

FEAR APPEAL... MODELLI TEORICI

Messaggi forti antifumo: come, quando e perché.

Ilaria Baraldi

La prevenzione al fumo è un progetto pianificato e realizzato dall'OMS che ha lo scopo di garantire la salute e il benessere dell'intera umanità visto che, nel mondo, muore una persona ogni otto secondi a causa del consumo di tabacco, ovvero più di 4 milioni all'anno.

Oltre alla "restriction policy" (il divieto di fumare in tutti i luoghi pubblici) e all'aumento dei prezzi delle sigarette, una delle strategie più utilizzate per ridurre il consumo (o la domanda) di sigarette è inserire avvertenze sulla salute efficaci su tutte le confezioni dei prodotti del tabacco.

I messaggi persuasivi più utilizzati per comunicare le conseguenze negative di un comportamento non salutare, come fumare, sono i fear appeal che, suscitando paura, portano ad un cambiamento comportamentale.

Tipicamente i fear appeal hanno due componenti: la minaccia e la risposta raccomandata. La parte di minaccia del messaggio delinea le conseguenze negative di un determinato comportamento (ad esempio, "il fumo uccide"); la

parte del messaggio che riguarda la risposta raccomandata descrive invece i comportamenti che bisognerebbe attuare per evitare di sperimentare la minaccia (ad esempio, "il tuo medico e il tuo farmacista possono aiutarti a smettere di fumare").

- Negli anni '50, a Yale, **Howland, Janis e Kelly**, i primi studiosi che si occuparono dei fear appeal, elaborarono il Drive Model. Questi credettero che quando le persone sono attente a comunicazioni che presentano minacce per il Sé, sperimentano una reazione emotiva spiacevole che le motiva a cercare risposte in grado di ridurre tale tensione. Affermarono cioè che la paura suscitata potesse avere un ruolo di "drive", di guida, che avrebbe potuto motivare le persone ad agire e a ripristinare quindi lo stato emotivo precedente. Complessivamente il **Drive Model** propone una relazione curvilineare tra l'attivazione di paura e l'effetto persuasivo tale che aumentando la paura aumenta anche il cambiamento provocato fino ad un punto ottimale oltre il quale accade il contrario. Quindi un moderato importo di paura condurrà al maggior cambio di comportamento, mentre troppo poca paura non fornirà abbastanza motivazione per adottare le risposte raccomandate e troppa paura causerà il rifiuto del messaggio provocando interferenze difensive. Gli studiosi che hanno sviluppato le idee di Howland, Janis e Kelley attribuivano alle emozioni un forte ruolo sui processi cognitivi argomentando che la paura medi l'accettazione del messaggio.

- **Leventhal** (1970) criticò incisivamente il Drive Model e tentò di ricontestualizzare i fenomeni in termini strettamente cognitivi, dando minor ruolo alla motivazione, e in generale agli stati emotivi sui



processi cognitivi. Nel 1970 propose il **Modello delle Risposte Parallele** nel quale la paura non causa l'effetto persuasivo, ma è solo associata ad esso, in forma parallela. Leventhal argomentò che, in risposta ai messaggi sui rischi di salute, avvengono due processi distinti: il processo di controllo della paura e il processo di controllo del pericolo. Il processo di controllo del pericolo è un processo di tipo problem solving nel quale il soggetto analizza le alternative comportamentali possibili e ne soppesa i costi e i benefici. È un processo guidato dalle informazioni durante il quale il soggetto pensa al pericolo e ai modi per fronteggiarlo; solitamente attua cambiamenti comportamentali, adottando quindi comportamenti adattivi. Il pericolo è una caratteristica intrinseca dell'oggetto e non della paura quindi questi comportamenti possono essere attuati anche senza l'attivazione della paura. La paura e il processo comportamentale interagiscono in quanto la prima aumenta e diminuisce in associazione all'intensità percepita del pericolo. Il processo di controllo della paura è invece un processo guidato principalmente da informazioni di natura emotiva nel quale le persone focalizzano la loro attenzione sul controllo delle loro paure e delle loro sensazioni e sono più impegnate in processi disadattivi (esitamento difensivo, diniego, reattanza) per eliminare i timori ignorando il pericolo (ad esempio, negano la gravità del problema). In questo modo viene completamente ribaltata la logica del Drive Model: è la conoscenza che media l'emozione e non viceversa. L'idea di Leventhal diede avvio a nuovi studi sui fear appeal, separando le risposte cognitive da quelle emozionali.

• **Ronald Rogers** (1975) focalizzò la sua attenzione sulla parte del "controllo del pericolo" del Modello delle Risposte Parallele di Leventhal; precisamente esplorò le reazioni cognitive delle persone ai messaggi sui rischi di salute. Complessivamente questo modello, chiamato la **Teoria della Motivazione alla Protezione (PMT)**, riveduto nel 1983, fu il primo ad identificare le componenti dei messaggi persuasivi:

1. La parte che riguarda la probabilità

che la minaccia accada.

2. La parte che si riferisce alla gravità del danno.

3. La parte che descrive l'efficacia delle risposte raccomandate nell'allontanare la minaccia.

4. La parte che stimola l'auto-efficacia.

Egli dichiarò che queste componenti dei messaggi portano ai "mediatori cognitivi" o percezioni corrispondenti, ovvero:

- la percezione della propria vulnerabilità alla minaccia;
- la percezione dell'intensità della minaccia;
- la percezione dell'efficacia della raccomandazione;
- la percezione della propria auto-efficacia.

Rogers nella prima versione della PMT ipotizzò che quando le componenti del messaggio che fanno appello alla paura causano alti livelli dei mediatori cognitivi corrispondenti (la percezione di gravità della minaccia, la probabilità di esposizione, il credere nell'efficacia delle risposte di fronteggiamento, la percezione della propria auto-efficacia) allora la motivazione alla protezione dovrebbe essere stimolata causando cambiamenti nei comportamenti di protezione del sé.

Per esempio, se il messaggio ti fa credere che potresti contrarre un cancro ai polmoni se fumi (vulnerabilità), che questo cancro è una seria minaccia che può portare alla morte (gravità), che smettere di fumare potrebbe prevenire il cancro ai polmoni (risposta efficace) e credi di essere capace di smettere (auto-efficacia), allora potresti essere motivato a proteggere te stesso e quindi a smettere di fumare. Semplicemente, la PMT stabilisce che la motivazione alla protezione è suscitata dai processi cognitivi che mediano il messaggio (vulnerabilità, gravità, efficacia della risposta raccomanda-





ta, auto-efficacia). Invece, nella versione riveduta della PMT (1983), Rogers identifica due valutazioni: la valutazione disadattiva della minaccia (chiamata disadattiva perché porta a diminuire la motivazione a proteggere se stesso) e la valutazione delle strategie di coping (o valutazione adattiva della minaccia).

Per quel che riguarda la valutazione disadattiva della minaccia, Rogers argomentò che le percezioni di gravità e di

impegnarsi nei più alti livelli di comportamenti adattivi. Viceversa un aumento della valutazione della minaccia associato a basse condizioni della valutazione delle strategie di coping (i costi superano d'importanza le percezioni di auto-efficacia e delle risposte efficaci) porta le persone ad impegnarsi nei più alti livelli di comportamento disadattivo.

La PMT rivisitata può essere così riassunta:

$$[\text{Premi} - (\text{gravità} + \text{suscettibilità})] \times [(\text{risposte efficaci} + \text{auto-efficacia}) - \text{costi}] = \text{risultato}$$

↑

Valutazione della minaccia

↑

valutazione delle strategie di coping

vulnerabilità sono dedotte da qualche premio che viene dall'esecuzione di un comportamento pericoloso, non salutare. Ad esempio, se ci si sente vulnerabili al cancro ai polmoni e si considera il cancro una grave minaccia (alta gravità + alta vulnerabilità) ma si sente che i premi del fumo, come il ridurre l'ansia, il mantenere un basso peso corporeo e l'accettazione dei pari, sono più forti della minaccia, allora si continuerà a fumare e ad esporre se stessi al rischio di cancro ai polmoni, ciò che Rogers considera una risposta disadattiva. Invece, per quel che riguarda il processo di valutazione delle strategie di coping, Rogers dice che quando le persone ritengono che le risposte efficaci e i pensieri di auto-efficacia siano più forti dei costi di esecuzione del comportamento raccomandato, allora si impegnano in risposte adattive che proteggono il sé davanti ad una minaccia per la salute. Per esempio se si crede che smettere di fumare prevenga il cancro ai polmoni (risposta efficace), se si è convinti di poter smettere di fumare (auto-efficacia) e si pensa che i costi di smettere di fumare (aumento di peso, desiderio ardente di ricominciare) non siano influenti, allora si smetterà di fumare. Ecco le interazioni proposte dalla PMT: l'aumento della valutazione della minaccia (le percezioni di gravità e vulnerabilità superano d'importanza le ricompense, i premi del fumare) con alte condizioni di valutazione delle strategie di coping (le percezioni della risposta efficace e dell'auto-efficacia superano d'importanza i costi) porta le persone ad

L'importante caratteristica che riguarda la PMT è l'enfasi sui processi cognitivi e la motivazione alla protezione, piuttosto che sui processi emozionali suscitati attraverso la paura. Rogers (1975) propose che l'adesione alle risposte raccomandate non fosse mediata da un emozionale stato di paura, ma piuttosto il risultato dell'aumento della motivazione protettiva stimolata dai processi cognitivi di valutazione; la paura nella PMT originale non si presenta come una variabile, ma nella PMT rivisitata appare connessa solo per percepire la gravità della minaccia.

Complessivamente la PMT fa un eccellente lavoro, avendo identificato le componenti dei fear appeal, avendo chiarito la parte del controllo cognitivo del pericolo descritta da Levanthal e prevedendo le condizioni in cui i fear appeal funzionano; ovvero, quando le percezioni di gravità, suscettibilità, risposte efficaci ed auto-efficacia sono alte, le persone appaiono accettare le raccomandazioni del messaggio creando cambiamenti negli atteggiamenti, nelle intenzioni e nei comportamenti. Tuttavia, entrambe le versioni della PMT falliscono nel dare spiegazioni sul quando e sul perché le persone rifiutano le raccomandazioni del messaggio.

- Il modello teorico ad oggi più accreditato che spiega sia i successi che i fallimenti dei fear appeal è il **Modello Esteso dei Processi Paralleli**. L'EPPM non è realmente una teoria originale, piuttosto è un'integrazione delle prime prospettive teoriche. Prende il meglio delle teorie sui fear appeal e le unisce per chiarire le diverse reazioni alle minacce di salute.



In generale l'EPPM, elaborato da Kim Witte nel 1992, promuove due valutazioni cognitive: la valutazione della minaccia e la valutazione dell'efficacia delle risposte raccomandate. L'esito che deriva da queste valutazioni è uno dei seguenti: assenza di reazione, reazione di controllo del pericolo e reazione di controllo della paura.

La prima valutazione cognitiva riguarda la minaccia: quando si presenta un rischio per la salute, le persone prima pensano se sia rilevante (susceptibilità percepita) e poi se sia grave (gravità percepita). Se la minaccia è considerata irrilevante, le persone non elaborano ulteriori informazioni riguardo la minaccia, ignorano il pericolo e non reagiscono al messaggio sul rischio di salute perché pensano che la minaccia non li riguardi realmente. Quindi se le persone percepiscono una bassa suscettibilità e una bassa gravità allora semplicemente non reagiscono al messaggio. Contrariamente, se le persone valutano la minaccia e credono di essere vulnerabili allora si impauriscono e sono motivate ad agire.

A questo punto le persone valutano l'efficacia delle risposte raccomandate: se gli individui credono di poter eseguire le risposte raccomandate (alta auto-efficacia percepita) e credono che le risposte raccomandate funzionino nell'allontanare la minaccia (alta percezione dell'efficacia delle risposte raccomandate) allora le percezioni di minaccia e di efficacia stimolano a controllare il pericolo.

Quando gli individui controllano il pericolo agiscono per proteggere loro stessi dalla minaccia (motivazione a proteggersi) e, solitamente, le azioni intraprese sono quelle raccomandate dal messaggio. Se gli individui dubitano della loro abilità di eseguire le risposte raccomandate (bassa auto-efficacia percepita) e/o dubitano che le risposte raccomandate allontanino realmente la minaccia (bassa percezione di efficacia delle risposte raccomandate), allora si impegnano nel processo di controllo della paura (motivazione difensiva) e usano abitualmente strategie difensive psicologiche per controllare la paura (evitamento difensivo, diniego, reattanza). Più forte è la minaccia percepita, più forte sarà la paura suscitata e più intensa sarà la motivazione ad agire. L'efficacia percepita determina la natura di quest'azione, sia che le persone controllino il pericolo sia che controllino la paura. Le persone tentano di valutare l'efficacia delle risposte raccomandate in luce della forza della minaccia percepita per determinare la facilità e la fattibilità delle risposte raccomandate. La paura, anche se non è direttamente collegata alle risposte di controllo del pericolo, può essere indirettamente collegata quando induce gli individui ad aumentare la loro valutazione della minaccia percepita. Il messaggio sui rischi di salute è efficace quando le persone controllano il pericolo, quando cioè avviene un cambiamento negli atteggiamenti, nelle

intenzioni e nei comportamenti in linea con le raccomandazioni del messaggio.

Ilaria Baraldi
Psicologa-stagista AUSL di Bologna

Bibliografia

- Witte, K., Mayer, G. & Martell, D. (2001). Effective health risk messages - a step by step guide. ed. Sage Publication.
- Cavazza, N. (1996). La persuasione. Bologna, ed. Il Mulino.
- Ravenna, M. (1997). Psicologia delle tossicodipendenze. Bologna, ed. Il Mulino.
- Witte, K. & Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: implication for effective public health campaigns. Health Education & Behavior, 27(5), 591.
- Strahan, E.J., White, K., Fong, G.T., Fabrigar, L.R., Zanna, M.P. & Cameron, R. (2002). Enhancing the effectiveness of tobacco package warning labels: a social psychological perspective. Tobacco Control, 11, 183-190.
- Rogers, R.W. & Mewborn, C.R. (1976). Fear appeals and attitude change: effects of a threat's noxiousness, probability of occurrence and the efficacy of coping responses. Journal of Personality & Social Psychology, 34(1), 54-61.
- Rogers, R.W. & Deckner, C.W. (1975). Effects of fear appeals and psychological arousal upon emotion, attitudes and cigarette smoking. Journal of Personality & Social Psychology, 32(2), 222-30.
- Stephenson, M.T. & Witte, K. (1998). Fear, threat and perceptions of efficacy from frightening skin cancer messages. Public Health Review, 26(2), 147-74.
- <http://www.comminit.com/strategicthinking/st2001/thinking-465.html>
- www.who.dk