

CAPITOLO SECONDO

PSICHIATRIA E PSICOLOGIA ALLE SOGLIE DEL TERZO MILLENNIO: PROBLEMATICHE CLINICHE EMERGENTI

F) METODOLOGIA

TEORIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER LA MODIFICAZIONE DEI COMPORTAMENTI A RISCHIO DI AIDS

COGNITIVE-BEHAVIOURAL THEORIES FOR THE MODIFICATION OF BEHAVIOURS AT RISK OF AIDS

De Marina Marco* e Tonino Cantelmi**

** Psicologo clinico, Socio AIAMC (Associazione Italiana Analisi e
Modificazione del Comportamento)*

*** Psichiatra, Professore di Psicologia, Università Gregoriana di Roma*

TEORIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER LA MODIFICAZIONE DEI
COMPORTAMENTI A RISCHIO DI AIDS

Riassunto

L'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) e la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) rappresentano un problema di estrema urgenza in tutto il mondo con vaste implicazioni sociali, culturali, economiche, etiche e politiche.

Visto il lungo periodo di incubazione della malattia, che può durare anche anni, l'OMS, l'organizzazione mondiale della sanità, prevede che nel 2000 ci saranno nel mondo dai 30 ai 40 milioni di persone infette dal virus.

Si pone quindi immediata la necessità di una diffusa informazione e di una corretta educazione per arrestare, o quanto meno diminuire, il dilagare della malattia.

Un importante gruppo di destinatari per la prevenzione dell'infezione da HIV e, in generale, per le malattie sessualmente trasmesse, sono i giovani con un'età compresa tra i 10 e i 24 anni. La prevenzione primaria attraverso l'educazione deve costituire uno degli scopi principali di qualsiasi programma di salute pubblica.

A questo proposito la scuola potrebbe avere un ruolo rilevante nel fornire informazioni sulla trasmissione della malattia e sui metodi di prevenzione e aiutare i giovani a sviluppare le capacità di agire in base alle loro conoscenze. In modo specifico i programmi dovrebbero aiutarli a mantenere rapporti salutari e a modificare o evitare i comportamenti che mettono a rischio loro stessi e/o gli altri.

Parole chiave: *HIV, AIDS, prevenzione, comportamenti a rischio*

Abstract

The HIV and AIDS infection represents a problem of great importance all over the world because of its social, cultural, economical, ethical and political implications.

Because of its long incubation, that can take years, the International Health Organisation foresees that in the 2000 there will be in the world from 30 to 40 million of people infected by the virus.

For this reason it is important a widespread information and a correct education in order to arrest or at least diminish the diffusion of this disease.

An important group of receivers for the prevention of HIV and, in general, for sexually transmitted diseases are young people with an age between 10 and 24 years. The primary prevention through education must be one of the principal purpose of every program of public health.

For this reason the school could play an important role in giving information about AIDS and its prevention and in helping the young to develop their capacity to act upon their knowledge, avoiding behaviours at risk for themselves and others.

Key words: *HIV, AIDS, prevention, behaviour at risk*

1. Introduzione

Le scienze del comportamento negli anni passati hanno studiato approfonditamente il rapporto tra salute pubblica e comunicazione. Da questi studi sono emersi tre principali modelli di comportamento relativi alla salute e all'informazione. Questi tre modelli analizzano come la persona valuta ed elabora l'informazione ricevuta e come pensa di agire trasformando, quindi, i messaggi preventivi in azioni concrete.

I modelli interpretativi di riferimento sono "The Health Belief Model" di M.H. Becker, The "Theory of Reasoned Action" di M. Fishbein, The "Social Learning Theory" di A. Bandura.

Principalmente sono due i fattori che determinano in modo più incisivo la modifica dei comportamenti a rischio: i fattori individuali e quelli sociali.

Tra i fattori individuali in grado di modificare i comportamenti a rischio per l'infezione da HIV, il livello informativo costituisce senz'altro un elemento importante per realizzare tale cambiamento.

Il livello informativo riguarda il grado di conoscenza corretta su AIDS, infezione da HIV e modalità preventive. Ma un livello informativo molto elevato non esclude di per sé la presenza di comportamenti a rischio. Infatti una buona informazione può non essere sufficiente al fine di creare motivazioni stabili a sostenere comportamenti preventivi. In altri termini, un soggetto, pur essendo motivato ad una variazione comportamentale, deve prima percepire come proprio il problema dell'infezione attraverso una attivazione emozionale, ritenendolo un pericolo "reale" ed imminente per sé, in grado, cioè, di minacciare e compromettere quei valori che lui ritiene importanti. In seguito è necessario che si creino delle condizioni psicologiche che motivino profondamente la persona (emotivamente e razionalmente) ad assumere determinati comportamenti (SERPELLONI, CARLI, 1995).

La modifica dei comportamenti deve però tenere nella debita considerazione altre variabili di tipo psicologico, tra cui la percezione del rischio, l'attitudine al rischio, il locus of control, la percezione delle proprie abilità e della propria efficacia, la capacità di negoziazione relazionale.

La percezione del rischio può essere definita come l'interpretazione cognitiva, affettiva e comportamentale che il soggetto elabora nei confronti di eventi esterni in grado di provocargli un danno, indicando quindi quanto una persona è in grado di percepire come vicino a sé e reale un rischio di infezione da HIV.

TEORIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER LA MODIFICAZIONE DEI
COMPORTAMENTI A RISCHIO DI AIDS

L'attitudine al rischio è un tratto di personalità presente in grado maggiore o minore in ogni individuo. Un'alta attitudine al rischio definisce il comportamento che spinge la persona a ricercare sensazioni forti, a vivere una vita avventurosa. È stato osservato che nella popolazione generale il grado di attitudine al rischio è massimo nel periodo adolescenziale e si riduce con l'avanzare dell'età. In riferimento all'HIV le persone che fanno del rischio il loro stile di vita sembrano voler giocare una sfida con il virus che si esprime attraverso un'alta promiscuità sessuale, eterosessuale ed omosessuale, accompagnata da rapporti non protetti oppure attraverso l'uso di sostanze per via endovenosa con scambio di siringhe.

Il locus of control (LOC) è il grado di controllo che una persona ritiene di esercitare sul proprio destino. Avere un LOC interno vuol dire ritenere di essere artefici della propria esistenza nella maggior parte delle situazioni. Un LOC esterno significa attribuire alla "fortuna" o al "caso" il ruolo più importante all'interno della propria esistenza. Questo tipo di persone, ritenendo che se si è sfortunati si può acquisire il virus indipendentemente dai propri comportamenti, tendono a non mettere in atto comportamenti preventivi.

La percezione delle proprie abilità e della propria efficacia (self-efficacy) riguarda il saper mantenere particolari comportamenti. Più questa percezione di efficacia è elevata, più il soggetto sarà in grado di adottare e mantenere comportamenti preventivi.

La capacità di negoziazione relazionale riguarda l'assertività nell'intimità e si traduce nell'abilità di esprimere e far rispettare con coerenza le proprie scelte e preferenze sessuali nel momento in cui il partner richiede prestazioni o attività che potrebbero essere a rischio (es. rapporti penetrativi non protetti).

Le abilità preventive hanno a che fare con le capacità tecniche possedute dall'individuo nell'uso corretto del profilattico o nel saper disinfettare una siringa se tossicodipendente.

Ci sono poi un insieme di fattori di tipo sociale in grado di modulare la presenza dei comportamenti a rischio. Questi fattori contribuiscono a definire maggiormente il contesto situazionale nel quale avviene l'episodio a rischio. L'influenza di tali fattori si modifica al variare dell'età del soggetto, delle sue caratteristiche di personalità, e della sua capacità di autodeterminazione e del tipo di risposta che è in grado di elaborare verso gli stimoli esterni.

I principali fattori socio-ambientali sono:

TEORIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER LA MODIFICAZIONE DEI
COMPORTAMENTI A RISCHIO DI AIDS

- 1) la pressione sociale presente nel gruppo in relazione ai comportamenti preventivi;
- 2) le aspettative culturali del gruppo sociale di riferimento;
- 3) le convenzioni culturali influenzanti le pratiche di negoziazione sessuale nel gruppo;
- 4) la cultura della droga e l'uso di alcolici;
- 5) i fattori di tipo economico che possono influire sulle risorse, essenziali per il comportamento sicuro, quali ad es. l'accesso al profilattico e alle siringhe sterili;
- 6) le ideologie politiche e religiose che tentano di restringere il ventaglio di opzione di riduzione del rischio a favore di quelle che possono essere considerate moralmente o politicamente più accettabili dai gruppi di potere;
- 7) la ristrettezza di risorse pubbliche e private che pregiudicano la qualità e l'adeguatezza dei prodotti di prevenzione all'AIDS e alle malattie sessualmente trasmesse.

2. Dal comportamento a rischio al comportamento preventivo

Nella maggior parte dei casi il passaggio dal comportamento a rischio al comportamento preventivo avviene attraverso una serie di stadi importanti da conoscere al fine di poter valutare l'atteggiamento psicologico nel quale si trova la persona al momento della proposta di cambiamento (SERPELLONI, CARLI, 1995).

Stadio 1 : REFRAATTARIETA' TOTALE: la persona non ha alcuna intenzione di modificare il proprio comportamento perché da esso non derivano disagi percepiti negativamente dal soggetto rispetto al proprio quadro valoriale di riferimento.

Stadio 2 : PRECONTEMPLAZIONE: il soggetto può cominciare ad avvertire la necessità di un cambiamento nel lungo termine sia per convinzioni personali che per l'influenza esercitata su di lui dal gruppo di pari che frequenta. A questo stadio il soggetto può arrivare per effetto di pressioni sociali (famiglia, gruppo, ambiente di lavoro) o di eventi esterni (interventi di prevenzione, messaggi preventivi, film, documentari sull'argomento) che producono una risposta nel soggetto.

Stadio 3 : CONTEMPLAZIONE: la persona presenta l'intenzione di modificare il proprio comportamento in quanto sente che il comportamento in oggetto è o potrebbe essere causa di disagi o di perdite che potrebbero essere evitate.

TEORIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER LA MODIFICAZIONE DEI
COMPORTAMENTI A RISCHIO DI AIDS

Stadio 4 : PREPARAZIONE: il soggetto manifesta intenzioni di modificare il proprio comportamento nel breve termine. La motivazione nasce dall'analisi di tutti i vantaggi e svantaggi che la situazione di cambiamento comporta. Tale comportamento accompagna solitamente un episodio acuto di disagio/perdita, ma la base motivazionale in questo caso è tanto forte quanto poco duratura.

Stadio 5 : AZIONE: il soggetto si impegna realmente a modificare il proprio comportamento con partecipazione attiva e conduzione personale. La persona mette in atto una serie di tentativi di cambiamento autostrutturando una strategia di rinforzo e di mantenimento personalizzata.

Stadio 6 : MANTENIMENTO: la persona mostra una consistente e continua modifica dei comportamenti che può essere duratura fino a fissarsi in un comportamento stabile o passare allo stadio successivo. La riuscita di questo stadio dipende da molti fattori soggettivi, ma anche dalle pressioni sociali del gruppo di riferimento che può agire come forte condizionatore, positivo o negativo, nei momenti di possibile ricaduta.

Stadio 7 : RECIDIVA: questo stadio può mettere fine al nuovo comportamento oppure portare ad un rinnovo del processo dopo una fase di rielaborazione da parte dell'utente che ridefinisce il problema e le strategie personali. Il comportamento di ricaduta è piuttosto frequente nella tossicomania e nei comportamenti sessuali.

3. I principali modelli di riferimento

3.1 Il modello di credibilità sanitaria (*Health Belief Model*)

L'Health Belief Model (HBM) è il modello cognitivo più frequentemente usato negli studi sui comportamenti sanitari e nelle ricerche il cui scopo è la comprensione di come possa avvenire la modifica di alcuni comportamenti.

L'ipotesi di base prevede l'esistenza di un nesso tra le credenze di un individuo rispetto a salute e malattia e la possibilità che questi si occupi della propria salute.

Originariamente l'HBM ipotizzava che i comportamenti relativi al proprio stato di salute fossero determinati da quattro fattori :

- 1) la vulnerabilità personale intesa come la percezione soggettiva del rischio di contrarre una malattia;

TEORIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER LA MODIFICAZIONE DEI
COMPORTAMENTI A RISCHIO DI AIDS

- 2) la percezione della gravità della malattia intesa come la convinzione che le conseguenze della stessa possono essere molto negative per la propria vita;
- 3) la percezione dell'efficacia, in termini costi - benefici, include le convinzioni soggettive riguardanti l'efficacia di strategie comportamentali destinate a ridurre la vulnerabilità o la minaccia di malattia;
- 4) la percezione delle barriere intesa come la personale valutazione degli aspetti che possono ostacolare l'azione (STEERS et al., 1996).

Questi quattro fattori, considerati globalmente, danno origine ad una sorta di "prontezza psicologica" all'azione. Se il grado di disponibilità all'azione raggiunge una certa soglia e le condizioni ambientali lo consentono, esiste una buona probabilità che il soggetto agisca per modificare il proprio comportamento (FISHER, 1994).

Quindi, secondo l'ottica dell'HBM, i fattori che portano alla modificazione di un *health action* sono la percezione della vulnerabilità nei confronti della malattia e la percezione della gravità della stessa, mentre l'azione è determinata dalla valutazione personale dei benefici di un comportamento messo in atto per preservare la propria salute e la percezione di barriere che potrebbero impedirne l'attuazione (BROWN et al, 1991).

3.1.1 L'applicazione dell'Heath Belief Model ai comportamenti a rischio di HIV

Molte ricerche hanno sottolineato la possibilità di usare con successo l'HBM per modificare una serie di comportamenti relativi alla salute. Esse hanno dimostrato che l'incremento della conoscenza e dell'informazione non è sufficiente ed è quindi opportuno identificare meglio le variabili psicologiche capaci di differenziare i soggetti che limitano le pratiche a rischio da coloro che non lo fanno.

Tra queste variabili troviamo la percezione della vulnerabilità all'infezione da HIV.

Weinstein (1988) suggerisce che tale percezione personale è un processo che coinvolge una serie di fasi definite in termini di credenze che le persone hanno su una particolare situazione a rischio quali identificazione della malattia, riconoscimento che il pericolo è minaccioso per gli altri ma non ancora per sé, percezione della propria vulnerabilità e infine messa in atto del comportamento preventivo. Lo stesso Autore ha introdotto il concetto di "ottimismo non realistico" in base al quale le persone tendono a falsificare le

TEORIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER LA MODIFICAZIONE DEI
COMPORTAMENTI A RISCHIO DI AIDS

proprie convinzioni pensando di poter essere invulnerabili o, comunque, meno vulnerabili rispetto agli altri e ciò è particolarmente vero per gli adolescenti in cui si riscontra un forte sentimento di invulnerabilità rispetto all'AIDS.

Un altro aspetto che può interferire con la percezione della vulnerabilità è la difficoltà di comprendere il concetto di “carriera asintomatica” della malattia. Ciò è dovuto perché, soprattutto tra i giovani, la salute è definita in termini di assenza di malattia e il concetto di “essere sani ma infetti” è lontano ed estraneo al loro modo di pensare (HAYES, 1991).

La percezione delle possibili conseguenze relative al problema dell'HIV, inclusi i danni fisici, sociali e psicologici, è un fattore determinante per il comportamento preventivo. In particolare Sontag (1989) ha evidenziato l'importanza degli aspetti negativi della sindrome, quali l'isolamento e la solitudine, nell'influenzare la modificazione del comportamento a rischio di HIV.

Il modello dell'HBM sostiene che gli individui mettono in atto un comportamento preventivo quando la percezione dei benefici è superiore agli ostacoli che inducono a quell'atto. Si è, inoltre, evidenziata una correlazione positiva tra percezione dei costi - benefici dell'azione e l'atto preventivo vero e proprio (cit. EMMONS et al., 1986; FISHER e MISOVICH, 1990).

Nella valutazione personale degli ostacoli che non permettono la modificazione del comportamento citiamo l'incapacità di usare il preservativo, di parlare di pratiche sessuali con il proprio partner e l'uso di droghe e alcol.

Janz & Becker (1984) includono anche una bassa percezione personale di auto - efficacia come ostacolo al cambiamento perché non permette di cambiare il comportamento sessuale (MONTGOMERY et al., 1989).

In conclusione si può dire che l'HBM sembra avere più influenza come modello che si propone l'esame del comportamento che non per la capacità di predire la modifica dello stesso.

3.2 La Teoria dell'Azione Ragionata (*Theory of Reasoned Action*)

La Teoria dell'Azione Ragionata è stata introdotta nel 1967 come modello cognitivo generale per lo studio e la prevenzione del comportamento in relazione alla salute.

La premessa centrale è che i fattori cognitivi, ed in particolare il modo di pensare, hanno un ruolo fondamentale nella decisione di intraprendere

TEORIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER LA MODIFICAZIONE DEI
COMPORTAMENTI A RISCHIO DI AIDS

una determinata azione (FISHBEIN e AJZEN, 1975). Infatti gli individui, nel decidere quale azione intraprendere, elaborano ed utilizzano le informazioni disponibili. In quest'ottica il cambiamento del comportamento è considerato come una modifica della struttura cognitiva sottostante al comportamento stesso.

Questo modello propone che le persone non agiscono spontaneamente ma riflettono sulle conseguenze delle proprie azioni in base alle aspettative degli altri nei loro confronti.

In altre parole la Teoria si occupa delle relazioni tra opinioni, atteggiamenti, intenzioni e comportamenti.

In accordo con la Teoria l'intenzione comportamentale di una persona è influenzata da due fattori principali: 1) gli atteggiamenti, 2) la pressione sociale.

1) Ciò che le persone intendono fare dipende dagli atteggiamenti relativi a quel determinato tipo di azione e a loro volta queste sono influenzate dall'aspettativa dei risultati dell'azione da intraprendere e dal valore dei risultati previsti.

2) L'intensità della pressione sociale dipende dalle ipotesi di ciò che gli altri si aspettano che noi facciamo (ipotesi normative) e dalla motivazione a conformarsi ai desideri altrui.

La teoria prevede anche l'influenza di altre variabili esterne tra cui gli aspetti demografici, le disposizioni della personalità e del genere sessuale.

3.2.1 Applicazioni della teoria ai comportamenti a rischio di HIV

La teoria è stata usata per comprendere e sviluppare programmi di prevenzione per l'AIDS attraverso l'analisi dei fattori cognitivi che sono alla base della modifica del comportamento.

Molte ricerche hanno dimostrato che gli atteggiamenti e la pressione sociale verso determinati comportamenti a rischio di HIV influenzano le intenzioni di particolari popolazioni ad intraprendere attività preventive (CATANIA et al., 1989; DICLEMENTE, 1990; FISHER e MISOVICH, 1990).

Studi recenti hanno applicato la Teoria dell'Azione Ragionata con successo alla predizione dell'uso regolare del profilattico come misura di prevenzione nei comportamenti a rischio di HIV (TERRY et al. 1993).

Uno studio interessante sul cambiamento degli atteggiamenti è di Renè R & van der Pligt (1991), i quali studiano gli elementi chiave che inducono all'uso del preservativo attraverso l'applicazione di una versione ampliata della teoria dell'Azione Ragionata in cui l'azione è influenzata,

TEORIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER LA MODIFICAZIONE DEI
COMPORTAMENTI A RISCHIO DI AIDS

oltre che dai fattori precedentemente accennati, anche dalla paura di contrarre l'AIDS e dalle conoscenze sull'infezione HIV/AIDS.

Anche Autori italiani hanno studiato le variabili psicologiche che influenzano gli atteggiamenti giovanili nei riguardi della sindrome, in modo particolare osservando le relazioni esistenti tra intenzione o meno di adottare comportamenti sessuali a rischio, percezione del rischio personale ed atteggiamenti e conoscenze sulla malattia (MANNETTI et al., 1993; PIERRO, 1993).

I risultati mostrano che le previsioni comportamentali implicanti un rischio sono legate ad una visione libertaria delle relazioni sessuali e ad una scarsa propensione all'uso del preservativo. Ciò è importante per sottolineare il ruolo degli atteggiamenti pregressi e non direttamente collegati all'AIDS sull'adozione di comportamenti critici per le implicite possibilità di contagio.

Un altro fattore significativo ai fini dell'efficacia della Teoria è il ruolo della pressione sociale inteso non tanto come forza esterna, che porta il giovane a conformarsi alle norme sociali, quanto il grado di adesione alle richieste del gruppo di appartenenza.

Brown (1982) ha sottolineato come questa spinta non sia qualcosa di reale, ma piuttosto qualcosa di percepito, ovvero è il soggetto che decide l'importanza e il valore da assegnare alle idee di cui il gruppo è portatore.

3.3 The Social Learning Theory

The Social Learning Theory (Teoria dell'Apprendimento Sociale) di A. Bandura si basa sulla reciprocità triadica tra comportamenti, fattori cognitivi e personali e influenze ambientali.

Secondo questo punto di vista, per comprendere un comportamento si deve capire quali siano i processi cognitivi che regolano la selezione di determinate informazioni, la messa in atto e il consolidamento di certe azioni, tenendo conto delle aspettative del contesto ambientale in cui queste si verificano (CAPRARA et al., 1987).

L'ambiente ha quindi un ruolo determinante nell'organizzazione cognitiva e anche per capire quali siano le modalità in cui certe condotte vengono a far parte del repertorio comportamentale e quali siano gli effetti che ne assicurano il mantenimento.

La teoria dell'Apprendimento sociale è, quindi, il frutto di lunghi studi volti ad indagare i processi di apprendimento, in particolare il modellamento, i quali avvengono solo all'interno di un episodio di interazione interpersonale e quindi sociale.

TEORIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER LA MODIFICAZIONE DEI
COMPORTAMENTI A RISCHIO DI AIDS

Ogni fenomeno di apprendimento avviene osservando il comportamento delle altre persone e le conseguenze che da esso derivano.

Successivamente l'imitazione rappresenta lo strumento utile alla persona per mettere in atto l'esperienza altrui di successo o sconfitta.

I processi cognitivi che favoriscono l'apprendimento sono quelli attentivi, di ritenzione, di produzione comportamentale e motivazionali.

Intervengono poi dei fattori intraindividuali che hanno un ruolo determinante nella produzione dei comportamenti e tra questi evidenziamo soprattutto il concetto di Auto-Efficacia (Self-Efficacy), inteso come la percezione della propria capacità di eseguire uno specifico comportamento. Tale percezione influisce sia sull'inizio di un'azione sia sul suo mantenimento in una data situazione e deriva dalla conoscenza di prestazioni passate, da incentivi a compiere l'azione stessa, dalle mete che ci si pone e da fattori affettivi.

Secondo questa teoria, la motivazione e l'azione sono in gran parte regolate dalla previsione. Questo meccanismo di controllo anticipatorio si basa su tre tipi di aspettative :

- ◆ le aspettative situazione - risultato in cui le conseguenze vengono prodotte da eventi ambientali indipendenti dall'azione personale;
- ◆ aspettative azione - risultato in cui i risultati derivano dall'azione personale;
- ◆ senso di auto - efficacia che riguarda le convinzioni della persona sulle proprie capacità di eseguire le azioni per raggiungere il risultato desiderato.

Risulta quindi chiaro come le implicazioni di questa teoria siano evidenti nell'ambito di un progetto di promozione sanitaria.

Kirby et al. (1994) hanno, infatti, sottolineato l'utilità e l'efficacia della teoria dell'apprendimento sociale nell'influenzare i comportamenti sessuali a rischio evidenziando, in particolare, 5 fattori determinanti :

- 1) livello di informazione sulla sindrome AIDS (conoscenza);
- 2) convinzione o *belief* dei benefici che si possono ottenere da un comportamento preventivo (motivazione);
- 3) la convinzione che particolari abilità o metodi di prevenzione saranno efficaci (aspettative di risultato);
- 4) la convinzione di poter usare le proprie abilità efficacemente (auto-efficacia);
- 5) l'influenza diretta dell'educazione ed indiretta dell'atteggiamento dei pari (pressione sociale).

L'applicazione dei principi base di tale teoria ha permesso di esaminare, oltre al livello cognitivo, anche l'influenza del riconoscimento sociale, il

TEORIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER LA MODIFICAZIONE DEI
COMPORTAMENTI A RISCHIO DI AIDS

cambiamento dei valori individuali, delle norme di gruppo e le motivazioni che inducono i soggetti a determinati processi decisionali (BANDURA, 1989; VALDISERRI et al., 1989).

In accordo con la teoria, è possibile aumentare il senso di auto-efficacia di un individuo attraverso un training per le abilità sociali che comprende :

- ◆ il modeling attraverso cui si presentano al soggetto modalità corrette di interazione;
- ◆ la simulazione (role-playing) grazie al quale il soggetto può esercitare praticamente modalità interattive;
- ◆ il feedback e il rinforzo sociale (MAIBACH, FLORA 1993) grazie ai quali il senso di auto - efficacia viene aumentato facendo prendere una maggiore consapevolezza al soggetto delle proprie capacità di rifiutare attività ad alto rischio d'infezione da HIV. I fattori che possono indurre ad una modifica comportamentale sono la conoscenza dei desideri del partner, il fornire una spiegazione razionale per sé e per gli altri del rifiuto e il proporre alternative accettabili.

4. Altri modelli applicati esclusivamente alla prevenzione dell'AIDS

4.1. Modello di Riduzione del Rischio AIDS

Questo modello è stato sviluppato in modo specifico per comprendere e promuovere comportamenti preventivi sull'AIDS.

Gli Autori (CATANIA et al., 1990) evidenziano che il processo di riduzione del rischio da HIV è definito da tre fasi principali:

- 1) 1° FASE: riconoscimento e classificazione del fatto che specifici comportamenti possono essere a rischio di infezione;
- 2) 2° FASE: impegno a ridurre condotte ad alto rischio attraverso l'aumento delle attività a basso rischio;
- 3) 3° FASE: ricerca ed applicazione di strategie che permettono di raggiungere gli obiettivi prefissati.

Naturalmente diversi fattori psicologici influenzano i risultati di ciascuna fase del processo.

In modo specifico la prima fase è influenzata dalla percezione di vulnerabilità al rischio di HIV, dalla percezione di aderenza dei propri comportamenti alle norme sociali e culturali della comunità di appartenenza e dal livello informativo. La percezione dei costi-benefici di un'azione e l'Auto-Efficacia influenzano la seconda fase, mentre i fattori ambientali e psicosociali la terza. L'informazione può incidere sia

TEORIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER LA MODIFICAZIONE DEI
COMPORAMENTI A RISCHIO DI AIDS

nella fase di percezione del problema (1° fase) che in quella di motivazione al cambiamento (2° fase).

L'assunto di base di questo modello è che la modifica del comportamento è un processo e come tale deve necessariamente tenere conto di una serie di stadi, indispensabili da conoscere, al fine di poter valutare l'atteggiamento psicologico di colui che si trova ad intraprendere una proposta di cambiamento.

Tali stadi sono quelli che vanno dalla refrattarietà totale allo stadio recidivo già evidenziati nel primo paragrafo.

Il Modello psicosociale di Riduzione del Rischio AIDS utilizza questo procedimento per comprendere il motivo per cui alcuni soggetti falliscono nel loro obiettivo di modifica comportamentale.

4.2 Il Modello dell'I.M.B. (*Information - Motivation and Behavioral Skill's Model*)

Questo modello è stato proposto da Fisher & Fisher (1992) ed è utile da applicare negli interventi di prevenzione dall'infezione dell'HIV.

Gli Autori sostengono che un intervento di prevenzione, che ha lo scopo di ridurre i comportamenti a rischio, dovrebbe essere costituito da tre fattori:

- 1) informazione che riguarda il livello di informazione corretta su AIDS, HIV e modalità preventive;
- 2) motivazione che riguarda l'insieme delle variabili cognitive che elicitano il cambiamento del comportamento a rischio;
- 3) abilità comportamentali che riguarda il possedere, nel proprio repertorio comportamentale, le capacità efficaci per ridurre le attività a rischio.

Secondo questo Modello, l'informazione e la motivazione sono i fattori fondamentali che influenzano le abilità comportamentali per cambiare i comportamenti a rischio.

Bisogna notare che questi due fattori, pur interagendo tra di loro, non è necessario che abbiano un forte legame per provocare un cambiamento: infatti persone con un alto livello informativo possono comunque avere una bassa motivazione ad agire e viceversa.

Anche secondo questo Modello, affinché una persona sia motivata ad una variazione comportamentale positiva, deve prima di tutto percepire come proprio il problema dell'infezione, considerandolo un pericolo reale ed imminente per sé e conseguentemente si devono creare delle condizioni psicologiche che lo motivino profondamente ad assumere determinati comportamenti (KELLY et al., 1989).

A sua volta la motivazione è fortemente influenzata dalla percezione di gravità della malattia e dall'Auto-Efficacia.

La percezione di vulnerabilità al rischio di HIV, definita come l'interpretazione cognitiva, affettiva e comportamentale che la persona elabora nei confronti degli eventi esterni, può dipendere non solo dal livello informativo, ma anche da determinati costrutti di personalità, quali l'alta attitudine al rischio, il locus of control, nonché dall'ambiente socio - culturale di provenienza, dall'alto o basso coinvolgimento nella relazione affettiva, dagli atteggiamenti del gruppo sociale di riferimento nei confronti della malattia (SERPELLONI e CARLI, 1994).

Le abilità comportamentali riguardano, infine, la capacità di negoziazione relazionale durante i rapporti sessuali, l'assertività nell'intimità e l'abilità di esprimere e far rispettare con coerenza le proprie scelte e preferenze.

È stato, infatti, dimostrato che l'abilità comunicativa su argomenti sessuali è correlata positivamente a pratiche di sesso sicuro (CATANIA et al., 1989; POLIT-O'HARA e KAHN, 1985).

L'applicazione di questo Modello è, tuttavia, ancora in via di sperimentazione, ma gli Autori (FISHER e FISHER, 1992, 1994; FISHER et al., 1994) ne garantiscono la validità ed attendibilità sostenendo la sua applicabilità nei confronti di vasti target di popolazione.

5. Conclusioni

Il presente articolo vuole essere un contributo che analizza ciò che è stato fatto negli ultimi anni a livello preventivo nei riguardi dell'AIDS.

Riepilogando possiamo dire che la Teoria dell'Apprendimento Sociale ha avuto importanti implicazioni nell'influenzare il cambiamento dei comportamenti a rischio di AIDS dal momento che questo Modello permette di esaminare, oltre al livello cognitivo, l'influenza del riconoscimento sociale, gli stati emotivi, le esperienze passate che inducono i soggetti a specifici processi decisionali.

L'Health Belief Model è stato più che altro formulato per predire i comportamenti rilevanti per la salute; infatti tale Modello ha ipotizzato che i soggetti hanno un'alta probabilità di adottare comportamenti preventivi se :

- 1) percepiscono una minaccia per la propria salute;
 - 2) percepiscono la gravità della malattia;
-

TEORIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER LA MODIFICAZIONE DEI
COMPORTAMENTI A RISCHIO DI AIDS

- 3) si sentono capaci di eseguire una determinata azione;
- 4) percepiscono che quel comportamento ridurrà la minaccia;
- 5) se l'azione non richiede costi e sforzi eccessivi.

La Teoria dell'Azione Ragionata è stata elaborata per predire modelli generali di comportamento. Essa ipotizza che l'adozione o meno di un determinato comportamento dipenda dalla propria intenzione al riguardo, laddove le intenzioni comportamentali sono determinate dall'atteggiamento nei confronti del comportamento, dalle norme sociali e dalla percezione del controllo.

Il Modello di Riduzione del rischio di AIDS sottolinea le fasi del processo di cambiamento e questa Teoria è usata, soprattutto, per capire perché alcuni soggetti falliscono nel loro obiettivo di modifica comportamentale.

Il Modello che sembra contenere tutti i fattori sopra esposti è l'I.M.B. (Information - Motivation and Behavioral Skill's Model). Gli Autori (FISHER e FISHER, 1992) sostengono che condizione necessaria per la modifica del comportamento, ma non sufficiente per la riduzione del rischio di AIDS, sia l'informare i soggetti sul rischio di contrarre la malattia e quindi motivarli ad evitare rapporti sessuali non protetti. Questo Modello dà, infatti, molta importanza alle abilità comportamentali necessarie alla prevenzione.

Bibliografia

BANDURA A., "Perceived Self-Efficacy in the Exercise of Control over AIDS Infection." In Mays, V. M., Albee G. W., Schneider S. F. (a cura di) *Primary Prevention of AIDS*, Sage Publications, London 1989, pp. 128-141

BELLOTTI G.G., BELLANI M.L., *Il counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS*, McGraw-Hill, Milano 1997

BROWN B.B., (1982) in Muraro Piero "Il gruppo dei pari come strategia di progetto", *Atti del Seminario Europeo sull'educazione alla salute e prevenzione dell'AIDS nella scuola*, 1994

TEORIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER LA MODIFICAZIONE DEI
COMPORTAMENTI A RISCHIO DI AIDS

BROWN, LARRY K., DI CLEMENTE, RALPH J., REYNOLDS, LYNN A., "HIV Prevention for Adolescents: Utility of the Health Belief Model." *AIDS Education and Prevention*, 3, 1991, pp.50-59

CAPRARA G., GENNARO A., "La Teoria dell'Apprendimento Sociale", in *Psicologia della Personalità e delle Differenze Individuali*, Il Mulino, Bologna 1987, pp. 278-284

CATANIA J.A., DOLCINI M.M., COATES T.J., KEGELES S.M., GREENBLATT R.M., PUCKETT J.D., CORMAN M., MILLER J., (1989) "Predictors of condom use and multiple partnered sex among sexually active adolescent women: Implications for AIDS - related health interventions" citato in Fisher & Fisher, *Psychological Bulletin*, 1992

CATANIA, JOSEPH A., KEGELES, SUSAN M., COATES, THOMAS J., "Toward an understanding of Risk Behavior: An AIDS Risk Reduction Model (ARRM)", *Health Education Quarterly*, 17, 1990, pp. 53-72

COSTANZI C, LESMO C., *Adolescenti e prevenzione dell'AIDS*, Franco Angeli, Milano 1991

DICLEMENTE R.J., FORREST K.A., MICKLER S., "College Students' Knowledge and Attitudes about AIDS and Changes in HIV-preventive Behavior", *AIDS Education and Prevention*, 2, 1990, pp. 201-212

EMMONS C., JOSEPH J.G., KESSLER R.C., WORTMANN C.B., MONTGOMERY S.B., OSTROW D.G., "Psychosocial predictors of reported behavior change in homosexual men at risk for AIDS", citato in Zimmerman & Kevin (1994), *AIDS Education and Prevention*, 1986

FISHBEIN M., AJZEN I., (1975) "Belief, attitude, intention, and behavior : an introduction to theory and research", citato in Fisher & Fisher, *Health Psychology*, 1995, pp. 256-257

FISHER, JEFFREY D., FISHER, WILLIAM A., WILLIAM, SUNYNA S., MALLOY, THOMAS E., "Empirical Tests of an Information - Motivation - Behavioral Skills Model of AIDS - Preventive Behavior

with gay men and heterosexual University students”, *Health Psychology*, 13, pp. 238-250, 1994

FISHER, JEFFREY D., FISHER, WILLIAM A., “Changing AIDS risk behavior”, *Psychological Bulletin*, 111 (3), 1992, pp. 455-474

FISHER, JEFFREY D., MISOVICH, STEPHEN J., “Evolution of college students’ AIDS - Related Behavioral Responses, Attitudes, Knowledge and Fear”, *AIDS Education and Prevention* 2 (4), 1990, pp 322-337

HAYES, JEFFREY A., “Psychological barriers to behavior change in preventing Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection”, *The Counselling Psychologist*, 19, 1991, pp. 585-602

JANZ N.K., BECKER M.H., (1984) “The Health Belief Model: a decade later” citato in “AIDS - related risk behavior and behavior change in a sexually active heterosexual sample”, da Zimmerman & Kevin (1994), *AIDS Education and Prevention*, p. 200

KIRBY D., SHORT L., COLLINS J., RUGG D., et al. “School - based programs to reduce sexual risk behaviors : a review of effectiveness”, *Public Health Reports*, 109 (3), 1994, pp. 339-361

MAIBACH E., FLORA J.A., “Symbolic Modelling and Cognitive Rehearsal”. *Communication Research*, 20 (4), 1993, pp. 517-545

MANNETTI L., CAVALIERI A., RICCA P., “Impatto dell’AIDS sui giovani” (pp. 55-80). In Pierro A. (a cura di) *Le dimensioni sociali dell’AIDS. Conoscenze, credenze, atteggiamenti e tendenze comportamentali*, Ed. Melusina, Roma 1993

MONTGOMERY S.B., JOSEPH J.G., BECKER M.H., OSTROW D.G., KESSLER R.C., KIRSCHT J.P., “The Health Belief Model in understanding Compliance with Preventive Recommendations for AIDS: How Useful?”, *AIDS Education and Prevention*, 1 (4), 1989, pp. 303-323

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Educazione alla salute nelle scuole per la prevenzione dell’AIDS e delle malattie sessualmente trasmesse*, Istituto Superiore di Sanità, Roma

TEORIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER LA MODIFICAZIONE DEI
COMPORTAMENTI A RISCHIO DI AIDS

PIERRO A., “Sindrome autoritaria e AIDS: Conoscenze, credenze e atteggiamenti” (pp. 17-54), in Pierro A. (a cura di), *Le dimensioni sociali dell’AIDS. Conoscenze, credenze, atteggiamenti e tendenze comportamentali*, Ed. Melusina, Roma 1993

POLIT-O’HARA D., KAHN J., (1985) “Communication and contraceptive practices in adolescent couples”, citato in Fisher & Fisher, *Psychological Bulletin*, 1992

RENÉ, R., VAN DER PLIGT J., DE VRIES N., “Anticipated affective reactions and prevention of AIDS”, *British Journal of Social Psychology*, 34, 1995, pp. 9-21

SERPELLONI G., CARLI L., “Fattori influenzanti la modifica dei comportamenti”. In *HIV - AIDS e rischio sessuale: la prevenzione della trasmissione*, 5, 1994, pp. 26-56

SERPELLONI G., CARLI L., *HIV - AIDS e rischio sessuale*, ULSS 2 Verona, Regione Veneto 1995

SONTAG S., (1989) “AIDS and its metaphors”, citato in Hayes (1991), *The Counseling Psychologist*

STALLONE M., *Progetti di prevenzione per la modifica dei comportamenti a rischio di AIDS*, Tesi di Laurea 1996/97

STEERS, NEIL W., ELLIOTT E., NEMIRO J., DITMAN D., OSKAMP S., “Health Beliefs as Predictors of HIV - Preventive Behavior and Ethnic Differences in Prediction”, *Journal of Social Psychology*, 136 (1), 1996, pp. 99-110

TERRY D., GALLOIS C., MCCAMISH M., “The Theory of Reasoned Action and health care behavior” In *The Theory of Reasoned Action: its application to AIDS Preventive Behavior*, Pergamon Press, Oxford 1993, pp. 1-27

VALDISERRI R.O., LYTER D.W., LEVITON L.C., COLLAHAN, C.M., KINGSLEY L.A. & RINALDO C.R., (1989) “AIDS prevention in homosexual and bisexual men: Results of a randomised trial evaluating two risk reduction interventions, citato in “Empirical Tests of an

TEORIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI PER LA MODIFICAZIONE DEI
COMPORTAMENTI A RISCHIO DI AIDS

Information - Motivation - Behavioral Skills Model of AIDS - Preventive Behavior”, da Fisher J. & al. (1994), *Health Psychology*, pp. 239

WEINSTEIN N.D., (1988) “The precaution adoption process”, citato in Del Corno & Lang, *Modelli di colloquio in psicologia clinica*, 1997, pp. 25-26