



UNIVERSITÀ DELLA
VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA
VALLÉE D'AOSTE

UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

TESI DI LAUREA

IL RUOLO DELLA *SELF-EFFICACY* DEGLI ADOLESCENTI
NELLA CONQUISTA E NELLA GESTIONE DELLE CONDOTTE SALUTARI

DOCENTE RELATRICE

Prof.ssa Letizia Maria Elvira Martinengo

STUDENTESSA

Deborah Trombatore

Matricola n. 19 D03 093

A mio figlio,

*fonte di vita e di serenità, il mio confidente più prezioso, siamo cresciuti insieme e hai
avuto la tenacia di tirare fuori il meglio di me*

A mia figlia,

*forza vulcanica e turbine di emozioni, la mia amica più preziosa, con la tua vitalità mi
hai sempre dato una ventata di freschezza*

RINGRAZIAMENTI

Grazie ai miei figli, Alessandro e Melissa, fedeli compagni di viaggio, mi avete sempre sostenuta con entusiasmo e con bigliettini porta fortuna. A ogni esame abbiamo gioito insieme e grazie per aver rispettato i miei spazi durante lo studio a casa; questo dimostra il grande rispetto che avete per le persone.

Grazie a mio marito, Antonio, per aver sopportato i miei umori, per aver creduto in me e per avermi sempre detto che, dopo tanti sacrifici, avrei avuto la mia soddisfazione. Mi hai sempre confortata e con amorevole pazienza mi hai incoraggiata a non mollare.

Vorrei continuare ringraziando mia mamma, Filomena, grazie per il dialogo, per avermi costantemente rassicurata nel mio percorso e per avermi sempre fatto riportare l'attenzione sui lati positivi anche quando pensavo di non farcela. Grazie anche a mia nonna, Serafina, che mi ha sempre accarezzata il viso con dolcezza. Un grazie di cuore a mia sorella, Claudia, e a mio fratello, Gianluca, siamo il pilastro gli uni degli altri, siete sempre stati al mio fianco e siamo e saremo sempre una grande squadra!

Ringrazio di cuore tutta la famiglia di mio marito, sono stata davvero fortunata ad avere voi nella mia vita! Grazie per il bene che mi volete e per essere sempre al mio fianco.

Grazie alla mia amica, Francesca, che mi ha trasmesso l'amore per il fitness e per la salute. Durante il nostro percorso abbiamo condiviso tante emozioni e grazie per avermi sostenuta nei momenti di difficoltà con momenti di spensieratezza e divertimento.

Vorrei ringraziare di cuore la preside della Scuola ITPR Corrado Gex di Aosta dove lavoro, Patrizia Bongiovanni, che ha sempre avuto fiducia in me esortandomi ad andare avanti; la sua passione e il suo senso di appartenenza all'Istituto sono davvero di grande esempio. Grazie ai ragazzi della scuola ho potuto imparare molto, ognuno di loro, dandomi un pezzettino di sé, mi ha fatta crescere come docente e come persona.

Un grande grazie alla mia relatrice, Martinengo Letizia Maria Elvira, per avermi dato consigli preziosi e per avermi insegnato come "prendere per mano" il lettore e come accompagnarlo nel viaggio della mia tesi.

INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1 – LA SALUTE FISICA E MENTALE	7
1.1 Definizione del concetto di salute: modello biomedico, modello olistico e modello biopsicosociale	7
1.2 La psicologia della salute	10
1.3 L’approccio salutogenico di Antonovsky	13
CAPITOLO 2 – L’ADOLESCENZA: L’ETA’ DEL CAMBIAMENTO	15
2.1 I giovani immersi nel periodo della modernità liquida	15
2.2 Modelli e teorie sullo studio degli adolescenti: approcci classici	16
CAPITOLO 3 – CONDOTTE A RISCHIO E STILI DI VITA SALUTARI	28
3.1 Definizione di rischio	28
3.2 Comportamenti a rischio per la salute in adolescenza	29
3.3 Fattori di rischio	37
3.4 Fattori di protezione: la famiglia, la comunità, la scuola, la <i>Peer education</i>	39
CAPITOLO 4 – IL RUOLO DELLA <i>SELF-EFFICACY</i> COME FATTORE PROTETTIVO E COME STRUMENTO PER GUADAGNARE SALUTE IN ADOLESCENZA	42
4.1 Basi teoriche	43
4.2 Il contributo dei vari contesti di vita nella crescita dell’autoefficacia dell’adolescente	45
4.3 L’autoefficacia come strumento per la gestione delle attività a rischio	49
4.4 L’autoefficacia come strumento per il proprio benessere	51
4.5 Il costrutto di resilienza, il <i>locus of control</i> , le strategie di <i>coping</i> e l’ <i>empowerment</i> come fattori protettivi personali a sostegno dell’autoefficacia	52
CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	58
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	60

INTRODUZIONE

“Se le persone non credono di poter produrre i risultati che desiderano e di poter prevenire quelli che recherebbero loro dei danni, sono poco incentivate ad agire o a perseverare di fronte alle difficoltà” (Bandura, 2000, p. 9).

Alla base di questa mia tesi ci sono lo studio, la convinzione e la speranza che gli adolescenti posseggano la capacità di regolare in maniera intenzionale la loro biografia, in particolare adottando un comportamento efficace nella gestione delle attività rischiose e nella tutela della propria salute.

La motivazione che mi ha condotto nella scelta di questo argomento è stata del tutto spontanea ed è sorta in maniera assolutamente naturale, guidata dai miei interessi e dalle mie esperienze di vita.

La qualità della salute dipende fortemente dallo stile di vita e, per quanto possa essere a volte difficile mantenere delle buone abitudini, è risaputo quanto queste siano indispensabili per condurre una vita più sana; a qualunque età è importante padroneggiare le proprie condotte per perseguire il benessere personale, ma è durante l'infanzia e l'adolescenza che si formano molte delle abitudini che vanno a costruire le fondamenta di una vita sana o che possono metterla a repentaglio. Dalla mia esperienza lavorativa come insegnante all'interno di una scuola secondaria di secondo grado e come mamma di due ragazzi in adolescenza, quindi a contatto con questa fascia di età, ho potuto osservare da vicino in quali contesti e quanto spesso essi pronuncino due frasi che a mio avviso racchiudono quello che Bandura chiama il senso di autoefficacia: *“tanto non ci riesco!”* o *“ce la posso fare!”*: da qui è nato il mio interesse circa lo studio del ruolo della *Self-Efficacy* negli adolescenti rispetto alla propria competenza nel mettere in atto comportamenti salutari e nell'evitare, pertanto, i comportamenti a rischio per la salute.

La tesi è articolata in quattro capitoli: nel primo capitolo viene fornita un'introduzione circa il concetto di salute passando in rassegna i vari approcci, tra i quali l'ottica biopsicosociale utilizzata nell'ambito della psicologia della salute e dell'approccio salutogenico in riferimento alla prevenzione e alla promozione della salute.

Nel secondo capitolo l'elaborato si concentra sulle varie teorie che riguardano lo sviluppo dell'adolescente e come egli si muove all'interno della moderna società occidentale.

Nel terzo capitolo si porrà l'attenzione sulle differenti condotte che gli adolescenti potrebbero adottare mettendo a rischio la propria salute e su quali siano i fattori di rischio

che aumenterebbero la probabilità che tali comportamenti vengano messi in atto; l'accento verrà posto sui fattori protettivi, in particolar modo su quelli individuali.

Questi ultimi verranno approfonditi nel quarto e ultimo capitolo, concentrando l'attenzione soprattutto sul concetto di *Self-Efficacy* di Albert Bandura, come fattore protettivo nei confronti delle condotte a rischio e come strumento per tutelare la propria salute, soprattutto se associato ad altri fattori individuali che verranno presi in considerazione all'interno del capitolo stesso.

CAPITOLO 1 – LA SALUTE FISICA E MENTALE

"L'educazione alla salute comprende le opportunità di apprendimento costruite consapevolmente che coinvolgono alcune forme di comunicazione, ideate per conoscere meglio la salute, per migliorare le cognizioni, e per sviluppare quelle capacità di vita che contribuiscono alla salute del singolo e della comunità."

(OMS, 1998, p. 5)

1.1 Definizione del concetto di salute: modello biomedico, modello olistico e modello biopsicosociale

Prendersi cura della propria salute è sempre stata una priorità per l'essere umano; pertanto, nel corso dei secoli si è evoluto sempre di più il concetto di salute, sia fisica che mentale. La complessità nel dare una definizione esaustiva ha fatto sì che siano stati proposti vari modelli ai quali medici, psicologi e ricercatori hanno dato il loro contributo.

Passando dal modello biomedico, al modello olistico, al modello biopsicosociale è stato, ed è tuttora, possibile definire la salute in un'ottica multidimensionale e multifattoriale.

A partire dal XVI secolo e fino alla metà del XX secolo prese piede il **modello biomedico**, influenzato dal concetto meccanicistico della natura promosso da Isaac Newton (1642-1726). Egli riteneva che il corpo umano fosse come una macchina biologica, soggetta alle leggi matematiche e chimiche (Szadejko, 2020). Secondo il modello biomedico la salute era assenza di malattia e di infermità. Le cause della malattia erano da ricercare in virus, batteri e predisposizioni genetiche. L'obiettivo era prevalentemente centrato sulla ricerca di nessi causali tra le malattie e le cause patogene. Essendo solo di natura fisica la mente e il contesto sociale venivano totalmente esclusi e l'unica soluzione era costituita dalle cure mediche. Tutto era riconducibile solo a un danno organico, comprese le disfunzioni mentali e le malattie psicosomatiche.

L'interesse predominante non era quindi quello di andare a comprendere le motivazioni e i processi mentali che portavano l'individuo ad assumere condotte poco salutari, non si

andavano a studiare gli stili di vita, le condizioni socio-economiche e gli ambienti familiari dei giovani adolescenti: l'unico interesse era trovare le terapie adeguate per ridurre o alleviare un segno o un sintomo.

La componente sociale, trascurata dal modello biomedico, ma che verrà poi presa in considerazione nel modello biopsicosociale che andremo ad analizzare appena oltre, è di rilevante importanza quando si cercano le cause che possono spingere i ragazzi a adottare comportamenti a rischio per la propria salute o quando la malattia non sia legata ad un solo danno anatomico-strutturale o funzionale, ma alla presenza di problematiche di carattere psico-sociale. L'educazione che la famiglia esercita, sin dall'infanzia, con le sue regole dà una serie di indicazioni sul contesto in cui il giovane è cresciuto e sta crescendo, su quanto la famiglia incida sul suo orientamento, sulla sua organizzazione mentale e sul suo equilibrio. Anche la scuola assume un ruolo fondamentale: la soddisfazione scolastica e il rapporto con i compagni e gli insegnanti possono infatti incidere molto sull'umore dell'adolescente. Il gruppo di pari, soprattutto durante l'adolescenza, corrisponde ai nuovi modelli che il ragazzo prende come esempio, le mode spopolano tra i giovani e spesso conformarsi ad un gruppo che fa uso di sostanze stupefacenti per essere accettati è molto usuale.

Il modello biomedico presenta proprio come limite il fatto di non prendere in considerazione anche gli aspetti sociali: ad esempio, il sospetto che una persona abbia la cirrosi epatica, dovuta all'uso di sostanze, richiede una specifica diagnosi di tipo biomedico; ma se lo stesso paziente soffre anche di depressione, poiché rifiutato dalla famiglia, l'aspetto sociale è centrale sia nella fase di formulazione della diagnosi, che di scelta della terapia. Se prendiamo come esempio la dipendenza da sostanze nei giovani, sicuramente andrebbe trattata secondo il modello biomedico nel momento in cui la dipendenza è un fattore fisico indipendente dalla volontà: ma come si è arrivati a questa dipendenza? Quali sono le strategie e le potenzialità che permetterebbero a quel giovane di non arrivare ad assumere sostanze in modo compulsivo? È proprio lì che si pone il limite del modello biomedico (Szadejko, 2020).

Nel 1948 l'**Organizzazione Mondiale della Sanità** (OMS) ha definito la salute come *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale che non consiste soltanto nell'assenza di malattia o di infermità”*. A partire da questa definizione nasce il **modello**

olistico (hólos significa tutto, intero, totale), che si diffonde soprattutto negli anni Sessanta del Novecento. Esso prevedeva l'idea che la mente e il corpo non fossero due entità separate ma un tutt'uno che dà coesione all'individuo, che diventa responsabile del proprio stato di salute. A differenza del modello biomedico era ritenuto poco scientifico, perché troppo di carattere qualitativo e soggettivo, e per questo è divenuto nel tempo meno popolare, anche se tutt'oggi, nelle pratiche ad esempio di yoga e di meditazione, questa concezione è di nuovo in voga.

Sempre a partire dalla definizione sopra citata dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che aveva ridefinito il concetto di salute sollecitando e rivolgendo lo sguardo verso la componente 'sana' del funzionamento, mettendo in luce le risorse individuali, sociali e la loro interazione, nasce il **modello biopsicosociale** (Szadejko, 2020). Tale modello è da attribuire allo psichiatra statunitense **George Engel** (1913-1999). Egli considerava la salute come il risultato di fattori fisico-biologici, psicologici e socio-culturali. Nel problema della salute entrano quindi in causa non soltanto l'omeostasi fisica e il funzionamento biologico, ma anche componenti psicologiche, come l'elaborazione dell'informazione e la comunicazione intrapsichica e intrapersonale, e le componenti sociali, come gli aspetti familiari e socioculturali in influenza reciproca con l'individuo. Appare tutt'oggi la prospettiva più completa per dare una definizione esaustiva di salute. Engel pubblicò sulla rivista *Science* (Bertini, 2012) il suo approccio, stabilendo l'importanza di altre figure professionali come psicologi, istituzioni, famiglie e il singolo cittadino nella cura della malattia e nella promozione della salute; la responsabilità non è solo individuale bensì collettiva. Come sostiene ad esempio Gatchel (2004), ogni intervento *"che si concentra solo su uno di questi insiemi di fattori fondamentali sarà incompleto"* (Szadejko, 2020, pag. 23). Il paziente ha un ruolo attivo e non è soltanto passivo di sofferenza, tanto che si è transitati dal paradigma dell'attesa dell'evento morboso al paradigma della partecipazione attiva nel processo di promozione della salute.

Il modello biopsicosociale è centrale nei programmi attuati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per promuovere e migliorare la salute dei giovani. I temi che affronta sono: HIV, alimentazione, prevenzione di violenze e infortuni, attività fisica, salute riproduttiva e sessuale, e assistenza alla maternità, tabacco, salute mentale, gestione integrata delle problematiche più comuni, uso di sostanze e immunizzazione. L'ultima

linea guida, dal titolo “*Nothing about us, without us. Tips for policy-makers on child and adolescent participation in policy development (2021)*” è stata pubblicata a febbraio 2022, con l'intento di sensibilizzare i governi e i responsabili politici ad ascoltare e comprendere le esigenze dei giovani quando prendono decisioni politiche che riguardano la loro salute. Coinvolgendo attivamente i ragazzi in un ambiente a loro favorevole in diversi modi, i decisori possono garantire che le politiche sui giovani rispondano ai loro bisogni e prospettive (Nardone e Ciardullo, 2022).

Interessante è ancora ricordare che nel 2017, l'OMS e altri partner delle Nazioni Unite hanno lanciato un'importante iniziativa denominata “Azione accelerata per la salute degli adolescenti (AA-HA!)” per cambiare il modo in cui i paesi affrontano la salute dei giovani. L'AA-HA! (WHO, 2017) richiede un'analisi sistematica delle aspettative e delle prospettive degli adolescenti nei processi di pianificazione della salute. Valentina Baltag, del Dipartimento di *Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health*, presso l'OMS, sostiene che la guida non riguarda solo fatti e cifre per mostrare dove investire, ma è anche una raccolta delle informazioni più aggiornate e tangibili provenienti dalla ricerca e dalla pratica su ciò che funziona. Indagare quali siano le prospettive che i giovani hanno circa la loro salute credo sia il punto chiave per effettuare un cambiamento: dare loro voce e comprendere le cause che possono spingerli a comportamenti a rischio, come ad esempio il bisogno di conformismo, l'influenza dei mass media o i conflitti familiari, permettono di agire sulle cause che ne stanno alla base.

1.2 La psicologia della salute

Quando si tratta di salute, in una visione biopsicosociale, il ruolo dello psicologo diventa parte integrante del processo. Tale figura non è solo da considerare in termini di cura, laddove il paziente si trovi già a contatto con la sua malattia, in quanto viene attribuita allo psicologo anche una funzione di prevenzione e promozione della salute e del benessere.

La psicologia della salute ha proprio come oggetto di studio le condizioni atte alla costruzione, al mantenimento e alla promozione della salute (Bertini, 2012).

Joseph D. Matarazzo, studioso presso l'*American Psychological Association* (APA), nel 1980 ha definito insieme con altri studiosi la branca della psicologia della salute, definendola come l'insieme dei contributi formativi, scientifici e professionali delle discipline psicologiche alla promozione e al mantenimento della salute, alla prevenzione e al trattamento della malattia, all'identificazione delle cause e dei correlati diagnostici della salute e della malattia (Turchi e Della Torre, 2007).

La prima Conferenza di psicologia della salute in Europa venne realizzata nel 1986 dalla Società europea di psicologia della salute.

Secondo **Maes** (1989), uno dei fondatori della Psicologia della Salute europea, lo sviluppo della disciplina è dovuto al fatto che le morti iniziavano a essere causate non più solo da malattie infettive, ma anche da malattie croniche dovute a comportamenti malsani. Ciò comportava un aumento dei malati e un conseguente aumento dei costi sanitari: era necessario dunque agire in termini non solo di cura, ma anche di prevenzione (Zani e Cicognani, 2000).

La psicologia della salute lavora su più fronti, dall'assessment, allo stress e al coping, alla valutazione degli aspetti psicologici in medicina, nonché alle tematiche relative al ciclo di vita e a quelle legate ai comportamenti a rischio. E se pensiamo proprio agli adolescenti e alla loro propensione verso tali condotte, possiamo capire quanto la prevenzione sia importante da adottare nelle politiche sanitarie attuali.

La psicologia della salute si applica in diversi ambiti:

- interventi sia **individuali** che di gruppo orientati alla modifica degli atteggiamenti e delle condotte, e alle modalità di gestione dello stress e del cambiamento. Trattamenti psicoterapeutici e psicoeducativi rivolti ai giovani possono essere utili per adottare uno stile di vita sano;
- interventi nelle **comunità**, quali le scuole, i luoghi di lavoro o le associazioni, attraverso campagne promotrici di salute, per accrescere la consapevolezza ed incoraggiare comportamenti salutari;
- interventi mirati alla **gestione della salute pubblica**, quali l'informazione sanitaria attraverso varie campagne pubblicitarie di prevenzione e promozione della salute, la pianificazione e programmi da attuare in situazioni di emergenze come pandemie ed epidemie.

Per limitare la messa in atto di comportamenti come l'uso di sostanze, le cattive abitudini alimentari, i comportamenti sessuali inappropriati e tutto ciò che può condurre i giovani a adottare stili di vita non sani è necessario agire a livello di prevenzione, ed è proprio qui che la psicologia della salute fornisce un enorme contributo. Essa si occupa sia di prevenzione che di promozione della salute.

Si può parlare di tre livelli di prevenzione:

- **La prevenzione primaria**, per mezzo della quale si cerca di impedire l'insorgenza e lo sviluppo di un certo fenomeno, ad esempio vaccinando la popolazione, promulgando apposite leggi come il divieto di vendere alcolici ai minorenni, informando i cittadini sui rischi di determinati comportamenti come la dipendenza da tabacco e migliorando le condizioni ambientali, ad esempio, riducendo l'inquinamento con l'utilizzo di depuratori.
- **La prevenzione secondaria**, per cui si interviene precocemente sull'evento sfavorevole identificando i soggetti a rischio per età, stile di vita, familiarità con determinate patologie ed effettuando una diagnosi precoce allo scopo di agire prima che la malattia si manifesti clinicamente; un esempio sono i test di screening come il pap test o la mammografia.
- **La prevenzione terziaria**, con cui si cerca di ridurre gli effetti negativi dell'evento non desiderato ormai verificatosi; si tratta di garantire la ripresa della migliore qualità di vita possibile attraverso forme di riabilitazione e recupero sociale. Come esempio si può riportare l'impartire una dieta specifica per una persona che soffre di diabete o il prescrivere un ciclo di cure finalizzate a evitare la recidiva di un tumore.

La prevenzione primaria è universale ovvero diretta alla popolazione in generale; la prevenzione secondaria è più selettiva, cioè diretta alle popolazioni in cui sono prevalenti fattori di rischio come, ad esempio, i figli di tossicodipendenti o gli abitanti di quartieri poveri; la prevenzione terziaria invece è una prevenzione rivolta a coloro che hanno già manifestato il problema (Bertini, 2012).

Un altro contributo importante della psicologia della salute è la promozione della salute, ovvero il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria condizione fisica e di migliorarla. Essa agisce sia a livello sociale che politico attraverso

azioni mirate che hanno come obiettivo il miglioramento delle competenze e delle capacità degli individui di aumentare il controllo sui determinanti della salute, e azioni volte a cambiare le condizioni sociali, ambientali ed economiche per affrontare il loro impatto sulla salute pubblica e individuale. Alcune condizioni per promuovere il benessere discendono da un'adeguata politica che sia in grado di mediare tra l'interesse della salute e quello in conflitto con essa. Molto spesso il conflitto è di tipo economico e commerciale come, ad esempio, il giro di affari intorno alla vendita di sigarette o di alcolici o interessi economici delle case farmaceutiche. Sono importanti anche la partecipazione attiva della comunità e lo sviluppo di capacità e competenze individuali che permettono alle persone di esercitare un maggior controllo su loro stesse. Inoltre, creare ambienti di vita e di lavoro che siano in grado di dare tutela, sicurezza e gratificazione può essere una buona base per perseguire la propria salute. Centrale anche il compito dei servizi sanitari che non devono concentrarsi solo sulla cura, ma anche sulla promozione stessa (Bertini, 2012).

1.3 L'approccio salutogenico di Antonovsky

Ma quando possiamo parlare di salute e quando possiamo parlare di malattia? Qual è il confine che le separa? Secondo la salutogenesi salute e malattia si collocano lungo un continuum dove l'essere umano si può porre in un certo momento della propria vita. Secondo l'approccio salutogenico l'essere umano ha le risorse per **potersi spostare verso il polo della salute**. La salutogenesi, come la psicologia della salute, si domanda quali siano le basi per essere in una buona condizione fisica e come rinforzarla, come si possa attuare il cambiamento e trovare un atteggiamento strategico. Inoltre, essa pone la sua attenzione anche agli aspetti sociali.

L'obiettivo è definire ciò che permette all'uomo di gestire la complessità delle contingenze di vita, conservando un buon livello di benessere e un rapporto funzionale con la realtà (Eriksson e Lindstrom, 2008).

Dal momento che l'obiettivo è focalizzarsi sulla salute e non sulla malattia, troviamo in questo approccio un collegamento con la capacità degli adolescenti di evitare i comportamenti a rischio. Possono i giovani sfruttare il loro potenziale per approcciarsi a stili di vita sani ed evitare tutto ciò che può essere per loro dannoso?

Secondo **Antonovsky** (1923-1994), padre fondatore della salutogenesi, i nostri comportamenti sono dotati di quello che lui chiama *Senso di Coerenza*, ovvero come percepiamo il mondo e la realtà circostante, come ci poniamo verso di esso e che comportamenti mettiamo in atto nei confronti degli eventi stressanti e spiacevoli. Per Antonovsky il Senso di Coerenza è un globale, sebbene penetrante, sentimento che qualsiasi cosa accada nella vita essa possa divenire comprensibile e possa essere gestita. Ci sono anche uno scopo e un significato legati a ogni cosa.

Secondo questa prospettiva gli adolescenti hanno l'abilità cognitiva di comprendere ciò che accade intorno a loro (*senso di comprensibilità*), hanno la possibilità di aumentare il loro livello di efficacia, di locus of control e di autostima, e ciò dà loro l'opportunità di valutare i rischi dei loro comportamenti (*senso di affrontabilità*). Questo concetto si avvicina molto a ciò che andremo a trattare in maniera più approfondita riguardo al concetto di autoefficacia. Il senso di comprensibilità e il senso di affrontabilità permettono infatti al giovane di creare un significato delle sue esperienze (*senso di significatività*); la significatività è la motivazione che abbiamo per superare la difficoltà, la spinta che porta a cambiare, dove l'evento non è visto come catastrofe, ma come sfida che dà motivazione e senso di vittoria, che fa diventare migliori e più forti (Eriksson e Lindstrom, 2008).

L'Autore sostiene che il senso di coerenza nasce nell'infanzia e prosegue durante l'adolescenza, per trovare l'equilibrio verso i 30 anni di vita.

Durante il percorso di vita abbiamo a disposizione risorse salutogeniche esterne, come il contesto in cui viviamo, e risorse salutogeniche interne, come la nostra capacità mentale ed emozionale. Se le risorse esterne sono predisponenti fin dall'infanzia allora sarà più semplice per l'individuo sviluppare buone risorse interne.

Ma tutto ciò può bastare?

La tesi vuole concentrarsi su come le variabili personali degli adolescenti, in particolare l'autoefficacia, possano contribuire alla costruzione della salute degli individui tanto quanto questi interventi esterni. Su questo ci concentreremo nei prossimi capitoli. I fattori interni quali credenze, aspettative, motivazioni e percezioni sono strategie efficaci quanto i fattori esterni. I comportamenti possono essere modificati, le buone abitudini possono essere acquisite.

CAPITOLO 2 – L'ADOLESCENZA: L'ETA' DEL CAMBIAMENTO

2.1 I giovani immersi nel periodo della modernità liquida

Se vogliamo descrivere l'adolescenza da un punto di vista etimologico, questa non appare un'impresa difficile, mentre tutt'altra storia è definire il termine in fattori esistenziali, soprattutto se dobbiamo esaminarlo ai giorni nostri, in quest'epoca di grandi cambiamenti e turbolenze dove anche per i giovani è difficile costruire un proprio modo d'essere e una propria identità.

Una definizione dell'epoca in cui viviamo viene data dal sociologo **Zigmunt Bauman**; egli la chiama post-moderna o modernità liquida (Faliva, 2011), costituita da grandi incertezze dovute alla mancanza di un percorso lineare caratterizzato dalla scuola, dal lavoro e dal matrimonio, come nel periodo precedente. Adesso l'adolescente deve continuamente reinventarsi con il rischio di non trovare la giusta direzione e di rimanere incastrato all'interno della crisi. Il concetto di famiglia si è modificato con l'aumento di separazioni e divorzi, la figura dell'adulto non riesce più a mantenere l'autorevolezza di un tempo, l'incremento della tecnologia utilizzata in maniera non ragionata porta alla conoscenza di modelli di comportamento da non dover prendere in considerazione e al passaggio di informazioni del tutto superflue.

Ma facciamo un passo indietro e cerchiamo di chiarire da dove nasce il termine di adolescenza: non è un caso che sia stato inventato solo in epoca socialmente moderna, a partire dal 1750. Fino ad allora i giovani erano considerati alla pari degli adulti, lavoravano tutto il giorno e già a 14 anni le donne spesso avevano il primo figlio. Fu solo nel periodo dell'industrializzazione che ci si rese conto che i ragazzi così giovani non potevano lavorare così tante ore in fabbrica. Si definì, pertanto, il concetto di adolescenza proprio come fase intermedia tra l'infanzia e l'età adulta, che inizia circa a 14 anni e che si conclude circa a 19 anni. Durante questo periodo il giovane vive una serie di trasformazioni sia mentali che fisiche.

La dimensione fisica prevede che i tratti somatici della fanciullezza inizino a prendere forma e ad avvicinarsi sempre più a quelli adulti, di conseguenza anche l'adulto si aspetta

un comportamento più maturo da parte del ragazzo. Quest'ultimo si può trovare in un limbo, tra la mancanza di una autonomia vista l'età e le continue richieste di maturità da parte degli adulti. Il corpo del ragazzo muta non solo da un punto di vista estetico ma anche da un punto di vista funzionale pur non avendo ancora gli strumenti adatti per comprenderlo.

Immaginiamo una ragazzina di 13 anni: fino ad allora il suo aspetto fisico non le aveva destato molto interesse, mentre ora il suo corpo inizia a prendere forma, ad assumere uno spazio, ad esprimersi e a dover essere tutelato.

A fianco ai cambiamenti fisici si struttura anche la dimensione cognitiva, caratterizzata dai processi di costruzione della propria identità. L'adolescente si separa dal mondo adulto, inizia ad avere le proprie opinioni, pensieri e credenze, spesso in contrasto con quelle dei genitori, e assume la capacità di mentalizzare. La primaria fonte a cui attingere non è più quella familiare perché lo diventano il gruppo dei pari e le relazioni amorose.

In questa fase di transizione così delicata i ragazzi vivono una sorta di turbamento; il concetto di **crisi evolutiva** (Faliva, 2011) ci spiega come in questo periodo avvengano due fenomeni, l'evoluzione e la crisi: la prima è orientata al passato, ai ricordi e agli eventi che hanno condizionato la nostra vita, la seconda è orientata al futuro, è una crisi che permette la messa in atto di un cambiamento. L'equilibrio omeostatico si viene a spezzare e si mobilitano nuove forze e nuove energie per superare la crisi ed è importante che queste forze vengano anche alimentate dalla società, dalla scuola e dalla famiglia. I giovani spesso non riescono ad attingere solo dentro loro stessi le risorse per superare il delicato momento dell'adolescenza e i vari contesti di vita devono pertanto essere il più possibile accoglienti e supportivi.

2.2 Modelli e teorie sullo studio degli adolescenti: approcci classici

Una panoramica moderna può fornire un quadro generale del contesto nel quale l'adolescente si trova, ma è di rilevante importanza ripercorrere gli studi che hanno dato il loro contributo, di grande valore scientifico, a questo tema.

Come già anticipato in precedenza i cambiamenti socio-economici hanno fatto riflettere sulle varie fasi della vita umana.

Nel 1904 **Granville Stanley Hall** fu il primo ad individuare proprio in questi cambiamenti socio-economici l'interesse per una nuova fase, quella adolescenziale (Palmonari, 2011).

Il suo è ancora un modello psico-biologico dove ogni fase della vita corrisponde alle tappe filogenetiche che sono state percorse in passato dall'umanità: per essere più chiari, per lui l'adolescenza corrisponde alla tappa nella quale la società era ancora senza regole e stava transitando verso un'organizzazione dettata da norme socialmente condivise. In questa fase il ragazzo si rinnova completamente sia da un punto di vista fisico che da un punto di vista psicologico e, soprattutto sul piano biologico, va incontro a una profonda crisi caratterizzata da turbolenze profonde.

Egli definisce il passaggio dalla fanciullezza all'età adulta con i termini “*storm and stress*”, caratterizzato da eventi fortemente tempestosi e stressanti determinati biologicamente che sono indipendenti dal controllo dell'ambiente e della società proprio perché determinati dall'evoluzione umana. La razza umana ha percorso a suo tempo delle fasi che vengono poi ripetute nei processi cognitivi e nelle tappe evolutive delle persone.

2.2.1 L'approccio socio-antropologico

Di corrente opposta, prettamente socio-antropologica, **Margaret Mead** (1918) attribuisce fondamentale importanza alla cultura. Il suo interesse era quello di confrontare il modo di vivere, preparare e affrontare l'adolescenza di varie popolazioni con caratteristiche diverse da quelle occidentali. Dopo aver osservato per molto tempo dei giovani sull'isola di Tau nell'arcipelago di Samoa, illustra come la cultura abbia un impatto fondamentale nel vissuto dei giovani nel periodo dell'adolescenza. Ad esempio, nelle isole Samoa i ragazzi venivano preparati tramite l'educazione sessuale-funzionale alla loro maturazione permettendo così di non vivere questo periodo come una fase problematica o difficoltosa. Nelle società occidentali spesso le mestruazioni rappresentano l'inizio dell'adolescenza, mentre nelle società dei Samoa non c'era nessuna cerimonia che segnasse questo inizio. Fin da piccoli i bambini erano abituati a partecipare ad eventi che in una società occidentale potrebbero essere ritenuti traumatici come assistere durante un parto, un aborto o il sezionamento di cadaveri.

L'adolescente occidentale è prevalentemente influenzato dalla famiglia durante la sua crescita, al contrario presso i Samoa i bambini non si attaccavano a una figura di riferimento ma veniva loro insegnato a essere amorevoli nei confronti della comunità in generale.

Le ragazze samoane non subivano ansia dalla società e dalla cultura sulle loro scelte, in quanto veniva insegnato loro che nessuna decisione condizionava per sempre la loro vita e che in qualunque momento si poteva cambiare direzione; ciò è impensabile nelle moderne società occidentali dove le aspettative sono sempre più alte e c'è poco margine di cambiamento per il futuro. Possiamo concludere come in Occidente l'adolescenza sia considerata come una fase drammatica e critica dello sviluppo. I dogmi, i conflitti familiari, spesso la presenza di genitori autoritari, le norme sessuali e le relazioni primarie nelle moderne società dell'Occidente rendono il passaggio dell'adolescenza una fase molto più problematica di quella dei giovani delle isole Samoa. Qui la vita è vissuta in maniera più leggera e i conflitti sono pochi a causa della semplicità della civiltà 'primitiva'.

Questo modello non può essere esportato in Occidente, ma conoscerlo rende consapevoli dei diversi punti di vista del mondo senza cadere in un pensiero etnocentrico (Palmonari, 2011).

Ritornando al mio lavoro, gli studi della Mead mi pongono davanti a una profonda riflessione: forse la propensione dei ragazzi verso il rischio, la voglia di eccedere, di andare oltre, di cercare un distacco dalla realtà possono proprio dipendere dalla cultura in cui sono immersi. Il senso di oppressione, la rigidità, il senso di smarrimento, l'incertezza e le insicurezze trasmesse da una società con regole solo apparentemente significative possono portare i giovani a non pensare al proprio benessere e a trascurare la loro salute sia fisica che mentale.

2.2.2 L'approccio psicoanalitico

Palmonari ci illustra doverosamente anche il modello psicoanalitico di Anna Freud (1936), di Peter Blos (1962) e di Donald Meltzer (1970) (Palmonari, 2011).

Anna Freud spiega come durante l'adolescenza si 'tirino le somme' di tutte le esperienze vissute fino a quel momento. L'adolescente deve iniziare a controllare le proprie pulsioni attraverso le funzioni dell'IO. L'ES, dormiente durante la fase di latenza, si risveglia in adolescenza, investendo soprattutto l'area genitale, e si ritrova a combattere contro un IO

e un SUPER-IO più strutturati, per cui il giovane è obbligato a mettere in atto dei meccanismi di difesa per gestire tali conflitti. Potrà usare l'intellettualizzazione che lo incentiverà alla discussione, oppure l'ascetismo che lo porterà a rinunciare alle esperienze, oppure il narcisismo investendo tutto su di sé. Se siamo fortunati userà meccanismi evoluti.

Peter Blos ritiene che il processo di separazione/individuazione sia uno dei fattori di sfida dell'adolescenza. I genitori fino ad allora erano la prima base di appoggio; ora il giovane inizia ad investire su nuovi affetti come le relazioni amorose e di conseguenza si crea un distacco con la famiglia e bisogna cercare di affrontare questa separazione. Da un lato c'è la necessità di ricercare una nuova identità e dall'altro si attuano processi di regressione che consentono di rielaborare i traumi infantili. Lo sguardo al passato chiede la necessità di trovare una continuità dell'IO: l'adolescente deve ritrovare la coerenza con il passato. Non può prescindere dalla teoria psicoanalitica anche la formazione dell'identità sessuale.

Anche **Donald Meltzer** riprende il concetto di separazione e sostiene che l'adolescente non vede più i genitori come onnipotenti e questo può causare incertezze e frustrazione. Egli capisce che deve lottare da solo per la conoscenza, della quale è assetato, comprende che può andare incontro al dolore, diventa cosciente di avere delle debolezze e rinuncia alle illusioni infantili. Il grado con cui egli riesce ad accettare questo distacco lo porterà a strutturare la modalità con cui entrare nel mondo adulto (Palmonari, 2011).

Meltzer, a tal proposito, distingue in:

- *Adolescenti che vogliono restare in famiglia.* Essi vivono una fase di prolungamento della latenza, un modo di vivere "irreale" fatto di imitazioni passive dei genitori, riproducendo il modello familiare della madre e del padre.
- *Adolescenti protesi verso l'adultizzazione precoce.* Essi escono dalla fase di latenza ma rimangono bloccati in un destino che non appartiene loro, inseguendo ambizioni non realizzate dei genitori dello stesso sesso; i giovani sono orientati verso una vita votata al successo che spesso ha a che fare con le ambizioni irrealizzate dei genitori, sono adolescenti adultoidi e spesso cinici.
- *Adolescenti isolati.* Successivamente al crollo dell'idealizzazione dei genitori e alla loro incapacità di partire da questo per orientarsi verso qualcosa di più concreto, essi nel ritiro narcisistico trovano un'illusoria sensazione di onnipotenza. È una megalomania "tranquilla", nel senso che sentono di avere una missione nel mondo da compiere, unica e personale.

- *Adolescenti normali.* È il normale sviluppo adolescenziale in cui tutti affrontano le stesse dinamiche. Essi accettano di far parte della comunità di coetanei, confusi ed incerti come loro, ma protesi alla ricerca della verità. Qui ci sono due forme di gruppo:
- *Gruppo pubere/monosessuale:* in cui si formano le “gang” per difendere il proprio sesso contro l’altro, come atto di rivoluzione verso il mondo adulto. È paranoide nel senso che l’altro viene rappresentato come nemico.
 - *Gruppo eterosessuale:* che inizia a delinearsi quando i “traditori” iniziano a diventare amici dell’altro sesso. È depressivo nel senso che è un gruppo capace di apprezzare le differenze, soffrire e avere un buon sviluppo. L’obiettivo è tollerare insieme la sofferenza e l’amicizia è in grado di aiutare nel passaggio dal mondo infantile al mondo adulto (Malerba, 2004).

2.2.3 L'approccio psicosociale

Cambiando prospettiva e passando al modello psicosociale, **Erik Erikson**, psicoanalista tedesco (Erikson, 1995), critica alcuni aspetti della psicoanalisi: in primo luogo la strutturazione della personalità per lui è influenzata anche da fattori socio-culturali, inoltre tutto lo sviluppo non si può considerare terminato solo dopo l'adolescenza in quanto la sua attenzione è posta a tutto l'intero ciclo di vita. In ultima analisi per Erikson l'inconscio non è prioritario e l'istanza maggiormente presa in considerazione da lui è l'IO.

Erikson illustra otto fasi psicosociali che iniziano alla nascita e che terminano con la morte (Erikson e Erikson, 2018). Ad ogni tappa corrisponde una crisi che, se superata, permette il passaggio alla fase successiva e ad una crescita armoniosa. Ogni nuova conquista porta l'individuo ad entrare in omeostasi con l'ambiente e ad aumentare le qualità delle relazioni.

Tale prospettiva vede lo sviluppo mentale e psichico del bambino come risultato dell'interazione tra la maturazione organica, che porta con sé nuove abilità e competenze psico-

logiche e cognitive, e le richieste che l'ambiente familiare e sociale indirizzano al bambino stesso, sollecitandolo ad apprendere nuovi comportamenti e a cogliere le opportunità insite nei diversi compiti evolutivi, cui è necessario attendere nelle varie età della vita.

- *Prima fase (primo anno di vita): fiducia/sfiducia di base.* Questo stadio è essenziale per la costruzione del sentimento di fiducia di base del bambino nella vita. Grazie a una madre attenta e premurosa, il bambino può conciliarsi con l'ambiente. Potendo contare sulla madre, l'infante apprende a fidarsi sia del mondo che delle sue capacità. Diversamente, mancando queste condizioni, egli svilupperà sfiducia sia in se stesso che nelle capacità dell'ambiente di provvedere ai suoi bisogni e gli verrà a mancare un basilare sentimento di sicurezza nella vita.
- *Seconda fase (1-3 anni): autonomia/dubbio e senso di vergogna.* In questa fase il bambino compie i suoi primi passi di distanziamento, l'autonomia inizia con il controllo sfinterico e prosegue con quello motorio e prensile, ed è fondamentale che in questo periodo il bambino sperimenti un fisiologico livello di vergogna che gli consenta di confinare la sua onnipotenza. Se la mamma non è invece in grado di fungere da guida, perché poco presente o perché non incentiva o non sostiene i tentativi di autonomia del bambino, anzi li colpevolizza oppure li deride, o si sostituisce a lui, questi sperimenterà eccessivi sentimenti vergogna e di inadeguatezza.
- *Terza fase (3-6 anni): iniziativa/senso di colpa.* I bambini hanno un forte bisogno di iniziativa, anche di aiutare gli adulti nelle loro attività e, se sono limitati in questo, possono maturare un senso di colpa per aver voluto svolgere un lavoro non adeguato alla loro età. In questa fase, il bambino ha il compito di reprimere e sanzionare i suoi stessi impulsi apprendendo a controllarli e limitando le condotte oppostive e negative nei confronti dei genitori, poiché le stesse gli procurano profondi sensi di colpa e timori di ritorsione.
- *Quarta fase (6-10 anni): industriosità/senso di inferiorità.* In questo periodo il bambino inizia ad impegnare le proprie energie in compiti più maturi rispetto a quelli esclusivamente giocosi dello stadio precedente. Istinti e forze vitali vengono pertanto convogliati dal bambino nelle attività scolastiche, sportive e artistiche, a dimostrazione delle sue accresciute capacità di adattamento alle richieste

degli adulti. Il bambino ha bisogno dell'approvazione degli altri, anche dei pari, e, se non soddisfatto, egli matura il senso di inferiorità.

- *Quinta fase (11-19 anni): identità/confusione di ruolo.* Il ragazzo inizia a prendere consapevolezza dei tratti della propria individualità, delle proprie preferenze, dei propri obiettivi e desideri, delle proprie potenzialità, ma anche dei propri limiti. Questo processo è reso possibile grazie all'identificazione con i propri pari e con le figure adulte significative della sua vita. La crisi di identità di cui parla Erikson nascerebbe dal tentativo messo in atto dall'adolescente di superare la confusione e l'ambivalenza tipica del periodo per lasciare infine spazio pieno alla propria identità. È in questa fase che si integrerebbe il senso della fedeltà ai propri schemi di riferimento: tipica di questo periodo è infatti l'adesione a forme ideologiche, ovvero l'appartenenza ad un gruppo sociale che confermi l'adeguatezza dei propri valori. Il ragazzo si pone molte domande su se stesso e può essere cosciente di ciò che è senza avere ancora gli strumenti per definirsi e differenziarsi. Un esito positivo di tale conflitto è un buon precursore della tappa successiva.
- *Sesta fase (19-30 anni): intimità/isolamento.* L'individuo può instaurare relazioni di intimità solo se ha costruito in maniera sufficientemente strutturata la sua identità nelle fasi precedenti. La tendenza opposta, quella dell'isolamento sociale e relazionale, è la conseguenza dei fallimenti delle precedenti fasi evolutive.
- *Settima fase (30-60 anni): generatività/stagnazione.* La generatività è la capacità di generare, ovvero di lasciare una sorta di eredità a qualcun altro come la propria attività lavorativa o la propria creatività; al contrario, si può assistere alla perdita della 'messa in gioco' (caratteristica invece costante nell'adolescenza) per il timore di nuovi fallimenti, con conseguente ristagno delle prerogative creative.
- *Ottava e ultima fase (dai 60 anni fino alla morte): integrità dell'io/disperazione.* Questa fase permette una profonda riflessione sulla propria vita: l'anziano inizia a pensare alla morte e si guarda indietro interrogandosi sul livello di soddisfazione personale. Affinché questa fase non degeneri in un sentimento di decadimento per tutto ciò che non si è potuto realizzare, è importante che la persona sappia valorizzare ciò che ha comunque capitalizzato, sforzandosi di incorporare tra le sue virtù la saggezza, ovvero la capacità di vedere il presente attraverso l'esperienza

del passato e per tale via prevedere anche una parte del futuro di chi è arrivato dopo (Erikson e Erikson, 2018).

2.2.4 L'approccio comportamentale

I paradigmi classici dell'apprendimento dei ben noti comportamentisti Ivan Pavlov (1849-1936), John Broadus Watson (1878-1958), Burrhus Frederick Skinner (1904-1990) e Albert Bandura (1925-2021) ci permettono di costruire e generalizzare i comportamenti adolescenziali.

Pavlov (Sacchi, 2003) aveva condotto esperimenti sulla fisiologia della digestione somministrando del cibo ad alcuni cani e osservando le loro reazioni. Egli raccoglieva la saliva che i cani emettevano alla vista del cibo (cibo=stimolo incondizionato; saliva=risposta incondizionata). Pavlov provò ad inserire il suono di una campanella che, se presentata da sola, non suscitava nessuna risposta (campanella=stimolo neutro che non provoca risposte). Se, invece, veniva presentata in associazione al cibo per un periodo di tempo sufficiente, allora anche solo la presenza della campanella produceva salivazione nel cane (campanella=stimolo condizionato; saliva=risposta condizionata).

Watson (Sacchi, 2003) provò ad applicare lo stesso concetto all'essere umano attraverso l'esperimento sul piccolo Albert: egli provò ad associare ad un forte rumore, che ovviamente provocava nel bambino il pianto, l'immagine di un ratto. La sola presenza del ratto inizialmente non provocava nessun effetto sul bambino ma, se associata al rumore, allora anche l'animale presentato da solo suscitava un effetto negativo.

Gli studi sul condizionamento classico si possono applicare anche quando parliamo di adolescenti e dei loro comportamenti. Facciamo un esempio: un amico ci suscita un'emozione di piacere (amico=stimolo incondizionato; piacere=risposta incondizionata) e il pensiero di commettere un furto ci genera paura; se il furto viene fatto insieme a un amico che era la fonte del nostro piacere allora anche il furto stesso, eseguito senza l'amico, può suscitarcì emozioni di appagamento (furto=stimolo condizionato; piacere=risposta condizionata). Volendo spostare l'attenzione su un altro comportamento a rischio, se un amico ci suscita piacere e l'uso di sostanze ci fa paura, nel momento in cui assumiamo una sostanza insieme all'amico allora anche la sostanza stessa da sola ci darà piacere.

Vorrei porre la mia attenzione anche sugli studi di **Skinner** (Skinner, 1975), noto psicologo statunitense dell'università di Harvard e rappresentante del comportamentismo, proprio perché sono stati di rilevante importanza anche in ambito educativo e pertanto ci possono dare spunti di riflessione per capire meglio i comportamenti adolescenziali. Skinner scoprì che oltre al condizionamento classico di Pavlov esisteva anche un condizionamento operante che prevedeva che un comportamento si manifestasse più frequentemente se veniva rinforzato. Gli studi che lo hanno reso famoso riguardano appunto l'analisi del comportamento e delle relazioni con il rinforzo e, nello specifico, con le occasioni nelle quali una determinata risposta ha preceduto una ricompensa data, definendo una forma di condizionamento (quello operante) diversa dal paradigma classico legato alla figura di Pavlov. Vediamo nel dettaglio in cosa consistono il rinforzo positivo, il rinforzo negativo e la punizione.

- **Il rinforzo positivo** descrive un comportamento che, messo in atto, produce uno stimolo appetitivo. Ad esempio, se fare un regalo al nostro partner lo rende particolarmente affettuoso, allora saremo incentivati a elargire regali; oppure, se dopo l'attività fisica provo un senso di benessere, allora sarò propenso a ripeterla; oppure ancora, se un bambino compie un gesto gentile verso un compagno può venire rinforzato attraverso le lodi della maestra.
- **Il rinforzo negativo** descrive un comportamento che previene o allontana uno stimolo avversivo. Ad esempio, se telefonare al nostro partner allontana sentimenti di gelosia nei suoi confronti, saremo incentivati a telefonare ogni volta che proveremo quei sentimenti; oppure, se nella macchina in cui un guidatore non allaccia le cinture di sicurezza si attivasse un suono irritante, e tale suono si attivasse solo quando l'autista compie tale operazione, il comportamento 'mettere le cinghie' aumenterebbe, perché rimuove il rumore irritante.
- **La punizione** sono invece azioni che hanno l'obiettivo di scoraggiare una certa risposta attraverso la comparsa di una situazione spiacevole. A livello educativo e anche didattico gli studi dimostrano che le punizioni sono per lo più controproducenti e non portano all'apprendimento del comportamento desiderato.

La teoria di Skinner pone davanti a un quesito: se un ragazzo prova piacere dopo l'uso di cannabis questo potrebbe essere riferito al rinforzo positivo e quindi incentivarlo all'uso

di sostanze? Se un adolescente prova una forte tristezza e facendo uso di cannabis la depressione, quindi lo stimolo avversivo, si allontana potrebbe essere descritto come rinforzo negativo e quindi motivarlo ad usare la sostanza?

Secondo queste premesse, i rinforzi non possono essere visti solo come strumenti per incentivare i comportamenti positivi e corretti, ma possono anche stimolare la messa in atto di comportamenti che, per quanto nocivi, sono appaganti.

Un altro concetto importante nel contesto della mia ricerca è quello di evidenziare quanto l'imitazione e l'apprendimento sociale influenzino decisamente i comportamenti dei giovani adolescenti. Quanto può incidere l'aver visto durante l'infanzia i propri genitori poco attenti alla cura della loro salute, adottando comportamenti nocivi come l'uso di droghe, il fumo di sigaretta o la cattiva alimentazione?

Bandura nel 1961 approfondisce questo tema attraverso una ricerca sperimentale sull'aggressività: il suo obiettivo era dimostrare l'importanza dell'imitazione nell'apprendimento di determinati comportamenti nei bambini. Egli radunò circa 70 bambini dai tre ai cinque anni e li divise in tre gruppi: il primo gruppo fu messo in una stanza all'interno della quale c'era un collaboratore che insultava e aggrediva un pupazzo; il secondo gruppo fu messo all'interno di una stanza dove il collaboratore giocava tranquillamente senza dare considerazione al pupazzo; il terzo gruppo fu condotto all'interno di una stanza dove non era presente il collaboratore. In una seconda fase i bambini furono tutti condotti in una stanza dove all'interno si trovava il pupazzo e furono lasciati da soli. Bandura osservò che i bambini che avevano assistito a scene violente manifestavano un maggior numero di comportamenti aggressivi nei confronti del pupazzo rispetto ai bambini degli altri due gruppi. Bandura chiama questo tipo di apprendimento rinforzo vicario ed è molto usuale trovarlo all'interno dei gruppi di giovani che si imitano a vicenda spesso anche in comportamenti errati (Sacchi, 2003).

2.2.5 L'approccio cognitivista

La teoria cognitivista sposta l'attenzione sulla mente come un elaboratore di informazioni: il comportamento viene visto come un insieme di processi cognitivi orientati alla soluzione di un problema e l'essere umano è quindi un soggetto attivo che esplora il mondo esterno e seleziona le informazioni utili (Coleman, 1990).

Un contributo di rilevante importanza è quello dello psicologo **Jean Piaget** (1896-1980) che colloca gli adolescenti all'interno dello stadio delle operazioni formali (Piaget, 2000). In questo periodo il ragazzo diventa più efficiente e rapido nella risoluzione di problemi ed è in grado di riferirsi a oggetti di cui non ha un'esperienza diretta. Egli è capace di formulare ipotesi e valutarne le conseguenze, inizia ad avere una capacità riflessiva e rimette in discussione le idee precedentemente acquisite. Mentre il bambino si occupa per lo più del presente, di ciò che è oggetto della sua esperienza immediata; l'adolescente estende la sfera della sua attività concettuale all'ipotetico, al futuro, a ciò che è lontano nello spazio. Accanto alla logica formale e al completamento delle costruzioni del pensiero si definisce la personalità.

Il lavoro di Piaget è un valido punto di partenza per lo sviluppo dell'approccio della *social cognition* introdotto da **David Elkind** (1967). La cognizione sociale è lo studio del modo in cui elaboriamo le informazioni, del modo in cui possiamo capire le emozioni, i pensieri, le intenzioni e le condotte sociali degli altri. A tal proposito, per l'Autore l'acquisizione delle operazioni formali permette all'adolescente di riflettere oltre che sul proprio pensiero anche sul pensiero altrui. Questa condizione gli consente di uscire dall'egocentrismo infantile, ma lo immerge paradossalmente in un egocentrismo adolescenziale: è vero che il ragazzo comprende che anche gli altri hanno un loro pensiero, ma fa ancora fatica a tenerlo distinto dalle proprie preoccupazioni. Per capire meglio tale concetto riporto il seguente esempio: se un adolescente è preoccupato o ossessionato dal suo aspetto fisico, egli è convinto che anche gli altri siano concentrati su questo problema, e proprio per questo il ragazzo ha bisogno di continue conferme circa le sue convinzioni. Un altro esempio può essere ciò che Elkind chiama "la fiaba personale", ovvero il fatto che l'adolescente sente che i propri sentimenti sono unici, speciali, come anche le sue sofferenze: egli racconta a se stesso la sua fiaba individuale e la connota di sentimenti di onnipotenza e immortalità (Coleman, 1990).

Avere un quadro complessivo di tutti gli approcci classici e contemporanei è di rilevante importanza per poterci muovere nella comprensione del funzionamento degli adolescenti. I paradigmi sopra descritti prendono in considerazione aspetti diversi e anche in contraddizione tra di loro, alcuni si basano sui processi biologici come i cambiamenti nel corpo dell'individuo, altri su aspetti cognitivi come i cambiamenti nel pensiero, l'intelligenza e il linguaggio dell'individuo, altri ancora sugli aspetti socio-emotivi come i cambiamenti

nelle relazioni dell'individuo con le persone, la sfera emotiva e la personalità (Molinari e Speltini, 2003).

Credo che tutti gli spunti possano promuovere delle riflessioni, ma l'aspetto che va preso fortemente in considerazione è, a mio avviso, il fatto che l'adolescenza sia un periodo sensibile, cioè il periodo della crescita in cui determinate esperienze sono importanti per uno sviluppo tipico ma che se in questo periodo non si verificassero tali esperienze, lo sviluppo tipico potrebbe ancora avvenire grazie alle risorse che gli adolescenti possono incontrare e mettere in atto nel loro percorso di vita. Per esser più chiari il periodo sensibile denota l'azione "è possibile in un altro momento, ma ora è meglio". Prima si riteneva che l'adolescenza invece fosse un periodo critico, ovvero un periodo dello sviluppo in cui determinate esperienze possono svilupparsi "ora o mai più" perché si verifichi uno sviluppo tipico (Leman, 2019).

CAPITOLO 3 – CONDOTTE A RISCHIO E STILI DI VITA SALUTARI

3.1 Definizione di rischio

Secondo il vocabolario Treccani il rischio viene definito come “*l’eventualità di subire un danno connessa a circostanze più o meno prevedibili*”. Ed è proprio la difficoltà dei giovani di prevedere le conseguenze dei loro comportamenti che spesso li induce a seguire condotte errate. Per condotte errate intendiamo tutti quei modi di agire che hanno come conseguenza un malessere e un disagio per la persona, sia a livello mentale, che a livello fisico, che a livello sociale. Questi, infatti, si ripercuotono nei legami con i familiari e in campo relazionale: ad esempio, l'uso di sostanze psicoattive può riversarsi anche nel rapporto con i genitori, può diminuire la frequenza scolastica e il giovane può incorrere in problemi con la giustizia (Bonino e Cattelino, 2008).

Jessor (1998) descrive la propensione verso i comportamenti a rischio con il concetto della **Sindrome da comportamenti rischiosi** (Faliva, 2011), che comprende l’attrazione dei giovani verso le emozioni forti, le condotte pericolose e le sfide, l’impulsività e il sentimento di invulnerabilità che da una parte costruiscono l’identità, ma dall’altra sono forti fattori di rischio. A tal proposito possiamo distinguere due concetti quali la **Sensation Seeking** (ricerca di sensazioni) e il **Risk Taking** (assunzione di rischio):

- **Sensation Seeking**: rappresenta la tendenza del giovane ad essere attratto da sensazioni forti ed esperienze che possono suscitare esaltazione fisica e psicologica senza valutare la conseguenza del proprio agire. Nel momento in cui questa attitudine diventa continua ed è parte integrante dello stile di vita minacciando l’incolumità e l’esistenza stessa della persona, allora essa diventa dipendente sia dal rischio stesso, che dalla condotta nociva. Ad esempio, una giovane adolescente potrebbe consumare grandi quantità di zuccheri o praticare attività sessuale in maniera compulsiva come soluzione a tutti i suoi problemi, privilegiando la produzione di sensazioni corporee alle emozioni.
- **Risk Taking**: esso rappresenta l'altra faccia della medaglia, un'adolescente che è capace di affrontare le sfide del proprio ambiente cercando di evitare o di superare le situazioni non compatibili con il benessere. Le esperienze di *Risk Taking* non

sempre hanno esito positivo: il ragazzo può affrontare un momento di frustrazione ma che sarà utile per accompagnarlo nel suo divenire adulto. Nelle esperienze di *Risk Taking* il giovane deve cercare il più possibile di assumersi i rischi e saper affrontare la sfida cercando di ottimizzare le sue opportunità.

I momenti di frustrazione sono presenti in ogni fase della vita, ma il periodo delicato dell'adolescenza rappresenta un lasso di tempo davvero difficile da gestire e sono molte le cause che possono spingere gli adolescenti a adottare condotte rischiose. Sarebbe interessante passare in rassegna tutte le possibili ragioni di tali propensioni, ma richiederebbe una stesura troppo lunga; nel capitolo precedente sono state delineate alcune delle più importanti teorie sullo sviluppo dell'adolescente e ogni approccio fornisce un'interpretazione differente su quali siano queste cause. Freud direbbe che l'adolescente non è stato in grado di interiorizzare le norme genitoriali, Blos direbbe che è avvenuto un inceppo nel processo di separazione/individuazione, Mead direbbe che la causa risiede nei modelli culturali e via dicendo per gli altri Autori.

Di seguito saranno esposte e approfondite le diverse tipologie di rischio presenti nella nostra moderna società occidentale, dove l'adolescente è sempre più protagonista e vittima.

3.2 Comportamenti a rischio per la salute in adolescenza

3.2.1 I comportamenti a rischio della sfera sessuale

Il periodo della pubertà è un momento di forte cambiamento per l'adolescente, il suo corpo matura e si prepara a diventare adulto. Soprattutto negli ultimi decenni, a causa dello stress e delle mutazioni genetiche e ambientali, il periodo della pubertà si sta anticipando sempre di più: l'età del primo ciclo mestruale e della maturazione sessuale per i ragazzi avviene già intorno ai 12 anni, spesso però a livello di maturazione cognitiva la crescita non è così precoce. Sovente lo sviluppo fisico non corrisponde ad un comportamento maturo anzi, a volte, è in concomitanza con atteggiamenti infantili. L'interesse per la sfera sessuale non è solo dovuto a un bisogno relazionale, ma frequentemente è un modo per confermare la propria identità e per superare la prova che li farà passare nel mondo degli adulti.

Una importante ricerca internazionale condotta nel 2017/2018, la HBSC - *Health Behaviour in School-aged Children*, ha raccolto i dati di 45 Paesi, compresa l'Italia, inerenti agli stili di vita dei giovani adolescenti (Ciardullo, Donati, Nardone, Pierannunzio e Spinelli, 2020). I dati raccolti in Italia nel 2018 su un campione di 58.976 ragazzi e ragazze tra gli 11 e i 15 anni, appartenenti a tutte le Regioni italiane, rileva che il 21,8% dei quindicenni, in prevalenza più maschi che femmine, dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi. Il restante 78,2% comprende coloro che si sono affidati a dei metodi contraccettivi, in ordine di percentuale del preservativo, del coito interrotto e della pillola, la minoranza usa metodi naturali (Spinelli, Nardone, Pierannunzio e Pizzi, 2019). Questi dati dimostrano quanto lavoro ci sia da fare ancora in termini di prevenzione e giustificano gli alti tassi di malattie come l'HIV e le gravidanze indesiderate. Proprio le malattie sessualmente trasmissibili stanno aumentando negli ultimi anni in Europa. L'unità operativa AISD di Roma ha condotto una ricerca all'interno delle scuole superiori per informare i ragazzi sulle strategie per prevenire l'infezione da HIV e sulla possibilità di affidarsi ai servizi territoriali. Sono stati poi successivamente organizzati dei Focus Group al di fuori della scuola, più precisamente presso l'unità operativa di Roma, ma pochi ragazzi vi hanno partecipato. Questo dimostra quanto essi percepiscano le malattie sessualmente trasmissibili molto lontane da loro e dalla possibilità di contrarle durante i rapporti sessuali; infatti, al di fuori della scuola pochi hanno partecipato all'incontro dimostrando il poco interesse circa la questione (Spizzichino e Pedone, 2002).

Le gravidanze indesiderate e le malattie sessualmente trasmissibili sono solo alcuni degli aspetti da tenere sotto controllo, le condotte a rischio della sfera sessuale possono comprendere anche l'abitudine ad avere rapporti sessuali con persone molto più adulte oppure il fatto di utilizzare la sessualità come strumento per dimostrare il proprio potere, per colmare la bassa autostima, per non sentirsi inferiori, insomma tutti quegli aspetti che incidono non solo a livello fisico, ma anche a livello emotivo.

Credo che un grosso lavoro di prevenzione vada fatto all'interno delle scuole attraverso lezioni mirate dove si possa spiegare ai ragazzi l'anatomia e la fisiologia dell'apparato genitale maschile e femminile. Dar loro il modo di porre molte domande e di togliersi ogni dubbio nella maniera più naturale possibile attraverso dibattiti e confronti, permette di passare il messaggio che la sessualità è un atto naturale, ma che va affrontata nel modo più maturo possibile, soprattutto attraverso l'uso dei metodi contraccettivi (Sannella e

Toniolo, 2015), e accompagnando i giovani a vivere la sessualità nella consapevolezza del significato che assume per loro di volta in volta e non come un agito in cui il passaggio all'atto è svincolato dal senso profondo.

3.2.2 Abitudini alimentari scorrette

Quanto interesse hanno i giovani a consumare alimenti che facciano bene alla loro salute? E, soprattutto, quanto sono informati su ciò che fa male e ciò che fa bene? Sicuramente una buona educazione alimentare parte dalla famiglia e da ciò che è stato insegnato loro fin da bambini. Anche la presenza di alimenti sani nelle macchinette scolastiche o frequentare un gruppo di pari che si nutre in modo sano e pratica attività sportiva può essere un buon incentivo per seguire questo esempio.

È risaputo, quindi, quanto l'alimentazione corretta porti a uno stato di benessere e soprattutto alla prevenzione di patologie che potrebbero svilupparsi in età adulta quali il diabete, l'obesità, le malattie cardiovascolari o il cancro.

La ricerca HBSC-ITALIA (Ciardullo et al., 2020) mostra che il 16,6% dei partecipanti è in sovrappeso e il 3,2 è obeso. Ci tengo a precisare che essere normopeso non è sempre sinonimo di salute: molti adolescenti per vari fattori, tra cui il metabolismo veloce, riescono a bruciare molto velocemente i nutrienti e quindi anche un eccesso di zucchero non si manifesta con il peso.

Spesso si sottovaluta l'importanza della prima colazione. I dati dimostrano che sono molti i ragazzi che non la consumano, oltre il 30% dei partecipanti quindicenni. Saltare il primo pasto della giornata influisce sulla concentrazione, sull'umore e sulla quantità e qualità del pasto successivo.

Anche l'uso di frutta e verdura non è frequente; è doveroso da parte delle famiglie cimentarsi nella preparazione di pasti che contengano anche questi alimenti. Le linee guida, infatti, consigliano di assumere 5 porzioni di frutta e verdura in quanto contengono una bassa densità energetica, sono fonte di fibre, vitamine e minerali e proteggono l'organismo (INRAN, 2019). Per contro, il consiglio è quello di ridurre i grassi e soprattutto di selezionare quelli "buoni".

Le bevande zuccherate vengono spesso consumate quotidianamente e, oltre che essere un fattore di rischio per la salute orale, alterano i livelli di glicemia nel sangue e più se ne

assumono e più se ne sente il bisogno. Gli adolescenti tendono a perdere l'abitudine di consumare i pasti in famiglia e mangiano più spesso fuori casa, prediligendo fast food e cibi a più alta densità energetica, ricchi in grassi e zuccheri. Fra chi frequenta i fast food sono più frequenti anche gli acquisti di bevande zuccherate, snack dolci e salati.

A meno che l'adolescente in questione non abbia una propensione personale nella ricerca di cibi sani è compito della scuola e della famiglia informare e proporre ai ragazzi una sana alimentazione. Negli ultimi anni i nutrizionisti che predispongono i menu delle mense scolastiche hanno tentato di rivisitare e riorganizzare i piani alimentari proposti attraverso l'incremento di frutta, verdura e legumi: si assiste a una resistenza da parte dei ragazzi a queste modifiche, ma le buone abitudini si acquisiscono nel tempo e vale la pena insistere in questa direzione (Servizio di ristorazione Vivenda Spa – Mensa Scuole Comune di Aosta).

3.2.3 Uso e abuso di sostanze alcoliche

L'alcol etilico o etanolo, nonostante sia ampiamente legalizzato in occidente, è in grado di produrre assuefazione e dipendenza al pari delle sostanze illegali. L'età è una variabile importante: l'alcol è dannoso anche per gli adulti, ma in particolar modo sotto i 18 anni, in quanto i giovani non possiedono gli enzimi destinati alla sua metabolizzazione. Se poi oltre alla giovane età il ragazzo assume bevande alcoliche altamente concentrate, è a stomaco vuoto, è di sesso femminile, è molto magro o sta assumendo in concomitanza altri farmaci, allora il fegato farà molta più fatica ad eliminare la sostanza (Pierlorenzi e Faliva, 2011).

Gli effetti nocivi dell'alcol possono portare a conseguenze sia di tipo psichiatrico che di tipo internistico. Tra le conseguenze psichiatriche si riscontrano, ad esempio, intossicazioni acute e stati di ebbrezza, e nei casi gravi patologie come la sindrome di Korsakoff, caratterizzata dalla perdita della memoria e dalla disfunzione del sistema nervoso periferico. I soggetti alcolodipendenti soffrono anche della sindrome di astinenza alcolica, che si manifesta dopo la sospensione dell'alcol, con disturbi di diverso tipo come tremori, depressione, deliri e allucinazioni. Tra le complicanze internistiche troviamo danni a carico del fegato, dell'apparato digerente, dell'esofago, dello stomaco, del tratto intestinale, del pancreas e del cuore.

Le ricerche dimostrano come sia aumentato il consumo di alcolici tra i giovani. Nel 2018, il 43% dei quindicenni e il 37% delle quindicenni ha fatto ricorso al *binge drinking* (assunzione di 5 o più bicchieri di bevande alcoliche, in un'unica occasione) negli ultimi 12 mesi (Spinelli et al., 2019). Il *binge drinking* è un fenomeno in aumento ed è causa di numerosi incidenti stradali come rilevato anche dai dati ISTAT che dimostrano che la guida in stato di ebbrezza si trova tra le principali cause di incidenti mortali. Questo comportamento è presente prevalentemente nei Paesi del nord Europa, ma si è fortemente radicato anche nel nostro Paese in particolar modo nella fascia giovanile della popolazione, "contaminando" anche le generazioni di adulti e anziani, prevalentemente di sesso maschile (Ghirini, Scafato, Gandin, Galluzzo, Martire, Russo, Parisi, Rossi e Di Pasquale, 2010).

È importante capire l'incidenza di bevitori tra i giovani proprio perché è a questa età che spesso si consolidano abitudini e dipendenze che poi saranno mantenute in età adulta.

Con quale frequenza deve assumere alcol un giovane per poter essere definito bevitore? Per legge, in Italia vige il divieto (Legge 8.11.2012 n.189) di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni e il consumo anche di una sola bevanda alcolica da parte di ragazzi minorenni rappresenta un comportamento a rischio nel consumo di alcol.

Sono svariati i motivi per cui un ragazzo si avvicina per la prima volta all'alcol e spesso lo fa per non sentirsi diverso dagli altri, per mascherare la timidezza, per sentirsi disinibito e migliorare le relazioni sociali; tale comportamento può poi ripetersi e consolidarsi nel tempo ed è per questo che anche solo un consumo singolo può essere un forte fattore di rischio. Le conseguenze legate a questo fenomeno, oltre a quelle dannose per la salute stessa, risultano essere molteplici anche a causa dei così detti effetti secondari indotti da comportamenti a rischio sotto l'effetto dell'alcol come la guida in stato di ebbrezza, che abbiamo già citato prima, ma anche le attività sessuali non pianificate che presentano per le donne il rischio di gravidanze indesiderate e per l'uomo il costringere un'altra persona ad avere rapporti con lui, oltre che, per entrambi, il rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili come l'HIV (visto che nella maggior parte dei casi i rapporti avvengono senza protezione). Sotto l'effetto di alcol spesso si mettono in atto anche comportamenti violenti contro se stessi e contro le altre persone o si possono provocare danni alle

proprietà altrui. Inoltre, l'adolescente può andare incontro a un peggioramento delle prestazioni scolastiche che spesso conducono all'abbandono degli studi (Pierlorenzi e Faliva, 2011).

3.2.4 L'uso di sostanze

L'uso di sostanze si è diffuso dopo gli anni Sessanta tra i giovani; le nuove culture giovanili del dopoguerra, con i loro codici e linguaggi nuovi, hanno attirato l'attenzione di studiosi e operatori circa il loro modo di vivere. Oltre all'eroina, già ampiamente utilizzata, nascono nuovi tipi di droghe e nuove modalità di assunzione che i ragazzi iniziano a consumare soprattutto all'interno delle discoteche, ricercando delle modificazioni dello stato di coscienza spesso percepite come gratificanti (Faliva e Pierlorenzi, 2011). Tra le sostanze più conosciute come la caffeina, l'eroina, la cocaina, la canapa indiana, l'LSD o l'Ecstasy, rientrano anche le sostanze come gli antidepressivi o gli ansiolitici. Questi ultimi ovviamente diventano droghe nel momento in cui chi li assume non rispetta il dosaggio e i tempi che il medico ha indicato sulla prescrizione medica.

Nonostante gli sforzi compiuti a sostegno delle attività di prevenzione rivolte ai giovani, la diffusione del fenomeno rimane preoccupante. Le statistiche del gruppo di ricerca HBSC-Italia 2018 sugli stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11 e 15 anni nella Regione Piemonte ci illustrano che, su un campione 3.022 ragazzi, i due terzi dei quindicenni (74%) non ha mai consumato cannabis nella vita; il 6% ha dichiarato di aver fumato cannabis almeno 30 volte o più: tale comportamento ha frequenza maggiore nei maschi (7,3%) rispetto alle femmine (4,3%) (Gruppo di Ricerca HBSC Italia, 2018).

La cannabis risulta la sostanza più utilizzata da adulti e ragazzi dopo il tabacco e l'alcol, e i modelli di consumo di cannabis negli adolescenti possono essere molto diversi e culturalmente influenzati: da un lato esso viene presentato come minaccia per la salute e per la stabilità mentale o come un passo verso l'uso di droghe più pesanti; dall'altro viene associato a modelli sociali di successo, come cantanti famosi o star del cinema, e come atteggiamento libero, anticonformista.

Anche in relazione a questo comportamento, l'influenza del gruppo dei pari è uno dei fattori più potenti: i ragazzi, infatti, hanno bisogno di sentirsi accettati dagli amici e il disagio di non riuscire ad entrare in un gruppo che fa uso di sostanze può portare il ragazzo

a consumare droghe per non sentirsi diverso. Anche i problemi in famiglia spesso causano questo disagio e un clima emozionale negativo, la separazione dei genitori, lo stile educativo troppo autoritario e il modo in cui viene insegnato loro a gestire lo stress si possono ripercuotere su svariati atteggiamenti e comportamenti, tra questi anche l'uso di droga.

3.2.5 Adolescenti e tabagismo

Nonostante siano da tempo ben note le conseguenze negative sulla salute sia a lungo, che a medio e breve termine, il consumo di tabacco rimane la principale causa di morte prevenibile. I dati della ricerca HBSC-ITALIA 2018 dicono che le ragazze quindicenni italiane fumano di più rispetto ai coetanei maschi; infatti, il 32% delle ragazze rispetto al 25% dei ragazzi ha fumato almeno un giorno nell'ultimo mese (Spinelli et al., 2019).

L'uso delle prime sigarette avviene per lo più durante l'adolescenza; pertanto, è necessario promuovere delle campagne preventive e politiche efficaci di salute pubblica per bloccare l'inizio e l'instaurarsi della dipendenza.

Cosa spinge i ragazzi a provare la prima sigaretta?

Alcuni Autori (Faliva e Pierlorenzi, 2011) sostengono che le cause possono essere di varia natura e tra queste incontriamo le seguenti:

- La nicotina provoca assuefazione non solo fisica ma anche psicologica legata ai rituali che la sigaretta crea, come ad esempio fumare dopo i pasti o in momenti specifici della giornata.
- Fumare in compagnia è un modo per socializzare e per condividere un'esperienza con qualcun altro.
- Spesso per gli adolescenti fumare è un atto di ribellione, per contrastare il mondo adulto o per sentirsi grandi ed emulare le figure di riferimento.
- La sigaretta può essere utilizzata come strumento sostitutivo al cibo o come apparente metodo per superare momenti di tristezza, ed è in grado di donare benessere in particolare nei momenti difficili.
- Inoltre, coloro che appartengono a un basso ceto sociale o coloro che hanno i genitori che fumano sono più propensi a provare la prima sigaretta.

Il cancro polmonare, le malattie cardiovascolari e tutte le altre patologie correlate al tabagismo non sono sempre un sufficiente deterrente per non iniziare o per smettere di fumare, in quanto tale condotta viene spesso recepita come un comportamento accettabile, adulto e alla moda. I ragazzi non hanno la percezione di quanto sia facile iniziare ma difficile smettere, anzi, il pensiero di smettere è inizialmente molto lontano da loro. È solo in età adulta che spesso si matura il desiderio di cessare tale dipendenza: sono molti i trattamenti sostitutivi della nicotina come l'uso di cerotti, gomme da masticare, spray nasali o inalatori per ridurre i sintomi di astinenza. Per quanto questi interventi possano risultare efficaci, il vero successo risiede nella motivazione e nella fiducia delle proprie possibilità.

3.2.6 L'autolesionismo dei giovani

Spesso sentiamo parlare di autolesionismo ovvero di azioni aggressive rivolte a se stessi che l'individuo compie senza avere come fine ultimo il suicidio. Questi agiti consistono nel tagliarsi, graffiarsi o bruciarsi varie parti del corpo, a volte i soggetti arrivano addirittura a sbattere la testa contro il muro (Latina, Sacconi, Zucchetti e Rabaglietti, 2015).

Durante gli ultimi anni tra la popolazione adolescenziale il fenomeno dell'autolesionismo ha assunto particolare rilievo e proprio per questo motivo la comunità scientifica si è applicata nello studio di questo nuovo fenomeno per comprendere le cause e come intervenire su di esse in maniera precoce (Gatta, Sisti, Valentini, Sudati e Ferruzza, 2020).

I giovani che mettono in atto questa pratica nascondono disagi psicologici davvero profondi, generalmente legati alla difficoltà di gestire l'emotività e lo stress, e vivono grosse problematiche nel momento in cui si trovano di fronte a disagi personali e nelle relazioni con gli altri. Se si analizza la vita di questi giovani spesso hanno vissuto traumi familiari o vivono in famiglie problematiche, hanno bassa autostima, soffrono di depressione e hanno difficoltà a gestire i rapporti amicali. Si trova una forte correlazione anche con i disturbi del comportamento alimentare e l'uso di sostanze (Casini, 2021). Non riuscendo a gestire diversamente la sofferenza i giovani autolesionisti la esprimono attraverso le ferite sul corpo. Secondo quanto riportato da Casini in un articolo scritto per l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, gli interventi dovrebbero prendere in considerazione più aspetti e coinvolgere più figure professionali: gli interventi mirano ad aumentare l'autostima e

l'autoefficacia, a tollerare lo stress e le frustrazioni, a comprendere i propri disagi e a trovare le strategie migliori per affrontarle (Casini, 2021).

L'intervento da parte della famiglia, anche per quanto riguarda la gestione a casa per la riduzione dei comportamenti autolesivi, è ovviamente di primaria importanza.

Un ruolo indispensabile per supportare il giovane che adotta tali comportamenti è il sostegno dei pari, comprese le relazioni amicali che si sono estese anche al mondo virtuale. Secondo **Gross** (2004) la rete digitale sembra essere diventata un mezzo di comunicazione e di condivisione dei propri vissuti, sentimenti ed esperienze (Latina et al., 2015) e le interazioni spesso vengono percepite più supportive di quelle faccia a faccia. Detto ciò, possiamo supporre che le relazioni di amicizia, soprattutto online, tra i giovani possano essere un potenziale beneficio all'autolesionismo e creare un miglioramento del benessere psicologico degli adolescenti implicati in condotte autolesive. Il giovane può trarre benefici dai pari online solo se ha la fortuna di trovare amici propensi all'empatia, al buon senso e agli ideali a favore della salute, amici che possano realmente sostenerlo e aiutarlo nelle sue difficoltà. Il web, però, sappiamo che può essere un'arma a doppio taglio, sono presenti numerosi gruppi su Internet a sostegno dei comportamenti a rischio e se il giovane dovesse imbattersi in essi, per caso o perché ha bisogno di legittimare il suo comportamento autolesivo, allora questo rafforzerà la messa in atto delle sue condotte autolesive, è per questo molto importante la supervisione dei genitori e il controllo dei siti Internet che il ragazzo visita.

3.3 Fattori di rischio

Abbiamo già affrontato nei capitoli precedenti quanto sia fondamentale costruire un modello di prevenzione efficace, che abbia come obiettivo la riduzione dei fattori di rischio connessi ad una o più tendenze a adottare un comportamento disfunzionale e il potenziamento dei fattori protettivi presenti sia nell'individuo che nell'ambiente (Bonino e Cattellino, 2008). Ritengo sia molto importante utilizzare per questa classificazione l'ottica biopsicosociale e quindi prendere in considerazione tutti i possibili aspetti, in quanto l'adolescente si trova immerso in interazione continua con la comunità, la famiglia, l'ambiente scolastico e il gruppo dei pari. Nella definizione salutogenica di Antonovsky (1987) abbiamo visto che l'individuo si colloca in un continuum tra salute e malattia, dove si può

porre in un certo momento della propria vita; detto ciò, non possiamo ipotizzare ragazzi per cui la percentuale di rischio sia pari a zero o ragazzi per cui la percentuale di rischio sia pari a cento. Non esiste quindi la polarità di rischio o non rischio, ma l'adolescente, durante tutto il suo ciclo di vita, si può collocare all'interno di questo continuum e la posizione che adotta in un certo momento è data dall'interazione tra i fattori di rischio e i fattori protettivi.

I fattori di rischio comprendono tutti quegli elementi, come situazioni, eventi del passato e comportamenti che, se presenti, aumentano la probabilità che l'adolescente sia attratto e metta in atto condotte nocive per la propria salute.

Bonino e colleghi (2008) distinguono tra due tipi di fattori di rischio:

- *Fattori di rischio distali*: questa categoria comprende tutte le situazioni che, anche se presenti, a volte non sono sufficienti per portare l'adolescente a adottare condotte rischiose. Esempi di tali fattori possono essere abitare in quartieri poveri e in condizioni degradate oppure abitare in una famiglia con basse condizioni economiche o con un basso livello di istruzione.
- *Fattori di rischio prossimali*: questa categoria comprende tutte le situazioni più vicine al ragazzo e che implicano la qualità delle relazioni. Esempi di questi fattori sono abitare all'interno di una famiglia dove i genitori hanno problemi di dipendenze o psicopatologie, genitori in conflitto tra loro, vivere in ambienti violenti o, ancora, famiglie indifferenti e poco supportive. L'ambiente familiare disorganizzato è la prima causa che spinge il ragazzo a non prendersi cura di se stesso e ad adottare comportamenti poco salutari. I genitori, che non creano un buon legame di attaccamento con i propri figli o dove la comunicazione genitore/figlio è scarsa o inesistente, riusciranno meno a tenere sotto controllo le attività che il ragazzo svolge fuori casa, le compagnie che frequenta e se è in grado di mantenere un buon controllo dei propri agiti.

Anche il gruppo di pari, come abbiamo già visto più volte, esercita una forte pressione proprio perché, attraverso il confronto con i coetanei, l'adolescente definisce la sua identità, che può essere simile o diversa rispetto al gruppo. Il ruolo del leader e delle figure più popolari sono una forte ispirazione sia in senso negativo che

in senso positivo, e spesso i ragazzi possono adottare certe condotte non perché veramente credono in quello che fanno, ma per emulare e superare gli altri.

È chiaro che se uno o più fattori distali sono presenti in concomitanza con uno o più fattori prossimali la percentuale di rischio potrebbe aumentare ed è qui che giocano un ruolo di primaria importanza i fattori di protezione (Bonino e Cattelino, 2008).

Oltre alle variabili ambientali e relazionali è importante prendere in considerazione anche il grado di vulnerabilità del soggetto, le cosiddette variabili personali.

- *Fattori di rischio personali*: questa categoria comprende tutte le determinanti dei comportamenti collegati alla salute sia a livello cognitivo, come credenze, motivazioni, valori o caratteristiche di personalità e abitudini comportamentali (Sacchi, 2003). Riporto qui di seguito alcuni esempi per comprendere meglio di cosa si tratta.

La tendenza dell'adolescente di sperimentare e ricercare sensazioni forti è un importante fattore di rischio personale anche per la messa in atto di condotte nocive, come l'uso di marijuana, l'abuso di alcol o la guida pericolosa, per affermare se stesso e per mettersi alla prova. Ancora, l'adolescente potrebbe fare uso di sostanze anche per rendersi visibile a livello sociale e per dimostrare il proprio valore soprattutto durante i rituali di passaggio. Sfidare l'adulto e ricercare l'autonomia è un'altra forte motivazione per trasgredire, andare contro le regole e le leggi del mondo adulto e per affermare la propria indipendenza. (Caprara e Fonzi, 2000).

Un ruolo fondamentale è giocato dal fatto che l'adolescente non sia ancora del tutto capace di ragionare in termini probabilistici e di cogliere la causalità del rischio, spesso non rendendosi conto, ad esempio, che consumare una quantità elevata di zuccheri possa creare al suo fisico degli scompensi in quanto si sentono immuni e hanno un senso di onnipotenza (Faliva, 2011).

3.4 Fattori di protezione: la famiglia, la comunità, la scuola, la *Peer education*

L'impatto dei fattori di rischio può variare e non essere sufficiente a causare i comportamenti problematici poiché agiscono in concomitanza con la presenza e la forza dei fattori

di protezione, e per questo è molto importante non trascurarli e agire su di essi contrastando così in modo significativo l'influenza dei fattori di rischio.

Lo sviluppo adolescenziale, insieme con i suoi fattori personali, si colloca all'interno di un processo dinamico che vede come protagonisti soprattutto la famiglia, la comunità e la scuola che, anche qui, sono garanti della protezione del ragazzo verso i comportamenti che nuocciono la sua salute.

- *La famiglia come punto di riferimento:* la famiglia è considerata la più importante agenzia educativa e può influenzare l'adolescente in maniera diretta attraverso i comportamenti e gli atteggiamenti proposti, e in maniera indiretta attraverso lo stile educativo che utilizza. È importante che i genitori siano aperti al dialogo, ma che allo stesso tempo predispongano delle regole dentro e fuori casa, adottando uno stile educativo autorevole che maggiormente accompagna l'adolescente verso la conquista dell'autonomia, ma all'interno di uno spazio protetto (Bonino e Cattelino, 2008).
- *La protezione della comunità:* anche la comunità ha un ruolo importante attraverso soprattutto i messaggi che essa comunica e sarebbe importante che accompagnasse il ragazzo ad accettare in maniera consapevole di far parte del periodo adolescenziale limitando il suo desiderio di anticipare lo status adulto. Inoltre, la comunità potrebbe offrire spazi fisici di incontro come, ad esempio, centri per giovani dove è possibile condividere esperienze e relazionarsi con altri coetanei e impegnare il tempo in maniera costruttiva.
- *Vivere la scuola in maniera positiva:* generalmente i ragazzi che hanno un buon rendimento scolastico, un buon rapporto con insegnanti e compagni tendono in maniera minore a essere coinvolti nei comportamenti a rischio. La scuola svolge un ruolo protettivo in quanto stabilisce delle regole, mette a disposizione proposte educative e attività quotidiane che accompagnano l'adolescente di fronte ai compiti di sviluppo e, grazie al supporto dell'insegnante, fornisce la possibilità di affrontare il tema dei comportamenti a rischio, riflettere su di essi e cercare strade alternative. L'insegnante, inoltre, attraverso lo svolgimento delle attività quotidiane, contribuisce a migliorare le abilità cognitive, sociali e comunicative dei giovani.

- *Il sostegno dei pari*: come già più volte detto lo sviluppo dell'adolescente si caratterizza dal processo di differenziazione dalle figure adulte e dal processo di identificazione con il gruppo di pari, all'interno del quale si costruiscono il concetto di sé e si mettono in moto processi cognitivi di estrema importanza (Palmonari, 2011).

Partendo da questo presupposto è nato il metodo della *Peer education* o educazione tra pari (Croce e Gnemmi, 2003), centrale nella prevenzione e promozione della salute, che consiste nella formazione di alcuni adolescenti che successivamente tenteranno di informare e influenzare il resto del gruppo. Questo metodo può essere applicato anche per quanto riguarda la prevenzione di comportamenti a rischio: un gruppo selezionato di giovani, che vengono istruiti circa i potenziali danni dell'uso del tabacco, marijuana, alcol e cattiva alimentazione, ma anche di quanto sia importante nutrirsi bene, praticare attività sportiva e praticare attività che diano soddisfazione e che siano salutari, possono efficacemente trasmettere un messaggio ai loro pari. Questo non si limita a una trasmissione di sole informazioni tecniche, ma permette di riunirsi per trovare spunti di riflessione e attuare un pensiero critico.

Abbiamo visto come le variabili associate alla presenza e al potenziamento dei fattori protettivi possono essere legate ai fattori sociali, culturali e istituzionali presenti nel contesto in cui il giovane fa parte, vorrei però porre la mia particolare attenzione sui fattori protettivi individuali, di cui non ho parlato in questo capitolo proprio perché sarà oggetto del prossimo. Tra questi troviamo il concetto di autoefficacia di Bandura che sarà il tema centrale del successivo capitolo. Vista la forte relazione con l'autoefficacia, dedicherò anche un sottocapitolo ai concetti di *locus of control*, di resilienza, di strategie di *coping* e di *empowerment* quali ulteriori fattori individuali e personali che caratterizzano l'individuo nel rapporto con la propria salute.

Il mio intento è mostrare come i ragazzi possano trovare dentro di sé la giusta energia ed efficacia per prendersi cura di loro stessi; il mio pensiero vuole abbracciare la Psicologia Positiva e dare il messaggio ai giovani che tutti abbiamo l'opportunità di guidare le nostre vite nella giusta direzione, anche in termine di salute.

CAPITOLO 4 – IL RUOLO DELLA *SELF-EFFICACY* COME FATTORE PROTETTIVO E COME STRUMENTO PER GUADAGNARE SALUTE IN ADOLESCENZA

Le esperienze che vengono vissute in ambito familiare, scolastico e sociale abbiamo visto quanto siano in grado di influenzare i giovani nelle loro scelte e come possano condizionare i fattori protettivi e i fattori di rischio che intervengono nel campo della tutela della propria salute (Bonino e Cattelino, 2008). La famiglia, prima base di appoggio, offre modelli di apprendimento nei quali l'adolescente struttura la sua personalità; lo stile genitoriale autorevole, caratterizzato dall'affetto e da regole precise, la capacità dei genitori di controllare come i figli trascorrono il proprio tempo libero, il rapporto con i propri genitori basato sul dialogo, l'ascolto e il confronto garantiscono all'adolescente la protezione nei confronti dei comportamenti che pregiudicano la salute. Abbiamo potuto anche osservare come il gruppo di pari e la scuola abbiano certamente un grande potere di influenza sui comportamenti e le attitudini correlate alla salute. I compagni di scuola e gli amici forniscono o rafforzano valori e modelli spesso diversi rispetto alle abitudini familiari e, se da un lato essere accettato è fondamentale per il proprio benessere e per non sentirsi isolato, dall'altro l'influenza degli amici può contribuire ad intraprendere abitudini e comportamenti negativi per la salute. Gli effetti del contesto sono molteplici e spesso fuori dal controllo dei ragazzi che non hanno gli strumenti per agire su di esso; è proprio rispetto alla capacità degli adolescenti di sviluppare le competenze personali per affrontare e gestire la propria biografia nell'ambiente in cui sono immersi che vorrei porre la mia attenzione. I fattori protettivi personali, accennati nel capitolo precedente, ossia le variabili individuali, sono importanti tanto quanto i fattori protettivi esterni legati al contesto: essi sono legati a quelle risorse o condizioni specifiche della persona che l'adolescente trova dentro di sé. Alcune di queste sono la capacità personale di essere aperto alle relazioni, l'intelligenza, l'autonomia, la capacità di risolvere i problemi e la capacità di porsi obiettivi e di saperli realizzare; sono termini che spesso sentiamo nominare quando si parla nel linguaggio comune di certi aspetti della persona, a livello scientifico-psicologico, però, essi prendono il nome di autoefficacia (Bandura, 2000), locus of control, strategie di coping, resilienza ed empowerment.

Cosa significa essere autoefficaci? Da dove nasce questo pensiero e come si sviluppa nell'individuo? Che relazione troviamo tra il concetto di autoefficacia proposto da Albert Bandura e la capacità degli adolescenti di scegliere condotte salutari ed evitare comportamenti a rischio? Partendo dalle basi teoriche dell'autoefficacia cercherò di esporre quanto e come essa possa agire sul benessere dell'adolescente e come essa venga rinforzata anche dagli altri fattori personali.

4.1 Basi teoriche

Nel 1986 il noto psicologo canadese Albert Bandura introduce nella letteratura scientifica, all'interno del modello denominato Teoria Cognitivo-Sociale, il concetto di autoefficacia: *“Il senso di autoefficacia corrisponde alle convinzioni circa la propria capacità di organizzare ed eseguire le sequenze di azioni necessarie per produrre determinati risultati”* (Bandura, 2000, p. 23). Vediamo ora cosa sta alla base del concetto di autoefficacia.

La teoria sociale cognitiva ha dato ottimi contributi alle discipline psicologiche e nell'ambito della psicologia della salute essa si occupa di come le esperienze sociali delle persone siano in grado di formare la loro personalità e di regolarne la condotta; secondo questa prospettiva, gli adolescenti non si limitano ad essere condizionati dagli eventi ambientali o dalle predisposizioni genetiche, ma si evolvono attraverso l'esercizio dell'agentività umana che sta alla base del concetto di **autoefficacia**.

La capacità di **agency** è la capacità dei ragazzi di attivare il controllo sui propri pensieri, sulle proprie motivazioni, sui propri affetti e sulle proprie azioni per poter modificare l'ambiente circostante e non viverlo passivamente. L'agentività spinge a intraprendere determinate azioni per mirare a determinati scopi.

La teoria sociale cognitiva include i meccanismi di **agency** all'interno delle determinanti personali del Modello di causazione reciproca triadica (vedi Fig. 1) (Bandura, 2000).

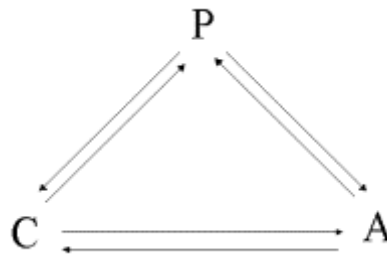


Figura 1. Modello di causazione reciproca di Bandura.
 C = Condotta; P = Personalità; A = Ambiente. (Fonte: Bandura, 2000).

La condotta, la personalità e l'ambiente si influenzano reciprocamente e le determinanti personali agiscono attraverso l'*agency* che permette di influenzare il corso degli eventi, e tra tutte le modalità in cui opera l'*agency* l'autoefficacia è una di esse.

L'agentività umana, per essere tale, deve avere determinate caratteristiche (Bandura, 2012):

- *L'intenzionalità*: la capacità delle persone di creare dei piani di azione e delle strategie per realizzarli.
- *L'estensione temporale*: essa non si limita solo alla mera pianificazione ma si estende all'immaginazione dei risultati che si ottengono nel raggiungere l'obiettivo prefissato; questo motiva e orienta fortemente gli sforzi e i comportamenti attuali.
- *L'autoregolazione*: oltre all'intenzione e alla pianificazione le persone agenti sono capaci di autoregolare e controllare le loro azioni facendo ciò che aumenta il loro valore.
- *L'autocoscienza funzionale*: questa permette la capacità di riflessione sulla propria efficacia e consente di effettuare correzioni.

Abbiamo anticipato poco prima che le convinzioni di autoefficacia personale sono uno dei processi utilizzati dai meccanismi di *agency*: se l'individuo ha una buona convinzione di efficacia personale e quindi pensa di riuscire a produrre gli effetti desiderati tramite le proprie azioni e di poter produrre cambiamenti, allora avrà buone possibilità di essere un agente attivo nella sua vita (Bandura, 2012).

Come agiscono le convinzioni di autoefficacia? Una volta che vengono generate da una serie di attività microsensoriali, percettive e di rielaborazione di informazioni, esse

agiscono a livello cognitivo, affettivo, motivazionale e di scelta. Gli individui efficaci si mettono alla prova e accettano i compiti difficili, si pongono grandi obiettivi, traggono vantaggio dall'ambiente, focalizzano la meta e, in caso di fallimento, aumentano ancora di più il loro impegno, ripristinando il senso di autoefficacia senza farsi coinvolgere da ansia e depressione; al contrario, gli individui con basso senso di autoefficacia sono spesso rinunciatari e evitano compiti difficili, hanno paura degli ostacoli perché si focalizzano solo sui loro limiti andando spesso incontro a ansia e depressione (Caprara e Fonzi, 2000).

Possedere un buon livello di autoefficacia è un'ottima spinta per permettere agli adolescenti di raggiungere i loro traguardi e vedremo come l'obiettivo di mantenere una buona salute e di evitare i comportamenti a rischio sia proprio rinforzato dal fatto di sentirsi agenti attivi nel proprio mondo. Questo aspetto della persona viene però spesso confuso con il termine autostima: chiarirò nel prossimo paragrafo la distinzione tra il concetto di *Self-efficacy* e quello di autostima, e come l'autoefficacia si costruisce nei vari contesti di vita (Sacchi, 2003).

4.2 il contributo dei vari contesti di vita nella crescita dell'autoefficacia dell'adolescente

Il termine autostima, nel linguaggio comune, viene spesso confuso con il termine autoefficacia: in realtà, non sono sinonimi e il loro significato assume connotazioni diverse. Il senso di autoefficacia fa riferimento a come l'individuo giudica le sue capacità in una determinata situazione (*posso risolvere questo problema?*), mentre l'autostima fa riferimento a come l'individuo giudica il valore personale in generale nella sua vita (*quanto valgo in questo campo della vita?*); l'autoefficacia può variare nel corso della propria esistenza a seconda di ciò che ci si presenta davanti, mentre l'autostima è un giudizio stabile di se stessi (Sacchi, 2003). L'autostima si genera dalla differenza tra il Sé percepito (le abilità e le qualità che un individuo ha oppure no) e il Sé ideale (l'immagine della persona che ci piacerebbe essere): tra loro due è necessario che ci sia armonia altrimenti l'individuo potrebbe maturare una bassa autostima. Riporto un esempio per chiarire questa differenza: un ragazzo può sentirsi inefficace in un determinato sport, ma non per questo avere una bassa autostima valutando se stesso in generale nella vita,

oppure potrebbe sentirsi efficace nel riuscire a bere molti cocktail con gli amici, ma non per questo avere buona stima di se stesso, in quanto è consapevole che l'azione sia nociva per la propria salute. Spesso per raggiungere un obiettivo, ad esempio un ragazzo che deve fare una dieta dimagrante perché è obeso, non basta avere autostima, anzi, il giovane in realtà potrebbe non averne affatto e avere invece, in quell'occasione, un forte senso di efficacia che lo porta al raggiungimento dell'obiettivo: potrebbe pensare di essere efficace nel seguire una buona alimentazione e dimagrire ma di non avere una buona stima di sé nella relazione con le ragazze (Bandura, 2000).

È importante precisare la distinzione tra autoefficacia e autostima perché queste si generano in maniera differente nel percorso di vita e sono influenzate differentemente dai vari contesti che si presentano davanti a noi. Poniamo, quindi, l'attenzione su come si sviluppa il senso di autoefficacia fin dall'infanzia.

Il bambino nasce del tutto privo del senso di agentività e, solo attraverso le prime esperienze, dove osserva e comprende di poter manipolare l'ambiente, ad esempio, attraverso il pianto per ottenere attenzioni o attraverso il movimento della mano per far muovere un somaglino, inizia a comprendere che le sue azioni possono produrre dei risultati. Attraverso queste prime esperienze di interazione con l'ambiente, il bambino comincia ad apprendere che esistono delle relazioni causali tra gli eventi; verificando ripetutamente che le sue azioni personali sono in grado di generare l'effetto sperato, accrescerà sempre di più la sua percezione di efficacia e la convinzione di essere un agente attivo. Come per tutti gli altri aspetti dello sviluppo anche l'autoefficacia può essere indebolita o rafforzata in base alle esperienze vissute nei vari contesti di vita. Vediamolo nel dettaglio (Bandura, 2012):

- *La famiglia: la prima fonte di autoefficacia.* Ho anticipato appena sopra che i neonati dipendono totalmente dagli adulti che devono prendersi cura di loro e imparano molto in fretta a padroneggiare i comportamenti e le azioni dei genitori attraverso le richieste e il pianto. Successivamente, iniziano ad agire più direttamente sull'ambiente e vari studi (Bandura, 2012) hanno dimostrato come un contesto stimolante e genitori che permettono ai figli di interagire efficacemente con il loro ambiente aiutino a contribuire alla costruzione del senso di efficacia. Attraverso le esperienze e i feedback dei genitori, il bambino impara in cosa è efficace e in cosa è meno efficace, insomma impara a giudicare in modo

autonomo la sua autoefficacia. La cosa interessante è come, però, crescendo i ragazzi riescano a compensare la mancanza di abilità con un forte impegno ed è così che, sempre tenendo in considerazione la gerarchia delle proprie competenze, si rafforza il senso di autoefficacia.

- *I pari: una fonte efficace.* La relazione con i pari permette ai ragazzi, anche dovendo spesso gestire una buona dose di frustrazione, il confronto delle diverse abilità per verificare il loro livello di efficacia; il bambino tende, quindi, a selezionare il gruppo di amici in base ai suoi interessi e questo, però, potrebbe limitarlo nello sviluppo di altre potenzialità. I bambini sperimentano nelle relazioni il loro livello di efficacia anche per ciò che concerne le propensioni comportamentali in situazioni sociali come, ad esempio, la scelta tra comportamenti aggressivi o prosociali: ad esempio, alcuni ragazzi con un'alta efficacia nei comportamenti aggressivi tenderanno a scegliere obiettivi che necessitano di aggressività per essere raggiunti; fortunatamente, al contrario, i ragazzi con efficacia nelle relazioni positive cercheranno obiettivi amichevoli e che risolvano i problemi.
- *A scuola con autoefficacia* (Cattelino, 2007). Importante è sottolineare come a scuola si cerchi non solo di aumentare le abilità cognitive con il classico metodo didattico, ma come sia importante insegnare ai ragazzi ad apprendere l'autoefficacia regolatoria, ovvero la capacità di istruirsi da sé anche al di fuori dell'ambiente scolastico; questo consiste nel maturare negli alunni l'interesse per le materie su cui possono approfondire le conoscenze al di fuori della scuola. Come con il gruppo dei pari, anche a scuola ci si confronta con le abilità degli altri e spesso i compagni sono un'ottima fonte di sostegno e, attraverso la cooperazione, contribuiscono ad aumentare il raggiungimento di livelli di prestazione più elevati. La soddisfazione scolastica per i buoni risultati ottenuti garantisce anche una protezione nei confronti dei comportamenti a rischio per la salute; riporto, a tal proposito, qui di seguito, uno studio condotto in Valle d'Aosta su circa 800 adolescenti dai quattordici ai diciannove anni ai quali è stato somministrato, in forma anonima, il questionario "*Io e la mia salute*" (Cattelino, 2007). Il questionario è composto da circa 600 domande inerenti ai comportamenti a rischio degli adolescenti e come questi siano collegati ad altri aspetti, come il

tipo di scuola e le esperienze scolastiche: i risultati evidenziano come i ragazzi che ottengono soddisfazioni a scuola siano poi meno propensi ad adottare comportamenti a rischio. Questo accade perché i buoni risultati si ottengono, oltre che per le abilità cognitive, anche per il grande impegno e questo attiva in loro la capacità riflessiva che permette di ancorarsi nel qui e ora senza avere la voglia di passare velocemente al mondo adulto. Non sentirsi efficaci a livello didattico e soprattutto non sentirsi efficaci nel superare le difficoltà scolastiche, anche a causa della mancanza di appoggio da parte della famiglia, può portare i giovani a intraprendere vie di fuga e seguire la via del rischio per potersi sentire a loro modo efficaci in qualcosa (Cattelino, 2007).

La famiglia, i pari e la scuola possono creare delle situazioni davvero favorevoli in cui è possibile sviluppare il senso di efficacia degli adolescenti e un buon ambiente è sempre una buona base su cui muoversi; possiamo delineare, quindi, quattro modi attraverso i quali si sviluppa l'autoefficacia (Abderhalden e Jüngling, 2019):

- *Le esperienze di padronanza*: sono tutte le situazioni in cui il ragazzo sperimenta i successi, anche non del tutto facili da raggiungere ma che hanno richiesto un certo grado di impegno; nel caso di insuccessi si ha comunque la capacità di gestirli favorendo il senso di efficacia per gli obiettivi futuri.
- *Il modellamento sociale*: osservare come gli altri riescono a raggiungere i loro obiettivi ci motiva a impegnarci e a perseverare cosicché le nostre capacità diventano sempre maggiori; questo purtroppo però vale anche nelle situazioni di fallimento altrui.
- *La persuasione sociale*: chi è realmente efficace non vuole solo mostrare agli altri le proprie abilità, ma vuole superare se stesso e i suoi standard.
- *Stati fisiologici ed emozionali*: le emozioni che si provano influenzano il livello di autoefficacia. Un buono stato d'animo aumenta il senso di efficacia, mentre un umore negativo lo diminuisce; è importante, quindi, ridurre la sensibilità nei confronti dello stress per diminuire le sensazioni fisiologiche negative.

4.3 L'autoefficacia come strumento per la gestione delle attività a rischio

Tutte le fasi della vita, l'infanzia, l'adolescenza, l'età adulta e la vecchiaia richiedono nuove abilità per far fronte alle diverse situazioni; abbiamo più volte ribadito il fatto che l'adolescenza sia un momento delicato dove si presentano nuove sfide e dove i giovani si pongono molte domande sul loro futuro e sulla loro vita: devono imparare nuove abilità presenti nella società adulta e devono assumersi maggiori responsabilità, come la scelta del percorso scolastico o le relazioni di amicizia e via dicendo. La scelta importante che devono fare si basa anche sulla capacità di prendersi cura della propria salute e di non cadere in condotte rischiose che possono essere davvero nocive, sia a breve che a lungo termine. Abbiamo già accennato più sopra come, attraverso programmi di prevenzione, sia possibile non permettere che le persone cadano in situazioni sfavorevoli e di come queste possano essere superate in maniera del tutto positiva; è importante concentrarsi sui rischi, ma anche sulla capacità dell'individuo, in questo caso dell'adolescente, di tirare fuori le sue abilità personali per far fronte alle avversità. Bandura ribadisce più volte quanto l'essere umano sia un agente attivo e per questo il ragazzo che possiede un buon senso di autoefficacia riesce a adattarsi in maniera positiva alle situazioni avverse. Secondo la teoria sociocognitiva l'autoefficacia non è solo un fattore protettivo che difende l'individuo dalle condotte a rischio, ma è proprio un **fattore di abilitazione** che *“dà invece le risorse personali necessarie a scegliere e strutturare l'ambiente in modo che la vita prenda un corso positivo”* (Bandura, 2000, p. 253).

Il bambino, nel passaggio dalle scuole elementari alle scuole medie e successivamente alle scuole superiori, si imbatte in ambienti nuovi che richiedono abilità sempre diverse e mettono alla prova l'efficacia personale; per migliorare la loro capacità di essere autoefficaci è necessario aver superato e superare le difficoltà con impegno e fatica; così l'autoefficacia tenderà a svilupparsi. I ragazzi che sono stati 'tenuti in una bolla' e non hanno potuto sperimentare le loro abilità rischiano di non riuscire a gestire situazioni rischiose improvvise. Abbiamo visto quanto sia importante fin dall'infanzia avere genitori che hanno lasciato la libertà di sperimentarsi e autoregolarsi, e le famiglie sperano che i propri figli da adolescenti riescano a continuare il loro percorso seguendo le loro linee guida. Nel passaggio dalla famiglia al gruppo dei pari l'adolescente non è passivo poiché ha la capacità di *agency* che gli permette di resistere alle pressioni sociali e

all'influenza negativa del gruppo di amici, anche grazie alla sua **capacità autoregolatoria**, imparando così a gestire le situazioni rischiose e ad uscire da quelle dannose. A tal proposito, il ragazzo tende ad adottare comportamenti prosociali che recano un maggior grado di soddisfazione e di emozioni positive: questo crea le condizioni migliori per aumentare la propria autoefficacia verso l'evitamento di condotte a rischio; al contrario se, a causa di vari fattori, l'adolescente incappa in uso di sostanze, spesso questo indebolisce il suo senso di efficacia verso la capacità di resistere alle pressioni sociali e potrà avvicinarlo alla convinzione di non avere le abilità, incorrendo ancora di più nel rischio di essere vittima di pressioni sociali verso condotte negative (Bandura, 2012).

Le pressioni sociali sono un forte fattore di rischio, tuttavia un ragazzo che vive in un ambiente degradato, con poche opportunità e molti rischi, è sicuro che sarà coinvolto in attività nocive? Fortunatamente non per tutti è così: grazie a famiglie supportive, che tendono ad avvicinarli a modelli positivi e ad allenare il loro senso di efficacia, riescono a vincere sul contesto sfavorevole in cui sono immersi (Bandura, 2012).

L'importanza di riuscire a strutturare dei percorsi di vita positivi ci fa comprendere quanto sia importante avvicinare i ragazzi ai temi che riguardano le condotte rischiose attraverso programmi di prevenzione nelle scuole e nella comunità, ma anche attraverso il dialogo con la famiglia, gli amici e gli insegnanti. Per comprendere quale sia la strada migliore e come aumentare il senso di efficacia, senza limitarsi al solo passaggio di informazioni sui danni e sulle conseguenze delle condotte a rischio, prendiamo come esempio i comportamenti a rischio della sfera sessuale (Bandura, 2012) e analizziamo come si potrebbe agire nel migliore dei modi. Partendo dal presupposto che i genitori e la scuola spesso non riescono a fornire tutte le informazioni circa la sessualità e che, pertanto, gli adolescenti si affidano alle indicazioni che arrivano dai pari, dalla rete Internet e dalle loro esperienze, spesso informazioni per lo più distorte, è corretto che i programmi preventivi mirino a reindirizzare correttamente le informazioni circa la sessualità; ciò è sicuramente molto utile, ma non si rivela sufficiente. I programmi non dovrebbero prevedere solo il passaggio di informazioni tecniche sulle malattie sessualmente trasmissibili o sulla possibilità di gravidanze indesiderate; per poter mettere in atto le conoscenze corrette l'adolescente deve aver un buon livello di autoefficacia nel controllo

delle attività sessuali e nella gestione delle relazioni interpersonali. L'obiettivo, pertanto, non è solo insegnare come comportarsi durante i rapporti sessuali, bensì insegnare loro le abilità da mettere in atto in caso di pressioni interpersonali come il potere della seduzione, la paura di essere rifiutati o la sensazione di imbarazzo. Alcuni studi (Bandura, 2012) dimostrano come ragazze con un buon senso di autoefficacia utilizzino maggiormente i metodi contraccettivi durante i rapporti sessuali: più o meno tutti sono a conoscenza della funzione dei metodi contraccettivi, ma solo chi ha un'alta autoefficacia tenderà ad usarli. **Gilchrist e Schinke** (1983) (Bandura, 2012) hanno condotto uno studio su un gruppo di ragazze adolescenti: essi hanno impartito lezioni sul rischio dei rapporti non protetti parlando anche in maniera aperta del sesso e delle contraccezioni e di come resistere alle proposte sessuali indesiderate. Questo intervento ha dimostrato, attraverso i dati raccolti, come sia aumentata in queste ragazze l'autoefficacia percepita e la capacità di gestire la sessualità. I programmi, quindi, potrebbero mirare a insegnare la gestione dello stress, come resistere alle pressioni, come risolvere i problemi, insomma a come sviluppare le abilità autoregatorie e il senso di efficacia oltre che informare sul fatto che i rapporti non protetti portino a gravidanze indesiderate e a contrarre malattie.

La forza dell'efficacia, acquisita prima con le esperienze vissute, con cui il giovane entra nel periodo dell'adolescenza contribuisce a gestire in maniera positiva il rischio di bere alcolici, assumere sostanze, praticare attività sessuali a rischio, alimentarsi in modo scorretto o autolesionarsi proprio perché ha acquisito la capacità di autoregolarsi e di comprendere che possiede le abilità per gestire gli *stressor*, i cambiamenti e le pressioni.

4.4 L'autoefficacia come strumento per il proprio benessere

Nel campo della salute è fondamentale per i giovani saper gestire il rischio, ma altrettanto importante è la loro efficacia nel saper adottare uno stile di vita salutare, indispensabile per mantenere un buono stato di salute; l'adolescente autoefficace è in grado di mantenere delle buone abitudini come praticare sport, alimentarsi in modo sano, evitare di fumare o assumere sostanze e controllare bene gli eventi stressanti. Per fare ciò il ragazzo non ha bisogno solo di tanta forza di volontà, ma deve possedere, come già esposto appena sopra, la capacità di autoregolarsi (Bandura, 2012); il senso di efficacia riferito alla salute si

sviluppa se l'adolescente controlla il suo comportamento, si pone degli obiettivi per dirigere il suo modo di agire, si incentiva e sfrutta le opportunità dell'ambiente per sostenere il suo percorso. Di fronte a una battuta di arresto dettata dallo sconforto, dalla fatica, da un momento stressante o dall'influenza del contesto e dei pari, se l'adolescente supera la crisi con resilienza e riesce a recuperare il controllo allora il suo senso di efficacia si rinforzerà ulteriormente.

I programmi di promozione più utili potrebbero proprio essere quelli che hanno come obiettivo l'insegnamento della capacità di autoregolazione più che puntare sulla modifica dei comportamenti (Bandura, 2012).

Vorrei porre l'attenzione anche sull'importanza dell'autoefficacia nella regolazione delle emozioni: la capacità di distinguere le emozioni e di capire se si è arrabbiati, tristi e di comprendere le conseguenze che i nostri comportamenti possono avere in base all'emozione è essenziale per gestire le condotte che fanno bene a noi stessi; se l'adolescente riconosce la rabbia e può esprimerla allora forse non andrà a canalizzarla in grandi abbuffate o in un rapporto sessuale non protetto o fumando una canna. Le emozioni guidano i nostri comportamenti a volte dannosi, quindi, un adolescente efficace sarà in grado di riconoscere le emozioni e regolarle (Caprara, Delle Fratte e Steca, 2002).

L'autoefficacia stessa incide sulla salute in maniera positiva (Abderhalden e Jüngling, 2019): studi sulle reazioni fisiologiche mostrano come persone con un buon senso di autoefficacia, di fronte allo stress, secernono meno cortisolo e la loro pressione sanguigna rimane più bassa (Abderhalden e Jüngling, 2019). Inoltre, riuscendo a gestire meglio la tensione, chi ha un buon senso di autoefficacia riesce a preservare meglio anche la sua salute mentale, grazie all'utilizzo del *locus of control* interno che vedremo in seguito (Abderhalden e Jüngling, 2019). Ancora, le persone con un elevato senso di autoefficacia sembrano essere maggiormente predisposte a portare a termine un programma di allenamento o l'alimentazione corretta (Abderhalden e Jüngling, 2019).

4.5 Il costrutto di resilienza, il *locus of control*, le strategie di *coping* e l'*empowerment* come fattori protettivi personali a sostegno dell'autoefficacia

Il concetto di autoefficacia è, a mio avviso, molto affascinante e crea quel senso di potere che ci fa sentire padroni di poter esercitare il controllo sulla nostra salute. Agisce inoltre

nel fronteggiare gli eventi stressanti e nella modificazione dei comportamenti nocivi. L'autoefficacia è già di per sé un ottimo strumento per far fronte alle minacce ambientali e alle condizioni stressanti rendendole meno perturbanti, se poi essa è supportata e valorizzata da ulteriori fattori personali come la capacità di resilienza, un *locus of control* interno, una buona strategia di *coping* e una buona capacità di *empowerment*, allora l'adolescente davvero potrebbe riuscire a muoversi in maniera molto agile di fronte alle situazioni difficili, alle sfide che gli si presentano davanti e ad essere artefice del proprio benessere (Rosa e De Vita, 2018).

4.5.1 Il concetto di resilienza

Quella che un tempo veniva chiamata semplicemente forza d'animo oggi si chiama resilienza (dal latino '*resiliens*', derivato da '*resilire*' ovvero rimbalzare, saltare indietro), una prima concettualizzazione della resilienza è stata proposta da Block (1980) mediante il modello di *Ego-Resiliency* che consiste nella capacità dell'adolescente di mettere in atto processi che facilitano un adattamento efficace e l'acquisizione di specifiche competenze anche in contesti di vita altamente stressanti. Può essere considerato come una sorta di negoziazione tra individuo e ambiente. Nel modello di Block al limite del polo opposto si trova l'*Ego-Brittleness* (fragilità dell'Io) (Menesini e Fonzi, 2005), per cui l'individuo è poco flessibile, ha istinto di conservazione e non riesce ad adattarsi all'ambiente. In sostanza, un'adolescente altamente resiliente riuscirà, nonostante la presenza di fattori di rischio e una condizione di alta vulnerabilità, a svilupparsi positivamente e a prendersi cura di se stesso senza cadere nei comportamenti a rischio per la salute. Inoltre, il ragazzo resiliente riesce a trovare degli spunti di crescita anche nelle situazioni che lo mettono alla prova e accrescerà il suo livello di competenza imparando a tollerare la frustrazione. La resilienza si costruisce tra l'interazione di fattori quali: l'autoefficacia, la capacità di risolvere problemi, la flessibilità, la capacità di recupero e resistenza, e i rinforzi che arrivano dall'ambiente (Lazzeri, 2007).

La resilienza si può acquisire nel tempo allenandosi ad affrontare, resistere e riorganizzare in maniera positiva la propria vita dopo aver subito eventi particolarmente negativi e traumatici; si apprende naturalmente o attraverso delle tecniche quali la *mindfulness* o la messa in pratica delle cosiddette *life skills* (competenze di vita).

- La *mindfulness*: Kabat-Zinn (1994), del programma MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*), definisce la *mindfulness* come una tecnica di meditazione che permette di prestare attenzione a tutto ciò che sorge, nel momento presente, con intenzione e con un atteggiamento non giudicante. Si allena una consapevolezza naturale, aperta, non valutante e intenzionale del nostro corpo, della nostra mente, dell'ambiente e degli altri (Bertetti, 2018). Questa tecnica, a mio avviso poco conosciuta e che andrebbe anche promossa all'interno delle scuole, permette ai giovani di osservare le loro sofferenze e di far emergere benessere e forza, per superare con resilienza le sfide della crescita. La *mindfulness* accresce la consapevolezza rispetto a un determinato problema, cercando di farlo osservare dall'alto per capire come è sorto, perché ci fa star male e come possiamo risolverlo.
- Le *life skills*: per competenze vitali si intendono tutte quelle abilità cognitive, sociali, emotive relazionali necessarie per affrontare con successo le sfide e i compiti della vita. L'OMS nel 1992 ha individuato 10 *life skills* da adottare nei programmi per adolescenti per promuovere il loro benessere (Bonino e Cattellino, 2008). Esse sono: la capacità di prendere decisioni, la capacità di risolvere problemi, la creatività, il pensiero critico, la comunicazione efficace, la capacità di relazione, l'empatia, la gestione delle emozioni, la gestione dello stress, l'autocoscienza e l'autoefficacia; proprio l'autoefficacia gioca un ruolo fondamentale nelle *life skills*, in quanto è vista come il risultato dell'impiego delle *life skills* e si può rafforzare anche attraverso la promozione mirata delle stesse. Le *life skills* si possono acquisire autonomamente nella vita quotidiana attraverso le varie esperienze di vita o attraverso programmi ideati apposta, soprattutto nelle scuole, finalizzati all'acquisizione delle *life skills* negli adolescenti (Rosa e De Vita, 2018).

4.5.2 Ulteriori fattori protettivi correlati con il senso di autoefficacia

Il concetto di autoefficacia è fortemente correlato con il concetto di *locus of control* che deriva dalla teoria dell'apprendimento sociale di **Rotter** (1954) (Lazzeri, 2007), esso si

riferisce all'idea che l'individuo ha del "luogo" in cui si collocano i responsabili di quello che gli succede, ovvero, la modalità secondo cui egli spiega gli eventi come prodotti da comportamenti riconducibili a sé o da cause esterne non dipendenti dal suo controllo: se un adolescente valuta gli eventi come una conseguenza delle proprie azioni (*locus of control* interno) o se crede che gli eventi siano fuori dal proprio controllo, quindi, causati da altre persone o dal "destino" (*locus of control* esterno), allora cambierà il suo impegno in tale comportamento. Chi possiede un *locus of control* interno aumenta i suoi standard perché convinto di avere le capacità per raggiungerli e controlla personalmente le sue azioni; al contrario, chi presenta un *locus of control* esterno ritiene che ciò che accade sia fuori dal suo controllo e che sia gestito dal destino o dalla fortuna. Anche per quanto riguarda i comportamenti rilevanti per la salute, si presuppone che gli adolescenti con un *locus of control* interno siano maggiormente in grado di prendersi cura della loro salute e del loro benessere: se sentono, infatti, che la loro salute dipenda da loro stessi, saranno meno propensi a fumare, usare droghe o altro; l'autoefficacia si associa bene con il *locus of control* come risorsa interna dell'individuo, che si sente abile nel raggiungere i suoi obiettivi e capace di attivare il *locus of control* interno (Rosa e De Vita, 2018).

Durante la presa di decisione circa un determinato comportamento da seguire, l'adolescente deve mettere in atto degli sforzi cognitivi e comportamentali per essere in grado di gestire le richieste interne ed esterne, deve valutare la strategia e le risorse necessarie per far fronte alla situazione problematica; a tal proposito **Lazarus** (1991) delinea tre **strategie di coping** (fronteggiare) che l'individuo potrebbe adottare di fronte ad un evento (Menesini e Fonzi, 2005):

- *Coping centrato sul problema*: il ragazzo è agente attivo, analizza il problema e cerca efficacemente la soluzione, e, nel caso in cui il problema sussista, cercherà il più possibile di ridurre le conseguenze negative che si possono presentare.

- *Coping centrato sulle emozioni*: il ragazzo è più passivo e si impegna a gestire le emozioni riferite a quel problema e cerca di trovare delle strategie per dirigere le emozioni negative. In questo caso spesso le scelte che si fanno potrebbero essere funzionali e costruttive, come fare sport; al contrario, bere alcolici, usare sostanze o mangiare in misura eccessiva sono dei *coping* disadattivi con cui le persone pensano di poter controllare e sedare le proprie emozioni.

- *Coping centrato sull'evitamento*: l'adolescente evita il problema e cerca una via di fuga, finendo per allontanarsi dalle sue emozioni e dalla consapevolezza che lo aiuterebbe, invece, a trovare modalità più adatte di regolazione.

Le strategie di *coping* sono sicuramente legate a caratteristiche personali, ma variano anche in base alle situazioni; ad esempio, in condizioni di stress, ragazzi che solitamente utilizzano il *coping* in maniera efficace affidandosi prevalentemente a quello centrato sul problema, potrebbero perdere la flessibilità, diventare più passivi e perdere il senso di efficacia che prima nutrivano per attività che davano loro piacere; questo spesso accade quando si tratta di abbandono delle pratiche sportive (Rosa e De Vita, 2018).

Ultimo concetto, ma non per importanza, è quello di *empowerment* (Rosa e De Vita, 2018), un altro punto chiave nel mantenimento della salute: per *empowerment* intendiamo il viaggio di acquisizione del senso di potere sulla propria vita e, in questo caso, sulla propria salute; l'individuo ha la possibilità di sviluppare una maggiore padronanza sui propri diritti e di partecipare alle scelte e alla programmazione circa la tutela della propria salute. Per le figure professionali puntare sull'*empowerment* vuol dire aiutare le persone a scoprire e a usare la loro innata capacità di gestire e controllare in modo consapevole le loro condotte e la loro vita. Con il termine potere non si vuole indicare il potere su altre persone, poiché il termine è connotato in senso positivo, inteso, appunto, come le potenzialità che il ragazzo possiede nel gestire la sua esistenza. Il concetto è stato definito inizialmente dallo psicologo americano **Rappaport** (1981) e poi arricchito successivamente, sia da lui che da altri Autori; Rappaport e Zimmerman (1988), infatti, ritengono che l'*empowerment* sia dato dalla misura in cui si è in grado di:

- attribuire a sé gli effetti del proprio agire;
- avere fiducia nel proprio potere di influenzare la realtà (*locus of control* interno);
- sentire di avere le competenze per affrontare i problemi.

Sviluppare l'*empowerment* nei ragazzi permette di far capire loro la natura del proprio comportamento e consente la riflessione sul fatto che esistono delle alternative che permettono il cambiamento (Dallago, 2006).

Concludo questo percorso riportando un esempio riassuntivo in grado di racchiudere i vari concetti che ho esposto fin d'ora: facciamo proprio l'esempio della situazione in cui un adolescente smette di fare sport in un momento di stress. Egli si sente demotivato, affranto e triste: prima si sentiva efficace nello sport, mentre ora inizia ad avere qualche dubbio, la sua capacità di resilienza viene messa a dura prova; come può riattivare la sua *Ego-Resilience*? Attraverso il supporto della famiglia, dei pari e della scuola, praticando *mindfulness*, allenando le sue *like skills* e, soprattutto, attraverso le sue risorse personali interne. Se riesce a concentrarsi su un *locus of control* interno e, quindi, a capire che gli eventi e gli esiti dipendono da lui e che la gratificazione dell'attività sportiva dipende dalla sua volontà di metterla in atto, allora il ragazzo, attraverso una strategia di *coping* centrata sul problema, potrà riuscire a trovare le giuste forze per riattivare il suo senso di autoefficacia e a riprendere comunque l'attività sportiva nonostante si senta sopraffatto dallo stress.

Provo a “tradurre” questa serie di concetti in semplici frasi che potrebbero risuonare nella mente del giovane:

- Un buon livello di autoefficacia: *“Sono efficace nello sport, riesco a mettere in atto le azioni che mi portano al risultato desiderato”*.
- Resilienza: *“Anche se sono stressato, posso provare ad adattarmi alla situazione e a ritrovare la mia efficacia nello sport. Questa può anche essere l'opportunità per imparare qualcosa”*.
- *Locus of control* interno: *“Se non pratico sport e di conseguenza non ne ricavo le dovute soddisfazioni, dipende da me, è la conseguenza del fatto che non mi reco agli allenamenti”*.
- Strategia di *coping* centrato sul problema: *“Sono attivo e cerco di risolvere il problema, mi concentro sulle soluzioni migliori per uscire dalla condizione stressante”*.
- *Empowerment*: *“Conosco il mio comportamento e posso modificarlo, ho il potere di cambiare gli eventi”*.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

“Non possiamo dirigere il vento ma possiamo orientare le vele” (Seneca).

Alla luce di quanto evidenziato fin qui ho voluto offrire, nel percorso del mio elaborato, profondi spunti di riflessione su quanto sia importante per gli adolescenti possedere strumenti per gestire in modo efficace sia la salute che le attività a rischio.

Abbiamo avuto modo di vedere quanto il coinvolgimento dei giovani nelle strategie migliori per conseguire il proprio benessere fisico e mentale, secondo l'ottica biopsicosociale, passi attraverso i fattori biologici, cognitivi e socioculturali: in questo senso diventa fondamentale usare un approccio più integrato come ha evidenziato anche l'OMS che ha definito la salute come una condizione di *“pieno benessere psicofisico”*.

La psicologia della salute e l'approccio salutogenico, lavorando in ottica preventiva rispetto ai comportamenti a rischio e in ottica di promozione della salute, ci hanno svelato la capacità dell'individuo di adattamento e di cambiamento; lavorando su più fronti, è possibile per l'adolescente spostarsi verso il polo della salute.

È allarmante trovarsi di fronte a dati che mostrano quanto sia aumentata la percentuale di giovani che adottano condotte rischiose: i comportamenti a rischio della sfera sessuale, le abitudini alimentari scorrette, l'uso e l'abuso di sostanze alcoliche e di sostanze psicotrope, il consumo di tabacco e le pratiche di autolesionismo sono in costante crescita e, attraverso lo studio delle varie teorie sullo sviluppo dell'adolescente, ci siamo soffermati su quanto sia importante come fattore protettivo il senso di autoefficacia sviluppato da Albert Bandura.

L'aspetto dell'autoefficacia che riguarda la tutela della salute degli adolescenti è quello relativo alla loro capacità di autoregolarsi a livello comportamentale; la percezione di efficacia personale implica una regolazione sullo stato di salute sostenendo il cambiamento attraverso la modifica e il consolidamento di stili comportamentali che permettono di acquisire e mantenere uno stile di vita salutare. Soprattutto nei momenti di stress per l'adolescente è molto difficile non cadere in condotte a rischio, pertanto, abbiamo potuto constatare quanto il ruolo dell'autoefficacia sia un forte fattore individuale per contrastare il rischio e per adottare condotte salutari. Lavorare sui fattori protettivi individuali, quali appunto il senso di autoefficacia, la resilienza, il *locus of control*, le strategie di *coping* e l'*empowerment*, e non concentrarsi solo sui fattori di

rischio, è un ottimo metodo per attivare nel giovane i fattori abilitanti, ovvero quelle risorse e capacità che si possono adottare per far fronte alle sfide della vita.

BIBLIOGRAFIA

- Bandura, A. (2000). *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Trento: Erickson.
- Bandura, A. (2012). *Adolescenti e autoefficacia. Il ruolo delle credenze personali nello sviluppo individuale*. Trento: Erickson.
- Bertetti, B. (2018). *Adolescenti consapevoli. La mindfulness per superare con resilienza le sfide della crescita*. Milano: Franco Angeli.
- Bertini, M. (2012). *Psicologia della salute*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bonino, S, & Cattellino, E. (A cura di) (2008). *La prevenzione in adolescenza*. Trento: Erickson.
- Caprara, G.V., Delle Fratte, A., & Steca, P. (2002). Determinanti personali del benessere nell'adolescenza: indicazioni e predittori. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 6 (2), 203-233.
- Caprara, G. V., & Fonzi, A. (2000). *L'età sospesa. Itinerari del viaggio adolescenziale*. Firenze: Giunti Editore.
- Coleman, J.C. (1990). *La natura dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino.
- Croce, M., & Gnemmi, A. (2003). *Peer education: adolescenti protagonisti della prevenzione*. Milano: Franco Angeli.
- Dallago, L. (2006). *Che cos'è l'empowerment*. Roma: Carocci.
- Erikson, E. (1995). *Gioventù e crisi d'identità*. Roma: Armando Editore.
- Erikson, E., & Erikson, J. (2018). *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*. Roma: Armando Editore.
- Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2008). A salutogenic interpretation of Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23 (2), 190-199.

- Faliva, C. (A cura di) (2011). *Tra normalità e rischio. Manuale di psicologia dello sviluppo e dell'adolescenza*. Rimini: Maggioli Editore.
- Gatta, M., Sisti, M., Valentini, P., Sudati, L., & Ferruzza, E. (2020). Autolesività non suicidaria in età adolescenziale (NSSI) Una rassegna della letteratura dalla prospettiva descrittiva a quella motivazionale. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 24 (1), 7-34.
- Ghirini, S., Scafato, E., Gandin, C., Galluzzo, L., Martire, S., Russo, R., Parisi, N., Rossi, A., & Di Pasquale, L. (A cura di) (2010). *BINGE DRINKING: un'abitudine consolidata nel tempo tra i giovani*, Centro Servizi di Documentazione Alcol dell'Osservatorio nazionale Alcol (CNESPS).
- Latina, D., Sacconi, B., Zucchetti, G., & Rabaglietti, E. (2015). La mediazione dell'autoefficacia sociale nella relazione tra qualità positiva dell'amicizia online e autolesionismo in adolescenza. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 14 (3), 523-533.
- Lazzeri, D. (2007). *Mente e salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione*. Milano: Franco Angeli.
- Leman, P., Bremner, A., Parke, R. D., Gauvain, M., Sulla, F., Traverso, L., & Versari, A. (2019). *Psicologia dello sviluppo*. Milano: McGraw-Hill Education.
- Malerba, L. (2004). La psicoterapia analitica di gruppo con adolescenti: verso un approccio flessibile e integrato. *InterConoscenza – Rivista di Psicologia, Psicoterapia e Scienze Cognitive*, 2 (2), 156-179.
- Menesini, E., & Fonzi, A. (2005). Strategie di coping e caratteristiche di resilienza in adolescenza. *Psicologia clinica dello sviluppo*. 9 (3), 437-456.
- Molinari, L., & Speltini, G. (2003). L'adolescenza fra normalità e disagio. *L'informazione bibliografica*, 24 (1), 86-106.
- Palmonari, A. (2011). *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino.
- Piaget, J. (2000). *Lo sviluppo mentale del bambino e altri studi di psicologia*. Torino: Einaudi.

Rosa, R., & De Vita, T. (2018). La valenza educativa della Corporeità e delle Attività Motorie nell'apprendimento delle *Life Skills Education* nella Scuola. *Giornale Italiano di Educazione alla Salute, Sport e Didattica Inclusiva*, 2 (1), 56-72.

Sacchi, D. (2003). *Apprendisti adulti: interventi di prevenzione e terapia con gli adolescenti*. Milano: McGraw-Hill.

Sannella, A., & Toniolo, F. (2015). *Le sfide della società italiana fra crisi strutturali e social innovation*. Venezia: Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing.

Skinner, B. F. (1975). *Il Comportamento verbale*. Roma: Armando.

Spizzichino, L., & Pedone, G., (2002). Accesso ai servizi pubblici e prevenzione dell'infezione da HIV: un'esperienza di progettazione partecipata con gli adolescenti. *Annali Istituto Superiore di Sanità* 2002; 38 (4), 367-375

Szadejko, K. (2020). Il modello "biopsicosociale": verso un approccio integrale. *Teoria e prassi Rivista di Scienze dell'Educazione*, 1 (1), 21-27.

Turchi, G. P., & Della Torre, C. (2007). *Psicologia della salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico*. Roma: Armando Editore.

Zani, B., & Cicognani, E. (2000). *Psicologia della salute*. Bologna: Il Mulino.

SITOGRAFIA

<https://aosta-mense.it/chi-siamo/>

Abderhalden, I., & Jüngling, K. (2019). *Autoefficacia. Un opuscolo per gli attori dei programmi d'azione cantonali impegnati nella promozione dell'autoefficacia e delle life skill*. Berna: Promozione Salute Svizzera. Disponibile in: www.promozionesalute.ch/pubblicazioni

Casini, M. P., (A cura di) (2021). *Autolesionismo Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*. Disponibile in: <https://www.ospedalebambinogesu.it/autolesionismo-79956/>

Cattelino, E. (2007). *Adolescenti tra rischio e benessere: il contributo dell'autoefficacia scolastica*. 13-17. Disponibile in: https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1LRFG1C13LZj3uo7Wu6C_adbxDLmU6-6r

Cattelino, E. (2007). *Adolescenti tra rischio e benessere: il ruolo della scuola*. 15-18. Disponibile in: https://www.regione.vda.it/istruzione/Publications/ecole_valdotaine_archives/43/15.pdf

Ciardullo, S., Donati, S., Nardone, P., Pierannunzio, D., & Spinelli A. (2020). *Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute, CNAPPS – ISS*. Disponibile in: <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/rapporto-internazionale2017-2018>

Il gruppo di ricerca HBSC Italia 2018 (2018). *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11 e 15 anni Regione Piemonte*. Disponibile in: <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/pdf/report/piemonte-2018.pdf>

Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione – INRAN (2019). *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. Disponibile in: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2915_allegato.pdf

Nardone, P., & Ciardullo, S. (2022). *Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute, CNAPPS – ISS*. Disponibile in: https://www.epicentro.iss.it/politiche_sanitarie/salute-adolescenti-linee-guida-oms-2022#writers
https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=null&id=3905

Spinelli, A., Nardone, P., Pierannunzio, D. & Pizzi E. (2019). *Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute, Cnapps-Iss*. Disponibile in: <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/hbsc-italia-2018>

<https://www.treccani.it/vocabolario/rischio/>

World Health Organization (2017). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation*. Disponibile in: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1405609.pdf>