

## **Adolescenti in ospedale: incidenti e dinamiche psicologiche pre- traumatiche.**

*P. Carbone\**, *A. Bovet\*\**, *L. Bracci \*\*\**, *S. Cimino \*\*\*\**, *P. Sanmartini\**, *S. Soria \**

### **Abstract**

**Obiettivo:** Esplorare le caratteristiche psicologiche e relazionali di adolescenti ricoverati nei reparti ospedalieri chirurgici e ortopedici in seguito ad incidenti di vario genere, per promuovere la conoscenza dei fattori psicodinamici coinvolti nel rischio di incidenti in adolescenza.

**Metodologia:** E' stato studiato un campione di 205 soggetti (tra 14 e 24 anni), appaiato ad un gruppo di controllo di 205 soggetti. Sono state condotte interviste cliniche semi-strutturate da sei psicoterapeuti specializzati in psicoterapia dell'adolescenza; successivamente è stata utilizzata una versione modificata del *Defence Mechanism Inventory* (DMI). I dati categoriali delle interviste sono stati analizzati con il test del chi quadro e i risultati emersi dalle scale del DMI sono stati esaminati con un'analisi della varianza a due fattori. L'analisi dei cluster dell'intero campione, basata sul punteggio del DMI e su tutte le variabili categoriali eccetto la variabile casi/controlli, è stata svolta utilizzando SPAD.

**Risultati:** I risultati sono in accordo con le nostre ipotesi: i giovani che hanno avuto incidenti (ed in particolare quelli che ne hanno avuto più di uno) sembrano avere più problemi del gruppo di controllo. Questi problemi investono varie aree delle loro storie presenti e passate. Inoltre, sono emersi due importanti elementi psicodinamici: la qualità della propria autostima ed il modo di affrontare il processo di separazione-individuazione.

**Conclusioni:** Sono emersi molti elementi che confermano la necessità di non sottovalutare il contesto psicologico nel quale accade l'incidente, specialmente per i ragazzi coinvolti in episodi ripetuti. L'incidente può essere interpretato come l'espressione di una tendenza a "tradurre in azione" problemi e sofferenze che non possono essere affrontati ad un livello psicologico.

### **Parole Chiave:**

Adolescenza; Incidente; Fattori di rischio psicodinamici.

### **Introduzione**

L'Ospedale è considerato abitualmente un "luogo di cura", ma è anche il contesto nel quale potrebbero essere accolte le problematiche psicologiche dei giovani ricoverati,

in particolare potrebbe rappresentare l'ambiente ideale per attuare strategie di prevenzione secondaria degli incidenti.

L'adolescenza è un periodo di importanti cambiamenti somatici, cognitivi ed emotivi che provocano una crisi di identità di diversa durata e intensità. Solo raramente le sofferenze psicologiche della crisi adolescenziale sono sperimentate consapevolmente (come avviene nel caso della nevrosi degli adulti), ma più spesso la sofferenza psicologica è evidenziata da “agiti”, comportamenti rischiosi o trasgressivi volti ad evitare la consapevolezza dei conflitti interni. Data la gravità delle loro conseguenze, gli incidenti sono fra l'espressione più pericolosa dei “comportamenti agiti”.

## **Incidenti e adolescenza**

Secondo le stime internazionali, gli incidenti sono la prima causa di morte tra gli adolescenti ed i giovani adulti tra 15 e 24 anni. Secondo le statistiche nazionali italiane relative agli incidenti stradali (Istat, 2000), negli anni che precedono l'inizio del presente studio, sono morti 1.267 giovani e 75.608 sono rimasti seriamente feriti; inoltre, in contrasto con il decrescere della mortalità da incidenti in età adulta, non si è verificata una diminuzione della mortalità nella fascia di età 15-24 anni. Questo dato sembra indicare che i giovani non hanno risposto positivamente all'introduzione delle varie misure protettive e hanno corso rischi progressivamente maggiori (Taggi, 1999).

Per affrontare la tragica dimensione del fenomeno, la maggior parte delle ricerche si sono concentrate sulle caratteristiche epidemiologiche, e la prevenzione è stata orientata soprattutto ad aumentare la sicurezza dei così detti fattori esterni (i mezzi di trasporto, le strade ecc.), e a promuovere campagne di informazione che si sono dimostrate scarsamente efficaci (M.Guire, 1964; Plant, 1992; Bell, 1993; Mannetti, 1997).

Nell'ultimo decennio, alcune ricerche hanno esplorato i così detti “fattori individuali” (Assailly, 1997) e le caratteristiche socio-psicologiche che, combinate tra loro, espongono i giovani al rischio di incidenti.

Studi sugli aspetti cognitivi dei giovani in relazione al rischio di incidenti (vedi: Tursz et al., 1986; Quadrel et al., 1993; Gonzales et al., 1994) hanno messo in luce un elemento molto importante per la prevenzione. E' emerso che i ragazzi, generalmente, hanno una conoscenza realistica dei pericoli (e, perciò, non hanno bisogno di essere informati su questi ultimi), ma tendono a sopravvalutare le proprie capacità di controllo (onnipotenza) e a ritenersi come invulnerabili.

Studi sui comportamenti rischiosi mostrano l'importanza di inserire il rischio di incidenti all'interno di un insieme complesso di comportamenti problematici, che, considerati nell'insieme, possono costituire una specifica “sindrome” (vedi: Jessor et al., 1989; Trimpop, 1994). Un'altra chiave di ricerca è stata quella di analizzare il rischio di incidenti sia in relazione alla storia infantile dei ragazzi (Pullkinen, 1995; Cobb et al., 1995), sia in relazione al bisogno di affrontare i vari tipi di pericoli per realizzare e mantenere un alto livello di attivazione emotiva (teoria omeostatica del rischio) (Wilde, 1972; Zuckerman, 1971).

Questi studi evidenziano, nei giovani, una propensione verso gli incidenti, e si dimostrano coerenti le osservazioni dei clinici che si sono occupati della

psicodinamica e della psicopatologia dell'adolescenza: infatti, in un periodo di vita caratterizzata da importanti cambiamenti e da una fisiologica fragilità narcisistica (Choquet et al., 1991; Braconnier, 1991), il dolore mentale tende ad essere espresso attraverso "comportamenti agiti" (Blos, 1971); e il ricorso a tale meccanismo può dare luogo ad una maggiore vulnerabilità psicosomatica.

## **Ipotesi**

A partire da una prospettiva psicodinamica, la nostra ipotesi è che in molti incidenti, non concorrono soltanto fattori esterni, ma anche fattori emotivi, sia consapevoli (sfide, ricerca di emozioni, bisogno di mostrarsi, ecc.) che inconsci (depressione, autodistruzione, ecc.). Sinteticamente, l'incidente sembra rappresentare la reazione attraverso la quale possono essere espressi una varietà di problemi adolescenziali (Carbone, 1997; 1999; 2000; 2001; 2003). L'efficacia di questi "comportamenti agiti" nel celare le proprie sofferenze al soggetto è stata descritta anche da Pullkinen (1995) e da Gonzales et al. (1994) che hanno evidenziato come i soggetti che presentano comportamenti trasgressivi o una storia di incidenti ripetuti, mostrano bassi livelli di consapevolezza della depressione o dell'ansia. Choquet (1991) sottolinea che i rischi in cui incorrono gli adolescenti permettono al soggetto di localizzare la fonte della sua ansia nel mondo esterno: l'incidente, perciò, sembra emergere sullo sfondo di eventi stressanti che non sono stati sufficientemente elaborati o non sono stati affrontati ad un livello psicologico.

## **Obiettivi dello studio**

La nostra ricerca ha come obiettivo l'incremento della conoscenza dei fattori emotivi che contribuiscono al rischio di incidente in adolescenza. A questo scopo, sono state esplorate le caratteristiche psicologiche e i fattori relazionali (contesto familiare e scolastico, relazioni con i pari, ecc.) di adolescenti che sono stati ricoverati nei reparti chirurgici e ortopedici ospedalieri in seguito ad incidenti di vario genere (sportivi, stradali, ecc.), appaiati ad un gruppo di controllo di adolescenti appositamente costituito.

1) Nella nostra ricerca abbiamo definito precisamente il tipo di incidente che volevamo prendere in considerazione (in molti studi non era chiaro se l'incidente preso in esame avesse implicato delle lesioni somatiche). Il termine "incidente" – nel nostro studio – descrive un evento traumatico, non intenzionale, che ha dato luogo ad importanti lesioni somatiche.

2) Non ci siamo concentrati esclusivamente sugli incidenti stradali, come in molte altre ricerche, ed abbiamo dato maggior rilievo alle dinamiche (esposizione al rischio) che portano all'incidente piuttosto che al contesto nel quale l'incidente accade (strada, casa, campo sportivo).

3) Abbiamo intervistato i soggetti in Ospedale alcuni giorni dopo l'incidente, quando la memoria dell'episodio era ancora vivida e l'evento non era stato ancora ricostruito e rielaborato.

Abbiamo ritenuto che la peculiarità di tale metodo di campionamento e di raccolta dei dati fosse specifico ed attinente all'analisi empirica e alle considerazioni teoriche che volevamo perseguire.

## Metodologia

È stato utilizzato un progetto di studio casi clinici/soggetti di controllo.

### A. Soggetti

Il campione clinico è composto da 205 soggetti, 147 maschi e 58 femmine, di età compresa tra i 14 e i 24 anni, ricoverati in reparti ospedalieri di quattro ospedali romani per traumi da incidente. Non è stato possibile ottenere i dati relativi a due casi, che hanno successivamente abbandonato la ricerca, così il numero dei soggetti clinici analizzati è risultato di 203 ragazzi. Il gruppo dei casi è stato suddiviso in due sottogruppi: i mono-incidentati (che comprende i soggetti che sono al loro primo incidente) e i poli-incidentati (che comprende i soggetti che hanno avuto più di un incidente).

Il gruppo di controllo è composto da 205 soggetti, selezionati casualmente nella popolazione scolastica o lavorativa e appaiati al campione clinico per status socio-economico, sesso ed età; sono stati selezionati solamente i soggetti che non avevano riportato incidenti durante l'adolescenza.

E' stata scelta la fascia di età 14-24 anni, perché, negli ultimi decenni, questo è il gruppo di soggetti che ha presentato il rischio più elevato di incidenti.

La minor proporzione di femmine nel nostro campione corrisponde al rischio più basso di incidenti per le ragazze, come riportato dagli studi epidemiologici. L'incidente è stato attribuito ad una causa esterna nel 61% dei ragazzi mono-incidentati e nel 57,4% dei poli-incidentati ( $\chi^2_{(1)} = .28$ ;  $p = .605$ ).

La prognosi è risultata favorevole (sul totale dei ragazzi ricoverati) nel 97,9% dei mono-incidentati e nell'89,8% dei poli-incidentati ( $\chi^2_{(1)} = 4.24$ ;  $p = .039$ ).

### B. Strumenti

1. *Il colloquio clinico.* Un'intervista clinica semi-strutturata è stata condotta da sei psicoterapeuti specializzati nell'adolescenza (D. Biondo, A. Bovet, Q. Cocciantè, S. Cordiale, M.F. Natali) appartenenti alla Cooperativa sociale "Rifornimento in Volo". Gli psicoterapeuti si sono incontrati ogni due settimane per una discussione clinica dei casi e per la supervisione (P. Carbone). L'intervista, della durata di circa un'ora, è stata proposta nei giorni immediatamente successivi al ricovero, quando lo shock e il dolore del trauma cominciano ad attenuarsi, ma la memoria e le emozioni degli eventi sono ancora attuali.

L'intervista riguarda le seguenti aree tematiche: incidenti precedenti e traumi somatici; patologie fisiche e psicologiche del soggetto e dei suoi familiari; problemi psicologici e relazionali con i pari e i familiari, sia nell'infanzia che nell'adolescenza;

**Funzione Gamma**, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)- [www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it)

problemi scolastici nell'infanzia o nell'adolescenza; problemi emotivi; eventi rilevanti nell'ultimo anno; livello di autostima e di autonomia; dinamica dell'incidente e vissuto relativo. Al termine dell'intervista, l'intervistatore ha compilato una scheda strutturata appositamente costituita. I dati provenienti da queste schede sono stati successivamente raggruppati in 34 item, come mostrato nelle tabelle da 2 a 6.

2. Il *Defense Mechanism Inventory* (DMI). Il DMI (Gleser e Ihilevich, 1969; versione italiana modificata da D'Angelo, San Martini e Tommasello, 2000) è un uno strumento self-report che esplora cinque cluster di difese: Rivolgimento contro l'oggetto (*TAO, Turning against object*, attacco eccessivo verso l'origine reale o presunta del pericolo percepito, che include i meccanismi difensivi dell'identificazione con l'aggressore e dello spostamento); Proiezione (*PRO, Projection*); Intellettualizzazione, (*INT, Intellectualization*, l'uso di luoghi comuni, cliché, ovvietà e cavillosità volte a offuscare conflitti interni o la percezione di minacce esterne); Rivolgimento contro se stessi (*TAS, Turning against the Self*, manovre autopunitive volte ad alterare la realtà al fine di ridurre la percezione di minacce all'autostima); Rovesciamento (*REV, Reversal*, include difese come la negazione, il diniego, la formazione reattiva e la repressione).

La versione originale dello strumento (Gleser e Ihilevich, 1969) contiene dieci storie che descrivono cinque differenti tipi di conflitti interpersonali. Ogni storia è seguita da quattro domande che esplorano il comportamento, le fantasie e i sentimenti che proverebbe il soggetto in quella particolare situazione. Per ognuna delle quattro domande sono indicate cinque differenti risposte che identificano i cinque cluster dei meccanismi di difesa. Per ogni domanda è richiesto al soggetto di scegliere la risposta che meglio rappresenterebbe la sua reazione.

Nella versione italiana (D'Angelo, San Martini, Tommasello, 2000) le alternative di risposta sono state modificate utilizzando una scala Lickert a 5 punti per ogni domanda. Inoltre sono state aggiunte cinque storie, una per ogni tipo di conflitto, che aumentano il numero totale degli items da 200 a 240 (consultare D'Angelo et al., 2000 per i dettagli). Il questionario richiede approssimativamente 45 minuti per essere compilato.

La decisione di utilizzare questo questionario è stata presa in una seconda fase dello studio, (dopo lo studio pilota) ed è perciò stato somministrato a 297 soggetti. Poiché dieci casi non hanno compilato il questionario per diversi motivi, i punteggi del DMI sono disponibili solo per 157 controlli (109 maschi, 48 femmine), 76 casi mono-incidentati (47 maschi, 29 femmine) e 64 casi poli-incidentati (52 maschi, 12 femmine).

**Tabella 1**

Composizione del campione

	CONTROLLI	CASI	TOTALE

		Mono-incidentati	Poli-incidentati	
<b>MASCHI</b>	147	63	86	296
<b>FEMMINE</b>	58	32	22	112
<b>TOTALE</b>	205	95	108	408

### C. Analisi dei dati

1. I dati emersi dalle interviste semistrutturate sono stati analizzati con il test del chi quadro. Sono stati compiuti confronti individuali tra il gruppo di controllo, i casi mono-incidentati e i casi poli-incidentati solo quando il test del chi quadro era risultato significativo.

2. Le risposte al DMI sono state analizzate mediante un'analisi della varianza a due fattori, considerando come variabili indipendenti il sesso e l'appartenenza al gruppo di controllo o dei casi, quest'ultimo suddiviso in due sottogruppi (mono-incidentati e poli-incidentati).

3. L'analisi dei cluster dell'intero campione, basata sul punteggio del DMI e su tutte le variabili categoriali eccetto la variabile casi/controlli, è stata svolta utilizzando SPAD (1996, quarta versione; Cedex, Montreuil). L'associazione tra gruppi e cluster è stata analizzata con il test del chi quadro.

Tutte le analisi statistiche, eccetto quella dei cluster, sono state realizzate attraverso il programma SPSS.

### Risultati

#### L'intervista semistrutturata

*Premessa.* Considerando il carattere esplorativo dello studio, i valori critici di alpha per il test del chi quadro sono stati fissati a .01 (per i singoli test). Quando i test generali del chi quadro si sono dimostrati significativi, abbiamo utilizzato il test del chi quadro sulla differenza tra i controlli e il sottogruppo dei casi che presentava i valori più simili al gruppo di controllo.

#### A. Situazione Familiare generale.

**Tabella 2**

Situazione familiare. Percentuali di controlli e casi, test del chi quadro e, in parentesi, i contributi post-hoc delle celle (residui standardizzati)

	CONTROLLI	CASI		
		Mono-incidentati	Poli-incidentati	$\chi^2_{(2)}$
	%	%	%	



<b>Coppia genitoriale presente</b>	89.3 (2.03)	84.2 (-.5)	80.5 (-1.81)	$\chi^2_{(2)}=4.65$ p= .097
<b>Padri deceduti</b>	2.9 (-1.47)	2.1 (-1.25)	9.3 (2.86*)	$\chi^2_{(2)} 8.29$ p= .015
<b>Malattie padre</b>	26.3 (1.1)	13.7 (-2.69*)	28.7 (1.33)	$\chi^2_{(2)}=7.46$ p= .023
<b>Traumi somatici padre</b>	17.6 (-1.17)	14.7 (-1.43)	28.7 (2.6*)	$\chi^2_{(2)}=7.56$ p=.022
<b>Madri decedute</b>	0.9	2.1	0.9	$\chi^2_{(2)}$ not evaluated
<b>Malattie madre</b>	17.6 (.49)	15.8 (-.26)	15.7 (-.3)	$\chi^2_{(2)}=.24$ p= .888
<b>Traumi somatici madre</b>	10.7 (-.5)	9.5 (-.71)	14.8 (1.25)	$\chi^2_{(2)}=1.67$ p= .43
<b>Malattie fratelli</b>	15.1 (-1.1)	18.9 (.53)	19.5 (.74)	$\chi^2_{(2)}=1.21$ p= .546
<b>Traumi somatici fratelli</b>	18.5 (-3.45*)	33.7 (1.95)	33.3 (2.03)	$\chi^2_{(2)}=11.88$ p= .002

( ) = residui standardizzati

\*= p< .01

È emerso che i soggetti appartenenti al gruppo di controllo hanno fratelli e sorelle con storie di disturbi fisici in misura significativamente inferiore rispetto ai casi senza differenze tra mono e poli-incidentati. Nel gruppo dei poli-incidentati la percentuale di soggetti con padre deceduto è più alta che negli altri due gruppi.

Notiamo anche due tendenze non significative ( $.01 < p < .05$ ) nei dati. I poli-incidentati mostrano una più alta percentuale di padri con storie di traumi fisici rispetto ai soggetti di controllo e ai mono-incidentati; i mono-incidentati mostrano una più bassa percentuale di padri ammalati rispetto sia al campione di controllo che ai poli-incidentati.

### B. *Infanzia.*

**Tabella 3**

Infanzia. Percentuali di controlli e casi, test del chi quadro e, in parentesi, il contributo post-hoc delle celle (residui standardizzati)

	CONTROLLI	CASI		
		Mono-incidentati	Poli-incidentati	
	%	%	%	
<b>Presenza figura di riferimento</b>	84.9 (-1.76)	92.6 (1.29)	89.8 (.79)	$\chi^2_{(2)}=3.26$ p= .195
<b>Problemi nei rapporti familiari</b>	18 (.08)	20 (.61)	15.7 (-.68)	$\chi^2_{(2)}=.63$ p=.729
<b>Problemi di socializzazione</b>	15.1 (.98)	13.7 (.07)	10.2 (-1.17)	$\chi^2_{(2)}=1.48$ p=.476
<b>Problemi di apprendimento</b>	8.8 (-2.15)	12.6 (.13)	18.5 (2.31)	$\chi^2_{(2)}=6.45$ p= .043
<b>Eventi significativi valutati positivamente</b>	21 (2.35)	7.4 (-2.78*)	16.7 (0)	$\chi^2_{(2)}=8.63$ p= .013



<b>Eventi significativi valutati negativamente</b>	17 (-.56)	16.8 (-.37)	21.3 (.99)	$\chi^2_{(2)}=.99$ p= .609
--	--------------	----------------	---------------	-------------------------------

( ) = residui standardizzati

\*= p < .01

**Funzione Gamma**, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)- [www.funzionegamma.edu](http://www.funzionegamma.edu)

**Funzione Gamma**, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)- [www.funzionegamma.edu](http://www.funzionegamma.edu)

Riguardo l'infanzia, il test del chi quadro ha mostrato che, in generale, la percentuale dei soggetti che riferiscono eventi positivi è più alta nei soggetti di controllo rispetto ai mono-incidentati ( $\chi^2_{(1)}= 7.7$ ; p = .005). Riportiamo inoltre la differenza tra il gruppo di controllo e i poli-incidentati ( $\chi^2_{(1)}= .58$ ; p = .444). Abbiamo anche notato una tendenza alla significatività nel confronto tra i poli-incidentati e i soggetti di controllo; questi ultimi riportano meno problemi nell'apprendimento rispetto ai poli-incidentati ( $\chi^2_{(1)}= 5.41$ ; p = 0.20). La differenza tra il gruppo di controllo e i mono-incidentati non è risultata significativa ( $\chi^2_{(1)}= .68$ ; p = .408).

*C. Adolescenza.*

**Tabella 4**

Adolescenza. Percentuali di controlli e casi, test del chi quadro e, in parentesi, il contributo post-hoc delle celle (residui standardizzati)

	CONTROLLI	CASI		
		Mono-incidentati	Poli-incidentati	
	%	%	%	
<b>Malattie gravi</b>	14.1 (-.18)	9.5 (-1.58)	19.4 (1.72)	$\chi^2_{(2)}=4.1$ p=.129
<b>Problemi emotivi e relazionali</b>	19 (-1.94)	21.1 (-.52)	32.4 (2.7*)	$\chi^2_{(2)}=7.42$ p= .024

**Funzione Gamma**, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)- [www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it)

<b>Problemi familiari</b>	26.3 (-2.41)	36.8 (1.19)	37.9 (1.59)	$\chi^2_{(2)}=5.81$ p= .054
<b>Problemi di socializzazione</b>	14.1 (.1)	8.4 (-1.78)	18.5 (1.59)	$\chi^2_{(2)}=4.3$ p= .116
<b>Problemi di apprendimento</b>	18.5 (-4.55*)	34.7 (1.49)	42.6 (3.73*)	$\chi^2_{(2)}=22.24$ p= .000
<b>Eventi significativi valutati positivamente</b>	23.4 (3.83*)	8.4 (-2.4)	10.2 (-2.04)	$\chi^2_{(2)}=14.8$ p=.000
<b>Eventi significativi valutati negativamente</b>	20 (-1.01)	18.9 (-.84)	28.7 (1.94)	$\chi^2_{(2)}=3.81$ p=.148

( ) = residui standardizzati

\* = p < .01

I problemi di apprendimento sono significativamente meno frequenti nei soggetti di controllo rispetto ai poli-incidentati ( $\chi^2_{(1)}= 19.64$ ; p = .000) e rispetto ai mono-incidentati ( $\chi^2_{(1)}= 8.56$ ; p = .003). La percentuale dei soggetti che riportano eventi positivi è più alta nel gruppo di controllo rispetto ai mono e poli-incidentati. Abbiamo riscontrato anche in entrambi i gruppi clinici una tendenza a rapporti familiari problematici, meno frequenti nel campione di controllo. È infine emersa una tendenza dei poli-incidentati ad avere maggiori problemi sentimentali e sessuali del gruppo di controllo e dei mono-incidentati.

*D. Anno precedente l'intervista.*

**Tabella 5**

Anno precedente l'intervista. Percentuali di controlli e casi, test del chi quadro e, in parentesi, il contributo post-hoc delle celle (residui standardizzati)

	<b>CONTROLLI</b>	<b>CASI</b>		
		Mono-incidentati	Poli-incidentati	

	%	%	%	
<b>Difficoltà relazionali</b>	25,4 (-2.63*)	36,8 (1.31)	37,9 (1.72)	$\chi^2_{(2)}=6.93$ p=.031
<b>Difficoltà familiari</b>	19,5 (-.78)	16,8 (-1.16)	27,8 (1.99)	$\chi^2_{(2)}=4.24$ p=.12
<b>Problemi di socializzazione</b>	9,3 (-.99)	10,5 (-.09)	13,9 (1.21)	$\chi^2_{(2)}=1.58$ p=.454
<b>Difficoltà di apprendimento</b>	20,5 (-3.17*)	30,5 (.77)	37,9 (2.85*)	$\chi^2_{(2)}=11.43$ p=.003
<b>Eventi importanti valutati positivamente</b>	17 (1.21)	16,8 (.59)	9,3 (-1.93)	$\chi^2_{(2)}=3.74$ p=.153
<b>Eventi importanti valutati negativamente</b>	16,1 (-2.25)	22,1 (.42)	27,8 (2.15)	$\chi^2_{(2)}=6.08$ p=.047

( ) = residui standardizzati

\* = p < .01

I problemi di apprendimento sono significativamente meno frequenti nel gruppo di controllo rispetto ai poli-incidentati ( $\chi^2_{(1)}= 10.21$ ; p = .001) ma non rispetto ai mono-incidentati ( $\chi^2_{(1)}= 3.09$ ; p = .078).

I problemi sessuali e sentimentali sono meno frequenti nel campione di controllo rispetto ai casi clinici; c'è una tendenza a riportare più eventi negativi nei mono-incidentati e nei poli-incidentati rispetto ai gruppi di controllo.

*E. Autostima, autonomia e accettazione del proprio corpo come valutata dall'intervistatore.*

**Tabella 6**

Autostima e autonomia valutate dall'intervistatore. Percentuali di controlli e casi, test del chi quadro e, in parentesi, il contributo post-hoc delle celle (residui standardizzati)

		CONTROLLI	CASI		
			Mono-incidentati	Poli-incidentati	
		%	%	%	
<b>Autostima</b>	Eccessiva.	3,9 (-4.15*)	14,7 (1.74)	17,6 (3.04*)	$\chi^2_{(4)}=20.62$  p= .000
	Normale	80,5 (3.61*)	67,4 (-1.29)	62 (-2.85*)	
	Bassa	15,6 (-.96)	17,9 (.14)	20,4 (.95)	
<b>Autonomia</b>	Eccessiva.	2,4 (-5.35*)	15,8 (1.9)	21,3 (4.25*)	$\chi^2_{(4)}=35.34$  p= .000
	Normale	81,9 (4.77*)	62,1 (-2.27)	59,3 (-3.23*)	
	Bassa	15,6 (-1.33)	22,1 (1.15)	19,4 (.41)	

( ) = residui standardizzati

\* = p < .01

I soggetti del gruppo di controllo mostrano più raramente una “autostima eccessiva” sia rispetto ai mono-incidentati ( $\chi^2_{(1)} = 9.68$ ; p = .001) che ai poli-incidentati ( $\chi^2_{(1)} = 15.13$ ; p = .000), emerge inoltre una più alta proporzione di “autostima normale” nel campione di controllo rispetto ai poli-incidentati ( $\chi^2_{(1)} = 11.61$ ; p = .000) e, marginalmente, rispetto ai mono-incidentati ( $\chi^2_{(1)} = 5.48$ ; p = .019).

Il gruppo di controllo mostra di avere un normale livello di autonomia più frequentemente sia dei poli-incidentati ( $\chi^2_{(1)} = 17.82$ ; p = .000) che dei mono-incidentati ( $\chi^2_{(1)} = 12.83$ ; p = .000); inoltre, i soggetti di controllo hanno evidenziato livelli di “autonomia eccessiva” meno frequentemente dei mono-incidentati ( $\chi^2_{(1)} = 16.51$ ; p = .000) e dei poli-incidentati ( $\chi^2_{(1)} = 28.61$ ; p = .000).

**Funzione Gamma**, rivista telematica scientifica dell'Università “Sapienza” di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)- [www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it)

*Sintesi complessiva dei dati dell'intervista semistrutturata.* Dal confronto casi clinici/soggetti di controllo emergono differenze significative, o marginalmente significative, nelle seguenti aree:

- 1) Incidenti nel nucleo familiare. Nel gruppo dei casi clinici il numero di fratelli con incidenti è significativamente maggiore che nel gruppo di controllo; emerge anche una tendenza nella stessa direzione relativa ai padri dei poli-incidentati.
- 2) Padri deceduti. Nel sottogruppo dei poli-incidentati emerge una frequenza significativamente maggiore rispetto ai soggetti di controllo.
- 3) Problemi di apprendimento/fallimenti scolastici. Il gruppo dei casi clinici mostra di avere avuto più difficoltà del gruppo di controllo. In particolare questo dato, emerso come tendenza nell'infanzia, diventa significativo nel corso dell'adolescenza e nell'ultimo anno è significativo per i poli-incidentati.
- 4) Problemi affettivi e relazionali. Nel gruppo dei casi clinici emerge una tendenza sia nel corso dell'adolescenza che nell'ultimo anno a riportare problemi nell'area dei rapporti familiari e dei rapporti sentimentali con maggiore frequenza che nel gruppo dei soggetti di controllo.
- 5) Ricordi di eventi positivi. Il gruppo dei casi clinici riporta un minor numero di eventi positivi del gruppo dei soggetti di controllo. Nell'infanzia questo dato è significativo nel sottogruppo dei mono-incidentati; nel corso dell'adolescenza la differenza è significativa per il gruppo dei casi nel suo insieme.
- 6) Eventi negativi nell'ultimo anno. Nel gruppo dei casi clinici emergono più eventi negativi del gruppo di controllo.
- 7) Autostima e autonomia. Il gruppo dei casi clinici mostra un eccessivo livello di autostima e di autonomia rispetto ai soggetti di controllo.

## **Il Defense Mechanism Inventory (DMI)**

I valori medi ottenuti dai tre gruppi di soggetti nelle cinque scale del DMI sono riportati nella tabella 7.

**Tabella 7**

Medie dei punteggi ottenuti nelle cinque scale

	CONTROLLI	CASI	
		Mono-incidentati	Poli-incidentati
<b>INT</b>	84,1	88,3	94,6
<b>REV</b>	74,4	81,9	86,5
<b>TAS</b>	46,3	47,5	52
<b>TAO</b>	83,1	80,9	84,6

<b>PRO</b>	70,9	70,3	73,7
------------	------	------	------

Sui punteggi ottenuti nelle cinque scale sono state eseguite, separatamente per ogni scala, analisi della varianza a due vie, con genere e gruppo di appartenenza come variabili indipendenti.

**Tabella 8**  
Livelli di significatività

	Variabili	Gradi di libertà	Varianza di errore	Varianza dell'effetto	F	p
INT	gruppo	2/291	538,79	3227.58	5.99	<b>.003</b>
	sexso	1/291		1792.33	3.327	.069
	grp x ses	2/291		1133.49	2.104	.124
REV	gruppo	2/291	788,89	2525.33	3.201	.042
	sexso	1/291		114.777	.145	.703
	grp x ses	2/291		372.37	.472	.624
TAS	gruppo	2/291	667,11	1026.54	1.539	.216
	sexso	1/291		5038.779	7.553	<b>.006</b>
	grp x ses	2/291		726.25	1.089	.338
TAO	gruppo	2/291	905,30	1268.37	1.401	.248
	sexso	1/291		3670.43	4.054	.045
	grp x ses	2/291		4756.61	5.254	<b>.006</b>
PRO	gruppo	2/291	694,55	5554.04	.800	.450
	sexso	1/291		2419.78	3.484	.063
	grp x ses	2/291		1521.48	2.191	.114

REV e INT: E' emerso un effetto significativo del gruppo senza interazione sia per la scala INT (F=5.99, p=.003) che per la scala REV (F=3.2, p=.042). Successivi confronti hanno mostrato punteggi più alti nei polincidentati rispetto ai soggetti di controllo. Le differenze fra i monoincidenti e i soggetti di controllo vanno nella stessa

direzione ma sono solo marginalmente significative (per INT:  $p = .092$ ; per REV:  $p = .052$ ).

TAS: è emerso un effetto significativo del genere femminile che ha riportato punteggi più alti rispetto a quello maschile. Non ci sono effetti dovuti al gruppo e all'interazione genere e gruppo.

TAO: non ci sono stati effetti principali del genere e del gruppo ma è emerso un effetto significativo nell'interazione tra le due variabili. Analisi separate degli effetti principali nei maschi e nelle femmine hanno mostrato un effetto marginalmente significativo del gruppo solo nelle femmine ( $F = 2,96$ ;  $p = .057$ ) e effetti non significativi nei maschi.

Successivi confronti hanno mostrato che le femmine poli-incidentate avevano un punteggio significativamente più alto rispetto ai soggetti di controllo ( $p = .034$ ). In questo gruppo la differenza fra il gruppo di controllo e mono-incidentati andava nella stessa direzione, ma era solo marginalmente significativa ( $p = .098$ ).

Sulla scala TAO i risultati dell'ANOVA mostrano un effetto significativo nell'interazione tra sesso e incidentati ( $F = 5.2$ ,  $p = .006$ ), le femmine dei due sottogruppi (mono e poli-incidentate) hanno avuto un punteggio più alto, non solo in relazione alle femmine di controllo, ma anche rispetto ai maschi dei due sottogruppi.

PRO: Non sono emersi effetti significativi principali o di interazione per questa variabile.

*In sintesi:* a) i casi hanno mostrato un punteggio maggiore dei controlli nelle scale INT, REV e nella scala TAO (solo le femmine): queste differenze sono significative nei polincidentati e marginalmente significative nei monoincidentati; b) le femmine, hanno mostrato un più alto punteggio sulla scala TAS dei maschi.

## **Analisi dei cluster**

Abbiamo voluto studiare il nostro campione (casi clinici e soggetti di controllo) anche con l'analisi dei cluster, che consente di effettuare una ripartizione del campione in classi omogenee per le caratteristiche presentate dagli individui che la compongono. (Il campione utilizzato nella cluster analysis era costituito da 312 soggetti; non sono stati inseriti in questa analisi i 96 soggetti del campione della Ricerca Pilota. Essi sono descritti in base alle variabili del questionario di partenza semistrutturato).

Le variabili sono state preliminarmente distinte tra attive e illustrative stabilendo se concorrono o meno alla formazione dei cluster.

Le variabili illustrative includono le variabili di "contesto" (sesso, età, professione ecc.) e tutte le variabili relative a domande effettuate soltanto agli incidentati (tipo di incidente, ecc); queste variabili potrebbero implicare una divisione del campione in due gruppi (casi clinici e soggetti di controllo) sin dall'inizio, dalla loro applicazione nell'ambito delle domande poste ai soggetti incidentati.

L'algoritmo scelto è di tipo aggregativo: a partire dalle unità elementari aggrega gli individui in classi di dimensione maggiore.



L'aggregazione è stata effettuata con il metodo Ward che determina le partizioni in base ad un criterio di ottimalità che minimizza la varianza intra gruppo e massimizza la varianza inter gruppi.

Le classi sono caratterizzate dal fatto che certi tipi di variabili sono presenti significativamente in maggiore quantità, e ciò non si è rilevato nel resto della popolazione generale. Il numero di partizioni è teoricamente pari a  $n-1$ , dove  $n$  rappresenta il numero di individui facenti parte della popolazione. Ai fini dell'analisi è stata scelta una partizione in quattro classi che rappresenta in modo sufficientemente adeguato le diverse tipologie.

## **Descrizione delle classi**

La **prima classe** è composta da 155 soggetti. E' la classe più numerosa e raggruppa circa la metà degli intervistati. Emerge complessivamente un quadro di normalità, in cui tutte le modalità di segno problematico non sembrano essere presenti. Sono significativamente assenti le problematiche scolastiche e di apprendimento sia relative al periodo dell'adolescenza che a quello seguente, così come risultano significativamente assenti difficoltà di rapporto con i pari (socializzazione) e con i familiari (conflittualità familiare).

In particolare la classe presenta valori molto significativi per quanto riguarda la risposta familiare alle malattie sia nell'infanzia che nell'adolescenza, caratterizzata da un forte sostegno della famiglia.

Per quanto riguarda il processo di separazione/individuazione e il livello di autostima i soggetti di questa classe appaiono adeguati alla loro fascia di età.

E' interessante notare, infine, che il quadro sostanzialmente positivo che si configura è trasversale all'intero campione non essendoci in questa classe una prevalenza di soggetti appartenenti al gruppo di controllo. In altri termini, l'esperienza incidentaria non è in questa classe legata a variabili di segno problematico.

La **seconda classe** è composta di 45 soggetti. Questa classe si caratterizza per la maggiore presenza di problematiche legate al periodo infantile. I ragazzi appartenenti a questo gruppo hanno descritto con maggiore frequenza, rispetto agli altri gruppi, esperienze negative lontane nel tempo.

In particolare risulta statisticamente significativa, rispetto all'intero campione, la presenza di problematiche relative al periodo infantile nelle aree dell'apprendimento, della socializzazione e delle relazioni familiari; queste problematiche vengono evocate nel corso dell'intervista clinica come situazioni tuttora emotivamente presenti e coinvolgenti.

Il gruppo segnala anche l'esistenza nel periodo adolescenziale di difficoltà nel rapporto con i pari (socializzazione) e insuccessi scolastici (problemi di apprendimento).

Problematiche di socializzazione, di apprendimento e sentimentali vengono indicate come presenti anche nei mesi precedenti l'incidente.

Un altro aspetto molto caratterizzante è quello relativo al processo di separazione/individuazione e alla qualità dell'autostima: il 59% dei ragazzi di questo

gruppo sembra essere intensamente dipendente dalla famiglia e avere un basso livello di autostima; tale percentuale risulta estremamente elevata rispetto al 18% riscontrato nell'intera popolazione.

Tali dati, uniti all'uso pronunciato del meccanismo di difesa "rivolgimento contro se stessi" (TAS), caratterizzano questo gruppo in senso marcatamente depressivo.

La **terza classe** è composta da 46 soggetti. E' la classe meno caratterizzata, nel senso che i soggetti possiedono caratteristiche che sono collocate sui valori medi dell'intera popolazione.

Le modalità che sembrano essere maggiormente significative sono l'appartenenza al gruppo di controllo e l'assenza di traumi pregressi. In particolare, si osserva che il 72% dei soggetti della classe appartiene al gruppo di controllo (rispetto al 50% scelto nella formazione del campione); questo dato insieme a quello dell'assenza di traumi somatici pregressi, caratterizza i ragazzi appartenenti a questa classe in una dimensione di normalità e di assenza di rischio.

La **quarta classe** è composta da 65 soggetti. Questa classe è fortemente caratterizzata e si differenzia in modo marcato dalle precedenti. Il 76% dei soggetti che la costituiscono appartiene al gruppo dei casi clinici e le variabili analizzate, all'opposto della terza classe, assumono in modo omogeneo una connotazione di segno problematico, sia nelle caratteristiche individuali che nel contesto familiare.

Emerge come dato più significativo una risposta dell'ambiente familiare di ansia o/e distacco sia nell'infanzia, sia nell'adolescenza.

Un altro aspetto molto caratterizzante la classe è quello relativo al processo di separazione/individuazione e alla qualità dell'autostima. Il 38% dei soggetti presentano tentativi di individuazione eccessivi ed un eccessivo livello di autostima; tale percentuale risulta molto più elevata, rispetto al 12% riscontrato nell'intera popolazione, e configura una modalità ipomaniacale che può giustificare l'aumentata esposizione al rischio.

Infatti, tale classe appare caratterizzata dalla percentuale superiore alla media di soggetti mono e poli-incidentati. Questa è l'unica classe in cui emergono come significative le variabili di contesto relative all'incidente. In particolare, si evidenzia la prevalenza dell'incidente stradale, il ruolo attivo da parte dell'incidentato e la negazione della propria responsabilità nella dinamica dell'incidente.

Ricordiamo che tutte le variabili connesse alla presenza e alla descrizione dell'incidente non hanno contribuito alla formazione dei gruppi in qualità di variabili attive; di conseguenza la presenza significativa di tali variabili assume una rilevanza ancora maggiore alla luce del fatto che il gruppo si è formato "spontaneamente" in base ad altre caratteristiche.

La costellazione di variabili che concorrono a formare il gruppo sembrano convalidare l'ipotesi dell'esistenza di un funzionamento ipomaniacale in cui l'incidente si configura come un tentativo di "fuga in avanti" rispetto ad alcune tematiche depressive difficilmente elaborabili attraverso altre modalità.

## **Analisi delle corrispondenze multiple**

A completamento della costruzione dei cluster è stata effettuata una analisi delle corrispondenze multiple. Tale tecnica, come tutte le tecniche di analisi fattoriale, ha come obiettivo di sintetizzare l'informazione originaria mediante la costruzione di fattori principali (o assi) ottenuti come combinazioni lineari delle variabili di partenza.

I primi due fattori principali spiegano circa il 16% dell'informazione originaria. Tale percentuale, non in sé particolarmente elevata, sta però ad indicare la ricchezza del questionario sia in termini dell'elevato numero delle variabili utilizzate che dell'articolazione delle risposte fornite dagli intervistati (che non si sovrappongono). Sul primo asse si dispiegano in modo molto netto tutte le variabili di segno problematico (sul semiasse negativo) e non problematico (sul semiasse positivo). Il quadro emerso è caratterizzato da divisione delle variabili lungo la seguente direzione: sul semiasse positivo troviamo i valori delle variabili tipiche di un normale processo di sviluppo adolescenziale (buona integrazione sociale e scolastica, presenza di investimenti sentimentali, assenza di problematiche nell'ultimo anno); e dall'altro lato, sul semiasse negativo abbiamo valori che sono tipici di uno sviluppo problematico (conflittualità familiare, problematiche affettivo-sentimentali, fallimenti scolastici).

Il secondo asse descrive le due fondamentali polarità dell'umore ("Maniacalità" contro "Depressività"), e le due fondamentali polarità relazionali: "profonda dipendenza" contro "eccessiva autonomia". Dall'analisi congiunta dei risultati delle due tecniche utilizzate (analisi dei cluster e delle corrispondenze multiple) emergono interessanti indicazioni. E' possibile, infatti, rappresentare geometricamente gli individui – distinti per classe – sul piano cartesiano definito dagli assi fattoriali sopra descritti.

In sintesi: si può osservare che la **prima** e la **terza** classe si posizionano sui due quadranti definiti dal semiasse positivo dell'asse 1 e dai valori sostanzialmente neutri (valori vicini all'origine dell'asse) dell'asse 2; un'area, quindi, caratterizzata prevalentemente dall'assenza di variabili di segno problematico, in linea con quanto è emerso dall'analisi dei cluster.

La **seconda** classe si colloca, invece sul quadrante delle variabili "problematicità/depressività-dipendenza". È una classe in cui i soggetti tendono a distribuirsi molto lontano dall'origine degli assi, acquisendo, quindi, una forte significatività rispetto ai valori estremi dei due assi. Ciò conferma come la problematicità emersa sia correlata ad uno stile di funzionamento caratterizzato da tratti dipendenti e depressivi. In questa classe abbiamo lo stesso numero di casi clinici e di soggetti di controllo.

Nella **quarta** classe i soggetti si posizionano all'interno del quadrante "problematicità/maniacalità". Sembrerebbe che per questi soggetti la presenza di variabili di segno problematico venisse declinata attraverso uno stile di funzionamento di tipo ipomaniacale (tentativi eccessivi di separazione dal nucleo familiare, eccessiva autostima, negazione della propria responsabilità ecc.) coerentemente con le caratteristiche di questo gruppo individuate dall'analisi dei

cluster. In tale classe abbiamo un'alta percentuale di casi, in particolare mono-incidentati.

## **Discussione**

I dati emersi dalle analisi effettuate concordano con le ipotesi formulate: i ragazzi che hanno avuto incidenti (e in particolare quelli che ne hanno avuti più di uno) presentano in generale maggiori problemi e difficoltà rispetto ai loro coetanei appartenenti al gruppo di controllo.

Queste difficoltà investono molte aree fondamentali della vita, sia attuale che passata. I ragazzi che hanno avuto incidenti provengono da famiglie in cui si sono verificati maggiori traumi (incidenti e decessi); sono andati incontro a fallimenti scolastici ripetuti; descrivono conflittualità con i familiari e delusioni sentimentali; inoltre, gli eventi del passato (sia infantile sia più recente) che tendono a ricordare si riferiscono per lo più a situazioni negative.

A queste difficoltà esistenziali e comportamentali si aggiungono due elementi psicodinamici rilevanti: la qualità dell'autostima e le modalità attraverso le quali gli adolescenti stanno realizzando il processo di separazione ed individuazione.

Mentre il gruppo di controllo si colloca su valori medi (l'adolescente 'tipo' si piace ma non troppo, si sente autonomo, ma conta ancora sui familiari), il gruppo dei casi clinici sembra oscillare tra le due polarità opposte e disfunzionali, cioè tra la sopravvalutazione e la sottovalutazione eccessiva del proprio valore e della propria autonomia.

Come appare evidente anche dall'analisi dei cluster e delle corrispondenze multiple, in particolare, i ragazzi che avevano già avuto precedenti incidenti (poli-incidentati), sembrano avere una modalità ipomaniacale di rapporto con se stessi (autostima eccessiva) e con gli altri (sopravvalutazione della propria autonomia), caratteristiche che, associate alle numerose problematiche familiari e personali e agli incidenti ripetuti, fanno pensare che la maniacalità rappresenti un tentativo di fuga dalla depressione.

I dati emersi dalle analisi effettuate sul DMI rivelano che gli adolescenti che hanno avuto incidenti utilizzano in modo significativamente maggiore, rispetto al gruppo di controllo, lo stile difensivo REV che comprende i meccanismi difensivi della negazione, del diniego e della formazione reattiva, e lo stile difensivo INT, che comprende meccanismi difensivi quali l'intellettualizzazione, la razionalizzazione e l'isolamento.

Questi due stili (REV e INT) sono positivamente correlati nel DMI e si riferiscono entrambi, anche se con modalità diverse, alla tendenza ad evitare i conflitti e a raggiungere uno stato di benessere reprimendo o isolando gli affetti.

L'incidente, dunque, può essere interpretato come l'espressione di una tendenza a "tradurre in atto" problemi e sofferenze che non possono essere affrontati ad un livello psicologico.

L'insieme dei dati emersi da questo studio potrebbe essere letto secondo il seguente diagramma:

(inserire diagramma 1)

Questo diagramma, non solo mostra la relazione tra problemi psicologici, difficoltà nell'affrontarli ed incidenti, ma evidenzia anche la possibilità che l'adolescente coinvolto in un incidente possa essere preso in una spirale o in un circolo vizioso nel quale la tendenza a "tradurre in atto" dà luogo ad incidenti e questi, a loro volta, aumentano la tendenza a "tradurre in atto".

Infatti, dopo l'incidente, la sofferenza mentale dalla quale stava scappando l'adolescente si trasferisce dalla sua fonte originale e si concentra completamente sull'organo o sull'arto ferito, con il risultato che la dinamica psicologica che ha condotto all'incidente risulta trasformata - con la collusione di dottori e parenti - in una gamba o in un braccio rotto.

Il pericolo di entrare in questa spirale di incidenti ripetuti è, dunque, piuttosto alto; infatti, dobbiamo tenere presente che più della metà del gruppo di casi studiati già aveva avuto almeno un incidente e, alcuni ragazzi, si trovavano in Ospedale per la terza o quarta volta.

## **Conclusioni**

Nonostante l'importanza del fenomeno incidente, sembra che questi eventi non ricevano ancora sufficiente attenzione: l'opinione generale è che l'incidente sia un evento fortuito (Carbone, 2003), ed anche la letteratura psicologica ha fin'ora dedicato meno attenzione agli incidenti che ad altri comportamenti rischiosi degli adolescenti (uso di droghe, sesso non protetto ecc.).

Dalla nostra ricerca sono emersi molti elementi che confermano la necessità di non sottovalutare il contesto psicologico nel quale accade l'incidente.

Vogliamo, in particolare, sottolineare l'utilità di concentrare la prevenzione su un gruppo di ragazzi particolarmente a rischio: gli adolescenti che hanno già avuto diversi incidenti.

Infatti, mentre i giovani al loro primo incidente (casi mono-incidentati) non sono molto diversi dal gruppo di controllo, i ragazzi che sono stati coinvolti in più di un incidente (casi poli-incidentati) hanno, nell'insieme, avuto esperienze esistenziali molto più problematiche. Questa evidenza empirica sembra avvalorare l'ipotesi secondo cui l'incidente come agito - se ripetuto - può essere espressione di meccanismi fortemente limitanti lo sviluppo quali la coazione a ripetere.

I nostri dati confermano l'interessante osservazione clinica di alcuni autori (Tursz, 1986) che hanno descritto una specifica categoria di adolescenti che tendono a "drogarsi" ("tossicodipendenti da incidenti") passando da un incidente ad un altro; si tratta di ragazzi che mostrano tratti e comportamenti simili a quelli dei tossicodipendenti (l'intolleranza alla frustrazione, la difficoltà nella gestione delle relazioni, utilizzo del rifiuto e del diniego, atteggiamenti oppositivi ecc.).

Anche se i soggetti esaminati nel nostro studio non sembrano presentare caratteristiche così estreme, i problemi somatici e psicologici dei giovani che tendono ad essere coinvolti in incidenti ripetuti (con costi e conseguenze pesantissime sia personali che sociali) sono molto gravi.



Crediamo, perciò, che sarebbe molto utile, a scopo preventivo, offrire un colloquio clinico e un approfondimento psico-diagnostico a tutti gli adolescenti rimasti feriti in un incidente, durante il loro ricovero in Ospedale; particolare attenzione dovrebbe essere data proprio a quegli adolescenti che hanno già avuto altri incidenti e che rischiano di essere travolti nella spirale compulsiva della ripetizione.

## Bibliografia

Assailly, JP. (1997., *Les jeunes et le risque. Une approche psychologique de l'accident*. Paris: Vygot

Bell, NJ., Bell, RW. (1993). *Adolescent risk-taking*. Thousand Oaks-London-New Deli: Sage Publication.

Blos, P. (1971). *Adolescenza. Un'interpretazione psicoanalitica*. Milano: Franco Angeli

Braconnier, A. (1991). Des risques réels aux risques projetés. *Adolescence et risque*, Tursz.

Carbone, P. (2000). Risk and youth: ambiguity and paradoxes. *Quaderno*, 13.

Carbone, P. (2003). *Le ali di Icaro, rischio e incidenti in adolescenza*. Torino: Bollati Boringhieri.

Carbone, P., Nardi, M., Rogora, C., Vitullo, G. (1997). Andavo a tutta velocità con la Vespa... Caratteristiche psicologiche dell'incidente in adolescenza. *Prospettive Psicoanalitiche nel Lavoro Istituzionale*, 15, 310-327.

Carbone, P., Novelletto, A. (1999). Valutazione dei fattori di rischio psicologici negli incidenti traumatici in adolescenza. In Istituto Superiore di Sanità, *La ricerca in salute mentale: risultati, implicazioni e ricadute*. Roma.

Carbone, P., Capocaccia, G., Tanucci, G., Tedesco, IR. (2000). Prevention of accident risk in adolescence: a research model. *New trends in experimental and clinical psychiatry*, 16, 21-29.

Choquet, M., Marcelli, D., Ledoux, M. (1991). Les comportements à risque des adolescents: approches épidémiologique et clinique. *Adolescence et risque*.

Cobb, BK., Cairns, BD., Miles, MS., Cairns, RB. (1995). A longitudinal study of the role of socio demographic factors and childhood aggression on adolescent injury and "close calls". *J Adolesc Health*, 17, 381-388.

Gleser, GC., Ihilevich, D. (1969). An objective instrument for measuring defence mechanisms. *J Consult Clin Psychol*, 33, 51-60.

Gonzales, J., Field, T., Yando, R., Gonzales, K. (1994). Adolescents' perception of their risk-taking behavior. *Adolescence*, 29, 701-709.

Ihilevich, D., Gleser, GC. (1995). The Defence Mechanism Inventory. Its development and clinical application. *Ego defences: theory and measurement*.

ISTAT. (2000). *Statistica degli incidenti stradali*. Roma: Tipolitografia SEA.

Jessor, R., Costa, F. (1990). Personality, perceived life chance and adolescent health behavior. *Health hazards in adolescence*. New York: Walter de Gruyter.

Mannetti, L. (1997). Efficacia delle campagne preventive anti-AIDS e comportamenti preventivi nella popolazione italiana. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223, 11-23.

- Mcguire, WJ. (1964). Introducing resistance to persuasion. In L. Berkowitz, *Advances in experimental social psychology vol.1*. New York: Academic Press.
- Plant, M., Plant, M. (1992). *Risk-takers. Alcohol, drugs, sex and youth*. Trento: Erickson.
- Pullkinen, L. (1995). Behavioral precursors to accidents and resulting physical impairment. *Child Dev*, 66, 1660-1679.
- Quadrel, MJ., Fischhoff, B., Davis, W. (1993). Adolescent (in)vulnerability. *Am Psychol*, 48, 102-116.
- Taggi, F. (1999). Indagine sui comportamenti a rischio degli adolescenti: nuovo approccio multirischio. *Atti del convegno "Adolescenti dal punto zero verso il 2000"*. Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- Trimpop, RM. (1994). *The psychology of risk-taking behavior*. Amsterdam: North-Holland.
- Tursz, A., Courtecuisse, V., Jeammeret, O., Sand, A. (1986). Comportement de prise de risque et accident à l'adolescence dans les pays développés. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 34, 81-88.
- Wilde, GJS. (1972). The theory of risk homeostasis: implication for safety and health. *Risk Anal*, 2, 209-225.
- Zuckerman, M. (1971). Dimensions of risk-taking behavior. *J Consul Clin Psychol*, 36, 45-52.

\* Facoltà di Psicologia 2, Università di Roma "La Sapienza"

\*\* Coop. "Rifornimento in Volo", Roma, Via Udine 24

\*\*\* ISTAT

\*\*\*\* Facoltà di Psicologia 1, Università di Roma "La Sapienza"

### **Nota sugli autori**

**Paola Carbone:** è psicoanalista S.P.I. e professore associato della Facoltà di Psicologia 2, "Sapienza" Università degli Studi di Roma.

**Elisa Casini:** è specializzando in psicoterapia ARPAD, e dottorando di ricerca della Facoltà di Psicologia 1, "Sapienza" Università degli Studi di Roma.

**Silvia Cimino:** è dottore di Ricerca "Sapienza", Facoltà di Psicologia 1, Università degli Studi di Roma, e ricercatore a tempo determinato presso l'Università telematica internazionale Uninettuno.

e-mail: silcimin@tin.it

**Anna Ferrari** è specializzando in psicoterapia presso la Facoltà di Psicologia 1, "Sapienza" Università degli Studi di Roma.