normativo in tutte le scuole. Rispetto ai maschi, mentre il Professionale di S. Fiora non ha presentato risultati significativamente superiori alla media, il Professionale di Arcidosso ho prodotto ben quattro valori significativi, per SAFA-A, SAFA-D, SAFA-O e scala di simulazione. Rispetto alle femmine, il Liceo Scientifico ha mostrato tre valori significativamente inferiori alla media (SAFA-O, SAFA-P e SAFA-S) ed uno superiore (SAFA-D). Al Professionale di Arcidosso, la SAFA-D non è risultata significativa nonostante il valore più elevato in assoluto, probabilmente a causa dell'esiguo numero di soggetti.

Risultati seconda indagine

SCUOLE SECONDARIE PRIMO GRADO

Il campione totale conferma la tendenza individuata nella prima indagine: la scala SAFA-D risulta uniformemente e significativamente più elevata nel campione totale, nel campione femminile e in quello maschile (significatività verificata mediante t-test). La Scala SAFA-O risulta invece significativamente inferiore.

In Tabella 1, il riepilogo delle medie e delle deviazioni standard per il campione totale alle scale SAFA.

Tabella 1: Descrittive scuole secondarie primo grado campione totale 2^ indagine

		Scale SAFA					
		Ansia	**Depressione**	**DOC**	**Dist. Alimentari**	**Dist. Somatici**	**Simulazione**
Valori normativi		27,70	24,37	25,71	15,56	10,85	4,95
Campione Totale 2^ indagine		28,84	**31,91**	19,73	14,73	10,67	5,57
	N	70	70	70	70	70	70
	DS	13,73	15,31	12,42	13,39	6,64	2,95

Note. Riepilogo delle M e delle DS di tutte le scuole per le macroscale SAFA. In base ai confronti effettuati con il *T-test* sono significativamente differenti i valori evidenziati in grassetto.

SCUOLE SECONDARIE PRIMO GRADO

Anche in questo caso appare confermata la tendenza evidenziata in precedenza: i punteggi alla scala SAFA-D risultano significativamente superiori nel campione totale e nel campione maschile, per il quale è significativamente superiore anche il valore della scala SAFA-A . Per il campione femminile appare invece significativamente inferiore la scala SAFA-S (disturbi somatici).

In Tabella 2 il riepilogo delle medie e delle deviazioni standard per il campione totale alle scale SAFA.

Tabella 2: Descrittive scuole secondarie secondo grado campione totale 2^ indagine

Scale SAFA		Ansia	Depressione	DOC	Dist. Alimentari	Dist. Somatici	Simulazione
Valori Normativi		23,32	22,63	17,74	14,78	11,20	3,25
Campione Totale 2^ indagine		26,01	**28,81**	18,48	12,95	10,07	3,99
	N	83	83	83	83	83	83
	DS	15,14	16,19	14,01	9,17	6,65	2,88

Note. Riepilogo delle M e delle DS di tutte le scuole per le macroscale SAFA. In base ai confronti effettuati con il *T-test* sono significativamente differenti i valori evidenziati in grassetto.

Nei grafici 1 e 2, sono riportati i dati delle scuole secondarie di secondo grado confrontati con quelli della prima indagine e con i dati normativi.

Grafico 1: confronto dei dati della 1^ e della 2^ indagine con i valori normativi delle scale SAFA; campione femminile.

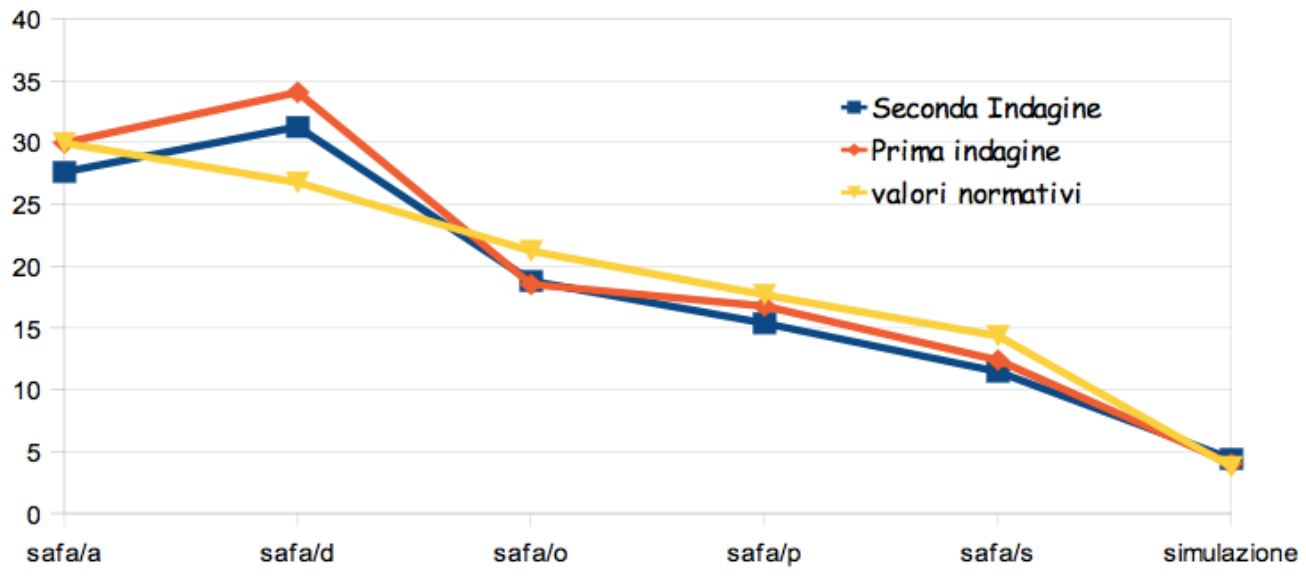
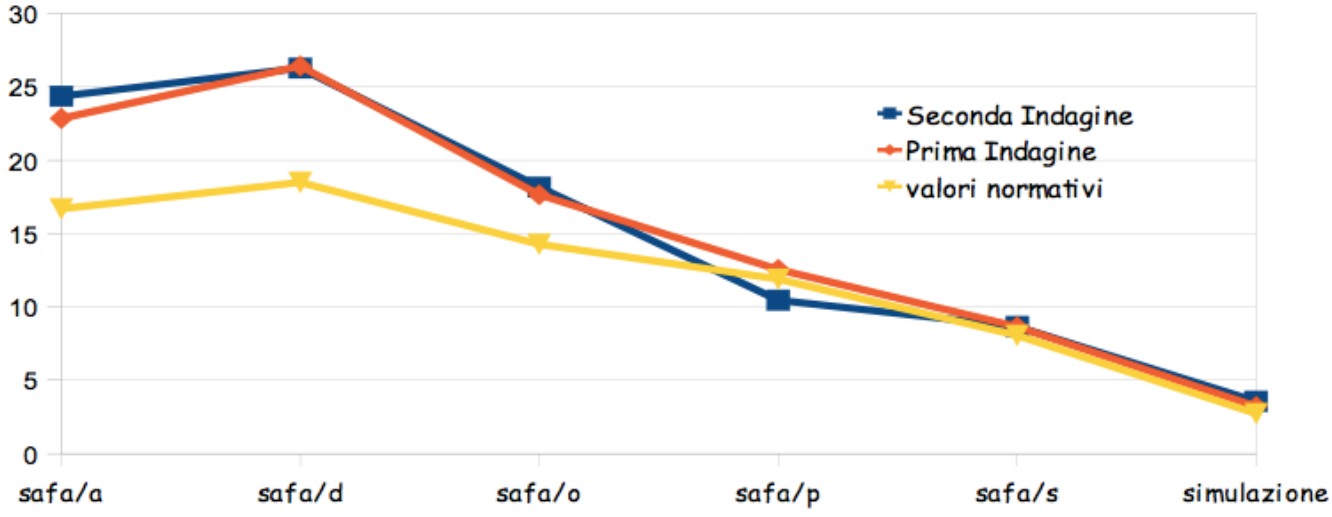


Grafico 2: confronto dei dati della 1^ e della 2^ indagine con i valori normativi delle scale SAFA; campione maschile.



Discussione

Obiettivo della prima indagine era fornire un contributo allo studio della psicopatologia dell'adolescenza e del disagio adolescenziale in un contesto non urbanizzato quale quello del Monte Amiata. Si è cercato di verificare se nei ragazzi residenti fosse presente sintomatologia depressiva, o di altra natura, e se questa fosse correlata a variabili contestuali relative a famiglia, genitori, esperienze di stress, condizioni ambientali. L'uso di tre strumenti diversi per la rilevazione dei problemi emotivo-comportamentali ha reso possibile anche un confronto fra tre diversi vertici osservativi, ragazzi, genitori e insegnanti.

I valori dei coefficienti r di Pearson risultati dalle analisi correlazionali effettuate tra i tre strumenti sono risultati piuttosto bassi; questo dato suggerisce la non corrispondenza delle opinioni delle tre fonti di informazioni. Tale risultato è in accordo con la tesi sostenuta da Eaves et al. (3), per cui i ragazzi non si trovano d'accordo con i genitori nel definire il proprio umore come irritabile. Ma la diversità nelle valutazioni tra figli e genitori potrebbe essere attribuita anche ad altri motivi: alle oscillazioni di distanza e prossimità mentale che si verificano spesso in adolescenza e rispetto alle quali deve essere trovato un equilibrio da parte di entrambi (4); ad una carenza a livello comunicativo tra genitori e figli, tra genitori e insegnanti e tra insegnanti ed alunni, che si rispecchia nella diversa percezione delle problematiche adolescenziali; ad una diversa manifestazione di tali problematiche in rapporto al contesto (scuola, casa, etc.).

Dall'osservazione delle statistiche descrittive di CBCL e TRF, è stato possibile notare che, alle scuole medie, i punteggi alle scale Totali erano più elevati per le valutazioni dei genitori piuttosto che degli insegnanti, sia per Competenze che per Problemi, e ciò potrebbe esprimere la tendenza dei genitori a prendere maggiormente in considerazione gli aspetti emotivi e comportamentali dei propri figli, rispetto a quanto fatto solitamente dagli insegnanti.

I coefficienti ottenuti dalle correlazioni tra scale e sub-scale SAFA-D e SAFA-O e variabili socio-anagrafiche si sono rivelati bassi. Nel campione totale, la sintomatologia depressiva e quella ossessivo-compulsiva non sono risultate associate alle variabili famiglia, stato socio-economico ed eventi di vita negativi, a differenza di quanto emerso nei numerosi studi che testimoniano la frequente correlazione tra sintomi psicopatologici e tali variabili. Ne sono esempi il lavoro di Pelkonen et al. (5), con un follow-up a 16 anni che ha rilevato l'associazione tra separazione dei genitori e altri eventi negativi e la futura manifestazione di un episodio depressivo, e l'indagine di Kim et al. (6), in cui, dopo 12 mesi, il livello di stress sperimentato da adolescenti con disturbo bipolare risultava fortemente associato, se elevato, con l'incremento della sintomatologia a carattere disforico.

Nel nostro campione, non è stato possibile correlare la sintomatologia a carattere depressivo a tali tipologie di variabili e questo potrebbe dipendere da fattori inerenti le caratteristiche socio-spaziali del territorio (ad es. isolamento e qualità e quantità delle relazioni sociali).

I risultati dei confronti effettuati tramite t-test hanno mostrato come nel campione delle scuole medie la sintomatologia depressiva fosse significativamente presente. L'unica scala in cui il campione totale ha ottenuto una media significativamente maggiore rispetto a quella del campione normativo è stata la SAFA-D, in accordo con quanto testimoniato dalla letteratura circa la massiccia presenza di sintomi depressivi negli adolescenti e nei preadolescenti (7, 8, 9) e la loro elevata incidenza nelle aree non urbanizzate (10, 11, 12, 13, 14). Le medie più alte ottenute alle varie sub-scale della SAFA-D sono state quelle relative ad Umore Irritabile, Insicurezza, Bassa Autostima e Senso di Colpa, in accordo con il fatto che umore irritabile e bassa autostima sono tra i sintomi più frequentemente associati, in letteratura, alla sintomatologia depressiva in adolescenza (15, 16, 17), e addirittura, nel caso dell'irritabilità, differenziano la depressione dell'adolescenza da quella dell'età adulta (18).

Le femmine (in due scuole e nel totale) hanno ottenuto valori t significativi anche alla scala SAFA-O: le medie sono risultate inferiori a quelle del campione normativo. Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo è abitualmente ritenuto un disturbo dell'età adulta, con frequenza stimata intorno al 2,5% della popolazione generale e maggiore prevalenza nel sesso maschile. Ricerche dell'ultimo decennio hanno tuttavia messo in evidenza la sua relativa presenza anche in età evolutiva, con valori di 1:200 circa (ovvero frequenza intorno allo 0.5%). Relativamente all'età di insorgenza, sembra esistere una distribuzione bimodale, con un primo picco di incidenza intorno ai 7 anni e prevalenza del sesso maschile ed un secondo intorno agli 11 anni e prevalenza del sesso femminile (19). Il nostro dato contrasterebbe dunque con tali evidenze, ma confermerebbe il fatto che la sintomatologia ossessivo-compulsiva interessa prevalentemente il sesso maschile.

Per quanto riguarda i confronti tra le medie nelle scale sui Totali alla CBCL 6-18, i valori t significativi sono stati pochi. Si sono riscontrati i valori t significativi nel sotto-campione maschile della scuola di Castell'Azzara; le medie sono risultate inferiori a quelle del campione normativo in entrambe le scale sui Totali. Restando alle scuole medie, la media inferiore della scala sul Totale dei Problemi potrebbe indicare una valutazione dei problemi emotivo-comportamentali da parte dei genitori tendente alla minimizzazione. Quest'ultimo punto rimanda alla teoria di Parr, Philo & Burns (20), per cui la relazione socio-spaziale di prossimità-distanza presente nei contesti rurali sarebbe responsabile del silenzio che si crea rispetto alla patologia psichica; è ipotizzabile che certi problemi non vengano esplicitati dai genitori per il timore dell'esclusione dei figli da parte dei coetanei o degli altri membri della comunità. Bisogna però aggiungere che tale dato non è in contrasto con quanto rilevato effettuando i confronti t-test sulle scale SAFA: il sotto-campione maschile di Castell'Azzara non ha mostrato medie significativamente differenti da quella di riferimento in alcuna scala e ciò potrebbe giustificare il minor livello di problemi riportato dai genitori tramite la CBCL.

Nei campioni femminili delle scuole medie, relativamente alla scala sul Totale delle Competenze (CBCL), le medie sono risultate significativamente inferiori nei sotto-campioni di Castell'Azzara (in accordo con quanto visto per i maschi) e di Cinigiano, mentre è risultata significativamente maggiore quella del sotto-campione di Arcidosso. Quest'ultimo dato, al contrario dei precedenti, porta ad ipotizzare che vi sia stata, da parte dei genitori di Arcidosso, una sopravvalutazione delle competenze dei figli, accanto ad una valutazione delle loro problematiche tendente alla minimizzazione. Nella scala sul Totale dei Problemi infatti, sono state rilevate medie significativamente inferiori nei sotto-campioni di Santa Fiora e Arcidosso, dati che rimandano anch'essi alla tendenza dei genitori a minimizzare i problemi dei figli; anche questo non è in contrasto con quanto è emerso dai confronti effettuati tramite t-test relativamente alle scale SAFA. La media del sotto-campione femminile di Santa Fiora è risultata significativamente inferiore a quella del campione normativo nella SAFA-S ($t=-3.05$, $p<.01$) che misura la sintomatologia somatica e l'ipocondria, e la media del sotto-campione femminile di Arcidosso è risultata significativamente inferiore nella SAFA-O ($t=-2.34$, $p<.05$) e nella SAFA-S ($t=-2.51$, $p<.01$). In tali sotto-campioni, le valutazioni degli alunni, che hanno riportato un livello di sintomatologia somatica e

ossessivo-compulsiva inferiore ai valori della standardizzazione, sono apparse dunque in accordo con quelle dei genitori, che hanno riportato un livello di problematiche emotivo-comportamentali inferiore a quello del campione normativo.

Con le analisi della varianza (ANOVA), si è cercato poi di verificare se i punteggi medi ottenuti alle SAFA differissero significativamente dai punteggi medi ottenuti dalla sola fascia d'età maggiore (14-18 anni). L'unica differenza statisticamente significativa è risultata quella relativa alle medie dei punteggi alla scala SAFA-O, risultate significativamente differenti dai campioni di riferimento per due sotto-campioni e per il totale delle femmine: dunque la sintomatologia ossessivo-compulsiva è apparsa, al contrario di quella depressiva, meno presente, rispetto al campione normativo, nelle femmine. I punteggi medi alla SAFA-O del campione di soggetti più grandi, ai confronti tramite t-test, non si sono significativamente diversificati dai punteggi medi del campione di standardizzazione. All'ANOVA, i punteggi medi alla scala sono diminuiti con l'aumentare dell'età: ciò porta a pensare alla possibile diminuzione fino alla remissione della sintomatologia ossessivo-compulsiva con la crescita. Questo dato è in accordo con quanto emerso relativamente al campione di standardizzazione della batteria: le medie dei punteggi alla SAFA-O sono più basse per la fascia d'età 14-18 rispetto a quella 11-13.

Per quanto riguarda le scuole secondarie di secondo grado, i risultati sono significativamente superiori al campione normativo in tutte le scuole per quanto riguarda la scala SAFA-D e per la scala SAFA-A nel campione maschile.

A distanza di tre anni è stato effettuato un aggiornamento dei dati, somministrando a studenti di scuole medie e superiori solo le scale SAFA, per verificare se la scala SAFA-D si collocasse ancora in posizione superiore rispetto ai valori di riferimento. Tale ipotesi è stata confermata: i punteggi si sono dimostrati sostanzialmente simili a quelli ottenuti dalla prima indagine per le scale SAFA-D e SAFA-A; solo nei maschi delle scuole medie si è registrato un lieve decremento alla SAFA-O.

Conclusioni

Il presente lavoro conferma quanto emerge in letteratura circa l'alta prevalenza dei sintomi a carattere depressivo in adolescenza; nel campione studiato la presenza di sintomi depressivi è apparsa significativamente maggiore rispetto ai campioni di standardizzazione. Altre indagini sono necessarie per verificare se tale sintomatologia risulti legata a variabili relative alla realtà specifica del territorio dove gli adolescenti si trovano a vivere, non essendo stata rilevata alcuna correlazione con le variabili ambientali che in letteratura più frequentemente risultano associate ad essa.

Bibliografia

1) Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families; 2001.

2) Cianchetti C, Sannio Fancello G. SAFA: scale psichiatriche di autosomministrazione per fanciulli e adolescenti : manuale. Firenze: O.S.; 2001.

3) Eaves LJ, Silberg JL, Meyer JM et al. Genetics and developmental psychopathology, 2: the main effects of genes and environment on behavioral problems in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. J Child Psychol Psychiatry. 1997;38:965–980.

4) Siegel, DJ. Relationships and the developing mind. Childcare Information Exchange, 1999; 48-51.

5) Pelkonen M, Marttunen M, Kaprio J, Huurre T, Aro H. Adolescent risk factors for episodic and persistent depression in adulthood. A 16-year prospective follow-up study of adolescents. Journal of Affective Disorders, 2008;106:123–131.

6) Kim EY, Miklowitz DY, Biuckians A, Mullen K. Life stress and the course of early-onset bipolar disorder. J affect disord. 2007;99(1-3):37-44.

7) Marcelli D, Braconnier A. Psicopatologia dell'adolescente. Milano: Masson. 1985.

8) Ge X, Coger RD, Elder GH. Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. Developmental Psychology. 2001;37:404–417.

9) Cappelli L, Cimino S. La depressione in adolescenza. In: Ammaniti M. (a cura di), Manuale di Psicopatologia dell'adolescenza, Milano:Cortina. 2002;217-248.

10) Middleton N, Gunnell D, Frankel S, et al. Urban-rural differences in suicide trends in young adults: England and Wales, 1981-1998. Social Science and Medicine. 2003;57:1183-1194.

11) Boyle GJ, Saklofske DH (Eds.). Sage benchmarks in psychology: The psychology of individual differences (4 Vols.). London, UK: Sage. 2004.

12) Heyerdahl S, Kvernmo S, Wichstrøm L. Self-reported behavioral/emotional problems in Norwegian adolescents from multiethnic areas. European Child & Adolescent Psychiatry. 2004;13:64–72.

13) Weich S, Twigg L, Lewis G. Rural/non-rural differences in rates of common mental disorders in Britain Prospective multilevel cohort study Prospective multilevel cohort study. BJP. 2006; 188:51-57

14) Tann SS, Yabiku ST, Okamoto SK, Yanow J. TriADD: the risk for alcohol abuse, depression, and diabetes multimorbidity in the American Indian and Alaska Native populations. American Indian and Alaska Native Mental Health Research. 2007; 14(1), 1-23.

15) Reinherz H, Gianconia R, Pakiz B, Silverman A, Frost A, Lefkowitz E. Psychosocial risks for major depression in late adolescence: A longitudinal community study. Journal of American Academy Child & Adolescent Psychiatry. 1993; 32(6), 1155-1163.

16) Lazaratou H, Anagnostopoulos DC, Alevizos EV, Haviara F, Ploumpidis DM. Parental attitudes and opinions on the use of psychotropic medication in mental disorders of childhood. Annals of General Psychiatry. 2007; 1-7.

17) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013.

18) Militerni R. Neuropsichiatria infantile. Napoli: Idelson-Gnocchi. 2004.

19) Parr H, Philo C, Burns N. Social geographies of rural mental health: experiencing inclusions and exclusions. Transactions of the Institute of British Geographers. 2004; 29(4):401-419.