

LA PERCEZIONE DEGLI ADOLESCENTI DEI PROPRI COMPORAMENTI RISCHIOSI

Robert Courtois e Sylvie Mangeney

Vi sono stati parecchi studi sulla percezione del rischio. E' stato preferito l'approccio psicometrico, che è un sistema fattoriale che usa due o tre elementi. Questo approccio viene descritto come riguardante la natura dei rischi, la conoscenza delle persone esposte a questi rischi e gli effetti ai quali esse vengono esposte (Slovic, Fischhoff e Lichtenstein, 1980; Slovic, 1987). Altri Autori hanno studiato la percezione del rischio fra gli adolescenti e i giovani adulti analizzando sia la natura delle loro varie attività "problematiche" sia le differenze che esistono fra i rischi che realmente si incontrano e la percezione di tali rischi (Benthin, Slovis e Severson, 1993) Agli adolescenti è stato chiesto delle loro conoscenza di questi rischi, delle loro conseguenze, dei benefici per loro o per altri, della possibilità di rifiutare di corredi e del controllo o delle regole esterne di essi. I risultati tendevano a dimostrare che i soggetti che si impegnavano in tali attività dicevano di aver ben compreso i rischi e che li potevano controllare (la prospettiva cognitiva). Vi erano anche prove di una importante influenza dei coetanei (nell'attesa di benefici) e un ridotto desiderio di supervisione da parte di adulti (la prospettiva sociale). L'influenza dei coetanei è stata riconosciuta da tempo (Jesor e Jessor, 1975; Jesson, 1984; Irwin e Millstein, 1986; Tubman, Windle e Windle, 1996):

Possiamo confrontare questa ricerca a uno studio (Smith e Rosenthal, 1995) che, oltre a indagare su modelli che spiegano la valutazione del rischio sulla stessa base (rischio in rapporto a se stessi, ad altri, i benefici, la sensazione di controllare il rischio, il riconoscimento da parte di coetanei, la comprensione dei genitori) chiedeva agli adolescenti di classificare in ordine gerarchico i rischi. Essi li divisero in due categorie: (a) situazioni che consideravano ad alto rischio, compresa la guida o l'essere un passeggero di un veicolo sotto l'effetto di alcool o droghe, l'uso di inalanti o di amfetamine, la pratica di sesso non protetto; e (b) situazioni che consideravano a basso rischio, per esempio bere alcoolici (birra, vino e supercalcoolici) al pari del bere e fumare eccessivamente in certe occasioni. Certamente la percezione del rischio varia fra gli adolescenti che li hanno corsi e quelli che non li hanno (Gonzales, Field, Yando, Gozales, Lasko e Bendell, 1994).

Una caratteristica positiva di un approccio critico è che offre la base per un dialogo con gli adolescenti piuttosto che, per esempio, sopprimere solamente e semplicemente l'esposizione al rischio. Ciò interferisce col processo di auto-identificazione e la tenerezza all'autonomia nella adolescenza. Così, noi possiamo concludere che gli adolescenti che corrono rischi hanno una più forte auto-stima, minori legami e minore intimità con le loro madri e minori responsabilità familiari (Gonzales, Field, Yando, Gonzales, Lasko e Bendell, 1994). Nello stesso tempo è

difficile predire quanto questa assunzione di rischi contribuirà in modo costruttivo allo sviluppo durante l'adolescenza. Il fatto che gli adolescenti hanno la tendenza ad associare o a cumulare comportamenti rischiosi è una costante in tutti gli studi, ma essi tendono anche a dimostrare che essi sono in stato di sofferenza (Donovan e Jessor, 1985; Biglan, Wendler, Wirt, Ary, Noell, Ochs, French, Hood, 1990).

Scopi

Lo scopo di questa ricerca è di ottenere una maggiore comprensione delle rappresentazioni dei comportamenti rischiosi durante l'adolescenza che hanno gli adolescenti stessi. Riguarda anche il confronto di queste percezioni con quelle di adulti che sono coinvolti con loro (genitori o insegnanti).

Metodi

Soggetti

Il campione di adolescenti interrogati consisteva di 208 ragazzi e ragazze del nono anno in tre scuole urbane e rurali (nel Dipartimento della Loira e Cher in Francia) Novantasette erano ragazzi (47%) e 111 erano ragazze (53%). L'età variava fra i 14 e i 18 anni con una media di 15,5 (D.S. = 0.8 anni). Non vi erano differenze significative di età fra ragazzi e ragazze. Inoltre vennero interrogati un totale di 70 adulti (87,5% donne), 49 insegnanti delle stesse scuole e 21 genitori degli studenti. La loro età variava da 20 a 57 anni con una età media di 39 anni (D.S. = 9,5 anni). Agli adulti venne chiesta la loro percezione dei comportamenti rischiosi degli adolescenti (loro allievi o figli). Tuttavia questi risultati saranno forniti solo per motivi di confronto o come base per ulteriori ragionamenti.

Materiale

Il materiale usato era un questionario chiuso anonimo, consistente di 29 affermazioni con le quali il soggetto poteva concordare o no lungo una scala di 7 punti del tipo da completamente d'accordo a del tutto in disaccordo. Questi argomenti proponevano un insieme di differenti comportamenti rischiosi. Gli studenti vennero interrogati lungo quattro linee. 1) la gravità di questi comportamenti; 2) la loro auto- o etero-aggressività; 3) la necessità di rispondere ad essi con interventi legali o 4) la necessità di una risposta di aiuto psicologico.

Procedure

Il questionario venne auto somministrato durante il secondo semestre dell'anno accademico 1997. Le istruzioni erano chiare e l'anonimato veniva garantito. Ogni partecipante rispondeva al questionario da solo in presenza di un adulto: il medico scolastico assegnato alla scuola (il secondo autore), durante l'orario scolastico.

Agli insegnanti e ai genitori il questionario venne somministrato con una semplice spiegazione e di nuovo in forma anonima. Il questionario poté essere somministrato solo agli adulti che concordarono di partecipare allo studio.

Risultati e discussione

Questi dati furono analizzati considerando le risposte medie degli studenti a ogni tipo di comportamento nelle seguenti 4 categorie: 1) la gravità del comportamento; 2) La loro auto- ed etero-aggressività; 3) la richiesta di intervento legale; 4) la richiesta di aiuto psicologico. In seguito venne applicato un approccio più ampio che prendeva in considerazione tutte quattro le dimensioni allo stesso tempo. Ciò venne intrapreso dapprima per l'intero gruppo di adolescenti, poi solo per i ragazzi e in seguito per solo le ragazze e infine per gli adulti. Al fine della chiarezza, noi sottolineeremo i risultati globali e daremo la differenza fra ragazze e ragazzi oltre che fra giovani e adulti.

Valutazione della gravità

Analizzando i risultati siamo stati sorpresi di notare che tutte le varie categorie di comportamenti apparivano gravi agli studenti (cioè più elevata della gravità media). I tipi di comportamenti che essi sentivano come maggiormente gravi erano: i tentativi di suicidio, la guida mentre erano intossicati o sotto l'effetto di alcool e droghe e la mancanza di adottare protezione durante i rapporti sessuali. I furti commessi fuori casa erano considerati più gravi di quelli fatti in casa.

Auto- ed etero-aggressività

Tutti i tipi di comportamenti erano sentiti come autoaggressivi fuorchè la lotta e le altre forme di aggressione agli altri, sia coetanei che insegnanti, distruzione di arredi furti e fuga. In un grado minore, il sesso a rischio (non protetto, diversi partners) e la guida pericolosa venivano percepiti come più eteroaggressivi degli altri comportamenti.

Richiesta di interventi legali

Tutti i comportamenti per i quali gli studenti sentivano come necessario l'intervento legale (cioè l'intervento di adulti, comportamenti illegali o diffidati da denuncia o da sanzione) vennero posti alla destra nella grafica. Questi comprendono. Ingerire o inalare droghe illegali, guida pericolosa e tutti i comportamenti violenti e antisociali. Il consumo di droghe lecite (tabacco e alcool), il fatto di avere multipli partners sessuali o di avere una relazione sessuale con qualcuno molto più vecchio, gravidanza, attraversare la strada senza guardare, avere ripetuti incidenti e ogni cosa che riguardi il corpo (tentativi di suicidio, disordini alimentari, ecc.) sono alla sinistra del grafico. Autosabotaggio a scuola e pensieri di morte sono alla estremità sinistra del grafico. Ciò potrebbe portare a strategie di prevenzione poiché, per esempio, mentre il tabacco e l'alcool sono droghe lecite, esse possono essere associate ad altri comportamenti pericolosi e così

facilitare il consumo di altre sostanze psicoattive (Takakura, Ueji e Sakihara, 2001; Duong Dinh Cong, Vo Thi Xuan Hanh, Ho Th Huongn e Deschamps 2001)

Richiesta di aiuto psicologico

Tutti i comportamenti fisici (bulimia, tentativi di suicidio, ecc.) e l'autosabotaggio a scuola sono percepiti come richiesta di aiuto psicologico. Il secondo gruppo di comportamenti che può anche indicare una sofferenza dell'individuo, ma in grado minore, è il consumo di droghe. Gli stessi gruppi di tipi di comportamento che non richiedono interventi legali, non richiedono neppure l'aiuto psicologico. Questi sono l'uso di tabacco e alcool, pigrizia, multipli partners sessuale, sesso non protetto o sesso con persone più vecchie, ripetuti incidenti, ecc.

L'approccio combinato

La figura 1 è il risultato della combinazione dei quattro precedenti approcci. Questa figura tridimensionale permette una lettura sintetica che è nello stesso tempo complementare. La lettura di questa figura è spiegata nella figura 2. Noi possiamo estrarre tre gruppi di tipi comportamentali:

- Il primo gruppo (1) che noi chiamiamo "medico-psicologico" nel quale i tipi comportamentali sono caratterizzati dalla loro gravità, la loro autoaggressività, la necessità di una risposta medica ma non di interventi legali. Nel complesso sono caratterizzati da una sofferenza facilmente identificabile e dal loro collegamento con turbe corporee. Va notato che i tentativi di suicidio sono percepiti come il più grave di questi tipi di comportamento. La fuga da casa è il più eteroaggressivo di questo tipo di comportamenti
- Il secondo gruppo (2) che noi chiameremo " droghe, violenza e guida pericolosa" (vedi Figura 2) e che pure consiste di due sottogruppi:
 - Il primo sottogruppo (2a) intitolato " droghe" riguarda il consumo e l'inalazione di droghe illegali. Questo comportamento è percepito essere al pari grave e autoaggressivo ma che richiede interventi legali più che aiuto psicologico. Va notato che i furti fuori casa ricadono in questo gruppo.
 - Il secondo sottogruppo (2b) " violenza, trasgressione e guida pericolosa" riguarda comportamenti eteroaggressivi e richiede interventi legali: Questi tipi di comportamento comportano violenza, inciviltà, distruzioni di proprietà e guida sotto l'effetto di droghe. Questo gruppo comprende anche altri tipi di pericolosità stradale (precedentemente alla destra della Figura 2)
- Un terzo gruppo (3) consiste di diversi comportamenti precedentemente mostrati alla sinistra del grafico. Esso comprende, da una parte comportamenti rischiosi sessuali (partners multipli, partners più anziani, rapporti sessuali non protetti) e dall'altra parte l'uso di alcool e tabacco, la pigrizia, l'espulsione dalla scuola e infine i furti in casa.

Le differenze secondo il sesso.

In un approccio comparativo fra ragazzi e ragazze noi possiamo mettere in evidenza che le ragazze hanno la tendenza a giudicare più gravi ed autoaggressivi comportamenti del gruppo “medico-psicologico” (pensieri di morte, tendenza al suicidio e disordini alimentari), quelli del sottogruppo (2a) al pari di parte di quelli del sottogruppo (2b) (guida pericolosa).

Le ragazze giudicano le risse e lo scappare da casa come più gravi e il vandalismo, i furti in casa, il fumo e i pensieri di morte meno gravi. Esse tendono a considerare il sesso a rischio (rapporti senza protezione o gravidanze) come autoaggressivo. Più che i ragazzi esse sentono che l'intervento legale è necessario per i comportamenti del gruppo 2 “ droghe, violenza e guida pericolosa”: Tuttavia, al contrario esse sono meno a favore del tipo di comportamento del gruppo 1 “medico-psicologico” Esse ritengono che l'aiuto psicologico sia necessario per i gruppi di comportamenti di tipo 1 e 2. Infine esse non pensano che i comportamenti del terzo gruppo, quali il sesso a rischio, l'uso del tabacco e i furti in casa richiedano interventi legali o aiuto psicologico.

Queste osservazioni provano le differenze fra i comportamenti di maschi e femmine (Donovan e Jessor, 1985; Choquet, Marcelli e Ledoux, 1993) . Noi troviamo una forma di dicotomia fra i comportamenti maschili e femminili, con comportamenti di azione da un lato e somatizzati dall'altro, o turbe comportamentali (con una dimensione anticonvenzionale o antisociale) contro problemi corporei o medico-psicologici, comportamenti esterni verso comportamenti interni.

Confronto con le percezioni degli adulti

Noi Abbiamo esaminato le risposte di 70 adulti che ci hanno portato a una analisi sintetica della loro percezione dei comportamenti rischiosi nell'adolescenza. Ciò risultò in una figura che era pressochè sovrapponibile alla precedente ma con variazioni più ampie. Essi consideravano i differenti tipi di comportamento come più gravi di quanto lo valutassero gli adolescenti ed erano più portati a vedere la necessità di interventi legali essenzialmente per i comportamenti del gruppo 2 e di aiuto psicologico per i gruppi 1 e 2a. D'altra parte , i comportamenti del gruppo 3 descritti dagli studenti avevano la tendenza a scomparire come entità separata nella percezione degli adulti ed essere assorbiti nel gruppo di comportamenti 1. In altre parole gli adulti che risposero al questionario, erano più propensi a veder la necessità di aiuto psicologico, specialmente per l'ubriachezza, intossicazione, incidenti, furti domestici e difficoltà scolastiche (pigrizia e espulsione) che gli stessi adolescenti.

Conclusioni

In conclusione, noi abbiamo dedotto che vi sono due principali gruppi di tipi comportamentali rischiosi degli adolescenti:

- Il primo gruppo (1) è “medico-psicologico” . I tipi di comportamenti (disordini alimentari, tentativi di suicidio, ecc.) sono caratterizzati dalla loro gravità, la loro autoaggressività, il forte bisogno di una risposta psicologica, ma non di un intervento legale. Questi comportamenti sono prevalentemente femminili.
- Il secondo gruppo (2) noi possiamo chiamarlo “ droghe, violenza e guida pericolosa” . Qui il tipo di comportamento viene percepito come necessitante di intervento legale. Questi tipi di comportamenti furono divisi in due sottogruppi. (2a) usare o inalare droghe illegali era percepito come grave, autoaggressivo e necessitante di aiuto psicologico (anche se questo è secondario rispetto alla necessità di intervento legale); (2b) quello di guida pericolosa, violenza e comportamenti trasgressivi che erano percepiti come non necessitanti di aiuto psicologico. Questo tipo di comportamenti era prevalentemente maschile.
- La percezione di ragazze e ragazzi tendevano a differire nel senso che le ragazze erano inclini a identificare il primo gruppo di comportamenti come indicativi di sofferenza e riconoscevano anche la gravità di usare droghe e della guida pericolosa. D’altro lato, i ragazzi consideravano il secondo gruppo di modalità comportamentali (uso di droghe e violenza) come comune e non particolarmente grave.
- Infine vi sono altri tipi di comportamento (gruppo 3) che sono percepiti come non rischiedenti né interventi legali, né aiuto psicologico. Questi sono l’uso di droghe legali, assenze da scuola, ripetuti incidenti e comportamenti sessuali che noi “ professionisti sanitari” consideriamo pericolosi (multipli partners, mancanza di protezione o partners molto più anziani) Questi risultati preoccupano considerando le misure disponibili per la prevenzione e l’educazione sanitaria.

In complesso le percezioni degli studenti erano del tutto simili a quelle degli adulti che vennero interpellati e a quelli della società nel suo insieme. Altri studi hanno dimostrato che la percezione degli adolescenti o le loro preoccupazioni riguardo problemi di salute riflettono quelli che gli adulti instillano loro (Jutras, Trambly e Morin, 1999); e in questo senso riflettono le usanze di una società o le sue tradizioni (Duong Dihn Cong, Vo Thi Xuan Hahn, Ho Th Huonnagn e Deschamps, 2001).

Questi riscontri ci hanno portato da una lato a concludere che la formazione dei professionisti sanitari deve prendere in considerazione la percezione degli adolescenti sulla salute e dall’altro lato, noi dobbiamo vigilare che i ragazzi abbiano accesso alle cure sanitarie e che siano disponibili mezzi per interpretare le loro sofferenze psicologiche.

Limitazioni

Questo studio può essere visto come un lavoro di esplorazione. Il nostro metodo empirico era creativo e ci ha permesso di confermare le tendenze che abbiamo osservato come professionisti sanitari. Le nostre osservazioni sembrano trovare eco nella rassegna della letteratura. Tuttavia

questo studio dovrebbe essere confermato da ulteriori studi. La piccola popolazione di adolescenti, anche se scelti accuratamente per riflettere al meglio gli studenti della nona classe nei settori urbano e rurale, non possono essere considerati rappresentativi della popolazione francese. I risultati che riguardano i volontari adulti (genitori e insegnanti) furono forniti solo come indicazione e dovrebbero del pari esser studiati con maggior profondità e in una popolazione più ampia.

Parole chiave: Rappresentazione; Percezione; Comportamenti rischiosi; Adolescenza; Educazione sanitaria; Francia

Luigi Resegotti