



## ***BINGE DRINKING IN ADOLESCENZA***

***FRANCESCA NESTI***

Il termine *binge drinking* è usato in maniera ambivalente in letteratura (Kuntsche et al, 2004). Il costrutto è stato introdotto da Wechsler nel 1992, in uno studio epidemiologico condotto in alcuni *college* del Massachusetts, ed è stato definito il *binge drinking* come il consumo di 5 o più *drinks* in successione per gli uomini, mentre 4 o più *drinks* in successione per le donne (Wechsler, Isaac, 1992).

PSICOANALISI  
ne FREUDIANA

Ci sono numerose differenze nel definire il fenomeno a seconda del contesto culturale a cui si fa riferimento. In Svezia si parla di 1/2 bottiglia di super alcolici o 2 bottiglie di vino nella stessa occasione (Hansagi et al, 1995), oppure 6 o più bottiglie di birra in una sola occasione in Finlandia (Kauhanen et al, 1997) o ancora in Inghilterra un consumo regolare di 7 o più bicchieri di sostanze alcoliche per le ragazze, 10 o più bicchieri di sostanze alcoliche per i ragazzi.

### **Dati statistici**

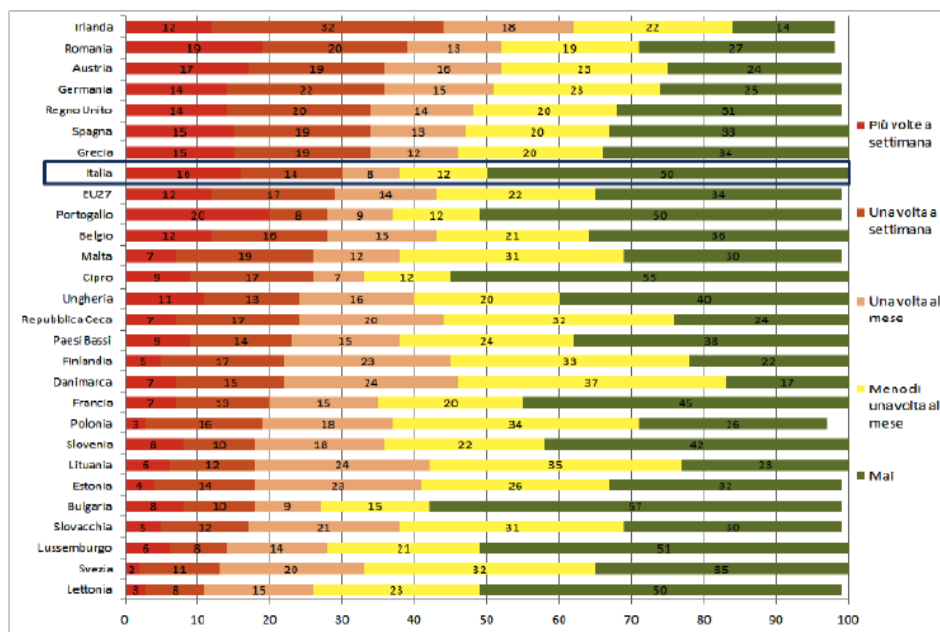
Dalla “relazione annuale al Parlamento su alcol e problemi alcol-correlati” del ministro della Salute Renato Balduzzi (2012) emerge che, in Italia, è avvenuto nell'ultimo decennio il passaggio dal tradizionale modello mediterraneo, con consumi quotidiani e moderati, incentrati prevalentemente sul vino, ad un modello più articolato, che risente sempre più dell'influsso culturale dei Paesi del Nord Europa, con consumi quotidiani più elevati.

L'indagine europea “*Special Eurobarometer-EU citizens' attitudes towards alcohol*” (2009), ha rilevato la prevalenza del *binge drinking* operazionalizzandolo come consumo di 6 o più unità alcoliche in un'unica occasione.

Come si può vedere nella tabella sotto, in Italia risulta essere meno diffuso rispetto agli altri Paesi europei. Fra coloro che hanno consumato alcol nel 2009 ben il 50% ha dichiarato di non aver mai assunto 5 o più *drinks* in un'unica occasione, a fronte di una media europea del 34%.

I paesi invece con percentuali più alte di frequenza di *binge drinking* sono invece l'Irlanda (86%), la Danimarca (83%) e la Finlandia (78%) (Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC *Research on Alcohol* su dati *Special Eurobarometer 331*).

**BINGE DRINKING (in percentuale) ("QUANTE VOLTE NEGLI ULTIMI 12 MESI HAI BEVUTO 5 O PIÙ DRINKS IN UN'UNICA OCCASIONE ?") - ANNO 2009**



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Special Eurobarometer 331-72.3.

Nonostante questo, l'indagine europea ESPAD, condotta per l'Italia dall'Istituto di Fisiologia Clinica del C.N.R., ha rilevato che il *binge drinking* sembra crescere nel tempo in maniera più marcata e le prevalenze nel 2010 superano notevolmente quelle rilevate nel 1999 (PROGETTO ESPAD@Italia).

**BINGE DRINKING NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NEGLI ULTIMI**

**30 GIORNI**  
**ANNI 1999-2010**

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
31,3%	31,5%	33,7%	35,6%	34,9%	35,9%	35,3%	37,5%	39,5%	35,4%	33,0%	35,5%

Fonte: PROGETTO ESPAD@Italia

**Chi è il *binge drinker*?**

La prima intossicazione alcolica si verifica intorno ai 13 anni, il comportamento di abuso tende ad aumentare durante l'adolescenza, con un picco massimo tra i 18 e i 22 anni, e poi tende a diminuire (D'Alessio, Baiocco, Laghi, 2006).

Nella letteratura internazionale il *binge drinker* è maschio, universitario, ha 24 anni, è studente fuori sede ed alloggia in *college* o nella casa dello studente (Bennett, Miller, Woodall, 1999).

Chi durante le scuole secondarie ha dei comportamenti di *binge drinking* ha una probabilità tripla di diventare *binge drinker* quando inizia a frequentare l'università (Baiocco et al., 2008). L'alcol è parte della cultura universitaria: ciò è dimostrato dal fatto che il fenomeno del *binge drinking* è più diffuso fra gli studenti universitari che tra i coetanei lavoratori (Wechsler, Dowdall, Davenport,

Castillo, 1995).

Il *binge drinking* è stato associato in molte ricerche a diverse variabili: incidenti stradali, scarsi risultati accademici, problemi psicosociali, comportamenti devianti, sesso non protetto, malattie fisiche (Wechsler, Dowdall, Davenport, Castillo, 1995; Wechsler, Davenport, Dowdall, Moeykens, Castillo, 1994). Wechsler et al. (1994) mostrano che i *binge drinkers*, in particolare chi effettua il comportamento spesso, riportano frequenti comportamenti di guida pericolosa rispetto ai non bevitori o ai bevitori sociali. I tre quinti dei maschi guidano dopo aver bevuto, di questi circa la metà guidano dopo aver bevuto cinque o più bicchieri. Inoltre i *binge drinkers* molto probabilmente attueranno comportamenti devianti come il danneggiamento di proprietà, problemi con le autorità e comportamenti aggressivi rivolti verso gli altri (Bennet et al., 1999). Inoltre molte ricerche hanno mostrato come il problema del *binge drinking* non sia riconosciuto come un problema significativo dagli adolescenti, ma anzi sia percepito come un comportamento normale (Broadbent, 1994; Crundall, 1995).

Infine, Baiocco, D'Alessio, Laghi (2010) hanno trovato che anche nei gay e nelle lesbiche il comportamento di *binge drinking* è molto diffuso (43,6%). Tale percentuale risulta essere più alta rispetto ai risultati dell'unica ricerca condotta in Italia con un campione eterosessuale che riportava una percentuale di *binge drinkers* pari al 32,9% (D'Alessio et al., 2006)

### **Contesti di iniziazione: il ruolo della famiglia e dei pari**

Il primo avvicinamento al bere avviene solitamente in famiglia intorno ai 10-12 anni e si configura come un evento sociale (Bonino, Cattelino, Ciairano, 2007). Famiglie in cui esiste una forte abitudine all'alcol possono influenzare negativamente i figli e indurre a un consumo sempre più massiccio. I giovani che crescono in famiglie in cui esistono abitudini di questo tipo manifestano una maggiore tolleranza verso l'uso e hanno più probabilità di sperimentarlo a loro volta. Anche lo stile educativo diventa importante: un buon equilibrio tra sostegno e supervisione crea le premesse per la formazione di un'immagine positiva di sé e consente di ridurre il rischio di un'implicazione grave e persistente nell'uso di sostanze psicoattive (Cattelino, Calandri, Bonino, 2001).

Gli stili educativi hanno effetti diversi sulle condotte dei figli. Lo stile educativo lassista, caratterizzato da una scarsa definizione delle aspettative, delle norme e dei limiti a cui i figli si devono attenere nonché da insufficiente supervisione, scarso sostegno e da punizioni piuttosto inconsistenti, si configura come fattore di rischio insieme allo stile autoritario, caratterizzato dal controllo, da standard di comportamento cui i figli si devono attenere rigidamente e da punizioni eccessivamente severe, nonché da basso sostegno. Lo stile educativo autorevole, invece, caratterizzato da alto sostegno e alta supervisione, aiuta gli adolescenti ad acquisire una capacità di autoregolazione sempre più grande e, attraverso il dialogo e il sostegno affettivo, limita il rischio

che i ragazzi ricorrono all'uso di sostanze psicoattive per sfuggire alla realtà (Baiocco, Couyoumdjian, Del Miglio, 2007).

Un altro aspetto educativo che può influenzare la condotta del figlio è legato all'incapacità del genitore di proporre ai figli valori, scopi e aspirazioni orientati al futuro. Questo può generare mancanza di interesse dell'adolescente simile a quella dei genitori, con ricerca di obiettivi legata al tempo presente. Può rendere i giovani più disponibili a esperienze piacevoli e immediatamente gratificanti (Palmonari, 1997).

Anche il contesto dei pari è considerato un predittore molto importante per l'uso di sostanze negli adolescenti. Un adolescente che frequenta amici che consumano alcol avrà più possibilità di entrare in contatto con esso e di sperimentarlo. Tanto più egli risulta orientato verso i coetanei anziché verso la famiglia, trascorre la maggior parte del tempo con loro e li assume come punto di riferimento privilegiato, tanto più il rischio di cominciare a bere sarà elevato (Piko, 2006). Il gruppo rappresenta il contesto privilegiato nel quale il giovane considera o riconsidera se stesso in relazione all'alcol (Palmonari, 1997). L'adolescente, all'interno del gruppo dei pari, ha l'opportunità di acquisire informazioni molto diverse da quelle che gli sono state fornite dagli adulti.

### ***Binge Drinking* e comportamenti a rischio**

Il fenomeno del *Binge Drinking*, si inserisce nella più ampia categoria dei comportamenti a rischio. Se in passato i comportamenti devianti venivano definiti comportamenti problematici, oggi vengono chiamati comportamenti a rischio perché possono compromettere sia il benessere psicosociale che la salute fisica. Il concetto di rischio riguarda circostanze ed eventi che mettono a rischio la vita del soggetto e lo stile di vita. Bell e Bell (1993) definiscono i comportamenti a rischio come azioni intenzionali dagli esiti incerti, con possibilità di conseguenze negative per la salute. Diversi comportamenti a rischio possono avere funzioni diverse ed assolvere a diversi obiettivi personali.

Secondo Bonino, Cattelino e Ciairano (2007) i comportamenti a rischio assolvono a due funzioni principali: sviluppo dell'identità e ridefinizione delle proprie relazioni sociali.

Le funzioni dei comportamenti a rischio legate all'identità sono:

- **Adulità:** riguarda l'assunzione anticipata di quei comportamenti che nell'adulto sono considerati normali come il fumo di sigaretta, il consumo di alcol e il comportamento sessuale. L'assunzione di questi comportamenti a rischio permette di sentirsi adulti perché gli adolescenti fanno ciò che fanno gli adulti e in questo modo viene rafforzata l'identità. Altri adolescenti invece, attraverso risorse personali ed ambientali, riescono a vivere l'adulità secondo modalità più adattive, per esempio assumendosi responsabilità oppure partecipando alla vita sociale, aderendo al volontariato.
- **Acquisizione e affermazione di autonomia:** nel processo di costruzione dell'identità

l'adolescente sente il bisogno di essere meno dipendente dagli altri. Ciò lo può affermare rinegoziando le norme, i valori, le indicazioni degli adulti, in primis i genitori. Spesso è proprio il coinvolgimento in comportamenti a rischio che permette all'adolescente di dimostrare che è in grado di scegliere e decidere autonomamente.

- Identificazione e differenziazione: l'adolescente sente il bisogno di differenziarsi dal mondo adulto identificandosi in un mondo tutto suo, ricercando il sostegno dei coetanei. Spesso l'identificazione si attua attraverso un modo di vestire eccentrico o l'affermazione di ideali originali. Vi sono poi casi in cui la differenziazione si raggiunge attraverso l'attuazione di comportamenti a rischio come il fumare o violare le norme.
- Affermazione e sperimentazione di sé: l'affermazione viene realizzata attraverso il mettere alla prova nuove capacità che permettono quindi anche di soddisfare il bisogno di autonomia.
- Trasgressione e superamento dei limiti: consiste nell'andare contro le regole e le leggi del mondo adulto per affermare la propria autonomia. Ciò viene attuato maggiormente attraverso l'uso di sostanze psicoattive illegali.
- Percezione di controllo ed esplorazione di sensazione: l'adolescente si trova a voler provare diverse sensazioni fisiche ed emozioni a lui sconosciute.
- *Coping* e fuga: per modalità di *coping* si intendono quelle strategie socio-cognitive che consentono all'individuo di far fronte in modo adattivo alle difficoltà e ai problemi personali e relazionali della vita quotidiana. Quando l'adolescente non è in grado di mettere in atto modalità di risoluzione centrate sul compito, cioè volte alla individuazione e risoluzione di problemi, prevalgono allora strategie di tipo emotivo, per una risoluzione immediata (Labouvie, 1986; Bosma e Jackson, 1990). Inoltre, nel coinvolgimento in comportamenti a rischio si può arrivare a porsi in un atteggiamento di estrema difesa che si configura come una vera e propria fuga dalla realtà e dalle difficoltà.

Per quanto riguarda l'ambito delle relazioni sociali si hanno funzioni dei comportamenti a rischio che riguardano sia i rapporti con i coetanei sia rapporti con gli adulti.

- La comunicazione: alcuni comportamenti a rischio sono usati perché favoriscono la comunicazione proprio con i pari. Infatti, proprio l'uso di alcune sostanze psicoattive come ad esempio l'alcol, favoriscono la distensione e l'apertura e il benessere nelle relazioni sociali.
- La condivisione di azioni ed emozioni: l'identità dell'adolescente si costruisce perché questo è immerso nel modo delle relazioni. Attraverso i comportamenti a rischio, effettuati in o per il gruppo, l'identità individuale si rafforza e permette all'adolescente di esprimersi e di essere riconosciuto dai pari.

- Il rito di legame e di passaggio: molti comportamenti a rischio sono ritualistici, ad esempio far girare lo spinello o la sigaretta, inoltre permettono di affermare ancora una volta la propria adultità e la propria autonomia come se fosse un vero e proprio rito di passaggio.
- L'emulazione e superamento: l'adolescente all'interno del gruppo sente il bisogno non solo di conformarsi, ma anche di esprimere la propria identità attraverso il superamento dell'altro perpetrando vari comportamenti a rischio.
- L'esplorazione delle reazioni e dei limiti: l'adolescente nel voler affermare la propria autonomia ricerca spesso negli adulti reazioni che gli possano confermare quando egli sia vicino al raggiungimento di tali obiettivi.
- La differenziazione e opposizione: l'adolescente non vedendo più i genitori come figure onnipotenti e perfette, cerca quindi di affermare la propria identità spesso anche opponendosi ai valori, principi e norme date proprio dai genitori. Successivamente riuscirà anche ad accettare le somiglianze fra sé e i propri genitori e a coglierne gli aspetti positivi.

### **Dai modelli teorici ai dati empirici**

I modelli teorici che di seguito verranno descritti, possono essere inclusi nel più ampio modello teorico di riferimento della teoria bio-psico-sociale (Engel, 1977). In questa teoria viene proposto un modello complesso che fa leva sui fattori biologici, sociali e psicologici per spiegare lo sviluppo dei comportamenti a rischio in età scolare ed adolescenziale. Vi sono quindi tre tipologie di fattori che interagiscono fra di loro:

- Fattori distali: biologia e condizioni economiche sociali;
- Fattori prossimali: Famiglia, scuola, coetanei;
- Processi di tipo cognitivo ed emotivo.

Andrò adesso a trattare i principali modelli teorici partendo dal primo modello ideato da Cox e Klinger (1988) fino al modello più recente, quello di Oei e Morawska (2004).

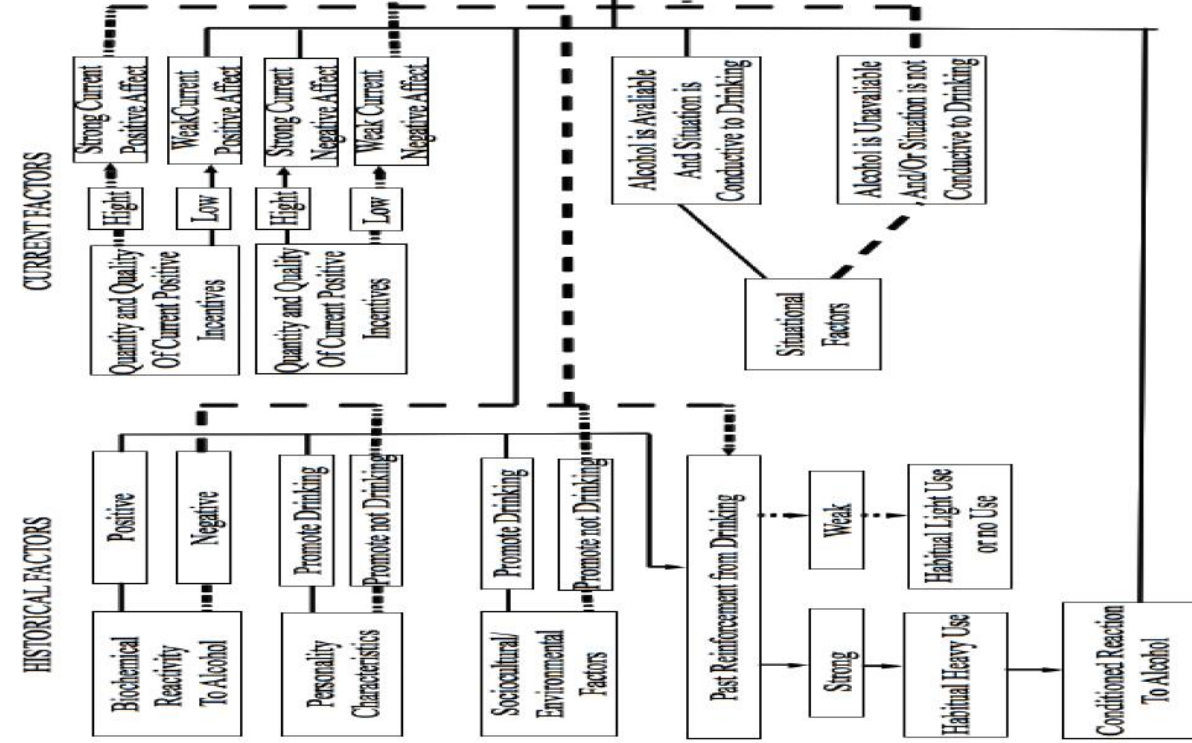
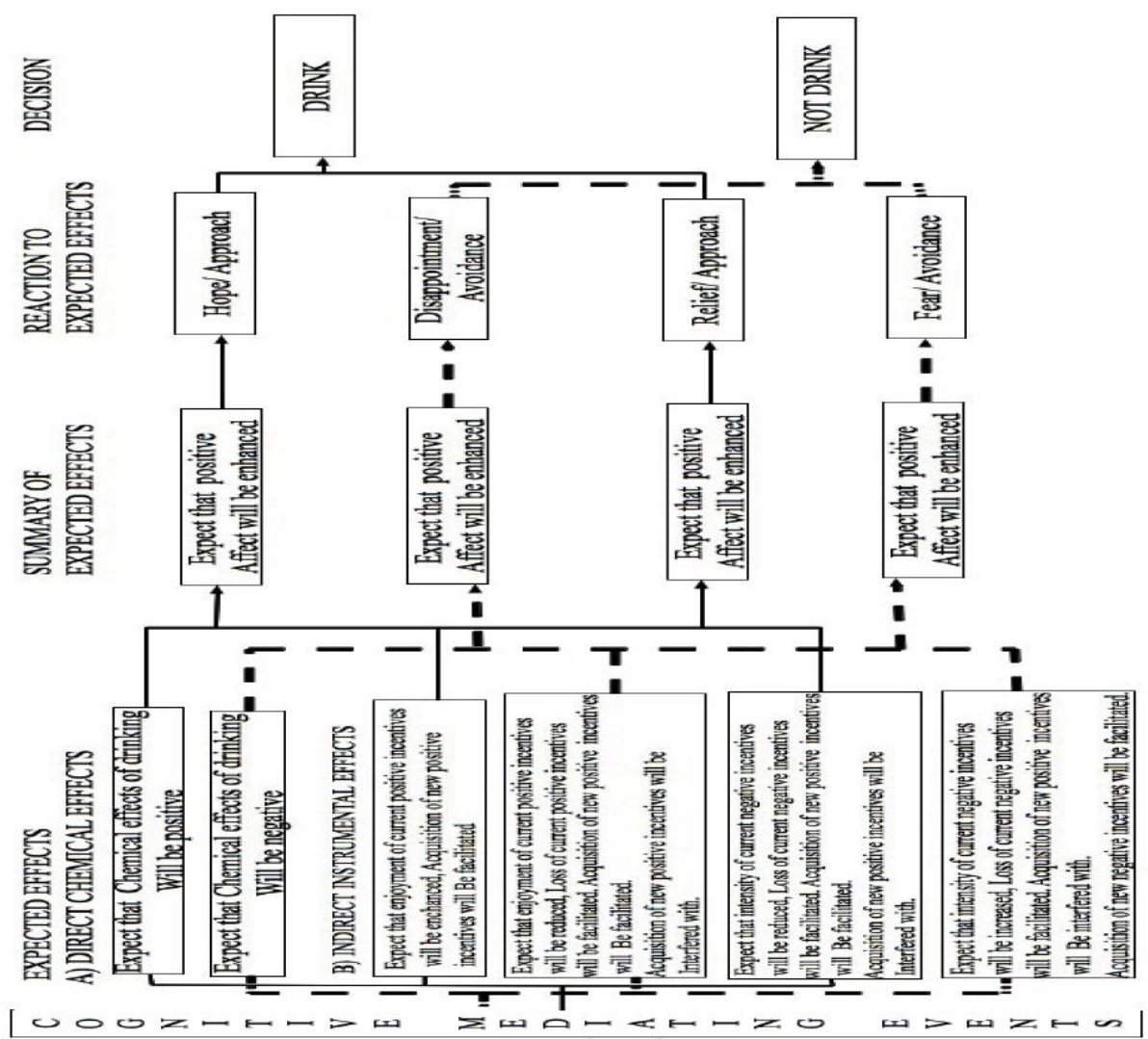
### **Il modello motivazionale di Cox e Klinger (1988)**

Il modello motivazionale dell'uso di alcol di Cox e Klinger (1988) chiama in causa l'inter-relazione tra aspetti motivazionali e specifici antecedenti psicosociali. Questo modello è basato sull'assunzione che le persone bevono per ottenere un determinato risultato (Cox, Klinger, 1988).

Bere alcol diventa un incentivo positivo quando le persone si aspettano che bere porterà cambiamenti desiderabili nei propri affetti; diventa invece un incentivo negativo quando le persone si aspetteranno cambiamenti indesiderati. Bere alcol può essere quindi visto come un obiettivo che la persona può perseguire (Cox, Klinger, 2004). La decisione di bere è una decisione automatica, dove i bevitori non sono consapevoli di quali siano i fattori che possono influenzare la loro

decisione (Wiers et al., 2002). Tuttavia, bere alcol è di per sé un atto volontario: sebbene i bevitori possano avere la percezione di non essere in grado di controllare l'assunzione di alcol, il modello motivazionale sostiene che prendere un *drink* sia un atto volitivo, preceduto da processi decisionali dati da componenti razionali ed emotive (Cox e Klinger, 2004). I fattori prossimali determinanti la decisione di bere o non bere, sono i cambiamenti affettivi positivi o negativi che la persona si aspetterà di ottenere se berrà o non berrà. Le motivazioni dell'assunzione di alcol vengono quindi considerate come una struttura decisionale soggettiva, data dall'intreccio fra esperienza personale passata, la situazione attuale, e le aspettative circa gli effetti della sostanza sugli stati emotivi. Il costrutto di aspettativa è definito come le credenze delle persone su ciò che potrà accadere se berranno, mentre le motivazioni sono le valutazioni attribuite in base ai particolari stati affettivi che le persone vogliono raggiungere, che possono quindi motivarle a bere, o viceversa possono motivarle a evitare di bere (Cox e Klinger, 2004). Molte ricerche hanno confermato che le motivazioni di bere sono i più forti predittori del comportamento di bere rispetto alle aspettative sull'alcol (Cooper et al., 1995; Cronin, 1997). Secondo il modello di Cox e Klinger (1988) la decisione è influenzata da fattori storici e attuali, dalle aspettative sugli affetti e dalle motivazioni riguardanti il bere. Il contributo di ogni variabile nel modello decisionale varierà da persona a persona. Partendo dall'analisi del diagramma andrò ora ad evidenziare quali siano le variabili prese in considerazione nel modello.

Il diagramma mostra che le inter-relazioni fra le variabili sono indagate da linee continue e linee spezzate. Le linee continue mostrano l'unione di quelle variabili che portano alla decisione di bere, mentre le linee spezzate mostrano il collegamento fra quelle variabili che portano alla decisione di non bere. Le categorie di variabili sono quindi: Fattori storici, Fattori attuali, Eventi cognitivi Mediati, Aspettative sugli effetti chimici del bere, Aspettative sugli effetti non strumentali del bere, Reazioni affettive, Decisione.





## 1. Fattori storici (Historical Factors)

Ognuna di queste variabili in questa categoria è storica nel senso che ha aiutato a determinare la natura dell'esperienza individuale passata rispetto al comportamento di bere e poi andrà a influenzare la motivazione che l'individuo possiede. Ci sono tre tipi di fattori storici:

- **Reattività biochimica all'alcol (*Biochemical reactivity to alcohol*):** nel momento storico in cui fu sviluppato il modello, Cox e Klinger (1988) evidenziarono che vi erano meccanismi biochimici che potevano rinforzare gli effetti dell'alcol e questi meccanismi, essendo sotto controllo genetico, portavano ad una predisposizione individuale in certe persone a sviluppare problemi con l'alcol. Allora tali meccanismi erano solamente ipotizzati, ma ad oggi vi sono molte ricerche che si stanno muovendo nel campo della genetica per capire meglio quali siano i geni responsabili dei problemi con l'alcol. Ad oggi è confermato che l'alcol come tutte le droghe, attiva principalmente il sistema dopaminergico mesolimbico, un circuito fortemente coinvolto nel processamento di stimoli gratificanti, provenienti sia da sostanze che dall'ambiente. Quando l'alcol interagisce con le cellule nervose modifica il funzionamento della membrana cellulare e interferisce con il rilascio di neurotrasmettitori, provocando l'alterazione delle funzioni cerebrali e psichiche in rapporto alla quantità ingerita e al tempo di uso. Sono proprio queste modificazioni biochimiche le principali responsabili degli effetti psicoattivi dell'alcol. Come la molecola di etanolo possa modificare questo sistema, però, non è ancora chiaro: in particolare è poco chiaro quale sia il meccanismo che produce lo spostamento dal consumo controllato di alcol a un consumo incontrollato. Tale spostamento sembra dovuto a cambiamenti nell'espressione genica dei geni che controllano i recettori dopaminergici. Il sistema dopaminergico mesencefalico si è rivelato il substrato neurobiologico della gratificazione e del rinforzo e consiste di neuroni che sintetizzano e rilasciano come neurotrasmettitore la dopamina. I corpi cellulari di questi neuroni si trovano in due nuclei del mesencefalo ed innervano una grande varietà di strutture, tra cui la corteccia prefrontale, le strutture limbiche (*nucleus accumbens*, tubercolo olfattorio, l'amigdala, il setto) e il corpo striato (*caudato-putamen*). L'alcol e le droghe in generale esercitano i loro effetti di rinforzo sul comportamento agendo sui medesimi substrati neurobiologici attraverso i quali stimoli gratificanti naturali, come il cibo e il sesso, controllano il comportamento. Recenti studi (Gonzales, Job, Dayon, 2004) hanno dimostrato che le proprietà gratificanti dell'alcol, come le sensazioni di benessere, euforia e rilassatezza, sembrano legate all'aumento del rilascio della dopamina. Ed è stato ipotizzato che l'alcol stimolando queste vie neuronali della gratificazione, produrrebbe nel cervello un falso segnale, per cui l'organismo interpreterebbe la sostanza come indispensabile per la sopravvivenza dell'individuo. Infatti, nel momento in cui si assume alcol, la dopamina viene

rilasciata e interagisce con i recettori (DRD2) che influenzano l'attività di altri neurotrasmettitori GABA, glutammato e serotonina, sempre con la finalità di aumentare, o nel caso del GABA di disinibire, il rilascio di dopamina. Si può poi affermare che circa il 40-60% del rischio di effettuare comportamenti di *binge drinking* o di dipendenza vera e propria può essere attribuito a fattori genetici (Goldman et al., 2005; Prescott and Kendler, 1999). Questi risultati sono stati anche ottenuti da ricerche sulle adozioni che hanno mostrato come la dipendenza da alcol nei soggetti adottati sia relativa a una dipendenza alcolemica nei genitori biologici e non nei genitori adottivi (Cloninger et al., 1981).

- Caratteristiche di personalità (*personality characteristics*): alcune caratteristiche di personalità possono portare alla decisione di bere o non bere. Caratteristiche come l'impulsività, la ricerca di sensazioni (*sensation seeking*), bassa autostima, affettività negativa possono portare a problemi alcol-correlati e al comportamento di *binge drinking* (Cox, Klinger, 1988). Il costrutto di *sensation seeking* introdotto da Zuckerman (1983) considera l'attrazione dei giovani nei confronti delle condotte rischiose come una manifestazione di un tratto di personalità connotato dal desiderio e dalla disponibilità di intraprendere azioni che implicano un certo grado di rischio a livello fisico, sociale, legale e finanziario. Altri tratti di personalità, spesso associati alla sperimentazione di sensazioni, sono l'impulsività e l'esigenza di alti livelli di stimolazione. L'impulsività è stata quindi esaminata in relazione al *binge drinking* (Goudriaan, Grekin, & Sher, 2007; Magid, MacLean, & Colder, 2007; Marczinski, Combs, & Fillmore, 2007). Recenti lavori suggeriscono che l'impulsività possa essere concettualizzata come un tratto multidimensionale dato da costrutti come l'*urgency*, la *sensation seeking*, la mancanza di pianificazione e di perseveranza (Whiteside & Lynam, 2001). Le ricerche hanno trovato che un alto livello di *urgency*, ossia la tendenza ad agire impetuosamente quando si è sotto stress, può rappresentare un comune tratto di personalità fra chi mette in atto comportamenti di *binge drinking* (Fischer, Anderson, & Smith, 2004; Fischer, Smith, & Cyders, 2008). L'*urgency* è stata anche descritta come un componente emozionale che collega i comportamenti impulsivi alle emozioni negative (Fischer et al., 2004). L'importanza di tale costrutto suggerisce, quindi, che un comportamento definito come *binge* possa essere concettualizzato come una risposta impetuosa a elevati livelli di emozionalità negativa. Sempre riguardo l'emozionalità negativa, molte ricerche hanno trovato che elevati livelli di nevroticismo, ossia la tendenza a sperimentare stati emozionali negativi (Costa & McCrae, 1980), anche in forma di depressione (Swendsen et al., 2000) e ansia (Kushner, Abrams, & Borchadt, 2000; Swendsen et al., 2000), sono associabili ed individuabili in quelle persone che mettono in atto comportamenti di *binge drinking* (Christiansen, Vik, & Jarkow, 2002;

Kuntsche, von Fischer, Gmel, 2008).

- Influenze ambientali e socioculturali (*Sociocultural/environmental influences*): le società differiscono per il consumo pro-capite di alcol e per *pattern* di consumo (Partanen, Simpura, 2001). Le società differiscono largamente anche per quanto riguarda gli atteggiamenti sul bere, specialmente riguardo l'accettazione del bere eccessivo e il comportamento che lo accompagna. Infatti è largamente accettato (MacAndrew e Edgerton, 1969) che il modo in cui le persone si comportano sotto l'influenza dell'alcol è acquisito attraverso la trasmissione dei valori culturali, quasi più che in misura maggiore rispetto agli stessi effetti chimici dell'alcol. Le persone quindi modellano il loro comportamento in base alle altre persone, e ricevono impliciti ed espliciti rinforzi sociali nel farlo (Health, 2000). Quindi in una prospettiva motivazionale, le persone imparano ad avere aspettative che gli faranno raggiungere cambiamenti desiderabili negli affetti così che berranno nel modo in cui la società si aspetta che facciano (Cox e Klinger, 2004).

## 2. Rinforzi passati (*Past reinforcement from drinking*)

La combinazione delle tre variabili storiche darà quindi luogo all'eventuale rinforzo nel prendere la decisione di bere. Si otterrà quindi il rinforzo sulla decisione di poter bere se l'individuo ad esempio è caratterizzato da una reattività biochimica positiva verso l'alcol, e come abbiamo visto una predisposizione genetica, poi se le sue caratteristiche di personalità saranno quelle che caratterizzano un comportamento di abuso, e se nello stesso modo vi sono determinate caratteristiche socioculturali ed ambientali. È chiaro che per sviluppare tale rinforzo non è necessaria la compresenza di tutti e tre fattori, anche solo un fattore può essere determinante nel rinforzo. Una persona che invece non sarà stata rinforzata in passato, probabilmente userà l'alcol in maniera adeguata.

## 3. Reazioni condizionate (*conditioned reaction to alcohol*)

Quando le inter-relazioni tra le variabili storiche hanno fatto sì che l'individuo abbia scelto di bere, l'individuo allora si troverà ad avere una risposta emotiva condizionata verso l'alcol e verso tutti quegli stimoli che sono associati al bere. Questa risposta condizionata va quindi a pesare sulla decisione della persona rispetto al bere o non bere. I fattori storici quindi possono condizionare la nostra reazione rispetto alla decisione di bere o meno e possono contribuire sia all'abitudine al bere sia ad incentivare il valore del bere.

## 4. Fattori attuali (*current factors*)

Le aspettative sui cambiamenti affettivi che l'individuo si è formato sulla base delle proprie esperienze passate, possono essere modificate dai fattori attuali e cioè nel momento in cui si deve prendere la decisione di bere o non bere. Due gruppi di fattori riguardanti la situazione attuale dell'individuo hanno un impatto sulla sua decisione riguardo a se bere o no. Il primo gruppo

riguarda la situazione in cui un individuo si può trovare in quel momento; mentre il secondo gruppo riguarda i suoi incentivi attuali positivi o negativi che originano dalla propria esperienza affettiva negativa o positiva.

- Fattori situazionali (*Situational factors*): riguardano il contesto ambientale immediato dove la persona si trova nel momento in cui sta decidendo se bere o no. Se l'alcol è disponibile e la situazione favorevole al bere, allora la persona potrà decidere di bere, se invece la disponibilità manca e la situazione non è appropriata al comportamento del bere allora la persona potrà decidere di non bere.
- Incentivi positivi e negativi (*Current positive and negative incentives*): gli incentivi positivi che vanno ad influenzare la persona in quel momento sono la risorsa primaria per far sì che la persona possa provare un'esperienza positiva affettiva. Viceversa, gli incentivi negativi che comprendono quegli elementi che mettono sullo stato di allerta la persona, sono la risorsa primaria che porterà la persona ad esperire un'affettività negativa. Quindi l'intensità dell'affettività di una persona è influenzata dalla qualità e dalla quantità degli incentivi attuali.

#### 5. Effetti cognitivi mediati (Cognitive Mediating Events)

I fattori storici ed attuali vanno quindi ad essere elaborati tramite gli effetti cognitivi mediati che sono rappresentati da quei processi cognitivi come pensieri, percezioni e ricordi. A questo punto vengono quindi determinate le aspettative individuali in base al tipo di effetti dell'alcol che saranno diretti, e quindi chimici, o indiretti e quindi non chimici (strumentali), che agiranno poi sull'affettività.

#### 6. Aspettative sugli effetti chimici del bere (Expected Chemical Effects of Drinking)

La persona si forma aspettative su come bere andrà a modificare i suoi affetti direttamente attraverso gli effetti chimici dell'alcol. Quindi se la persona si aspetterà che gli effetti chimici del bere porteranno ad un'affettività positiva, allora la persona deciderà di bere; viceversa se la persona si aspetterà che bere possa portare ad un'affettività negativa allora deciderà di non bere.

#### 7. Aspettative sugli effetti strumentali del bere (Expected Instrumental Effects of Drinking)

La persona può anche avere aspettative su come l'alcol modificherà i propri affetti indirettamente, interferendo con i suoi incentivi che non sono chimici. Si possono delineare quattro condizioni:

- Aspettativa che l'affettività positiva migliorerà: bere porta ad ottenere vantaggi (ad esempio pensare che bere possa facilitare l'accettazione da parte dei pari);
- Aspettativa che l'affettività positiva sarà ridotta: bere è quindi svantaggioso (ad esempio si può pensare che bere possa portare ad avere problemi nella vita quotidiana);
- Aspettativa che l'affettività negativa verrà ridotta: bere riduce la sofferenza;
- Aspettativa che l'affettività negativa sarà intensificata: bere intensifica la sofferenza.

## 8. Reazioni affettive (Reaction to expected effects of drinking)

La persona proverà una determinata emozione in base alle sue aspettative. Ci sono quattro tipi di reazioni:

- Speranza (*Hope/Approach*) : la persona si sentirà fiduciosa se si aspetterà che bere migliorerà la sua affettività positiva;
- Delusione (*Disappointment/Avoidance*): la persona sarà delusa se si aspetterà che bere porterà a ridurre la sua affettività positiva;
- Sollievo (*Relief/Approach*): la persona si sentirà sollevata se si aspetterà che bere possa ridurre l'affettività negativa;
- Paura (*Fear/Avoidance*): la persona proverà paura se si aspetterà che bere possa intensificare l'affettività negativa.

In conclusione se la persona si sentirà fiduciosa o sollevata allora prenderà la decisione di bere, viceversa, se la persona si sentirà delusa o paurosa allora questi deciderà di non bere.

### **Dal modello motivazionale di Cox e Klinger (1988) alla validazione del modello a quattro fattori di Cooper (1994)**

Cooper nel 1994 riprende il modello motivazionale di Cox e Klinger (1988) e ha testato la validità concettuale del modello. Cooper (1994) identifica quattro categorie di motivazioni di bere tra i bevitori adolescenti che lei chiama: motivazione sociale, motivazione di coping, motivazione di accrescimento, motivazione di conformismo. Queste quattro categorie corrispondono all'incirca, ma non esattamente a quelle di Cox e Klinger (Cox e Klinger, 2004). La concettualizzazione delle quattro motivazioni è basata sulla valutazione che si ha sulle proprie aspettative rispetto al cambiamento dell'affettività (aspettativa positiva/aspettativa negativa) e sulla fonte del cambiamento che può essere interna alla persona oppure data dall'esterno. Le quattro motivazioni risultano quindi essere le seguenti.

#### 1. Motivazione di accrescimento (positiva/interna)

La motivazione di accrescimento coinvolge la strategia dell'uso di alcol per incrementare l'affettività positiva. Tale motivazione è definita come il bere per intensificare gli stati positivi emotivi (Cooper, 1995). Solitamente, sono soggetti di sesso maschile e che bevono quantità eccessive di alcol, sono cioè dei *binge drinkers* (Kuntsche et al., 2005). I *binge drinkers* sono quelli che riportano il desiderio di poter sentire gli effetti dell'alcol (Kairouz et al., 2002). Tra gli studenti americani, sono i *binge drinkers* a ottenere punteggi alti quando si tratta di intensificare le emozioni positive (Carey, 1993). In uno studio di McCabe (2002) i *binge drinkers* erano quelli che ottenevano punteggi più alti rispetto alla motivazione di accrescimento. Gli individui che bevono per intensificare le proprie emozioni sono persone estroverse, impulsive ed aggressive che tendono ad essere dei

*sensation seekers*, con un basso controllo del proprio comportamento (Colder & O'Connor, 2002), bassi livelli di responsabilità e mancanza di obiettivi. Quindi la *sensation seeking*, definita come una continua ricerca di sperimentare intense e nuove sensazioni (Zuckerman, 1983), è associata alla motivazione di accrescimento (Comeau, Stewart, & Loba, 2001; Cooper, Frone, Russell, & Mudar, 1995). In uno studio di Cooper (2000), su studenti fra i 13 e i 19 anni in America è stato visto che l'impulsività è positivamente correlata alla motivazione di accrescimento. Il legame fra l'essere estroversi e la motivazione di accrescimento è stato confermato in molteplici ricerche (Stewart & Devine, 2000; Theakston, Stewart, Dawson, Knowlden-Loewen, & Lehman, 2004): questo perché gli individui estroversi sono più sensibili agli stimoli affettivi positivi e quindi sarà più probabile che berranno per intensificare le proprie emozioni (Gray, 1982; Stewart & Devine, 2000).

### 2. Motivazione sociale (positiva/esterna)

Molte persone bevono per facilitazione sociale, per migliorare l'aggregazione sociale, o per creare un'atmosfera da party e quindi la motivazione sociale è stata associata in molti studi al bere moderato (Cooper, 1994; Feldman et al., 1999; Kairouz et al., 2002; Kassel, Jackson e Unrod, 2000; Weinberger e Bartholomew, 1996; Windle, 1996; Windle e Windle, 1996). Gli studenti americani che bevono per motivazioni sociali sono quelli che bevono molto meno rispetto a chi beve per motivazioni di accrescimento o motivazioni di *coping* (Karwacki e Bradley, 1996). Inoltre i bevitori sociali sarà meno probabile che riporteranno problemi alcol-correlati (Cooper, 1994; Simons et al., 2000; Stewart et al., 2001; Windle, 1996).

### 3. Coping (negativa/interna)

La strategia di *coping* è definita dalla Cooper (1995) come un modo di usare l'alcol per scappare, evitare o regolare le emozioni negative. La Cooper (1995) ha ripreso il modello di Lazarus e Folkman (1984) sullo stress, e lo ha integrato col concetto di *coping*. Nel modello le persone esprimono la loro abilità di *coping* verso i fattori stressanti che sono direttamente influenzati dai loro stati affettivi. Il *coping* può essere concettualizzato come un mediatore prossimale dell'influenza delle esperienze negative sugli affetti negativi e successivamente sull'uso dell'alcol. La teoria di Lazarus e Folkman suggerisce che gli adolescenti possono usare l'alcol come una via di fuga o di evitamento per ridurre l'esperienza emotiva negativa come la rabbia o la depressione (Lazarus, Folkman, 1984.). Quindi gli adolescenti che saranno più emozionalmente angosciati sarà più probabile che useranno sostanze rispetto a chi è meno angosciato (Tschann, Adler, Irwin, et al., 1994). Il bere come modalità di *coping* rispetto alle emozioni negative è il fattore più determinante nell'uso di alcol (Cooper et al., 1995; Kassel et al., 2000). Gli stati emotivi negativi spesso portano allo sforzo dell'individuo di regolare o minimizzare la fonte del problema o dell'emozione (Cooper et al., 1995): quando non è possibile, questi sforzi possono portare l'adolescente a ricercare modi meno adattativi per alleviare l'affettività negativa attraverso quindi l'uso di alcol o di sostanze

illegali (Catanzaro and Laurent, 2004; Kassel et al., 2000). Specialmente nel corso dell'adolescenza, molti giovani che fanno uso di alcol o droghe mostrano difficoltà nella regolazione delle emozioni e manifestano disagi di tipo depressivo ed è stata avanzata l'ipotesi che il ricorso alle sostanze possa rappresentare una strategia di *coping* o di automedicazione, ovvero una modalità privilegiata di gestire i propri stati emotivi in presenza di eventi stressanti (Khanzian, 1997). Secondo Conger (1956), l'alcol riduce gli affetti negativi legati allo stress, rinforzandone il consumo e aumentando la probabilità di usare l'alcol ogni qualvolta ci si trovi in una situazione di stress. Ricerche con studenti universitari hanno trovato che l'abuso di alcol e i problemi alcol-correlati sono legati all'affettività negativa (Kushner and Sher, 1993; Kushner et al., 1994; Wood et al., 1992). Questi studi suggeriscono che gli studenti usano l'alcol per reagire ai fattori stressanti a cui si trovano a dover far fronte. La motivazione di *coping* è associata al *binge drinking* (Cooper, Agocha, & Sheldon, 2000; Labouvie & Bates, 2002; Montgomery et al., 1993) e a problemi con l'alcol (Cooper, Frone, Russell, & Mudar, 1995; McNally, Palfai, Levine, & Moore, 2003; Simons, Correia, & Carey, 2000; Windle & Windle, 1996). Tra i 14 e i 16 anni in America, ad esempio, i bevitori problematici (definiti come *heavy drinkers* cioè che assumono cinque o più bicchieri) mostrano alti punteggi nelle motivazioni di *coping* rispetto ai non bevitori o ai bevitori moderati (Windle, 1996). Ci sono poi evidenti risultati che le motivazioni di *coping* siano associate a una dipendenza alcolemica in età adulta (Carpenter & Hasin, 1998a, 1998b; Carpenter & Hasin, 1999). Park e Levenson (2002) hanno trovato che la motivazione di *coping* è molto comune fra gli studenti dei college e porta ad alti livelli di consumo di alcol, quindi a episodi di *binge drinking*, e numerose conseguenze negative dovute all'abuso. In una ricerca di Kuntsche et al. (2006a) che è andata ad indagare le motivazioni in base al tipo di alcol scelto è stato visto che bere per evitare i problemi è correlato ad alti livelli di *binge drinking* (Cooper et al., 1995; Kuntsche et al., 2005). Inoltre vi è una preferenza verso i superalcolici questo perché permette di poter dimenticare più rapidamente i propri problemi e le proprie preoccupazioni. Una simile ricerca è stata condotta recentemente in Italia da Graziano et al. (2012) dove è risultato che in un campione di adolescenti italiani la principale motivazione associata al *binge drinking* risulta essere la motivazione di *coping*, soprattutto nel caso degli adolescenti più grandi. Le ricerche suggeriscono anche che gli studenti che bevono come strategia di *coping* sono studenti che non hanno ancora maturato un loro modo di consumo e quindi continuano ad usare un livello di consumo smodato, rivelando problemi anche dopo la laurea (Perkins, 1999; Sadava and Pak, 1993). L'uso di alcol è stato collegato a molte emozioni negative come ad esempio la depressione e l'ostilità (Hussong et al., 2001; McCreary e Sadava, 1998). Stewart e Devine (2000) hanno trovato che la depressione è fortemente correlata con la motivazione di *coping* fra gli studenti canadesi. Anche Windle and Windle (1996) hanno trovato questa correlazione negli studenti americani. L'umore depresso porta lo studente a incrementare il consumo di alcol (Hussong et al., 2001), ad usare la

strategia di *coping* nel bere (Flynn, 2000; Tyssen et al., 1998) e riporta problemi alcol-correlati (Camatta e Nagoshi, 1995). Questi risultati suggeriscono che l'uso di alcol serve ad aggirare uno stato emotivo negativo (Tyssen et al., 1998) perché chi abusa di alcol, ha difficoltà a identificare e descrivere le emozioni, come il provare paura o provare ansia. Gli individui ansiosi possono utilizzare l'alcol per le sue proprietà calmanti e per controllare i sintomi di cui loro hanno paura (Comeau et al., 2001; Stewart & Zeitlin, 1995; Stewart, Karp, Pihl, & Peterson, 1997; Stewart, Zvolensky, & Eifert, 2002). Una ricerca condotta in Canada ha trovato una correlazione fra tratti di ansia e la motivazione di *coping* fra gli studenti con alta sensibilità verso l'ansia (Comeau et al., 2001). Stewart et al. (2002) hanno però trovato che la relazione fra la sensibilità all'ansia e il *coping* è moderata dalla capacità di aggirare le emozioni negative. Gli individui che riportano alti punteggi rispetto al nevroticismo, definito come labilità emotiva, ipersensibilità alla critica, sé fragile, tendenza a risaltare gli aspetti negativi (Hussong, 2003; Loukas, Krull, Chassin, & Carle, 2000), e quindi sensibili rispetto a stimoli affettivi negativi, sono quelli che avranno come motivazione al bere quella del *coping*. Vi è quindi un'associazione positiva tra *coping* e nevroticismo (Cooper et al., 2000; Loukas et al., 2000; Stewart & Devine, 2000; Stewart et al., 2001). In definitiva gli individui nevrotici sembrano essere vulnerabili al vivere emozioni negative e quindi possono utilizzare l'alcol al fine di alleviare queste emozioni (Loukas et al., 2000).

Oltre al nevroticismo, è stato visto che bassi livelli di aggregazione, cioè ostilità, egocentrismo e indifferenza verso gli altri, portano a conflitti (Suls, Martin, & David, 1998) e a comportamenti violenti (Heaven, 1996) e quindi l'alcol viene usato come strategia per alleviare lo stress sociale a cui si è sottoposti (Loukas et al., 2000). Da una ricerca di Tschann et al. (2005) su adolescenti messicani ed americani è stato visto che gli adolescenti che sperimentano disagio emozionale sono anche quelli che sono più a rischio nel comportamento di *binge drinking* e vengono anche coinvolti più spesso in comportamenti violenti. Altra caratteristica personale legata alla motivazione di *coping* è la percezione del sé. In uno studio di McNally et al. (2003) su studenti americani è stato visto che chi ha una bassa percezione del sé è più probabile che intraprenda strategie di *coping*.

Anche l'alienazione, definita come una mancanza di autoefficacia, frustrazione e isolamento sociale e rifiuto da parte degli altri (Jessor, Graves, Hanson, & Jessor, 1968) è correlata, soprattutto fra gli studenti maschi americani, con la motivazione di *coping* (Bradley, Carman, & Petree, 1991). Per quanto riguarda la situazione italiana, da una ricerca di Gerbino et al. (2005) su un campione di adolescenti italiani, è stato visto che chi usa alcol ha la tendenza ad utilizzare più frequentemente meccanismi di disimpegno morale, sia ad utilizzare la sostanza come strategia per affrontare situazioni emotivamente stressanti, rispetto alle quali non si sentono all'altezza. L'uso di alcol costituisce un modo per evitare di affrontare le difficoltà, per estraniarsi, da una parte, e per contrastare le emozioni spiacevoli, dall'altra.



#### 4. Conformismo (negativa/esterna)

La motivazione di conformismo riguarda la scelta di bere per adeguarsi al gruppo dei pari o per evitare problemi sociali (Cooper, 1994). Secondo il modello della Cooper (1994) la motivazione di conformismo, rispetto agli altri tipi di motivazione, è negativamente correlata con la quantità e la frequenza del bere (Cooper, 1994). Inoltre è negativamente correlata al bere nei bar o a casa, ma vi è una correlazione positiva significativa col bere ai party dove la pressione a conformarsi è molto più forte (Cooper, 1994). Anche in Italia in una ricerca di Graziano et al. (2012) la motivazione a conformarsi risulta essere negativamente associata al *binge drinking*. Pochi studi, uno condotto su un campione britannico (Ashton e Kamali, 1995) e uno su un campione turco (Akvardar et al., 2004), indicano che la motivazione prevalente nel bere è la motivazione di conformismo.

#### **Il modello cognitivo di Oei e Morawska (2004)**

Un modo per spiegare il gap che si ha tra le variabili correlate al bere e l'uso di alcol è la teoria dell'aspettativa dell'alcol. Questa teoria si basa sulla teoria dell'apprendimento sociale che assume che attività cognitive come anticipazione, aspettativa, ricordi sulla storia dell'uso di alcol, modellamento giocano un ruolo primario nel determinare il comportamento (Abrams e Niaura, 1987). Questo modello è basato su due costrutti fondamentali.

##### 1) Costrutto di aspettativa verso l'alcol (AEs)

Questo costrutto chiarisce che gli effetti dell'alcol non sono semplicemente dati dagli effetti fisiologici dati dall'alcol ma sono anche dati dalle credenze rispetto a tali effetti. Ad esempio, individui che hanno bevuto alcol si comporteranno in base alle loro aspettative sugli effetti dell'alcol, anche se però hanno ricevuto il placebo (Marlatt e Rohensow, 1980). Le aspettative sono quindi credenze sugli effetti che l'alcol potrebbe avere su vari aspetti del comportamento e della cognizione. L'aspettativa verso l'alcol emerge quando un individuo ha avuto qualsiasi esperienza con l'alcol. Tale esperienza può originare come il risultato di modellamento parentale (Brown, Creamer e Stetson, 1987), dai mass media, dall'influenza del gruppo dei pari (Christiansen, Smith, Roehling e Goldman, 1989). Dal momento in cui queste aspettative vengono stabilite esse guidano il comportamento quando si è esposti all'alcol, così che poi l'individuo possa produrre gli effetti aspettati quando l'alcol viene consumato. Quindi nel momento in cui l'alcol viene consumato, le aspettative vengono confermate. Sia le contingenze ambientali sia gli effetti fisiologici attuali dell'alcol rinforzano le prime aspettative sugli effetti dell'alcol, mentre il mantenimento del consumo dell'alcol dipende da queste aspettative che saranno o confermate o contraddette (Oei et al., 1998). L'iniziazione dell'individuo verso il primo bicchiere è guidata in parte dalle aspettative riguardo gli effetti desiderabili che l'alcol potrà dare, come ad esempio un aumento delle abilità di socializzazione o una riduzione della tensione. Le aspettative influenzano la percezione, e quindi

come la situazione in cui si beve possa essere percepita in base alle aspettative che si possiedono (Oei, Morawska, 2004). Le aspettative sono risultate essere i migliori predittori dei *pattern* di assunzione dell'alcol rispetto a variabili demografiche o situazionali (Brown, 1985; Christiansen e Goldman, 1983). Rispetto alle variabili del contesto sociale, Martin e Hoffman (1993) mostrano che sebbene l'influenza dei pari e l'ambiente possano significativamente predire il comportamento di bere fra gli studenti, le aspettative giocano comunque un ruolo molto ampio (influenza dei pari e ambiente 5-8% vs aspettative 36% della varianza). Varie ricerche mostrano che le aspettative in campioni di adulti, spiegano il 10- 19% della varianza rispetto all'uso di alcol, mentre in campioni di adolescenti le aspettative spiegano il 45% della varianza (Leigh, 1989). Quindi, sembra che le aspettative siano il miglior predittore per quanto riguarda il consumo di alcol negli adolescenti (Oei, Morawska, 2004).

Differenti aspettative possono prevedere diversi *pattern* di stili di bere. Chi si aspetterà che l'alcol possa incentivare i comportamenti sociali mostrerà di essere un bevitore sociale, mentre chi si aspetterà che l'alcol migliorerà le proprie *performance* fisiche e cognitive sarà probabile che sviluppi un modello di assunzione problematico (Christiansen e Goldman, 1983). Inoltre, le aspettative di un miglioramento sociale e un miglioramento fisico saranno associate a un modello di bevitore sociale frequente, mentre le aspettative che l'alcol ridurrà la tensione saranno associate a un modello di assunzione problematico (Brown, 1985). Il modello proposto da Oei e Morawska (2004) sul *binge drinking* è proprio basato sull'assunto che gli adolescenti e i giovani adulti hanno complessivamente poche esperienze con l'alcol e che quindi molte delle loro decisioni sull'assunzioni di alcol sono basate sulle loro aspettative e credenze sull'alcol e sulle loro percezioni di come gli altri individui usano e reagiscono all'alcol (Oei e Baldwin, 1994).

## 2) Drinking refusal self-efficacy (DRSE)

Questo costrutto è stato inizialmente introdotto da Bandura (1977, 1986) che distingue due tipi di aspettative: aspettativa sull'efficacia e aspettativa sul risultato, dove la prima riguarda il giudizio sull'abilità di fare una particolare attività, ma nel contesto dell'uso di alcol riguarda la capacità in situazioni specifiche di rifiutare o resistere all'alcol; mentre l'aspettativa sul risultato riguarda le credenze sulle conseguenze del mettere in atto questo comportamento.

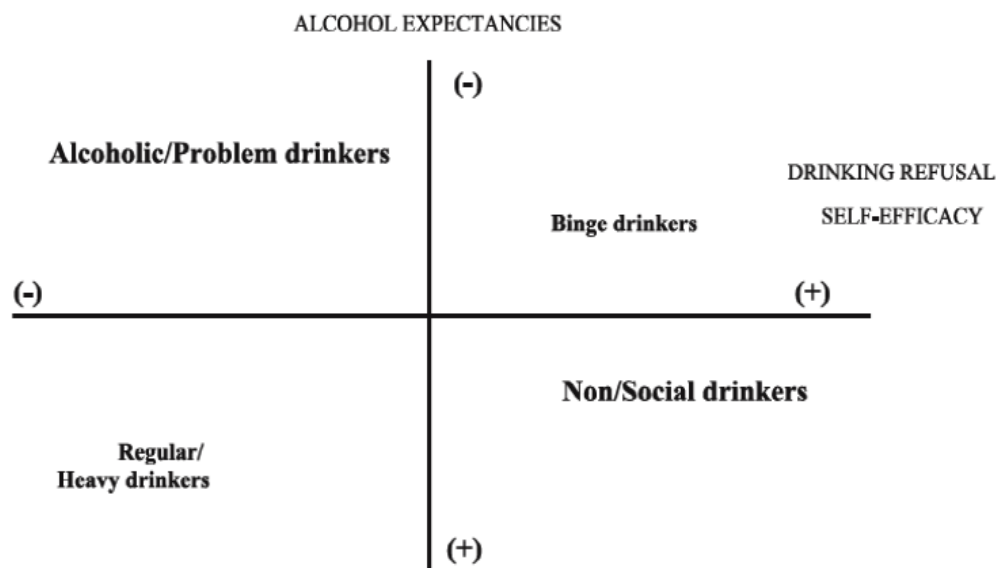
Il ruolo dell'aspettativa può essere modificato dalla credenza circa la propria abilità di resistere o rifiutare l'alcol in particolari condizioni. Tale costrutto prende il nome di *Drinking refusal self-efficacy* (DRSE).

In uno dei primi studi che ha esaminato insieme il costrutto di aspettativa insieme al costrutto dell'autoefficacia, Aas et al. (1995) hanno trovato che l'autoefficacia era un debole, ma significativo predittore del consumo di alcol. Gli adolescenti con precedenti esperienze col consumo di alcol riportavano alti punteggi nel costrutto delle aspettative e bassi punteggi nel costrutto

dell'autoefficacia rispetto a chi invece non aveva avuto esperienze con l'alcol. Questa ricerca suggerisce che l'adolescente consumatore di alcol, sarà quello che avrà aspettative positive, bassa autoefficacia e forti intenzioni di bere.

Attraverso la combinazione di queste due variabili (AEs +DRSE) gli autori hanno delineato differenti patterns di consumo alcolico.

Si delineano quindi quattro differenti stili: *Binge Drinkers*, Non Bevitori/Bevitori sociali, Alcolisti/Bevitori problematici, *Heavy Drinkers* (Oei, Morawska, 2004).



*Fonte: Oei e Morawska (2004)*

1. *Binge drinkers*: caratterizzati da alta autoefficacia (+DRSE), quindi sono in grado di poter rifiutare da bere, ma basse aspettative (-AEs) quindi in situazioni in cui sia presente l'alcol iniziano a bere ma non sono in grado di fermarsi;
2. Non bevitori/Bevitori sociali: caratterizzati da alta autoefficacia (+DRSE) e alte aspettative (+AEs). I bevitori sociali tendono a consumare solo piccole quantità in situazioni dove l'alcol è presente, ma avendo alte credenze sugli effetti dell'alcol e alta *self-efficacy* essi sono in grado di resistergli;
3. Alcolisti/bevitori problematici: caratterizzati da bassa autoefficacia (-DRSE) e basse aspettative (-AEs), quindi bevono regolarmente grandi quantità di alcol ma non rientrano nei criteri per essere considerati veri e propri dipendenti patologici;
4. *Heavy drinkers*: caratterizzati da bassa autoefficacia (-DRSE) e alte aspettative (+AEs) e sono quindi bevitori che assumono grandi quantità di alcol.

Il modello permette di distinguere fra bevitori sociali e *binge drinkers* attraverso le loro aspettative e quindi credenze sull'alcol (AEs), mentre i *binge drinkers* possono essere discriminati dagli alcolisti

sulla base della loro autoefficacia e quindi sulla loro capacità di rifiutare l'alcol (DRSE). Comunque gli autori preferiscono vedere le varie tipologie su un continuum e non come variabili separate. Successivamente gli autori hanno testato empiricamente la validità del modello su un campione di 200 studenti universitari e hanno visto che le variabili che possono discriminare diverse tipologie di consumo sono proprio le aspettative e l'autoefficacia (Morawska, Oei, 2005). Infatti la ricerca ha dimostrato che i *binge drinkers* possono essere discriminati dai *social drinkers* solo sulla base delle aspettative, come infatti veniva indicato nel modello (Oei, Morawska, 2004). Questo risultato risulta essere importante perché sia le aspettative che l'autoefficacia sono fattori che possono essere modificati ed acquistano quindi maggiore importanza per la pianificazione di un intervento (Morawska, Oei, 2004). In uno studio di Connor et al. (2011), che prendeva in considerazione giovani adolescenti, è stato trovato che una bassa autoefficacia e alte aspettative possono portare allo sviluppo di un modello di consumo problematico, e le aspettative non influenzano direttamente il modello di consumo. Questo risulta essere contraddittorio rispetto a ricerche con campioni di giovani adulti, dove sono le aspettative a giocare un ruolo maggiore nel predire consumi problematici (Connor et al., 2000; Young and Knight, 1989). Sembra quindi che nel caso di adolescenti molto giovani sia proprio l'autoefficacia ad avere un'influenza diretta nel predire futuri consumi problematici. Quindi il risultato che l'autoefficacia abbia un peso maggiore rispetto alle aspettative nella prima adolescenza, può aiutare ad ideare interventi di prevenzione specifici per quel *range* di età.

## **Conclusioni**

Dalle ricerche sopraesposte si può concludere che il fenomeno del *binge drinking* sia un fenomeno molto complesso, studiato approfonditamente in America, dove infatti viene introdotto il costrutto per la prima volta da Wechsler nel 1992, ma ancora poco approfondito nel contesto italiano.

Il primo ostacolo che si incontra nel trattare il tema del *binge drinking* è che non esiste una definizione univoca e precisa del costrutto: vi sono differenze nei criteri che vanno a delineare la soglia necessaria di alcol o di *drink*. La maggior parte utilizza i criteri forniti da Wechsler dei 5 o più bicchieri per gli uomini e 4 o più bicchieri per le donne, ma ci sono anche paesi in cui il livello si alza anche a 10 o più bicchieri come nel caso dell'Inghilterra, oppure 1/2 bottiglia di superalcolici in Svezia o ancora 6 o più bottiglie di birra in Finlandia. Questo chiaramente porta a problemi, quando ci si trova a dover confrontare le ricerche sul fenomeno del *binge drinking* rilevato con criteri diversi e che quindi utilizzano soglie diverse per includere gli individui nelle categorie di bevitori problematici o non problematici.

Come si può vedere dai dati statici presentati, il fenomeno risulta essere ampiamente diffuso in Europa e in America. L'Italia presenta una situazione particolare: se da un lato siamo uno dei paesi a

livello europeo con la più alta percentuale di astemi, dall'altro se andiamo a vedere la percentuale di *binge drinkers* notiamo che invece superiamo la media europea e analizzando il trend del fenomeno dal 1999 al 2010 si può vedere che se inizialmente vi era stata una stabilizzazione del consumo, adesso si assiste di nuovo ad un incremento delle percentuali. Questo è poi confermato dall'incremento della percentuale di quei ragazzi e ragazze che bevono fuori dai pasti. Si può quindi confermare che si sta passando da un modello di consumo moderato proprio del contesto mediterraneo ad un modello di consumo problematico proprio dei paesi del Nord. L'affermarsi di questo fenomeno ormai a livello mondiale fra gli adolescenti e i giovani adulti porta quindi a dover fare una riflessione su quali siano i principali meccanismi sottostanti nel momento in cui si deve scegliere se bere o non bere. Principalmente si sono occupati di risolvere questo interrogativo tre modelli teorici, inscrivibili all'interno di due prospettive: la prospettiva motivazionale e la prospettiva delle aspettative.

La prospettiva motivazionale è rappresentata dal modello di Cox e Klinger (1988) e dal modello a quattro fattori di Cooper et al. (1994). Questi due modelli teorici sostengono che il principale determinante nella scelta di bere o non bere sia la motivazione, basandosi sull'assunto che ogni individuo sceglie di bere perché vuole ottenere un determinato risultato. Emergono infatti quattro tipi di motivazioni, che sono la motivazione di accrescimento, la motivazione sociale, la motivazione di *coping* e la motivazione di conformismo. Queste quattro motivazioni permettono di poter individuare quale modello di consumo l'individuo seguirà. Infatti dal confronto delle varie ricerche è emerso che chi riporta di avere motivazioni di accrescimento e di *coping* attuerà un modello di consumo problematico e quindi sarà un *binge drinkers*, mentre chi invece riporta motivazioni sociali o di conformismo avrà un modello di consumo normale. Inoltre tali motivazioni sono il risultato dell'inter-relazioni di più fattori individuali, cognitivi, emozionali e sociali che permettono quindi di delineare quali possano essere i fattori di rischio (predisposizione genetica, familiarità, contesto sociale e culturale) e le principali caratteristiche di personalità associati a un possibile modello di consumo problematico.

La seconda prospettiva, quella delle aspettative, è rappresentata dal modello cognitivo di Oei e Morawska (2004). In questo caso si sostiene che i principali predittori nella decisione di bere siano le aspettative e la *self-efficacy*. Oei e Morawska (2004) nel loro modello attraverso la combinazione di queste due variabili differenziano i vari modelli di consumo. Infatti il *binge drinker* sarà caratterizzato da alti punteggi nella *self-efficacy* e basse aspettative, mentre il bevitore sociale e quindi moderato sarà caratterizzato sempre da alti punteggi nella *self-efficacy*, ma avrà anche alte aspettative.

Entrambe le prospettive hanno quindi l'obiettivo di stabilire quali siano i principali predittori nel consumo di alcol e in base a questi riescono ad individuare le categorie di consumatori,

individuando le variabili principali che possono portare al comportamento di *binge drinking*.

Tenendo conto che tutte le variabili rilevate dai tre modelli teorici sono ottenute principalmente attraverso strumenti *self-report* e che, come affermato già in precedenza, spesso non vi è una corrispondenza nei valori soglia per poter individuare i soggetti *binge drinkers*, si potrebbe però pensare dal punto di vista preventivo ad integrare le due prospettive tenendo conto da un lato dell'importanza delle quattro motivazioni definite dalla Cooper (1994) nel suo modello, ma anche di quei due costrutti introdotti nel modello cognitivo di Oei e Morawska (2004): le aspettative verso l'alcol e la *drinking refusal self-efficacy*. Sapere che chi beve lo fa per ottenere un determinato cambiamento affettivo, può permettere di andare a lavorare con gli adolescenti sull'autoregolazione emotiva e le espressioni emotive; mentre sapere che le aspettative e la *self-efficacy* permettono di distinguere fra un futuro *binge drinker* e un bevitore sociale può permettere di andare a fare un lavoro di prevenzione e a modificare quelle che sono le aspettative circa le credenze sull'alcol e a potenziare la capacità di saper dire di no.

Ciò può essere ancor più importante per la situazione Italiana, dove stiamo assistendo ad una crescita del fenomeno fra gli adolescenti e dove poche sono le ricerche che sono andate ad indagare questo fenomeno (D'alessio, Baiocco, Laghi, 2006; DiGrande, Perrier, Lauro, Contu, 2000; Graziano, Bina, Giannotta e Ciairano, 2012). Nell'ambito della prevenzione, in Italia, è ormai riconosciuto che restrizioni come l'età legale per comprare alcol, le leggi sulla vendita ai minori e le campagne informative, risultano ormai essere insufficienti. Infatti, pur essendoci restrizioni legali nella somministrazione di alcol ai minori (16 anni), i giovani non hanno problemi a procurarsi l'alcol e si assiste anche a una generale tolleranza e approvazione sociale su tale comportamento. I programmi di intervento dovrebbero in primis incoraggiare l'uso moderato dell'alcol, focalizzandosi sui rischi fisici e psicologici relativi all'abuso di alcol. Un approccio preventivo globale dovrebbe poter offrire ai giovani momenti culturali e promuovere stili di vita sani e salutari. L'attenzione dovrebbe essere anche attribuita ai mezzi di comunicazione di massa che pubblicizzano spesso modelli di comportamento non salutari e una cultura controllata e positiva degli eccessi. Si dovrebbe poi fornire un'informazione corretta e scientificamente fondata che possa appassionare i ragazzi e attivare il loro interesse. L'informazione deve essere fatta in funzione all'età, al genere e al contesto sociale e culturale per poter così modificare quelle aspettative e credenze sbagliate sull'alcol e fare attività di potenziamento del senso di autoefficacia nel resistere all'alcol. Gli interventi dovrebbero poi focalizzarsi su quella che è l'illusoria funzione di *coping* dell'alcol, aiutando a far capire ai ragazzi che l'alcol non è un mezzo per dimenticare o aggirare i problemi o per far fronte alle emozioni negative. Si deve quindi incentivare un lavoro di prevenzione sul riconoscimento delle emozioni, sulla regolazione delle emozioni attraverso modalità adattative e non disfunzionali.

## Bibliografia

- AAS H., KLEPP, K. LABERG, J. C. & AARO L.E. (1995). *Predicting Adolescents' Intentions to Drink Alcohol: Outcome Expectancies and Self-Efficacy*. "Journal of Studies on Alcohol", 56(3), 293–299.
- ABRAMS D.B. e NIAURA R.S. (1987). *Social Learning Theory*. In H.T. BLANE E K.E. LEONARD (Eds.), *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism* (pp. 131-178). New York: Guilford Press.
- AKVARDAR Y., DEMIRAL Y., ERGOR G., & ERGOR A. (2004). *Substance Use among Medical Students and Physicians in a Medical School in Turkey*. "Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology", 39(6), 502–506.
- ASHTON C.H. e KAMALI F. (1995). *Personality, Lifestyles, Alcohol and Drug Consumption in a Sample of British Medical Students*. "Medical Education", 29(3), 187–192.
- BAIOTTO R., COUYOUMDJIAN A., DEL MIGLIO, C. (2007). *I miei pensieri sull'alcol: immagini mentali e comportamento dei preadolescenti nei confronti dell'alcol*. In M. D'ALESSIO e F. LAGHI (Ed.), *La preadolescenza. Identità in transizione tra rischi e risorse*, Padova: Piccin.
- BAIOTTO R., D'ALESSIO M., LAGHI F. (2008). *I giovani e l'alcol: Il fenomeno del binge drinking*. Roma: Carocci.
- BAIOTTO R., D'ALESSIO M., LAGHI, F. (2010). *Binge drinking among gay, and lesbian youths: The role of internalized sexual stigma, self-disclosure, and individuals' sense of connectedness to the gay community*. "Addictive Behaviors", 35(10), 896-899.
- BANDURA, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: Prentice-Hall.
- BANDURA, A. (1986). *Social foundation of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- BELL N.J. e BELL R.W. (1993). *Adolescent risk taking*. London: Sage Publication.
- BENNETT M.E., MILLER J.H., WOODALL W.G. (1999). *Drinking, Binge Drinking and Other Drug Use Among Southwestern Undergraduates: Three-Years Trends*. "American Journal of Drug and Alcohol Abuse", 25(2), 331- 350.
- BONINO S., CATTELINO E., CIAIRANO S. (2007). *Adolescenti e rischio: Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*. Firenze: Giunti.
- BOSMA H. e JACKSON S. (Eds., 1990). *Coping and selfconcept in adolescence*. Berlino: Springer.
- BRADLEY J.R., CARMAN R.S., PETREE A. (1991). *Expectations, Alienation, and Drinking Motives among College Men and Women*. "Journal of Drug and Alcohol Education", 21(1), 27–

- BROADBENT R. (1994). *Not a Problem: Young People's Perceptions of Their Use and Abuse of Alcohol*. "Youth Studies Australia", 13(3), 32-35.
- BROWN S.A. (1985). *Expectancies versus background in the prediction of college drinking patterns*. "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 53(1), 123–130.
- BROWN S.A., CREAMER V.A., STETSON B.A. (1987). *Adolescent alcohol expectancies in relation to personal and parental drinking patterns*. "Journal of Abnormal Psychology", 96(2), 117–121.
- CAMATTA C.D. E NAGOSHI C.T. (1995). *Stress, Depression, Irrational Beliefs, and Alcohol Use and Problems in a College Student Sample*. "Alcoholism: Clinical and Experimental Research", 19(1), 142-146.
- CAPRARA G. e FONZI A. (2000). *L'età sospesa: Itinerari del viaggio adolescenziale*. Giunti Editore.
- CAREY K.B. (1993). *Situational determinants of heavy drinking among college students*. "Journal of Counseling Psychology", 40(2), 217–220.
- CARPENTER K.M. e HASIN D.S. (1998a). *A prospective evaluation of the relationship between reasons for drinking and DSM-IV alcohol-use disorders*. "Addictive Behaviors", 23(1), 41–46.
- CARPENTER K.M. e HASIN D.S. (1998b). *Reasons for drinking alcohol: Relationships with DSM-IV alcohol diagnoses and alcohol consumption in a Community Sample*. "Psychology of Addictive Behaviors", 12(3), 168–184.
- CARPENTER K.M. e HASIN D.S. (1999). *Drinking to cope with negative affect and DSM-IV alcohol use disorder: A test of three alternative explanations*. "Journal of Studies on Alcohol", 60(5), 694-704.
- CATANZARO S.J. e LAURENT J. (2004). *Perceived family support, negative mood regulation expectancies, coping, and adolescent alcohol use: Evidence of mediation and moderation effects*. "Addictive Behaviors", 29(9), 1779-1797.
- CATTELINO E., CALANDRI E., BONINO S. (2001). *Il contributo della struttura e del funzionamento della famiglia nella promozione del benessere di adolescenti di diverse fasce di età*. "Età evolutiva", 69, 49-60.
- CHRISTIANSEN B.A. e GOLDMAN M.S. (1983). *Alcoholrelated expectancies versus demographic/background variables in the prediction of adolescent drinking*. "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 51(2), 249 – 257.
- CHRISTIANSEN B.A., SMITH G.T., ROEHLING P.V., GOLDMAN M.S. (1989). *Using alcohol expectancies to predict adolescent drinking behaviour after one year*. "Journal of



Clinical and Consulting Psychology”, 57(1), 93–99.

- CHRISTIANSEN M., VIK P.W., JARCHOW A. (2002). *College student heavy drinking in social contexts versus alone*. “Addictive Behaviors”, 27(3), 393-404.
- CLONINGER C.R., BOHMAN M., SIGVARDSSON S. (1981). *Inheritance of Alcohol Abuse: Cross-Fostering Analysis of Adopted Men*. “Archives of General Psychiatry”, 38(8), 861–868.
- COLDER C.R. e O’CONNOR R. (2002). *Attention bias and disinhibited behavior as predictors of alcohol use and enhancement reasons for drinking*. “Psychology of Addictive Behaviors”, 16(4), 325–332.
- COMEAU N., STEWART S.H., LOBA P. (2001). *The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents’ motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use*. “Addictive Behaviors”, 26(6), 803–825.
- CONGER J.J. (1956). *Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism*. “Quarterly Journal of Studies on Alcohol”, 17, 296-305.
- CONNOR J.P., GEORGE S.M., GULLO M.J., KELLY A.B., YOUNG R.MCD. (2011). *A Prospective Study of Alcohol Expectancies and Self-Efficacy as Predictors of Young Adolescent Alcohol Misuse*. “Alcohol and Alcoholism”, 46(2), 161-169.
- CONNOR J. P., YOUNG R.M., WILLIAMS R.J. Et al. (2000). *Drinking restraint versus alcohol expectancies: which is the better indicator of alcohol problems?* “Journal of Studies on Alcohol”, 61(2), 352–359.
- COOPER M.L. (1994). *Motivations for alcohol use among adolescents: development and validation of a four-factor model*. “Psychological Assessment”, 6(2), 117-128.
- COOPER M.L., AGOCHA V.B., e SHELDON M.S. (2000). *A motivational perspective on risky behaviors: The role of personality and affect regulatory processes*. “Journal of Personality”, 68(6), 1059–1088.
- COOPER M.L., FRONE M.R., RUSSEL M., MUDAR P. (1995). *Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use*. “Journal of Personality and Social Psychology”, 69(5), 990-1005.
- COSTA P. T. e MCCRAE R.R. (1980). *Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people*. “Journal of Personality and Social Psychology”, 38(4), 668-678.
- COX W.M. e KLINGER E. (1988). *A motivational model of alcohol use*. “Journal of Abnormal Psychology”, 97(2), 168-180.
- COX W.M. e KLINGER E. (2004). *A motivational model of alcohol use: determinants of use and change*. In COX W.M e KLINGER E. (eds), *Handbook of motivational counseling: Concepts, Approaches, and Assessment* (pp. 121-138). Chichester: Wiley.

- CRONIN C. (1997). *Reasons for drinking versus outcome expectancies in the prediction of college student drinking*. "Substance Use and Misuse", 32 (10), 1287–1311.
- CRUNDALL L.A. (1995). *Perceptions of alcohol by student drinkers at university*. "Drug and Alcohol Review", 14(4), 363-368.
- D'ALESSIO M., BAIOTTO R., LAGHI F. (2006). *The problem of binge drinking among Italian university students: a preliminary investigation*. "Addictive Behaviors", 31(12), 2328-2333.
- DIGRANDE L., PERRIER M.P., LAURO M.G., CONTU P. (2000). *Alcohol use and correlates of binge drinking among university students on the Island of Sardinia, Italy*. "Substance Use and Misuse", 35(10), 1471–1483.
- ELABORAZIONI OSSERVATORIO NAZIONALE ALCOL CNESPS E WHO CC *Research on Alcohol* su dati Special Eurobarometer 331.
- ENGEL G.L., (1997). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. "Science", 196(4286), 129-136.
- ESPAD (2009). *The 2001 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries*.
- ESPAD-Italia ®. [Http://www.epid.ifc.cnr.it/Espad/index.htm](http://www.epid.ifc.cnr.it/Espad/index.htm)
- FELDMAN L., HARVEY B., HOLOWATY P., SHORTT L. (1999). *Alcohol use beliefs and behaviors among high school students*. "Journal of Adolescent Health", 24(1), 48–58.
- FERRITER C. e RAY L.A. (2011). *Binge eating and binge drinking: an integrative review*. "Eating Behaviors", 12(2), 99-107.
- FISCHER S., ANDERSON K.G., SMITH G.T. (2004). *Coping with distress by eating or drinking: Role of trait urgency and expectancies*. "Psychology of Addictive Behaviors", 18(3), 269–274.
- FISCHER S. e SMITH G.T. (2008). *Binge eating, problem drinking, and pathological gambling: Linking behavior to shared traits and social learning*. "Personality and Individual Differences", 44(4), 789–800.
- FLYNN H.A. (2000). *Comparisons of cross-sectional and daily reports in studying the relationship between depression and use of alcohol in response to stress in college students*. "Alcoholism: Clinical and Experimental Research", 24(1), 48-52.
- GERBINO M., PASTORELLI C., VECCHIO G.M., PACIELLO M., TRAMONTANO C. (2005). *Fattori di protezione e di rischio nell'uso di alcol e droga in adolescenza*. "Psicologia clinica dello sviluppo", 3, 415-435.
- GOLDMAN D., OROSI G., DUCCI F. (2005). *The genetics of addictions: uncovering the genes*. "Nature Reviews Genetics", 6, 521–532.

- GONZALES R. A., JOB M.O., DOYON W.M. (2004). *The Role of Mesolimbic Dopamine in the Development and Maintenance of Ethanol Reinforcement*. "Pharmacology and Therapeutics", 103(2), 121-146.
- GOUDRIAAN A.E., GREKIN E.R., SHER K.J. (2007). *Decision making and binge drinking: a longitudinal study*. "Alcoholism: Clinical and Experimental Research", 31(6), 928-938.
- GRAY J.A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An inquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.
- GRAZIANO F., BINA M., GIANNOTTA F., CIAIRANO S. (2012). *Drinking motives and alcoholic beverage preferences among Italian adolescents*. "Journal of Adolescence", 34(4), 823-831.
- HANSAGI H., ROMELSJO A., DE VERDIER M.G., ANDREASSON S., LEIFMAN A. (1995). *Alcohol Consumption and Stroke mortality: 20 years follow up of 15077 men and women*. "Stroke", 26, 1768-1773.
- HEATH D.B. (2000). *Drinking occasions: Comparative perspectives on alcohol and culture*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- HEAVEN P.C.L. (1996). *Personality and self-reported delinquency: Analysis of the "Big Five" personality dimensions*. "Personality and Individual Differences", 20(1), 47-54.
- HUSSONG A.M. (2003). *Social influences in motivated drinking among college students*. "Psychology of Addictive Behaviors", 17(2), 142-150.
- HUSSONG A.M., HICKS R.E., LEVY S.A., CURRAN P.J. (2001). *Specifying the relations between affect and heavy alcohol use among young adults*. "Journal of Abnormal Psychology", 110(3), 449-461.
- JESSOR R., GRAVES T.D., HANSON R.C., JESSOR S.L. (1968). *Society, personality, and deviant behavior: A study of a triethnic community*. New York, NY7: Holt, Rinehart, and Winston.
- KAIROUZ S., GLIKSMAN L., DEMERS A., ADLAF E.M. (2002). *For all these reasons, I do... drink: A multilevel analysis of contextual reasons for drinking among Canadian undergraduates*. "Journal of Studies on Alcohol", 63(5), 600-608.
- KARWACKI S.B., BRADLEY J.R. (1996). *Coping, drinking motives, goal attainmen expectancies and family models in relation to alcohol use among college students*. "Journal of Alcohol and Drug Education", 26(3), 243-255.
- KASSEL J.D., JACKSON S.I., UNROD M. (2000). *Generalized expectancies for negative mood regulation and problem drinking among college students*. "Journal of Studies on Alcohol", 61(2), 332-340.

- KAUKANEN J., KAPLAN G.A., GOLDBERG D.E., SALONE J.T. (1997). *Beer bingeing and mortality: results from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study, a prospective population based study*. "BMJ", 315, 846-851
- KHANZIAN E.J. (1997). *The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications*. "Harvard Review of Psychiatry", 4(5), 231-244.
- KUNTSCHE E., KNIBBE R., GMEL G., ENGELS R. (2005). *Why do young people drink? A review of drinking motives*. "Clinical Psychology Review", 25(7), 841-861.
- KUNTSCHE E., KNIBBE R., GMEL G., ENGELS R. (2006a). *"I drink spirits to get drunk and block out my problems..." Beverage preference, drinking motives and alcohol use in adolescence*. "Alcohol & Alcoholism", 41(5), 566-573.
- KUNTSCHE E., KNIBBE R., GMEL G., ENGELS, R. (2006b). *Who drinks and Why? A review of socio-demographic, personality, and contextual issues behind the drinking motives in young people*. "Addictive Behaviors", 31(10), 1844-1857.
- KUNTSCHE E., REHM J., GMEL G. (2004). *Characteristics of binge drinkers in Europe*. "Social Science & Medicine", 59(1), 113-127.
- KUNTSCHE E., VON FISCHER M., GMEL, G. (2008). *Personality factors and alcohol use: a mediator analysis of drinking motives*. "Personality and Individual differences", 45(8), 796-800.
- KUSHNER M.G., ABRAMS K., BORCHARDT C. (2000). *The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings*. "Clinical Psychology Review", 20(2), 149-171.
- KUSHNER M.G. e SHER K.J. (1993). *Comorbidity of alcohol and anxiety disorders among college students: Effects of gender and family history of alcoholism*. "Addictive Behaviors", 18(5), 543-552.
- KUSHNER M.G., SHER K.J., WOOD M.D., WOOD P.K. (1994). *Anxiety and drinking behavior: Moderating effects of tension-reduction alcohol outcome expectancies*. "Alcoholism: Clinical and Experimental Research", 18(4), 852-860.
- LABOUVIE E.W. (1986). *The coping function of adolescent alcohol and drug use*. In R.K. SILBEREISEN, K. EYFERTH, G. RUDINGER (eds), *Development as action in context. Problem behaviour and normal youth development* (pp. 229-240). Berlin: Springer-Verlag.
- LABOUVIE E.W. e BATES M.E. (2002). *Reasons for alcohol use in young adulthood: Validation of a three-dimensional measure*. "Journal of Studies on Alcohol", 63(2), 145-155.
- LAZARUS R.S. e FOLKMAN S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer.
- LEIGH B. (1989). *In search of the seven dwarves: Issues of measurement and meaning in*

*alcohol expectancy research*. “Psychological Bulletin”, 105(3), 361–373.

- LOUKAS A., KRULL J.L., CHASSIN L., CARLE A.C. (2000). *The relation of personality to alcohol abuse/dependence in a highrisk sample*. “Journal of Personality”, 68(6), 1153–1175.
- MACANDREW C. e EDGERTON R. B. (1969). *Drunken comportment: A social explanation*. Chicago: Aldine.
- MAGID V., MACLEAN M.G., COLDER C.R. (2007). *Differentiating between sensation seeking and impulsivity through their mediated relations with alcohol use and problems*. “Addictive Behaviors”, 32(10), 2046–2061.
- MARCZINSKI C. A., COMBS S.W., FILLMORE, M.T. (2007). *Increased sensitivity to the disinhibiting effects of alcohol in binge drinkers*. “Psychology of Addictive Behaviors”, 21(3), 346–354.
- MARLATT G.A., ROHENSOW D.J. (1980). *Cognitive processes in alcohol use: Expectancy and the balanced placebo design*. In N.K. MELLO (Ed.), *Advances in substance abuse Behavioural and biological research*, vol. 1 (pp. 159–199). Greenwich, CT: JAI Press.
- MARTIN C.M., HOFFMAN M.A. (1993). *Alcohol expectancies, living environment, peer influence and gender: A model of college-student drinking*. “Journal of College Student Development”, 34(3), 206–211.
- McCABE S.E. (2002). *Gender differences in collegiate risk factors for heavy episodic drinking*. “Journal of Studies on Alcohol”, 63(1), 49–56.
- McCREARY D.R. e SADAVA S.W. (1998). *Stress, drinking, and the adverse consequences of drinking in two samples of young adults*. “Psychology of Addictive Behaviors”, 12(4), 247–261.
- McNALLY A.M., PALFAI T.P., LEVINE R.V., MOORE B.M. (2003). *Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults. The mediational role of coping motives*. “Addictive Behaviors”, 28(6), 1115–1127.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2012). *Relazione del ministro della salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2011 N.125 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati*.
- MONTGOMERY R.L., BENEDICTO J.A., HAEMMERLIE F.M. (1993). *Personal vs. social motivations of undergraduates for using alcohol*. “Psychological Reports”, 73(3), 960–962.
- MORAWSKA A., e OEI T.P.A. (2005). *Binge drinking in university students: A test of the cognitive model*. “Addictive Behaviors”, 30(2), 203–218.
- OEI T.P.S. e BALDWIN A.R. (1994). *Expectancy theory: a two-process model of alcohol use and abuse*. “Journal of Studies on Alcohol”, 55, 525–534.
- OEI T.P.S., FERGUSSON S., LEE N.K. (1998). *The differential role of alcohol expectancies*

*and drinking refusal self-efficacy in problem and nonproblem drinkers.* “Journal of Studies on Alcohol”, 59, 704–711.

- OEI T.P.S. e MORAWSKA A. (2004). *A cognitive model of binge drinking: The influence of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy.* “Addictive Behaviors”, 29(1), 159-179.
- OSSERVATORIO NAZIONALE ALCOL CNESPS. <http://www.epicentro.iss.it/alcol/>
- PALMONARI A. (a cura di, 1997). *Psicologia dell'adolescenza.* Bologna: Il Mulino.
- PARK C.L. e LEVENSON M.R. (2002). *Drinking to cope among college students: Prevalence, problems, and coping processes.* “Journal of Studies on Alcohol”, 63, 486-497.
- PARTANEN J. e SIMPURA J. (2001). *International trends in alcohol production and consumption.* In N. HEATHER, T.J. PETERS, T. STOCKWELL (Eds.), *International handbook of alcohol dependence and problems* (pp. 379–394). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- PERKINS H.W. (1999). *Stress-motivated drinking in collegiate and postcollegiate young adulthood: Life course and gender patterns.* “Journal of Studies on Alcohol”, 60, 219-227.
- PIKO B.F. (2006). *Adolescent smoking and drinking: The role of communal mastery and other social influences.* “Addictive Behaviors”, 31(1), 102-114.
- PRESCOTT C.A. e KENDLER K.S. (1999). *Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population based sample of male twins.* “American Journal of Psychiatry”, 156(1), 34-40.
- SADAVA S.W. e PAK, A.W. (1993). *Stress-related problem drinking and alcohol problems: A longitudinal study and extension of Marlatt's model.* “Canadian Journal of Behavioural Science”, 25(3), 446-464.
- SIMONS J., CORREIA C. J., CAREY, K.B. (2000). *A comparison of motives for marijuana and alcohol use among experienced users.* “Addictive Behaviors”, 25(1), 153–160.
- SPECIAL EUROBAROMETER (2010). *EU citizens' attitudes toward alcohol.* Anno 2009.
- STEWART S.H. e DEVINE, H. (2000). *Relations between personality and drinking motives in young adults.* “Personality and Individual Differences”, 29(3), 495–511.
- STEWART S.H., KARP J., PIHL R.O., PETERSON R.A. (1997). *Anxiety sensitivity and self-reported reasons for drug use.* “Journal of Substance Abuse”, 9, 223–240.
- STEWART S.H., LOUGHLIN H.L., RHYNO E. (2001). *Internal drinking motives mediate personality domain drinking relations in young adults.* “Personality and Individual Differences”, 30(2), 271–286.
- STEWART S.H. e ZEITLIN S.B. (1995). *Anxiety sensitivity and alcohol use motives.* “Journal of Anxiety Disorders”, 9(3), 229–240.
- STEWART S.H., ZVOLENSKY M.J., EIFERT G.H. (2002). *The relations of anxiety sensitivity,*

*experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking.* "Behavior Modification", 26(2), 274–296.

- SULLS J., MARTIN R., DAVID J.P. (1998). *Person–environment fit and its limits: Agreeableness, neuroticism, and emotional reactivity to interpersonal conflict.* "Personality and Social Psychology Bulletin", 24(1), 88–98.
- SWENDSEN J.D., TENNEN H., CARNEY M.A., AFFLECK G., WILLARD A., HROMI A. (2000). *Mood and alcohol consumption: an experience sampling test of the self medication hypothesis.* "Journal of Abnormal Psychology", 109(2), 198-204.
- THEAKSTON J.A., STEWART S.H., DAWSON M.Y., KNOWLDEN-LOEWEN S.A.B., LEHMAN D.R. (2004). *Big-five personality domains predict drinking motives.* "Personality and Individual Differences", 37(5), 971–984.
- TSCHANN J.M., ADLER N.E., IRWIN C.E., ET AL. (1994). *Initiation of substance use in early adolescence: the roles of pubertal timing and emotional distress.* "Health Psychology", 13(4), 326 –33.
- TSCHANN J.M., FLORES E., PASCH L.A., VANOSS MARIN B. (2005). *Emotional distress, alcohol use, and peer violence among Mexican-American and European-American adolescents.* "Journal of Adolescents Health", 37(1), 11-18.
- TYSSSEN R., VAGLUM P., ASLANDD O.G., GRONVOLD N.T., EKEBERG O. (1998). *Use of alcohol to cope with tension, and its relation to gender, years in medical school and hazardous drinking: A study of two nation-wide Norwegian samples of medical students.* "Addiction", 93(9), 1341-1349.
- WECHSLER H., DAVENPORT A., DOWDALL G.W., MOEYKENS B., CASTILLO, S. (1994). *Health and Behavioral consequences of binge drinking in college: A national survey of students at 140 campuses.* "Journal of the American Medical Association", 272(21), 1672-1677.
- WECHSLER H., DOWDALL G.W., DAVENPORT A., CASTILLO S. (1995). *Correlates of college student binge drinking.* "American Journal of Public Health", 85(7), 921-926.
- WECHSLER H. e ISAAC N. (1992). *Binge Drinkers at Massachusetts Colleges. Prevalence, Drinking Style, Time Trends, and Associated Problems,* "Journal of the American Medical Association", 267(21), 2929-2931.
- WECHSLER H. e NELSON T.F. (2008). *What we have learned from the Harvard School of Public Health College Alcohol Study: Focusing attention on College Student Alcohol Consumption and the Environment Conditions That promote it.* "Journal of studies on alcohol and drugs", 69(4), 481-490.
- WEINBERGER D. A. e BARTHOLOMEW K. (1996). *Social–emotional adjustment and patterns of alcohol use among young adults.* "Journal of Personality", 64(2), 495–527.

- WHITESIDE S.P. e LYNAM D.R. (2001). *The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity*. “Personality and Individual Differences”, 30(4), 669–689.
- WIERS R.W., VANWOERDEN N., SMULDERS F.T.Y., DEJONG P.J. (2002). *Implicit and explicit alcoholrelated cognitions in heavy and light drinkers*. “Journal of Abnormal Psychology”, 111(4), 648–658.
- WINDLE M. (1996). An alcohol involvement typology for adolescents: Convergent validity and longitudinal stability. *Journal of Studies on Alcohol*, 57(6), 627-637.
- WINDLE M., e WINDLE R.C. (1996). *Coping strategies, drinking motives, and stressful life events among middle adolescents: Associations with emotional and behavioral problems and with academic functioning*. “Journal of Abnormal Psychology”, 105(4), 551–560.
- WOOD M.D., NAGOSHI C.T., DENNIS D.A. (1992). *Alcohol norms and expectations as predictors of alcohol use and problems in a college student sample*. “American Journal of Drug and Alcohol Abuse”, 18(4), 461-476.
- YOUNG R.M. e KNIGHT R.G. (1989). *The Drinking Expectancy Questionnaire: a revised measure of alcoholrelated beliefs*. “Journal of Psychopathology and Behavioral assessment”, 11(1), 99–112.
- ZUCKERMAN M. (1983). *A biological theory of sensation seeking*. In M. ZUCKERMAN (ed.), *Biological bases of sensation seeking, impulsivity, and anxiety* (pp. 37-76). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.