



UnissResearch



Uccula, Arcangelo Francesco; Moro, Anna Lina; Cioffi, Giuseppina (2000) *Comportamenti a rischio e salute negli adolescenti*. In: Mulas, Francesco Gesuino (a cura di). *Itinera: studi in memoria di Enzo Cadoni*, Sassari, EDES Editrice Democratica Sarda (stampa Tipografia TAS). p. 341-357.

<http://eprints.uniss.it/6521/>

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI
FACOLTÀ DI LETTERE E FILOSOFIA

Itinera

Studi in memoria di Enzo Cadoni

a cura di Francesco Mulas
Facoltà di Lingue e Letterature straniere

Sassari 2000

des

EDITRICE DEMOCRATICA SARDA

Tipografia TAS

Stampa TAS - Tipografi Associati Sassari
Via Predda Niedda 43/D - Sassari
Tel. 079/262221 - 079/262236 - Fax 079/260734

Anno 2001

EDES - EDITRICE DEMOCRATICA SARDA
Via Nizza, 5/A - Sassari

Arcangelo Uccula* , Anna Lina Moro **, Giuseppina Cioffi ***

Comportamenti a rischio e salute negli adolescenti

1. Introduzione

L'uomo nella sua evoluzione filogenetica, ha selezionato modalità di risposta all'ambiente esterno rivelatesi funzionali nel far fronte alle situazioni di pericolo. L'ansia, la paura e lo stress risultano tra i sistemi comportamentali che preparano l'organismo a reagire in maniera adeguata. Non tutti i pericoli però evocano risposte adattive, in modo particolare quando il rischio non viene percepito come imminente. Nella società attuale molti comportamenti a rischio per la salute producono danni in tempi successivi alla loro attuazione, anche di anni, come nei disturbi alimentari, nell'Aids e nella tossicodipendenza. Il sistema nervoso è strutturato in modo da reagire rapidamente ad uno stimolo che viene riconosciuto pericoloso attraverso una risposta emozionale spiacevole, paradossalmente, molti comportamenti potenzialmente dannosi per la salute, hanno effetti piacevoli nel momento della loro esecuzione. La gratificazione è tipica dei patterns comportamentali legati all'adattamento individuale (alimentazione), della specie (attività sessuale) e psico-sociale (abuso di sostanze psicotrope). La conoscenza dei potenziali danni di alcune condotte, proprio perché incongrua con l'attivazione emozionale piacevole al momento dell'esecuzione, spesso non evoca la percezione di un rischio reale.

In questo articolo si cercherà di evidenziare come i fattori di rischio in età adolescenziale sono spesso legati a comportamenti e contesti tipici di questa fase, che potenzialmente risultano determinanti nella soluzione dei compiti evolutivi; infatti spesso hanno una funzione centrale nella costruzione dell'identità e rappresentano nella quasi totalità dei casi, una condizione normocritica di passaggio verso una forma più strutturata del sé tipica dell'età adulta. Per favorire l'attuazione di comportamenti protettivi sin dall'adolescenza, oltre all'aspetto informativo dei potenziali rischi di alcuni comportamenti,

* Specializzando in Psicologia Clinica, Università degli studi di Siena.

** Pedagogista, collaboratore presso la cattedra di Psicologia Generale.

*** Docente Associato della cattedra di Psicologia Generale.

entrano infatti in gioco vari fattori di tipo metacognitivo legati alla componente autoregolativa del sé.

2. Adolescenza e rischio

Le conseguenze di stili di vita dannosi originano spesso durante la giovinezza quando la percezione del pericolo è filtrata dal senso di invulnerabilità nei confronti delle malattie, tipica dell'età adolescenziale¹. L'invulnerabilità percepita viene descritta come fiaba personale², in cui la stimolazione degli adolescenti a raggiungere risultati eccezionali, unita alla necessità di individuazione e di autonomia, può motivare ad ignorare i rischi. Un comportamento potenzialmente a rischio per la trasmissione di malattie infettive, che assume varie funzioni come l'esercizio della sessualità, durante l'adolescenza è legato alla realizzazione di compiti evolutivi specifici, quali la costruzione della propria identità di genere e la fondazione della coppia. Analogamente l'uso di sostanze stupefacenti, anche se di natura culturale, chiama in causa altri compiti evolutivi dell'adolescenza: il processo di separazione e di individuazione dalla famiglia, l'avventura, l'esplorazione e la coesione con il gruppo dei pari.

Diverse possono essere le spiegazioni sulla funzione del rischio nella fase adolescenziale: per Irwin³ l'assunzione di rischi è un comportamento transitorio normale durante l'adolescenza; Bonino e Fraczek⁴ parlano invece di paradosso della maturità per cui gli adolescenti che adottano comportamenti dannosi per la salute, ai quali attribuiscono valenze adulte, manifestano una maggiore maturità ed emancipazione dalla famiglia. Per questi autori si tratta di un'apparente maturità, tale precocità infatti oltre ad esporre gli adolescenti a rischi maggiori riguardo alla salute e limitarne il benessere e lo sviluppo psicologico, ne preclude a lungo termine una maturazione più articolata.

L'età adolescenziale, se utilizziamo il parametro della malattia, è probabilmente la fascia di età che gode di maggior salute rispetto ad altre fasi della

¹ M. JACOBS QUADREL, B. FISCHHOFF, W. DAVIS, *Adolescent (in)Vulnerability*, "American Psychologist", 2, (1993), pp. 102-116.

² D. ELKIND, *Cognitive Development and Adolescent Disabilities*, "Journal of Adolescent Health Care", 6, (1985), pp. 8-9.

³ C.F. IRWIN, *Risk-taking Behaviors in the Adolescent Patient: Are they Impulsive?*, "Pediatric Annals", 18, (1989), pp. 122-33.

⁴ S. BONINO, C. FRACZEC, *Adolescenti e salute: incursioni nel rischio*, "Psicologia contemporanea", 137, (1996), pp. 50-57.

vita. Se si considera la definizione di salute secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità come: "Condizione di armonico equilibrio psicofisico dell'individuo nel suo ambiente naturale e sociale", si allarga la prospettiva ad una visione in cui rientrano i comportamenti orientati non solo al benessere fisico ma anche psicologico e sociale come le competenze di autorealizzazione, le capacità di far fronte a situazioni stressanti e l'elusione di situazioni devianti e dannose per la salute. Sotto questo aspetto l'adolescenza può essere considerata a rischio. Tra i comportamenti a rischio per la salute degli adolescenti figurano l'uso del tabacco, l'assunzione di alcool e droghe, le cattive abitudini alimentari, modalità di guida pericolose e l'attività sessuale non controllata.

La consapevolezza che lo stile di vita e lo stress psicosociale contribuiscono alla morbilità ha favorito la nascita di una nuova area di studi: la psicologia della salute. Le malattie conseguenti a comportamenti a rischio (Aids ecc.) non sono infatti legate solamente ad una realtà organica (disease), ma devono essere considerate in una prospettiva più globale: (illness) cognition, malattia che implica peculiari vissuti psicologici e atteggiamenti relazionali. Negli ultimi anni si è passati progressivamente da un modello biomedico ad uno integrato della salute e della malattia,⁵ in cui la variabile stress assume un ruolo determinante.

L'importanza del fenomeno stress nella salute e malattia è apparso evidente sin dalla prima formulazione di Selye negli anni trenta, nei decenni successivi una vasta area di ricerca ha prodotto una serie di risultati che evidenziano il ruolo di questo mediatore psicofisico nell'eziologia della malattia attraverso l'influenza sui meccanismi fisiologici che, modificando le funzioni endocrine e immunitarie, produce le conseguenze a livello psicosomatico. Un più recente orientamento di studi ricerca gli effetti che eventi stressanti inducono in ambito relazionale e sui comportamenti in generale. L'impatto delle situazioni stressanti sulla salute non dipende però solo dalla natura dell'evento stesso, ma anche dalla capacità delle persone di fronteggiare la crisi e dal sostegno che ricevono dai parenti, amici e dai membri della loro rete sociale.

Secondo Stroebe e Stroebe⁶ l'incremento degli studi sui comportamenti attinenti alla salute nelle società industriali è legato a due considerazioni specifiche:

- 1) una quantità considerevole di condizioni morbose e di decessi dovuti

⁵ M. BERTINI, *Psicologia e salute*, Roma, 1988.

⁶ W. STROEBE, M.S. STROEBE, *Psicologia sociale e salute*, Milano, 1997.

alle principali cause di morte è attribuibile a modelli di comportamento dannosi per la salute;

2) i comportamenti dannosi sono potenzialmente modificabili.

Al fine di attuare i programmi di prevenzione risulta essenziale oltre che informare, conoscere gli atteggiamenti e le rappresentazioni su salute e malattia degli adolescenti⁷. La rilevazione delle informazioni possedute dai giovani è la prima fase di un intervento mirato a rafforzare quelle variabili di mediazione che intervengono tra informazione e comportamento agito; in modo da ridurre la discrepanza tra il piacere dell'azione trasgressiva, che durante l'adolescenza è funzionale alla costruzione dell'identità, e il potenziale rischio, quest'ultimo infatti per tale incongruenza spesso rimane in secondo piano.

3. Atteggiamenti e salute

Gli stili di vita relativi alla salute sono determinati in parte dagli atteggiamenti intesi come variabili ipotetiche da cui si possono inferire delle risposte comportamentali. Secondo i presupposti della teoria degli atteggiamenti, quelli positivi verso un dato oggetto dovrebbero essere seguiti da comportamenti favorevoli e viceversa. Alcune rassegne degli anni settanta, analizzando la relazione tra atteggiamento e comportamento manifesto, hanno riscontrato una correlazione media di 0,15, che raramente superava lo 0,30, per cui l'atteggiamento non sempre si rivelava un buon predittore del comportamento. Da uno studio di Ajzen e Fishbein⁸ emerge però che i costrutti dell'atteggiamento e del comportamento agito corrispondevano raramente perché venivano messi in relazione atteggiamenti generali con comportamenti molto specifici. Ajzen e Fishbein si sono occupati dei fattori che insieme all'atteggiamento determinano il comportamento, formulando la Teoria dell'Azione Ragionata,⁹ dove l'attuazione di un determinato comportamento è una funzione dell'intenzione ad eseguirlo.

Il modello ipotizza che il comportamento è determinato:

- a) dall'intenzione che la persona ha di intraprenderlo;
- b) dalle credenze valutative personali sugli esiti del comportamento;

⁷ E. CIOGNANI, B. ZANI, *La percezione del rischio AIDS negli adolescenti*, "Bollettino di psicologia applicata", 211, (1994), pp. 39-47.

⁸ I. AJZEN, M. FISHBEIN, *Attitude-behavior Relations: A Theoretical Analysis and Review of Empirical Research*, "Psychological Bulletin", 84, (1977), pp. 888-918.

⁹ I. AJZEN, M. FISHBEIN, *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*, Reading, Ma, 1975.

c) dalla motivazione ad accondiscendere e dalla credenza che gli altri ritengano un determinato comportamento praticabile o meno.

Questa teoria ha stimolato una serie di ricerche ed è stata applicata nel predire un'ampia varietà di comportamenti, in particolar modo quelli rischiosi per la salute, nonostante una serie di critiche in quanto trascurava alcune variabili ritenute significative. Bentler e Speckart¹⁰ per esempio hanno riscontrato che nel consumo di sostanze stupefacenti e alcool la predizione dell'azione risultava migliorata considerando anche le esperienze precedenti. Nei comportamenti riguardanti la salute, oltre al passato, l'intenzione risulta correlata alla motivazione ad agire, mentre l'azione è determinata dal fatto che un comportamento sia sotto il controllo volontario o meno. Esistono infatti numerosi comportamenti che definiamo abitudini che sono parzialmente sotto il controllo dell'individuo come nel caso del tabagismo e alcuni disturbi alimentari.

Gli studi in questo settore verso la fine degli anni settanta sono stati influenzati dall'elaborazione del costrutto di self-efficacy di Bandura^{11 12}. Su questa linea, Ajzen ha modificato il suo modello dell'"azione ragionata" in quello del "comportamento pianificato", in cui il fattore predittivo aggiuntivo è la percezione del controllo che il soggetto ritiene di esercitare sul proprio comportamento¹³. La variabile percezione del controllo, diventa quindi un indice complessivo dei fattori interni ed esterni che possono incidere sulle intenzioni. Mentre secondo il modello tripartito degli atteggiamenti, che contempla le componenti cognitive affettive e comportamentali, la relativa autonomia di questi tre fattori fa ipotizzare che talvolta gli atteggiamenti possano nascere da dati cognitivi o da esperienze emotive, e che queste variabili possano essere talvolta incoerenti.¹⁴ Un soggetto può sapere di poter contrarre una malattia, ma ciò può lasciarlo emotivamente indifferente; la motivazione a mettere in atto un determinato comportamento compare infatti dopo un certo livello di attivazione emotiva. Si capisce come talvolta i comportamenti a rischio negli adolescenti e non solo, spesso non sono spiegabili sulla base

¹⁰ P.M. BENTLER, G. SPECKART, *Model of Attitude-behavior Relations*, "Psychological Review", 86, (1979), pp. 452-64.

¹¹ A. BANDURA, *Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*, "Psychological Review", 84, (1977), pp. 191-214.

¹² A. BANDURA, *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*, Englewood Cliffs, NY., 1986.

¹³ I. AJZEN, *The Theory of Planned Behavior* "Organisational Behavior and Human Decision Processes.", 50, (1991), pp. 179-211.

¹⁴ R. TRENTIN, *Gli atteggiamenti sociali*, in ARCURI L., *Manuale di psicologia sociale*, Bologna, 1995.

delle loro convinzioni. Infatti pur conoscendo la dannosità di certe condotte, come il consumo di sostanze psicoattive, persistano nel comportamento. Questo fenomeno risulta spiegabile anche per la funzione che taluni comportamenti assumono nel favorire l'inserimento nel gruppo dei pari e l'accettazione da parte di esso, anche se trasgressivi.

Un modello che prende in considerazione gli aspetti discordanti tra informazioni e comportamento è la teoria della dissonanza cognitiva, per la quale gli elementi cognitivi che esistono nella nostra mente possono essere collegati in maniera consonante o dissonante¹⁵. Quando due informazioni, come spesso succede nei comportamenti riguardanti la salute sono dissonanti, è il caso delle sostanze psicoattive o l'alcool in cui, da una parte se ne conosce la dannosità, e dall'altra gli effetti positivi e socializzanti, creano un'attivazione spiacevole che agisce come motivazione a ridurre l'incongruenza tra le due informazioni. Festinger indica alcune strategie che gli individui adottano per ridurre la dissonanza: a) modificare uno dei due elementi, che nel nostro caso equivale a cambiare o evitare il comportamento dannoso; b) aggiungere informazioni ad uno dei due elementi per renderlo più congruo all'altro, per esempio modificando l'idea che un dato comportamento "non è poi così rischioso", come nel caso dei rapporti sessuali non protetti rispetto al problema dell'Aids; oppure infine c) ridurre la dissonanza dell'importanza dei dati disponibili, per cui nonostante i rischi di alcuni comportamenti, la persona arriva a ritenere che "non è il caso di rinunciare ai piaceri della vita", anche se questi potrebbero arrecare delle conseguenze dannose alla salute.

Se un soggetto ritiene che una data malattia come l'AIDS sia dovuta alla sfortuna o al destino, quindi a cause esterne, sarà più difficile che adotti un comportamento protettivo. Il processo di attribuzione, formulato da Heider¹⁶ nel quale "l'uomo apprende la realtà e può prevederla e padroneggiarla", è la ricerca che l'individuo fa delle cause di un evento, quando si trova di fronte ad una situazione di cui non controlla e non pensa di controllare gli esiti. Il processo di attribuzione causale viene attivato a seconda che le persone assegnino la causa di un evento a se stessi oppure ad eventi esterni.

Le credenze sulla casualità sono legate alle rappresentazioni sociali sulla salute e malattia. Il concetto di rappresentazione ha il vantaggio rispetto a quello di atteggiamento di far riferimento alla natura sociale delle credenze¹⁷.

¹⁵ L. FESTINGER, *La teoria della dissonanza cognitiva*, Milano, 1973.

¹⁶ F. HEIDER, *Psicologia delle relazioni interpersonali*, Bologna, 1972.

¹⁷ R.M. FARR, Heider, Harre' and Henzligh, *On Health and Hillness: Some Observations on the Structure of "Representations Collectives"*, "European Journal of Social Psychology", 7, (1977), pp. 91-504.

Queste sono caratterizzate da parti logiche e insieme pre-logiche e nel campo della salute nascono per rispondere alle domande sull'origine e sul perché delle malattie, quando le persone vengono colpite direttamente¹⁸.

4. I modelli di studio nella salute.

Nel campo della salute in particolare, sono stati sviluppati dei modelli sui processi cognitivi coinvolti nelle elaborazioni delle informazioni su benessere e malattia. Il più conosciuto e utilizzato è l'Health Belief Model (HBM) sulle credenze in ambito della salute, nato a metà degli anni settanta e perfezionato da Janz e Becker nel 1984¹⁹. Le dimensioni considerate in questo modello sono:

- 1) le credenze sulla suscettibilità e vulnerabilità individuo nei confronti del danno derivabile dai comportamenti a rischio;
- 2) la percezione di gravità per le conseguenze di una condizione morbosa;
- 3) la percezione di efficacia rispetto alle proprie azioni nel preservare la salute personale.

Un'altro modello particolarmente usato in questo settore è la Teoria della Motivazione a Proteggersi²⁰. Il modello è stato sviluppato per la comprensione dei messaggi volti ad incutere paura e presuppone che la motivazione alla protezione è massima quando: 1) la minaccia per la salute è grave; 2) l'individuo si sente vulnerabile; 3) la risposta adattiva è giudicata efficace nell'allontanare la minaccia; 4) l'individuo nutre fiducia nelle proprie diverse capacità di riuscire a completare la risposta adattiva²¹.

Quando un soggetto si trova a dover far fronte ad una situazione percepita come stressante in cui i meccanismi abituali non sono sufficienti, lo sforzo per dominare la situazione attraverso tentativi cognitivi e comportamentali è definito "Coping"²². Le strategie di coping rivestono un ruolo importante nell'adattamento individuale a situazioni di vita stressanti, contribuendo o

¹⁸ S. MOSCOVICI, *Communication Introductive*, 1st International Conference on Social Representation, Ravello, 3-5 ottobre 1992.

¹⁹ N.K. JANZ, M.H. BECKER, *The Health Belief Model: A Decade Later*, "Health Education Quarterly", 11, (1984), pp. 1-47.

²⁰ P.A. RIPPETOE, R.W. ROGERS, *Effects of Components o Protection-motivation Theory on Adaptive and Maladaptive Coping with a Health Threat*, "Journal of Personality and Social Psychology", 52, (1987), pp. 596-604.

²¹ I. MANKOVA, K.G. POWER, *Le percezioni ingenuie del rischio di AIDS/HIV*, in G. Petrillo, *Psicologia sociale della salute*, Napoli, 1996.

²² S. FOLKMAN, R.S. LAZARUS, *An Analysis of Coping in a Middle-aged Community Sample*, "Journal of Health and Social Behavior", 21, (1980), pp. 219-239.

ostacolando la salute psicofisica. I due autori hanno distinto due dimensioni: una centrata sul problema, tesa alla ricerca di soluzione, alla sua riformulazione cognitiva o a minimizzare gli effetti, ed una orientata alla sfera emozionale della persona, che riguarda le risposte emotive e la preoccupazione per se stessi. Endler e Parker²³ hanno individuato una terza strategia di coping definita di "evitamento" che può comprendere strategie rivolte sia al problema che alla persona. In questo caso la strategia consiste nell'evitare una situazione stressante attraverso un compito sostitutivo: ad esempio la distrazione o la ricerca di sostegno sociale.

Il coping attivo, risulta correlato con l'ottimismo nel fronteggiamento di situazioni stressanti riguardanti la salute, mentre invece i soggetti pessimisti fanno un uso maggiore della strategia di evitamento²⁴. Coloro i quali ritengono che i risultati che ottengono sono determinati da forze che vanno al di là del loro controllo sono stati definiti "esterni"; mentre gli individui "interni", che ritengono di controllare personalmente gli eventi, risultano in grado di fronteggiare meglio e con maggiore competenza le situazioni stressanti. Le due dimensioni di interno e esterno sono state formulate da Rotter²⁵ all'interno del costrutto "Locus of control" che si riferisce alle credenze individuali circa il controllo degli eventi.

Pertanto nell'HBM e nella Teoria della motivazione alla protezione le variabili considerate possono essere suddivise in due classi:

- a) la valutazione del rischio;
- b) la valutazione del coping, la percezione della capacità personale di poter fronteggiare efficacemente il rischio.

4.1 Percezione del rischio

La percezione del rischio compare nell'HBM e nella teoria della motivazione alla protezione. Per Salvini la valutazione psicologica del rischio non è in relazione semplice e diretta con le caratteristiche del pericolo e quindi sulle informazioni che si possiedono su un dato evento, ma risulta da un processo

²³ N.S. ENDLER, J.D.A. PARKER, *Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation*, "Journal of Personality and Social Psychology", 58, (1990), pp. 844-54.

²⁴ G. ASPIRWALL, S.E. TAYLOR, *Modeling Cognitive Adaptation, a Longitudinal Investigation of the Impact of Individual Differences and Coping on College Adjustment and Performance*, "Journal of Personality and Social Psychology", 63, (1992), pp. 989-1003.

²⁵ J.B. ROTTER, *Some Problems and Misconceptions Related to the Construct of Internal versus External Control of Reinforcement*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 43, (1975), pp. 56-67.

cognitivo che distorce la percezione della minaccia, su cui agiscono una serie di fattori di tipo personale, emotivo e di gruppo²⁶. Gli individui mostrano solitamente una bassa percezione di gravità sulla salute in particolar modo nei comportamenti che non conducono a conseguenze o danni immediati. Nei vari studi, la percezione di suscettibilità si è dimostrata una variabile predittiva, anche se spesso negli adolescenti è emersa una distorsione ottimistica nella percezione del rischio. È caratteristico nei giovani nella massima forma fisica, percepirsi come invulnerabili. Quando capita un danno ad un'altra persona, viene utilizzata la razionalizzazione per rafforzare la convinzione "che una cosa simile non capiterà mai a se stessi". Questa forma di difesa rispetto alle tragedie altrui è frequente tra i fumatori, i bevitori, i consumatori di droghe e chi pratica una guida pericolosa²⁷.

In una ricerca effettuata su 325 adolescenti frequentanti l'ultimo biennio di scuola media superiore emerge che, pur possedendo un adeguato livello di informazioni sull'Aids, i ragazzi sottostimano il rischio personale, anche se il 34% del campione risulta potenzialmente a rischio e il 2% a rischio elevato²⁸. Master e Johnson²⁹ rilevano che gli adolescenti hanno spesso convinzioni ottimistiche ed assolutamente infondate sulla trasmissione dell'Aids, come il pensare di non contrarre malattie per via sessuale dalla persona che si ama. Gli adolescenti si sentono cioè meno vulnerabili al pericolo per la salute di quanto non dovrebbero e pensano che gli altri corrano un rischio maggiore³⁰. Una ricerca italiana ha evidenziato che in gruppo, gli adolescenti si percepiscono meno a rischio dei coetanei all'interno della stessa situazione, e che tendono a valutare gli aspetti positivi piuttosto che quelli negativi delle attività che svolgono³¹. Questa forma di percezione è stata definita ottimismo ingiustificato o irrealistico³². Le credenze che gli altri abbiano un tasso di rischio maggiore di quello personale è stato chiamato ottimismo difensivo, in

²⁶ A. SALVINI, *AIDS. Radici collettive di un'ansia individuale: le vie della paura*, "Psicologia contemporanea", 85, (1988) pp.40-45.

²⁷ M. PLANT, M. PLANT, *Comportamenti a rischio negli adolescenti*, Trento, 1996.

²⁸ C. KANEKLIN, L. TONELLI, D. UMILIATA, *L'AIDS nelle rappresentazioni degli adolescenti: una ricerca nella scuola*, "Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo", 3, (1996), pp. 40-44.

²⁹ W.H. MASTER, V.E. JOHNSON, R.C. KOLODNY, *A rischio. Gli eterosessuali e l'AIDS*, Milano, 1988.

³⁰ N.D. WEINSTEIN, *Why it Won't Happen to me: Perception of Risk Factors and Susceptibility*, "Health Psychology", 3, (1984), pp. 431-457.

³¹ L. SALVADORI, R. RUMIATI, *Percezione del rischio negli adolescenti italiani*, "Giornale italiano di psicologia", 1, (1996), pp. 85-105.

³² F.P. Mc KENNA, *It Won't Happen to me: Unrealistic Optimism or Illusion of Control?*, "British Journal of Psychology", 84, (1993), pp. 39-50.

rapporto a quello funzionale che risulta caratterizzato dall'essere personalmente capaci di fronteggiare le richieste della vita³³.

Quando non si cade nel vissuto di onnipotenza l'ottimismo viene considerato un fattore fortemente predittivo nel determinare comportamenti orientati al mantenimento della salute. Seligman³⁴ considera gli eventi come successi o fallimenti del controllo personale e lo stile esplicativo di ogni individuo, la modalità con cui ci si spiega gli eventi, legato al valore nella prospettiva di sé nel mondo. Tale stile esplicativo qualifica le persone ottimiste o pessimiste. Per Seligman, nel suo modello sull'ottimismo appreso, il controllo risulta un'elemento determinante nel portare a termine con successo i comportamenti.

4.2 Efficacia

La percezione del rischio da sola non è però sufficiente a promuovere l'abbandono di abitudini dannose per la salute, i giovani più che poco informati, appaiono poco propensi a modificare i propri comportamenti in funzione del pericolo. Per Mannetti³⁵ la percezione del rischio incide pochissimo sulle scelte comportamentali.

Nei modelli HBM e della motivazione a proteggersi, così come nella teoria della pianificazione dell'azione di Ajzen, la variabile che pone in relazione l'intenzione con il comportamento è il controllo della situazione e la consapevolezza dell'efficacia. Bandura³⁶ ha definito questo fattore "Perceived Self Efficacy". Nella sua teoria social-cognitiva la mente è un apparato proattivo capace di esercitare il proprio controllo su se stessi, sull'organismo e sull'ambiente. L'autoefficacia percepita corrisponde al senso di capacità personale che deriva dalla certezza di essere all'altezza di una determinata situazione. Fronteggiare o cambiare un comportamento tendenzialmente a rischio è legato alla personale capacità di far fronte allo stress e adottare le risorse necessarie per rispondere adeguatamente agli eventi³⁷. Nelle teorie sulla salute la convinzione di efficacia risulta il fattore maggiormente predittivo, sia per adottare le aspettative positive del risultato, sia per l'eliminazione delle

³³ R. SCHWARZER, *Optimism, Vulnerability and Self-beliefs as Health-related Cognitions: A Systematic Overview*, "Psychology and Health", 9, (1994), pp. 161-180.

³⁴ M.E.P. SELIGMAN, *Imparare l'ottimismo*, Firenze, 1996.

³⁵ L. MANNETTI, *AIDS*, "Psicologia contemporanea", 107, (1991), pp. 52-57.

³⁶ A. BANDURA, *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*, Englewood Cliffs, NY., 1986.

³⁷ R. SCHWARZER, F. REINHARD, *Autoefficacia e comportamenti a rischio*, in A. Bandura. *Il senso di autoefficacia*, Trento, 1996.

abitudini dannose e per mantenere il cambiamento. La percezione di autoefficacia influenza infatti l'intenzione a cambiare il comportamento a rischio, l'impegno nel perseguire l'obiettivo e la perseveranza nonostante gli ostacoli.

Mentre l'ottimismo di Seligman predispose positivamente all'azione, il costrutto di Bandura più specificamente riguarda il sapere di saper fare; questa condizione si pone quindi a un metalivello rispetto al sapere, al possedere solamente l'informazione rispetto ai comportamenti a rischio. La conoscenza delle varie misure precauzionali non garantisce infatti che queste misure vengano realmente adottate. Rispetto al rischio Aids l'adozione di una strategia preventiva come il preservativo può non essere posta in atto, in presenza di fattori distraenti o variabili personali come timidezza o vergogna; queste risposte che sono legate ad un basso senso di autoefficacia personale, possono indurre a sottovalutare i rischi di un rapporto sessuale con uno sconosciuto.

In questo caso la conoscenza delle misure preventive non è sufficiente a contrastare il rischio se non è accompagnata dalla consapevolezza dell'autoefficacia di portare a termine il comportamento di protezione, e di poter contrastare efficacemente quegli elementi di disturbo nel raggiungimento dell'obiettivo.

5. I comportamenti a rischio

Gli studi sui comportamenti a rischio associati alla salute mostrano che essi non sono isolati ma sono frequentemente correlati fra loro³⁸. Abitudini sessuali liberali sono infatti spesso legate ad un abuso di sostanze come alcool e droghe, che per il loro effetto disinibitorio conducono più facilmente ad una attività sessuale a rischio. Reitano e Avallone³⁹ in uno studio sull'attività sessuale in tossicodipendenti e non, rilevano che i tossicomani presentano comportamenti con più alto rischio di contagio rispetto ai non tossico-assuntori. Stall⁴⁰ ha riscontrato che gli individui che consumano droghe, durante l'attività sessuale hanno una possibilità doppia rispetto agli altri di avere rapporti rischiosi. Adolescenti consumatori di alcool e canapa indiana

³⁸ R. JESSOR, *Successful Adolescent Development Among Youth in High-risk Settings*, "American Psychologist", 2, (1993), pp.117-126

³⁹ M.S. REITANO, E. AVALLONE, *Componenti di rischio di infezione da HIV nel comportamento eterosessuale di soggetti tossicodipendenti e non*, "Attualità in psicologia" 1, (1997), pp. 49-58.

⁴⁰ R. STALL, *The Prevention of HIV Infection Associated with Drug and Alcohol Use During Sexual Activity*, in H. Siegel, *AIDS and Substance Abuse*, New York, 1988.

hanno riferito di usare meno il preservativo durante i rapporti sessuali⁴¹.

Negli ultimi anni si è assistito ad una massiccia diffusione di droghe di sintesi, legate ad un uso ricreazionale come in discoteca, intesa come luogo di conoscenza di sé, dove vivere esperienze al limite, dove misurarsi in ruoli e modalità impraticabili nella vita quotidiana. Per Castelli et al.⁴² l'insoddisfazione e il fallimento nel giocare questo ruolo "altro" stimola la ricerca di attività per ritrovare la carica attraverso l'assunzione di sostanze eccitanti, che modificando la valutazione delle proprie condizioni, favoriscono l'assunzione di comportamenti potenzialmente a rischio come l'attività sessuale indiscriminata e la guida pericolosa. Le "designer drugs" come l'ecstasy hanno infatti trovato un largo utilizzo nelle discoteche, proponendosi come mezzo per facilitare i rapporti con gli altri, andare oltre i limiti fisiologici della resistenza fisica e superare quel senso di insicurezza sempre più diffuso tra le nuove generazioni⁴³. L'ecstasy viene anche definita droga "empatogena" poiché tra gli effetti si riscontrano: l'aumento della capacità empatica, il desiderio di essere abbracciati, i sentimenti di fiducia in sé e la sensazione di essere pieni di energia⁴⁴. In una ricerca orientata agli adolescenti emerge che l'ecstasy viene considerata genericamente come "droga leggera", ma pericolosa e pesante quando si passa ad analizzare in dettaglio gli effetti della sostanza⁴⁵.

Mentre gli assuntori di eroina in seguito alla dipendenza prima o poi sono costretti a chiedere aiuto, i consumatori di cocaina e delle cosiddette "designer drugs", proprio perché la dipendenza è più infrequente rispetto agli eroinomani tendono a non ritenersi tossicodipendenti e quindi non bisognosi di aiuto. Questa credenza, che in parte è vera, prolunga però nel tempo gli effetti dannosi sul sistema nervoso e sulla salute in generale, attraverso un aumento quantitativo di comportamenti rischiosi come quelli sessuali, per la trasmissione dell'Aids e di altre malattie infettive.

Da una ricerca epidemiologica emerge che la fascia di età più colpita dall'Aids è compresa tra i 20 e i 40 anni⁴⁶; in Italia l'età mediana alla diagno-

⁴¹ R. HINGSON, *Belief About AIDS, Use of Alcohol, Drugs and Unprotected Sex Among Massachusetts Adolescents*, "American Journal of Public Health", 80, (1990), pp. 295, 99.

⁴² C. CASTELLI, S. LA MENDOLA, M. RASERA, M.C. SALVADORI, *Effetto discoteca*, "Psicologia contemporanea", 126, 1994, pp. 4-11.

⁴³ V. MENGOZZI, *Anfetamine e discoteche*, "Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo", 1, (1995), pp. 42-44.

⁴⁴ P. ANGEL, *Ecstasy*, "Personalità/Dipendenze", 3, (1995), pp. 47-54.

⁴⁵ M. SANTI et al., *Giovani ed ecstasy: quale percezione del rischio?* "Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo", 2, (1997), pp. 39-43.

⁴⁶ K. HEIN, *AIDS in Adolescence: The Next Wave of HIV Epidemic*, "J. Pediatrics", 114, (1989), pp.144-149.

si è di 33 anni per i maschi e di 30 per le femmine⁴⁷. Se si considera che dopo il contagio i tempi di evoluzione verso la malattia sono mediamente di 7-8 anni, si evince che una buona parte dei malati ha contratto l'infezione durante l'adolescenza.

Una recente indagine di Zani e Cicognani pone l'attenzione sulle strategie di coping adottate dai giovani riguardo alle precauzioni nei confronti l'Aids. In questa ricerca sono stati identificati diversi atteggiamenti: il fatalismo, inteso come vissuto di impotenza rispetto alla prevenzione; la delega del problema al partner; la negazione del rischio; atteggiamenti contrari all'uso di precauzioni.

Rispetto ai tre tipi di strategie di coping: a) attivo, b) emotivo e c) di evitamento:

a) il soggetto che adotta una strategia attiva è disposto ad analizzare il problema delle precauzioni sotto diversi punti di vista in maniera costruttiva, compiendo un processo cognitivo di ristrutturazione accompagnato da un cambiamento sul piano comportamentale;

b) chi utilizza lo stile di coping emotivo si ritrova con un senso di impotenza nell'affrontare una situazione per la quale non si sente all'altezza, che da origine ad una serie di risposte comportamentali emotive, ad esempio colpevolizzazione di se stessi, degli altri, crisi ansiose ecc.;

c) nel terzo stile di coping individuato, quello di evitamento, si tende ad ignorare e/o allontanare il problema spesso con l'attuazione di attività diverse che spostano l'attenzione dallo stesso.

Gli stili di coping, di fronte ad una situazione ipotetica implicante il rischio di contrarre il virus HIV, sono associati a variabili diverse: lo stile attivo è più diffuso tra i soggetti di sesso femminile e tra i meno religiosi; i più depressi, chi ha un locus of control esterno e chi ha minor esperienza sessuale privilegia uno stile di coping emotivo; i maschi tendono invece a sottovalutare l'entità del rischio preferendo una strategia di evitamento⁴⁸.

6. Le informazioni degli adolescenti sulla salute e malattia: il caso dell'Aids

Le informazioni acquisite dai giovani sono il risultato della comunicazione sociale sull'argomento. Il problema Aids ha prodotto negli ultimi anni una

⁴⁷ Ministero della Sanità, *Aggiornamento dei casi di Aids notificati in Italia al 31 Dicembre 1996*, "Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo", 1, 1997, pp.87-99.

⁴⁸ B. Zani, E. Cicognani, *Il problema dell'AIDS nei giovani: credenze, percezione del rischio e strategie di "coping"*, "Giornale italiano di psicologia", 5, (1995), pp. 827-851.

serie di programmi di intervento e attraverso il ruolo svolto dai media, è emerso un fenomeno sociale. Sulla base di una serie di ricerche Petrillo e Lionetto⁴⁹ rilevano l'esistenza di una connessione tra i processi di comunicazione di massa e quelli di costruzione e trasmissione delle rappresentazioni sociali. Nelle informazioni legate all'Aids si riscontra una vaga incertezza in cui, accanto ad una cultura moderna della salute che promuove i rapporti interpersonali e la solidarietà ai sieropositivi, informando circa la mancanza di rischi di trasmissione nelle relazioni quotidiane, permane una cultura arcaica legata alla paura del contagio che tende ad emarginare non solo il malato ma anche chi appartiene alle categorie potenzialmente a rischio. Messaggi ambigui come "Se lo conosci lo eviti" in cui l'oggetto potrebbe essere sia il malato che il virus, rischiano di accrescere la confusione⁵⁰. Una ricerca orientata ai giovani ha evidenziato che alcuni soggetti concepiscono l'Aids in senso morale come una punizione per comportamenti sessuali inadeguati, altri la considerano una malattia come le altre. Queste due concezioni opposte risultano associate ad informazioni differenti sulla malattia, al livello di rischio personale percepito e ai comportamenti che la persone adottano per evitare il rischio di contagio⁵¹.

Bisogna quindi porre l'attenzione alle conoscenze e i mezzi di informazione che le forniscono. Da un'indagine risulta che TV, giornali, messaggi pubblicitari sono i veicoli informativi più presenti, che ottengono l'impatto maggiore: circa l'80% del campione ricorda i messaggi pubblicitari diffusi a mezzo stampa; il 75% riesce ad evocare i contenuti dei messaggi televisivi e la totalità ne è a conoscenza⁵². Da questa ricerca emerge una unanime aspettativa di informazione fornita da persone competenti che pongano l'attenzione sui problemi che i giovani affrontano nel quotidiano. In una sperimentazione nelle classi di scuola media superiore si è voluta spostare l'attenzione dalle conoscenze scientifiche sul fenomeno Aids, peraltro buone, ad una libera espressione emotiva sulle fantasie e credenze legate all'Aids, al fine di favorire un più radicato e responsabile convincimento riguardo alle misure preventive. E' emerso che la dimensione razionale sul fenomeno si è rivelata una difesa contro le paure e il disagio legati alla malattia e che tali elementi

⁴⁹ G. PETRILLO, S. LIONETTO, *Spot anti-Aids e rappresentazioni sociali*, "IKON-Ricerche sulla comunicazione", 32, (1996), pp. 289-321.

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ A.C. BOSIO, A. PAGNIN, M. CESA-BIANCHI, *I giovani e lo scambio sociale sull'AIDS*, Milano, 1993.

⁵² Ibid.

risultano disturbanti nell'attuazione di un comportamento adeguato e protettivo⁵³.

Da una recente indagine condotta su 164 studenti frequentanti il biennio delle scuole medie superiori di Sassari, è risultato che circa la metà è in grado di spiegare cos'è l'Aids, il restante 50% risponde in maniera confusa; il 21% ha dimostrato difficoltà nel dare la definizione di "soggetto sieropositivo". Il 90% dei ragazzi riesce in ogni caso ad individuare i comportamenti a rischio, le loro informazioni sulla malattia derivano soprattutto dai media (43%), in minima parte da genitori e insegnanti, trovandosi quindi di fronte ad un referente impersonale che può chiarire dubbi soggettivi solo in casi fortuiti. L'84% degli intervistati vorrebbe trattare l'argomento in modo particolareggiato perché il rischio di contrarre l'Aids per i più, può investire qualsiasi tipo di rapporto. Essi dichiarano inoltre, di porre attenzione sui trascorsi del partner.

Sul piano morale i malati di Aids, vengono considerati dal 50% del campione come persone che non hanno saputo rinunciare al desiderio di compiere nuove esperienze seppure rischiose; sono quindi ritenuti consapevoli di un eventuale pericolo ed è proprio in funzione di questa consapevolezza che l'Aids non viene paragonata ad una qualsiasi altra malattia⁵⁴.

7. La promozione e l'educazione alla salute.

La prevenzione nel campo della salute in adolescenza si articola su tre livelli: a) primaria; b) secondaria; c) terziaria.

a) Primaria, ha lo scopo di adottare tutti gli interventi atti a evitare l'adozione di comportamenti a rischio da parte dei giovani, attraverso interventi relativi alla informazione-formazione e promozione di un equilibrato sviluppo psico-fisico-sociale dei giovani. E' orientata a tutti i giovani, l'adolescenza è infatti un'età a rischio di comportamenti dannosi per la salute;

b) secondaria, ha lo scopo di individuare precocemente situazioni di malessere o disagio che possono risultare precursori di comportamenti a

⁵³ F. LORENZOTTI, G. REBOLINI, L. ROMBI, *AIDS, prevenzione ed educazione alla salute: valutazione di un'esperienza in una scuola media superiore*, "Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo", 3-4, (1993), pp. 41-44

⁵⁴ A.L. MORO, *L'educazione sessuale a scuola: un'indagine psicopedagogica nelle scuole medie superiori della provincia di Sassari*, Convegno di psicologia clinica e salute mentale in Europa, Cagliari, 28 Maggio-4 giugno, 1997.

rischio. E' orientata a categorie individuate di giovani che risultano ad alta probabilità di rischio;

c) terziaria, ha lo scopo di limitare i danni già in atto.

Mentre le forme di prevenzione secondaria e terziaria riguardano l'ambito sanitario, la prevenzione primaria è caratterizzata da un aspetto educativo. La prevenzione dei danni dovuti a comportamenti di tipo distruttivo consiste nella capacità di impedire la formazione di modelli comportamentali da cui questi dipendono, attraverso la progettazione e la costruzione di relazioni e di percorsi di apprendimento positivi e gratificanti. Il D.P.R. 309/90 promuove l'educazione alla salute nella scuola media superiore, riguardante quindi la fascia adolescenziale, in cui oltre l'aspetto informativo attraverso l'attivazione dei C.I.C. (uno sportello di informazione e consulenza all'interno della scuola), viene stimolato l'aspetto formativo dove gli adolescenti stessi diventano promotori di iniziative relative all'educazione alla salute e alla prevenzione delle tossicodipendenze, in collaborazione con i docenti e con esperti esterni. Le attività di educazione alla salute e di prevenzione devono essere infatti finalizzate a creare nei giovani le capacità di assumere decisioni. In questa direzione è orientata l'attivazione del "progetto giovani" e "Ragazzi 2000" il cui obiettivo oltre a migliorare la qualità della vita scolastica, favorisce l'acquisizione di capacità autonome per il conseguimento del proprio equilibrio psicofisico e sociale. Attraverso il concetto di salute si propongono quindi nuove prospettive e finalità per la scuola, favorendo una nuova collocazione degli studenti nell'istituzione scolastica⁵⁵.

Per Ravenna⁵⁶ nelle strategie preventive il comportamento a rischio deve essere valutato in rapporto agli sforzi che il soggetto compie verso l'autonomia, al concetto che egli ha di sé e alla sua capacità di instaurare delle relazioni significative con gli altri. La scuola, come luogo di partecipazione attiva, può offrire risposte di tipo relazionale alla solitudine, alla caduta del senso di appartenenza alla comunità, alla discrasia tra valori dichiarati e comportamenti. Il contesto scolastico può favorire lo sviluppo e l'integrazione delle potenzialità individuali e sociali, e attraverso l'elaborazione di comportamenti autonomi, acquisire il senso di sicurezza e autostima. Il sostegno sociale che gli adolescenti ricevono nel loro sviluppo si è rivelato infatti capace di influenzare il benessere, attraverso modalità dirette e indirette: favorendo

⁵⁵ L. CORRADINI, *Educazione e ricerca di senso nel progetto giovani '93*, "Quaderni di Vita Italiana", 4, (1992), pp. 14-23.

⁵⁶ M. RAVENNA, *Adolescenti e droga*, Bologna, 1993.

migliori forme evolutive e adattative individuali e di gruppo⁵⁷; rinforzando quei comportamenti che hanno effetti positivi sulla salute psicologica e fisica ed estinguendo quelli con effetti negativi.

La scuola appare quindi il contesto privilegiato per la prevenzione dei comportamenti a rischio. L'aspetto informativo che come emerge dalle ricerche appare importante, ma non determinante per l'adozione di comportamenti salutari, deve essere necessariamente accompagnato da altri interventi. Risulta prioritario conoscere gli atteggiamenti e le credenze degli adolescenti, favorire in particolar modo l'acquisizione delle variabili di mediazione tra atteggiamento e comportamento a rischio come il senso di autoefficacia, l'empowerment e il coping attivo. Queste variabili risultano fortemente correlate all'autostima, un'autostima reale basata sulla consapevolezza delle potenzialità e di propri limiti, avulsa dalla percezione di invulnerabilità, caratteristica peculiare dei comportamenti a rischio degli adolescenti.

⁵⁷ M. PREZZA, M. SGARRO, *Gli strumenti di valutazione della rete e del sostegno sociale*, "Giornale italiano di psicologia", 5, (1992), pp. 719-751.