

Jacek Moskalewicz

PRZEGLĄD ZAGRANICZNYCH RAPORTÓW NA TEMAT ALKOHOLU.

Artykuł jest nieznacznie zmodyfikowaną wersją ekspertyzy przygotowanej w 1988 roku, w trakcie prac nad "II Raportem o polityce wobec alkoholu" (Wald et al 1990). Przedstawiono w niej cztery, najbardziej wówczas aktualne, raporty dotyczące sytuacji alkoholowej w Szwecji, USA, na Węgrzech i w Wielkiej Brytanii.

Obszerne fragmenty raportu węgierskiego zostały w międzyczasie opublikowane na łamach "Alkoholizmu i Narkomanii" (Jesień 1988). Obecnie omówione zostaną trzy pozostałe raporty:

1. Alkohol: nasz ulubiony narkotyk (Alcohol: our favourite drug) - przygotowany przez Specjalną Komisję Królewskiego Kolegium Psychiatrów, opublikowany w Wielkiej Brytanii w 1986 roku.

2. Szósty, specjalny raport do Kongresu Stanów Zjednoczonych "Alkohol i Zdrowie" - opracowany na zlecenie Departamentu Zdrowia i Służb Socjalnych (Sixth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health from the Secretary of Health and Human Services) z 1987 roku.

3. Raport 84 nt. sytuacji w zakresie alkoholu i narkotyków w Szwecji (Raport 84. On the alcohol and drug situation in Sweden) - opublikowany w 1985 roku przez Szwedzką Radę d/s Informacji o Alkoholu i Innych Substancjach Uzależniających przy współpracy Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.

Omawiane raporty nie są pierwszymi tego typu opracowaniami. Historia amerykańskich raportów "Alkohol a zdrowie" sięga roku 1971 a więc pierwszego roku działalności Narodowego Instytutu d/s Alkoholizmu i Nadużywania Alkoholu (NIAAA). Od tego czasu ukazało się sześć raportów, z których każdy uwzględnia zdobyte

nauki i doświadczenia kilku poprzedzających lat. Siódmy raport opublikowano w roku 1990 (Alcohol and Health 1990)

Raport "Alkohol nasz ulubiony narkotyk" jest czwartym z kolei w Wielkiej Brytanii. Również w Szwecji raporty nt. alkoholu i narkomanii ukazują się cyklicznie od lat siedemdziesiątych.

Raport Królewskiego Kolegium Psychiatrów "Alkohol: nasz ulubiony narkotyk".

Raport napisany został przez ósmioosobowy Komitet d/s problemów związanych z alkoholem powołany przez Królewskie Kolegium Psychiatrów. W jego składzie znalazło się siedmiu przedstawicieli medycyny (głównie psychiatrów) i jeden socjolog. Nie zaważyło to na charakterze raportu, w którym nie dominują bynajmniej kwestie medyczne, wprost przeciwnie eksponowane są również problemy społeczne oraz społeczne i środowiskowe mechanizmy ich przewycięzania. Dominujące przeświadczenie, iż problemy związane z alkoholem należy pozostawić wyłącznie w gestii służby zdrowia i opieki społecznej dowodzi wg autorów raportu fundamentalnego nieporozumienia co do natury tych problemów. Ich przewycięzanie zależy w równym stopniu od przeciętnego obywatela, przedstawicieli różnych dyscyplin i wreszcie od polityki władz lokalnych i centralnych. Raport adresowany jest więc do wszystkich, którzy dostrzegają powagę problemów zdrowotnych i społecznych, przed którymi staje społeczeństwo brytyjskie i społeczeństwa wielu innych krajów. Od czasu ukazania się poprzednich raportów minęło kilka lat. Okres ten przyniósł nowe dane epidemiologiczne, nowe odkrycia badawcze, nowe doświadczenia związane z podjętymi działaniami, a zwłaszcza wynikające z zaniechania pewnych działań. Zgromadzone dane wskazują na wyraźną potrzebę przedstawienia kolejnego raportu. Szacuje się, że ok. 2 % kobiet i 5 % mężczyzn to osoby doświadczające różnych problemów alkoholowych. Ok. 300 tys. ludzi a więc ok. 1 % dorosłej populacji stanowią uzależnieni od alkoholu. Umieralność w tej grupie jest 2-3 krotnie wyższa od oczekiwanej. Stanowią oni dodatkowe obciążenie dla społecznej służby zdrowia. Około 25 % hospitalizacji mężczyzn pozostaje w związku z alkoholem, a liczba przyjęć szpitalnych z powodu uzależnienia od alkoholu wzrosła, w ciągu ostatnich 25 lat, dwudziestokrotnie. Koszty leczenia samych uzależnionych sięgają 17

milionów funtów rocznie a ogólne straty ekonomiczne związane z konsumpcją alkoholu szacuje się na 1.614 mln funtów (1983). Takie i podobne dane skomasowane na jednej z pierwszych stron raportu odwołujące się i do intelektu i do emocji mają przekonać czytelnika co do intencji autorów raportu i potrzeby jego publikacji. Podobną, marketingową rolę, pełni tytuł "Alkohol: nasz ulubiony narkotyk", czego bynajmniej autorzy nie ukrywają pisząc: "W czasach, gdy tak wiele zaniepokojenia wywołuje narkomania, trzeba pamiętać, iż alkohol jest u nas najpowszechniejszym i przynoszącym największe szkody narkotykiem". Potwierdzenie tej tezy przynoszą dane epidemiologiczne mówiące, iż liczba zgonów związanych z narkomanią wynosi rocznie ok. 150 podczas gdy alkohol jest powodem blisko 4000 zgonów.

Kolejne nieporozumienie, wg autorów raportu, tkwi w przekonaniu, iż problemy dotyczą tylko uzależnionych lub nadużywających alkoholu. Tymczasem, jak wynika z badań, większość szkód związanych z alkoholem wywołują "normalni" konsumenci alkoholu. Taki rozkład problemów w społeczeństwie jest konsekwencją dystrybucji spożycia alkoholu, zgodnie z którą mało i przeciętnie pijący stanowią zdecydowaną większość ludności.

Mimo, iż w latach sześćdziesiątych obserwuje się stabilizację spożycia to ciągle jego poziom i zasięg problemów nie mogą nie być przedmiotem troski i nie pozwalają na bierne śledzenie sytuacji. Tym bardziej, iż w życiu społecznym i gospodarczym zidentyfikować można łatwo czynniki, które w najbliższej przyszłości stymulować będą wzrost spożycia alkoholu. Integracja ekonomiczna Europy, zniesienie barier celnych otworzy rynek brytyjski dla napojów alkoholowych z pozostałych krajów "dziesiątki", które już w tej chwili dysponują ogromnymi nadwyżkami wina. Wchłonięcie tej nadwyżki doprowadziłoby do drastycznego wzrostu spożycia. Przede wszystkim zagrożone są kobiety i młodzież a więc grupy ludności szczególnie otwarte na nowe wzory konsumpcji, których postępująca emancypacja przejawia się często w sięganiu po kieliszek.

Nakazem chwili jest więc konieczność opanowania sytuacji przy czym nadmierna prohibytywność byłaby - wg raportu - równie niepożądana jak zbyt liberalizm. "Zasadniczym zadaniem raportu jest rozwój takiego podejścia do alkoholu i problemów alkoholowych, które unika skrajności, podejścia, którego podstawą będzie

najnowsza wiedza, ale które dostrzega luki w informacji (...) które adekwatnie służyć będzie potrzebom jednostek, profesjonalistów i polityków w społeczeństwie, gdzie alkohol pozostanie przypuszczalnie długo ulubionym narkotykiem”.

Jednym z najlepiej napisanych fragmentów raportu jest rozdział nt. historii społecznej alkoholu, który pozwala na dystans w spojrzeniu na problemy występujące współcześnie i lepsze ich zrozumienie. Zasadnicze nauki płynące z jego lektury wypunktować można w następujący sposób:

1. Substancje odurzające znane są ludzkości od najwcześniejszych epok. Człowiek, w odróżnieniu od innych ssaków, wykazywał zawsze zdumiewającą zdolność wyszukiwania i stosowania różnych substancji odurzających.

2. W większości społeczeństw istnieje przynajmniej jedna substancja odurzająca, której konsumpcja jest społecznie i prawnie akceptowana.

3. Przedmiotem sankcji i społecznej dezaprobaty są na ogół substancje charakterystyczne dla innych kultur.

4. Postawy, polityka wobec różnych substancji oraz ich spożycie mogą ulegać gwałtownym zmianom.

Ta ostatnia teza ilustrowana jest licznymi przykładami, dzięki którym raport staje się lekturą pasjonującą, nawet dla czytelnika "spoza branży". Historia tytoniu, którego posiadanie zagrożone było karą śmierci w XVII wieku w Rosji i Niemczech, opinia angielskich lekarzy, którzy uznawali herbatę za śmiertelną truciznę jeszcze 200 lat temu, przekonanie autorytetów świata medycznego sprzed niecałych stu lat o nieszkodliwości opiatów stanowią dobrą lekcję relatywizmu pożyteczną w pojmowaniu problemów trapiących nas współcześnie.

Historyczną część raportu kończy opis wieloletnich trendów w spożyciu alkoholu w Wielkiej Brytanii. Trendy te charakteryzują okresy wysokiej konsumpcji przeplatane dziesięcioleciami niskiego spożycia. Pierwszą falę pijaństwa odnotowano na Wyspach na przełomie XVII i XVIII wieku, nieprzypadkowo chyba w związku z upowszechnieniem obcego, nieznanego wcześniej trunku - ginu. Znaczny spadek spożycia nastąpił dopiero w drugiej połowie XVIII

wieku, po wprowadzeniu ustawy "o bardziej skuteczne ograniczenie sprzedaży napojów destylowanych" (1751). Gwałtowny wzrost konsumpcji przyniósł wiek XIX. Spożycie osiągnęło wówczas pułap 11 litrów etanolu na jednego mieszkańca. Ponowny spadek rozpoczął się już w początkach naszego stulecia a przyspieszony został w czasie I wojny światowej, kiedy to spożycie zmalało dwukrotnie. Obniżenie konsumpcji było konsekwencją ograniczeń w dostępności alkoholu wprowadzonych w celu wyeliminowania pijaństwa z przemysłu zbrojeniowego. Niski poziom spożycia utrzymywał się przez cały okres międzywojenny. Od zakończenia II wojny światowej wezbrała nowa fala wysokiej konsumpcji, która zatrzymała się dopiero u progu lat 80-tych. Jak widać z historii - mówią autorzy raportu - społeczeństwo nie jest skazane na nieuchronny wzrost spożycia alkoholu; od reakcji społecznych zależy będzie czy obecna stabilizacja zapoczątkuje spadek konsumpcji, czy też nadejdzie po niej kolejna fala jej wzrostu.

Kolejny rozdział raportu zawiera przegląd współczesnych, brytyjskich działań zmierzających do ograniczenia zasięgu problemów alkoholowych. Wśród nich dominują przedsięwzięcia skierowane na aktualnych i potencjalnych alkoholików. Podsumowuje się doświadczenia służby zdrowia i opieki społecznej, które mimo znaczącej rozbudowy sieci specjalistycznych usług nie są w stanie sprostać istniejącym problemom. Odnotowuje się dynamiczny rozwój ruchów samopomocy zwłaszcza ruchu AA, którego zasięg wzrasta w tempie 15 % rocznie. Na wymienienie zasługuje też nowa inicjatywa społeczna pod nazwą "Drinkwatchers", której rzecznicy uczą ostrożnego, kontrolowanego picia i zdobywają umiejętność reorientacji zainteresowań oraz ograniczenia roli alkoholu w życiu codziennym. Popyt na wiedzę jak pić bezpiecznie potwierdza popularność takich książeczek jak "That's the Limit" czy "So you want to cut down your drinking".

Dużą rolę w zwróceniu uwagi opinii publicznej na problem odegrały środki masowego przekazu. Z drugiej jednak strony popularne magazyny, filmy, seriale zdają się utrwalać znaczenie alkoholu w kontaktach towarzyskich, przewyciężaniu stresów itp.

Znaczny postęp nastąpił w zakresie kształcenia profesjonalistów. Zajęcia nt. alkoholu znalazły się w programie większości szkół medycznych, pielęgniarskich, pracowników socjalnych oraz kursów

podyplomowych. Mimo to wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej nie wygasa ciągle tendencja do uciekania od kwestii alkoholu w codziennej praktyce lekarskiej lub do przekazywania pacjentów z problemami alkoholowymi odwykowej służbie zdrowia.

Mimo dużych kosztów i niewysokiej efektywności prewencji indywidualnej nie wykorzystywane są możliwości ograniczenia średniego poziomu konsumpcji. Polityka cenowa i podatkowa podporządkowana jest interesom fiskalnym i gospodarczym zaś o ograniczeniu dostępności alkoholu decydują przede wszystkim względy ładu i porządku. Przeoczenie interesów zdrowia publicznego jest istotnym mankamentem polityki wobec alkoholu.

Duża część raportu poświęcona jest na przedstawienie informacji nt. właściwości alkoholu, zawartości alkoholu w poszczególnych trunkach, mechanizmów prowadzących do uzależnienia i wystąpienia problemów alkoholowych. Przedstawiono też dostępne dane epidemiologiczne o rozpowszechnieniu tych zjawisk. W prezentacji zwraca uwagę duży nacisk na problemy społeczne, które wyraźnie przeważają w opisie nad problemami zdrowotnymi. Podkreśla się też występowanie problemów alkoholowych na wszystkich praktycznie piętrach struktury społecznej. Ten sposób przedstawiania zjawiska służyć ma zapewne rozbiciu stereotypów, ograniczających zasięg problemów do marginesu społecznego i pozostawiających sprawę ich przewyciężenia medycynie.

Ten typ argumentacji kontynuowany jest w rozdziale nt. społecznych przyczyn nadużywania alkoholu (harmful drinking). Ukazano w nim Ledermannowski model dystrybucji spożycia wyjaśniający wysoką zależność między średnim poziomem konsumpcji a rozpowszechnieniem takich zjawisk jak nietrzeźwość publiczna, nietrzeźwość za kierownicą, zgony z powodu marskości wątroby czy pierwszorazowe hospitalizacje uzależnionych od alkoholu. Przy analizie społecznych determinantów konsumpcji zastosowano dychotomiczny podział na czynniki wpływające na popyt (tradycje kulturowe i religijne, siła nabywczą ludności, reklama, oświata zdrowotna) oraz na podaż (wielkość zbiorów surowców do produkcji alkoholu, rozmiary produkcji i inportu, liczba punktów sprzedaży i godziny otwarcia, ograniczenia dot. określonych kategorii ludności i wreszcie ceny).

Przedstawiono doświadczenia brytyjskie w stosowaniu różnych technik modyfikowania popytu i podaży. Warte przytoczenia są

wyniki badań na temat roli oświaty zdrowotnej. Okazuje się, że dotychczasowe kampanie propagandowe, mimo uchwytne go wpływu na wiedzę i postawy, nie odbijały się na poziomie zachowań. Innymi słowy nie wpływały na spożycie alkoholu w objętych kampanią społecznościach. Interesujące są również doświadczenia dotyczące dostępności alkoholu. Analizy ekonometryczne wykazują, iż zmniejszenie liczby punktów sprzedaży o 1 % prowadzi do ograniczenia konsumpcji o 2,5 %. Zależność ta jest szczególnie zaskakująca w kraju gdzie sieć sprzedaży (165 tys. punktów w Anglii i Walii) należy do najgęstszych na świecie. Wiele kontrowersji wzbudziło w drugiej połowie lat 70-tych przedłużenie godzin sprzedaży alkoholu w Szkocji. Okazało się jednak, że po wprowadzeniu tej zmiany poziom konsumpcji nie wzrósł. Zmniejszył się natomiast odczuwalnie zasięg nietrzeźwości.

Za najskuteczniejszą strategię ograniczania dostępności uznano w raporcie ceny. Na ich dużą rolę wskazują wyniki analiz ekonomicznych prowadzonych w różnych krajach w dłuższych i krótszych okresach czasu. Zależność widać wyraźnie już przy badaniu poziomu cen alkoholu i spożycia, jednak związek ten lepiej ilustruje cena relatywna alkoholu uwzględniająca wzrost dochodów ludności.

Wśród społecznych determinantów indywidualnej konsumpcji na czoło wysuwają się czynniki zawodowe. Też tę ilustruje interesująca tabela zawierająca standaryzowane współczynniki zgonów z powodu marskości wątroby wśród przedstawicieli 16 najbardziej zagrożonych zawodów. Listę otwierają właściciele pubów i zajazdów ze współczynnikiem 15-krotnie wyższym od przeciętnego a zamykają lekarze (wsp. 3-krotnie wyższy). Wysokie spożycie alkoholu w niektórych grupach zawodowych jest z jednej strony konsekwencją stałej ekspozycji na alkohol w czasie pracy (barmani, kelnerzy, indywidualni przedsiębiorcy); z drugiej jednak - efektem wyboru charakteru pracy przez ludzi lubiących zaglądać do kieliszka.

Po społecznych uwarunkowaniach nadmiernego picia autorzy raportu poddają dyskusji kwestię jego przyczyn indywidualnych (genetycznych i osobowościowych). Wyniki dotychczasowych badań statystycznych nad bliźniakami i dziećmi adoptowanymi prowadzą do wniosku, iż nie można wykluczyć wpływu czynników genetycznych. Jednakże określenie siły ich działania, moderującego lub niwelującego wpływu wychowania i środowiska jest bardzo trudne.

Doświadczenia klinicystów wskazują na istnienie szczególnego syndromu cech składających się na osobowość alkoholika. Nie są one, jakby można sądzić przyczyną nadużywania alkoholu, lecz - zgodnie z wynikami badań longitudinalnych Vaillanta - wykształcają się dopiero na skutek picia. Vaillant w swej unikalnej pracy obejmującej obserwację badanych przez kilkadziesiąt lat od dzieciństwa poczynając, stwierdził, iż cechy osobowości stwierdzone u dzieci nie pozwalają przewidywać, jaki będzie ich sposób picia w życiu dorosłym.

Najbardziej, z perspektywy polskiego podwórka, kontrowersyjny rozdział raportu nosi tytuł "Wybór i odpowiedzialność". Określa się w nim górny limit spożycia, po przekroczeniu którego ryzyko problemów gwałtownie rośnie. Granica ta wynosi - wg autorów raportu - 400 gramów czystego alkoholu tygodniowo dla mężczyzn i 280 gramów dla kobiet. Rozdział poświęcony jest zagadnieniom samokontroli i autokorekcji. Zawiera dekalog rozsądnego picia. Proponuje techniki ograniczania konsumpcji do poziomu umożliwiającego względnie bezpieczne picie. Zasadnicze jego przesłanie mówi, iż problemy z pićem można przezwyciężyć samemu lub z pomocą środowiska, zanim jeszcze dojdzie do uzależnienia fizycznego i interwencja medycyny stanie się niezbędna. O tym, jakie są jej zadania i możliwości dowiadujemy się z kolejnego rozdziału "Czego można oczekiwać od leczenia". Lecznictwo odwykowe powinno być traktowane jako ostateczność. Do jego pomocy można się uciec dopiero po wyczerpaniu możliwości tkwiących w autokorekcji, interwencji środowiska, w podstawowej opiece zdrowotnej. Z przeglądu technik i podejść terapeutycznych warto przytoczyć uwagi nt. terapii behawioralnej, która odchodzi od technik awersyjnych. Teoria uczenia się wykorzystana jest do wykształcenia takich zachowań jak umiejętność odmówienia kieli-szka, techniki relaksacyjne w sytuacjach stresowych, picie kontrolowane czy przezwycięzanie lekkich objawów abstynencyjnych bez sięgania po alkohol. Podawanie disulfiramu nie jest w zasadzie rekomendowane. Obiecujące rezultaty leczenia tym środkiem wynikają raczej z tego, iż podejmują je pacjenci mocno zmotywowani a nie z cudownych właściwości samego leku. Całodobową hospitalizację uznają autorzy raportu za niezbędną tylko w krańcowych przypadkach. Większość współczesnych programów tera-

peutycznych można z powodzeniem realizować w warunkach ambulatoryjnych lub na bazie oddziałów dziennych.

Sprawa leczenia odwykowego budzi od dawna kontrowersje. Pierwszą z nich zamknąć można w pytaniu, kto w pierwszym rzędzie powinien zajmować się alkoholikiem (podstawowa opieka zdrowotna czy leczenie specjalistyczne). Raport wskazuje na duże, niewykorzystane możliwości tkwiące w leczeniu podstawowym zwłaszcza gdy znajdują w nim zastosowanie proste testy kwestionariuszowe i biochemiczne pozwalające na wczesną identyfikację pacjentów z grupy ryzyka.

Sporo sprzecznych ocen budzi również kwestia programów przemysłowych. Przypadki ich ewaluacji przez niezależnych ekspertów zdarzają się niezmiernie rzadko. W tej sytuacji o ich skuteczności wnioskować można pośrednio, choćby z dużego i nie bezinteresownego zaangażowania przemysłu w ich realizację. Programy przemysłowe powinny, zdaniem autorów raportu, obejmować nie tylko pracowników fizycznych ale także umysłowych nie wyłączając wyższego personelu kierowniczego.

Kolejna kontrowersja dotyczy skuteczności różnych technik terapeutycznych. Jej pomiar nie może być rozstrzygającym argumentem przemawiającym za wyborem "najlepszego" podejścia ponieważ selekcja pacjentów do różnych programów jest, jak się wydaje, najważniejszym czynnikiem wyjaśniającym. Warto więc przyjąć zasadę różnorodności ofert terapeutycznych (nie wyłączając treningu w picciu kontrolowanym) i świadomej selekcji pacjentów do odpowiedniego programu.

Raport zamyka seria rekomendacji. Niektóre z nich znaleźć mogą zastosowanie również u nas. Pozyteczne będzie więc przynajmniej ich wyliczenie.

1. Punktem wyjścia do przewycięzenia problemów, jakie rodzi picie jest przyjęcie założenia, że prewencja (a nie jak dotychczas korekcja jednostek pijących nadmiernie) powinna być głównym kierunkiem działania. Podejmując działalność prewencyjną należy określić wyraźnie jej cele. Wg autorów raportu społeczną aprobatę może uzyskać idea utrzymania spożycia alkoholu na obecnym poziomie.

2. Polityka wobec alkoholu dotyczy większości resortów i agend rządowych. Koordynacja ich działalności, uzgodnienie sprzecznych niekiedy interesów, jest warunkiem skutecznej reakcji na problemy alkoholowe w skali kraju.

3. Polityka cenowa musi w pierwszym rzędzie uwzględniać interesy zdrowia publicznego.

4. W decyzjach dotyczących dostępności alkoholu ich potencjalne implikacje zdrowotne muszą odgrywać rolę decydującą.

5. Działalność edukacyjna powinna obejmować następujące kierunki i informacje:

- pełna informacja o efektach i konsekwencjach picia przy różnych dawkach, wzorach picia i w różnych sytuacjach,
- traktowanie alkoholu jako lekarstwa na depresję, samotność, stress zwiększa ryzyko uzależnienia i innych problemów,
- pobudzanie postawy dezaprobaty dla nietrzeźwości,
- moralne aspekty nietrzeźwości na drogach publicznych,
- rola gospodarza, barmana w zapobieganiu problemom nietrzeźwych klientów/gości.

6. Należy podjąć kroki pozwalające na większą wykrywalność przypadków nietrzeźwości za kierownicą. Wykrywalność bowiem a nie surowość kar ma decydujący wpływ na zachowanie kierowców.

7. Rząd winien popierać międzynarodowe inicjatywy zmierzające do przewyciężenia interesów gospodarczych w handlu zagranicznym napojami alkoholowymi.

8. Fundusze na badania muszą być adekwatne do kosztów, jakie ponosi społeczeństwo w związku z alkoholem. Szczególną wagę mają badania epidemiologiczne, katamnesticzne, ewaluacyjne i predykcyjne. Istnieje pilna potrzeba planowania i integracji badań a także wypracowania skutecznych dróg wdrażania ich wyników.

Nieprzypadkowo chyba na końcu raportu umieszczono tabelę, w której koszty ekonomiczne różnych schorzeń zestawiane są z wydatkami na badania. Z tabeli wynika, iż fundusze na badania nad alkoholem są proporcjonalnie rzecz biorąc dziesięciokrotnie niższe

niż nakłady na badania nad chorobami dróg oddechowych, 15-krotnie niższe w porównaniu z badaniami nad chorobami serca i układem krążenia i 75-krotnie (!) mniejsze od wydatków na badania nad nowotworami.



Szósty Specjalny Raport do Kongresu Stanów Zjednoczonych Alkohol i Zdrowie

Raport przygotowany został przez Narodowy Instytut d/s Nadużywania Alkoholu i Alkoholizmu. Zespół autorski składał się z ośmiu osób: siedmiu autorów poszczególnych rozdziałów oraz redaktora całości. Lista współpracowników liczy około trzydziestu nazwisk i obejmuje ściśle czołówkę badaczy z USA a nawet spoza Stanów (Norman Giesbrecht).

Poprzedni raport "Alkohol i zdrowie" ukazał się w roku 1983. W obecnej jego edycji znalazły się więc prawie wyłącznie wyniki najnowszych badań, z których większość pochodzi z lat osiemdziesiątych. O zawartości raportu informują tytuły kolejnych rozdziałów:

1. Epidemiologia
2. Genetyka a alkoholizm
3. Psychobiologiczne działanie alkoholu
4. Konsekwencje somatyczne spożycia alkoholu
5. Alkoholowy zespół płodowy; wpływ alkoholu na ciążę i potomstwo
6. Prewencja i interwencja
7. Leczenie

Każdy rozdział zakończony jest krótkim podsumowaniem a całość poprzedza czterostronicowy przegląd najważniejszych ustaleń raportu. Dzięki temu raport, mimo pokażnej objętości i często bardzo specjalistycznego języka jest lekturą użyteczną zarówno dla świata badaczy, jak i dla polityków i działaczy. Najwięcej miejsca w raporcie poświęcono na epidemiologię problemów związanych z alkoholem. Pojęcie epidemiologia mieści w sobie nie tylko zachorowalność i umieralność ale także dane o konsumpcji alkoholu oraz próbę

oszacowania kosztów spożycia alkoholu. Po długim okresie wzrostu spożycia, którego szczyt przypadł na lata 1980-81, od roku 1982 obserwuje się powolny jego spadek. W 1984 było ono najniższe od roku 1977. Ciągłe około połowa alkoholu wypijana jest przez 10 % ludności. W tej grupie notuje się największe rozpowszechnienie problemów zdrowotnych. Zgony z powodu marskości wątroby stanowią dziewiątą przyczynę zgonów w USA. Od początku lat 70-tych obserwuje się jednak spadek umieralności na marskość wątroby. Korzystny trend, ale dopiero w latach 80-tych, zarysował się także w "alkoholowych wypadkach drogowych". Ciągłe jednak alkohol współwystępuje w przypadku połowy zgonów wypadkach, samobójstwach i zabójstwach. 1/3 ofiar utonięć, morderstw, wypadków lotniczych stanowią nietrzeźwi. Ogółem szacuje się, że alkohol stwarza problemy dla około 18 milionów dorosłych obywateli USA. (Williams et al, 1987) Charakterystyczne, że ta ostatnia - mająca duże znaczenie propagandowe - informacja pojawia się w tekście bez podania metody szacowania z powołaniem jedynie na oddaną do druku pracę Williama i współpracowników. Podobnie prezentowane są dane nt. kosztów nadużywania alkoholu, które oceniono w 1983 roku na 116 875 milionów dolarów, z czego ponad połowa miała przypadać na straty w produkcji. (Harwood et al, 1985)

W ostatnich latach nastąpił znaczny postęp w badaniu genetycznych uwarunkowań alkoholizmu. Istnieje w zasadzie zgoda co do tego, iż alkoholizm pojawia się w wyniku interakcji czynników genetycznych i środowiskowych. Zainicjowane w Szwecji badania pozwoliły na wyodrębnienie dwóch typów genetycznych predyspozycji do alkoholu: podatność "męska" i podatność środowiskowa. (Bohman et al, 1981, 1984, Cloninger et al, 1981, Cloninger 1983) Pierwszy typ obejmuje ok. 25 % populacji mężczyzn-alkoholików. Występuje on w zasadzie niezależnie od czynników środowiskowych, które mogą jedynie łagodzić jego przebieg. Drugi typ spotykany zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet pojawia się na skutek łącznego oddziaływania czynników genetycznych i środowiskowych. Typologia zbudowana została na podstawie badań osób adoptowanych we wczesnym okresie dzieciństwa. Jak dotąd mechanizm dziedziczenia obu typów alkoholizmu nie jest dokładnie rozpoznany. Ważnym kierunkiem badań genetycznych są prace nad molekularną strukturą enzymów metabolizujących alkohol. Genetycznie przekazane zabu-

rzenia tej struktury mogą być istotnym czynnikiem wyjaśniającym mechanizm uzależnienia.

W pracach nad wpływem alkoholu na centralny układ nerwowy wykorzystuje się ostatnio nowoczesne, nieinwazyjne techniki, które umożliwiają znaczny rozwój badań. Chroniczne spożywanie alkoholu prowadzi do zmian adaptacyjnych membran neuronowych, co na poziomie klinicznym daje takie objawy jak wzrost tolerancji, uzależnienie fizyczne, zespół abstynencyjny.

Omawiając wpływ alkoholu na zdrowie somatyczne autorzy wiele miejsca poświęcają na układ pokarmowy, krążenia, rozrodczy, immunologiczny człowieka. Osłabienie systemu odpornościowego pod wpływem etanolu zwiększa podatność na wiele chorób zakaźnych i choroby nowotworowe. Wyjaśnienie związków alkoholu z szeroko pojmowanym zdrowiem wymaga dalszych badań nad podstawowymi mechanizmami komórkowymi.

Interesujące są doświadczenia amerykańskie związane z zapobieganiem problemom alkoholowym. Wg wyników badań programy edukacyjne (kampanie w środkach masowego przekazu, programy edukacyjne w szkołach i na uczelniach) same w sobie nie wpływają znacząco na zachowania alkoholowe. Ich efektywność rośnie w połączeniu z innymi strategiami prewencyjnymi. (Rootman 1985)

Obok świadomych oddziaływań dużą rolę w kształtowaniu wzorów picia przypisuje się sposobom prezentacji alkoholu w środkach masowego przekazu (telewizja, popularne magazyny). Analiza programów telewizyjnych w latach 1976-77 i 1980-81 wykazała, iż liczba scen alkoholowych wzrosła w tym czasie z pięciu do ośmiu na godzinę. (Breed et al 1984) Badania nad wpływem tej ekspozycji na alkohol nie dają rozstrzygających wyników. Istnieją jednak podstawy teoretyczne (teoria uczenia), aby twierdzić, iż częsta obecność alkoholu na ekranach telewizorów może stanowić silny bodziec zwiększający konsumpcję. Warto w tym kontekście powiedzieć, że znaczne ograniczenie palenia papierosów w USA współwystępowało ze zniknięciem z mass mediów palących bohaterów filmowych czy telewizyjnych.

Sporo badań poświęcono na ocenę roli cen w kształtowaniu konsumpcji alkoholu i rozpowszechnieniu problemów alkoholowych zwłaszcza wśród młodzieży. Stwierdzono, iż nawet stosunkowo małe podwyżki cen napojów spirytusowych ograniczają nie tylko spożycie

ale także współczynnik zgonów z powodu marskości wątroby i wypadków drogowych. Oszacowano, iż hipotetyczny wzrost cen piwa w latach 1951-1975/80 o 57 % mógłby przynieść 32 % spadek regularnych konsumentów tego napoju i 28 % wzrost liczby nie pijących piwa w grupie wieku 16-21 lat. Co więcej liczba zgonów osób w wieku 18-20 lat spadłaby wg tych samych oszacowań o 54 %. (Coate and Grossman 1986)

Elastyczność cenowa wszystkich napojów alkoholowych łącznie jest stosunkowo niska i wynosi 0,5. Mimo to, twierdzą autorzy raportu, polityka cenowa może być skutecznym instrumentem ograniczenia spożycia.

Zmniejszenie a następnie podniesienie do 21 lat granicy wieku, w którym dopuszcza się zakup napojów alkoholowych stworzyło sytuację eksperymentu naturalnego, chętnie wykorzystywaną przez badaczy. W licznych badaniach analizowano głównie wpływ zmian legislacyjnych na wypadki drogowe wśród kierowców do 21 roku życia. W ciągu kilku lat od podniesienia granicy wieku zanotowano kilkunastoprocentowy spadek liczby wypadków drogowych, chociaż trend ten nie objął wszystkich stanów.

Dostępność alkoholu jako zmienna wyjaśniająca poziom spożycia i rozpowszechnienia problemów badana była w pracach dotyczących sieci punktów sprzedaży alkoholu. Okazało się, że na poziom konsumpcji wpływa liczba sklepów: zmiana liczby zakładów gastronomicznych nie pociąga za sobą zmian w wielkości spożycia. Wiąże się to zapewne z wysokimi cenami napojów alkoholowych przy konsumpcji na miejscu, które "zagłuszają" oddziaływanie innych czynników. Ciekawe, że w badaniach kalifornijskich stwierdzono istotną zależność między dostępnością alkoholu w obu typach punktów sprzedaży a takimi zjawiskami jak nietrzeźwość kierowców i zgony z powodu marskości wątroby. (Watts and Rabow 1983)

Najgroźniejszym problemem alkoholowym w Stanach jest nietrzeźwość za kierownicą. Jest to związane z rolą samochodu w życiu i kulturze społeczeństwa amerykańskiego. Z rozlicznych badań wynika, że najskuteczniejszym instrumentem ograniczania nietrzeźwości kierowców nie jest surowość stosowanych kar lecz subiektywne poczucie ryzyka "wpadki". Kara więzienia obowiązująca przynajmniej na papierze w 25 stanach za prowadzenie pojazdu pod wpływem

alkoholu ma wiele mankamentów. System sądowniczy i penitencjarny nie są w stanie "przerobić" dużej liczby przypadków, co ogranicza możliwość egzekwowania prawa. Coraz więcej zwolenników zdobywa idea, iż drogą do ograniczenia liczby ofiar wypadków samochodowych jest nie tylko walka z nietrzeźwością kierowców lecz budowanie bezpiecznych pojazdów i dróg.

Ostatnie lata przyniosły znaczne ożywienie strategii określonych w raporcie jako interwencyjne. Celem interwencji jest zmiana niewłaściwych, dysfunkcyjnych wzorów picia. Wśród strategii interwencyjnych wymienia się interwencję podstawowej opieki zdrowotnej, techniki screeningowe umożliwiające wczesną identyfikację ludzi z problemami alkoholowymi, programy dla dzieci alkoholików, programy służb pracowniczych, działania w zakładach gastronomicznych (server intervention programmes).

Podstawowa służba zdrowia niechętnie wkracza w sprawy związane z konsumpcją alkoholu. Wg wyników badań tylko 45 % nadużywających alkoholu pytano o picie podczas ostatniej wizyty u lekarza a tylko co dziesiątego ostrzeżono przed konsekwencjami nadmiernego spożycia. (Hingson et al, 1982) Lekarze reprezentują na ogół negatywne postawy wobec alkoholików, co po części można przypisać systemowi kształcenia kadr medycznych. Ostatnie próby włączenia problematyki alkoholowej do programów szkół medycznych i kursów dokształcających są obiecujące. Odpowiednio przeszkoleni lekarze podstawowej opieki zdrowotnej podejmują się chętniej leczenia pacjentów z problemami alkoholowymi; lepsze są również wyniki leczenia.

Realizację zadań lekarza rejonowego ułatwić mogą proste testy biochemiczne i skale objawowe umożliwiające szybką identyfikację nadmiernie pijących. Do użytecznych markerów zaliczyć można poziom enzymu GGTP. Wartość tego wskaźnika jest jednak ograniczona w przypadkach współwystępującej patologii wątroby i używania leków a także w związku z indywidualnymi różnicami w metabolizmie. Jego moc wskaźnikową zwiększa równoległy pomiar MCV i innego enzymu - SGOT. Wśród skal objawowych dużą czułość i użyteczność wykazuje skala urazowa opracowana przez Skinnera oraz testy CAGE i MAST. Na wymienienie zasługuje też 10-punktowy kwestionariusz (TQDH) Rosetta i Weinerja służący do badań kobiet w ciąży. (Rosett and Weiner 1985)

Obiektem oddziaływań interwencyjno-prewencyjnych są dzieci alkoholików, u których ryzyko alkoholizmu wynika ze skumulowania czynników genetycznych i środowiskowych. Programy edukacyjno-korekcyjne dają niezłe wyniki (obniżenie spożycia alkoholu, zmniejszenie absencji w szkole itp.).

Dużą popularność zdobyły programy służb pracowniczych dla osób z problemem alkoholowym. Ocenia się, że liczba tych programów wynosi ok. 8000. (Roman 1982) Dostęp do nich ma 12 % ogółu zatrudnionych. (Walsh and Hingson 1985) Mimo niewielkiej liczby niezależnych badań ewaluacyjnych sam fakt szybkiego rozwoju tej strategii w nastawionych na zysk przedsiębiorstwach jest niezłym wskaźnikiem ich skuteczności.

Najnowsza strategia interwencyjna tzw. server intervention program obejmuje działania zmierzające do zwiększenia poziomu bezpieczeństwa w miejscach konsumpcji alkoholu i zmniejszenia ryzyka bezpośrednich konsekwencji intoksykacji. Centralnym elementem programu jest szkolenie barmanów i kelnerów, słowem osób serwujących alkohol. W programie mieszczą się też takie rozwiązania jak tanie miejsca noclegowe w miejscach wyszynku, zapewnienie transportu nietrzeźwych klientów do domu itp.

Raport kończy rozdział na temat leczenia. W latach 1978-84 nastąpił gwałtowny rozwój prywatnego, skomercjalizowanego (for profit) leczenia odwykowego. Liczba łóżek w prywatnych placówkach stacjonarnych wzrosła w tym czasie o 392 % podczas gdy w lecznictwie stanowym nastąpił 17 % spadek. Struktura pacjentów wg typów leczenia jest zbliżona do polskiej. 82 % pacjentów przypada na lecznictwo ambulatoryjne; 18 % - stacjonarne. Rozmaitość podejść terapeutycznych wyznaczona jest, coraz wyraźniej, przekonaniem o dużej heterogeniczności zbiorowości alkoholików. Idea indywidualizacji terapii i selekcji pacjentów do odpowiednich dla nich programów zdobywa coraz więcej zwolenników. Badania nad skutecznością leczenia wykazują, że najważniejszym czynnikiem wyjaśniającym jest nie typ terapii, czas jej trwania lecz adekwatność terapii do indywidualnych cech pacjenta. Nakłady na leczenie, których wysokość nie przekracza 15 % strat związanych z konsumpcją alkoholu kompensowane są w dużej części w związku z poprawą zdrowia i funkcjonowania społecznego pacjentów. Ocenia się, że każdy dolar przeznaczony

na lecznictwo odwykowe przynosi 40 centów oszczędności w innych dziedzinach medycyny.



Raport 84 nt. sytuacji w zakresie alkoholu i narkotyków w Szwecji

Celem raportu jest prezentacja najnowszych badań nt. alkoholu i narkomanii w Szwecji. Raport przygotowany został przez interdyscyplinarny zespół powołany przez Szwedzką Radę d/s Informacji o Alkoholu i Innych Substancjach Uzależniających. Ilościowo rzecz biorąc 90 % całego raportu poświęca się na kwestie związane z alkoholem a tylko 10 % - na narkomanię. Podobnie jak w omawianych wcześniej raportach pierwsze strony raportu szwedzkiego zawierają podsumowanie mówiące o trendach w konsumpcji alkoholu i rozpowszechnieniu problemów związanych z alkoholem. Właściwy raport zaczyna się od artykułu Ole-Jorgen Skoga (1985) opisującego model dystrybucji spożycia. Na modelu pokazano mechanizm zależności między poziomem konsumpcji, proporcją nadmiernie pijących i natężeniem negatywnych konsekwencji spożycia. Można przypuszczać, że intencją zamieszczenia rozdziału na ten temat była potrzeba naukowej legitymizacji lansowanej od lat strategii ograniczania średniego spożycia alkoholu. Kolejne rozdziały omawiają spożycie rejestrowane i nierejestrowane różnych napojów alkoholowych, dane statystyczne nt. nietrzeźwości, porównanie konsumpcji w układzie międzynarodowym, wyniki badań ankietowych i wreszcie niektóre wskaźniki problemów alkoholowych.

W latach 1946-1976 spożycie alkoholu w Szwecji wzrosło z ok. 4 litrów etanolu per capita do 7,7 litra. Kolejne lata przyniosły jego obniżenie do 6,1 litra w roku 1983. Jest to najniższy poziom rejestrowany od połowy lat sześćdziesiątych. Spożycie nierejestrowane, mimo nieznacznego wzrostu w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych nie zniekształca obrazu konsumpcji zarysowanego na podstawie statystyk sprzedaży. Szacuje się, że indywidualny (turystyczny) import alkoholu stanowi od 6 do 10 % konsumpcji. Pewną rolę odgrywa także domowy wyrób wina zwłaszcza po pojawieniu się na rynku pakietów z półproduktami umożliwiającymi własną produkcję wina.

Wycinkowe dane mówią, iż wieloletni trend wzrostowy był związany ze zwiększeniem proporcji pijących zwłaszcza wśród kobiet oraz ze wzrostem spożycia kobiet i młodzieży. Szczegółowe badania z lat 70-tych i 80-tych nad młodzieżą wskazują na rosnące spożycie w pierwszej połowie lat 70-tych i spadek picia wśród młodzieży od roku 1977, co koresponduje z trendami rejestrowanymi przez statystyki sprzedaży dla całej populacji.

Duży wpływ na zmiany w poziomie konsumpcji miało wprowadzenie w 1965 r. na rynek piwa o średniej mocy a następnie wstrzymanie sprzedaży w 12 lat później. Ocenia się, że wycofanie tego piwa pociągnęło za sobą spadek konsumpcji alkoholu, który by można uzyskać 30 % podniesieniem cen wszystkich napojów alkoholowych. Polityka cenowa oceniana jest w Szwecji jako jeden z najważniejszych instrumentów kształtowania spożycia i jego wzorów. Zgodnie z decyzją parlamentu wzrost cen alkoholu musi być nie mniejszy niż wskaźnik cen artykułów konsumpcyjnych. Wysokość opodatkowania różni się znacznie dla napojów spirytusowych, wina i piwa. W roku 1983 jeden centylitr czystego alkoholu w wódce kosztował 275 ore, w winie stołowym 109 ore, w mocnym piwie 117 ore, i w piwie lekkim - 58 ore. Konsekwentne stosowanie takiej polityki cenowej doprowadziło do głębokich zmian w strukturze spożycia. Jeszcze w 1956 roku na napoje spirytusowe przypadało 72 % konsumpcji alkoholu a w roku 1983 już tylko 45 %. Podatki ze sprzedaży napojów alkoholowych wzbogaciły budżet państwa w 1983 roku o 7,3 mld koron. Straty ekonomiczne są wielokrotnie wyższe. Szacuje się je na 50 mld koron rocznie.

Problemem, do którego Szwedzi przywiązują dużą wagę jest nietrzeźwość publiczna. Świadczy o tym chociażby struktura raportu, gdzie jest ona (nietrzeźwość) omawiana w osobnym rozdziale, jako pierwszy z problemów alkoholowych.

Wskaźnik zatrzymanych "do wytrzeźwienia" wynosi ok. 17 na 1000 mieszkańców i utrzymuje się na tym poziomie od dwudziestu lat. Wyraźne załamanie nastąpiło tylko w roku 1977 po dekryminalizacji nietrzeźwości publicznej ale już po roku-dwóch sytuacja wróciła do "normy". Ta stabilizacja maskuje dość duże zmiany w różnych grupach wieku. W okresie sprzedaży piwa o średniej mocy liczba 15-17 latków zatrzymanych do wytrzeźwienia wzrosła o 41 %, 18-19 latków o 26 % podczas gdy liczba zatrzymanych nietrzeźwych

w wieku 20 lat i więcej spadła o 3 %. Po wycofaniu "średniego" piwa liczba nastolatków wśród klientów ośrodków detoksykacyjnych zmniejszyła się o 28 %. Duży spadek nietrzeźwości zanotowano w okresie eksperymentalnego, czteromiesięcznego zamknięcia sklepów monopolowych w soboty latem 1981. Liczba zatrzymanych w soboty spadła wówczas o 40 %. Jednak po wprowadzeniu tej innowacji na stałe w 1982 roku zagregowany wskaźnik nietrzeźwości publicznej nie uległ poważniejszym zmianom.

Opis rozpowszechnienia problemów alkoholowych ograniczono do kilku wskaźników (wypisy z placówek psychiatrycznych z diagnozą związaną z alkoholem, umieralność z powodu alkoholizmu i psychoz alkoholowych, śmiertelne zatrucia alkoholem oraz zgony na marskość wątroby). Z analizy tych wskaźników widać wyraźnie, że wykazują one różną wrażliwość na zmiany w poziomie konsumpcji alkoholu. Tym niemniej wcześniej lub później trendy w rozpowszechnieniu problemów odbijają zmiany w spożyciu. Liczba hospitalizacji w związku z alkoholem i psychozami alkoholowymi rosła do 1977 roku; następne lata przyniosły jej stabilizację. Umieralność w tej kategorii rozpoznań zwiększała się aż do 1980 roku, poczym nastąpił wyraźny spadek. Liczba śmiertelnych zatruc alkoholem rosła gwałtownie od 8 przypadków w 1969 do 251 w 1978; w ciągu następnych trzech lat równie szybko malała aby w roku 1981 osiągnąć poziom 153. Najszybciej spadek konsumpcji odbił się na wskaźniku umieralności z powodu marskości wątroby.

Podsumowanie

Omówione raporty różnią się znacznie zakresem informacji, sposobem prezentacji materiału, ilością rekomendacji praktycznych czy wreszcie objętością. Źródeł tych różnic można szukać nie tylko w temperamencie autorów, lecz przede wszystkim w odmiennej kulturze i tradycji alkoholowej każdego z krajów.

Wielka Brytania jest krajem, gdzie wzory konsumpcji wydają się najbardziej homogeniczne, stabilne. Tradycyjny anglosaski wzór picia ciągle obecny na Wyspach Brytyjskich kontrastuje z sytuacją w USA, gdzie jak w tyglu mieszają się rozmaite sposoby picia i preferencje konsumentów. Oba kraje, mimo iż łączy je wspólny język różnią się wyraźnie jeśli chodzi o strategię przeciwdziałania

i poziom ich akceptacji w społeczeństwie. Społeczeństwo amerykańskie, mające za sobą bogate choć nie zachęcające doświadczenia prohibicyjne, ponownie zdaje się aprobować ideę ograniczania dostępności alkoholu, która ciągle nie może zdobyć uznania w oczach Brytyjczyków. Napoje alkoholowe w Wielkiej Brytanii stanowią ważny element nie tylko odświętnych rytuałów ale także codziennego życia. Kwestia przewycięzania negatywnych następstw picia pozostaje sprawą jednostkową, prywatną i nie uzyskuje rangi problemu publicznego.

Na tle pozostałych krajów wyraźną specyfikę reprezentuje Szwecja. Dominujący tam, północno-wschodni model konsumpcji uległ głębokiej transformacji. Konsekwentna polityka wobec alkoholu doprowadziła do zróżnicowania upodobań konsumentów, którzy coraz częściej zdradzają tradycyjną wódkę na rzecz wina i piwa. Niezależnie od tych zmian nietrzeźwość postrzegana jest ciągle jako najpoważniejszy problem alkoholowy i stanowi charakterystyczny rys szwedzkiego obyczaju. Szwecja od dziesięcioleci prowadzi aktywną politykę wobec alkoholu, przeszła już długie okresy reglamentacji. Mimo niepowodzenia tych najbardziej drastycznych form kontroli nad alkoholem, neoprohibicyjne sentymenty są ciągle żywe i znajdują zwolenników zarówno wśród lewicy politycznej, jak i w partiach reprezentujących centrum i prawicę. Taki układ sił sprawia, iż zmiany rządu nie wpływają istotnie na poziom rygorystyki w polityce wobec alkoholu.

Review of foreign reports on alcohol

Summary

Three national reports on alcohol are reviewed and then discussed: British report of Royal College of Psychiatrists "Alcohol - our favourite drug", American "Sixth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health" and Swedish "Report 84. On the alcohol and drug situation in Sweden".

Reports that are presented are different due to the differences in drinking cultures and alcohol traditions in three societies. U.K. seems to be a country where drinking patterns are most homogenous and stable. Traditional British way of drinking is in contrast with USA

where different drinking patterns and consumers preferences have been melted for many decades. Preventive strategies present in both countries are not always alike. Alcohol control tends to be more and more accepted in the U.S. whereas in U.K. individual control, including self-control, is a more popular concept.

Alcohol situation in Sweden is unique as compared with other countries. Dominant for almost century, spirits drinking pattern has been transformed in recent decades. Fermented beverages constitute over sixty per cent of alcohol consumed. This change may be attributed to the alcohol policy facilitated by the State's monopoly in alcohol production and distribution.

Bibliografia:

- 1. Alkoholizm na Węgrzech: *Alkoholizm i Narkomania* Jesień 1988.
- 2. Bohman, M.; Cloninger, C. R.; von Knorring, A. L.; and Sigvardsson, S. - An adoption study of somatoform disorders. III Cross-fostering analysis and genetic relationship to alcoholism and criminality. *Archives of General Psychiatry* 41: 872-878, 1984.
- 3. Bohman, M.; Sigvardsson, S.; and Cloninger, C. R. - Maternal inheritance of alcohol abuse. *Archives of General Psychiatry* 38: 965-969, 1981.
- 4. Breed, W.; DeFoe, J.; and Wallack, L. - Drinking in the mass-media: A nine-year project. *Journal of Drug Issues* 14: 655-664, 1984.
- 5. Coate, D.; and Grossman, M.; Effects of Alcoholic Beverage Prices and Legal Drinking Ages on Youth Alcohol Use: Results From the Second National Health and Nutrition Examination Survey. Rękopis. New York: National Bureau of Economic Research, 1986.
- 6. Harwood, H. J.; Kristiansen, P.; and Rachel, J. V. - Social and Economic Costs of Alcohol Abuse and Alcoholism. Issue Report No. 2. Research Triangle Park, N. C.: Research Triangle Institute, 1985.
- 7. Hingson, R.; Mangione, T.; Meyers, A.; and Scotch, N. - Seeking help for drinking problems: A study in the Boston metropolitan area. *Journal of Studies on Alcohol* 42: 273-288, 1982.
- 8. Roman, P. - Pitfalls of "program" concepts in the development and maintenance of employee assistance programs. *Urban and Social Change Review* 9: 9-12, 1982.
- 9. Rootman, I. - Preventing alcohol problems: A challenge for health promotion. *Health Education* 24: 2-7, 1985.
- 10. Rosett, H.; and Weiner, L. - Identification and Prevention of Fetal Alcohol Syndrom. Brooklin, Mass.: Fetal Alcohol Education Program, 1985.
- 11. Skog, O. J. - Total consumption, heavy consumption and alcohol-related damage. 11-17, 1985.
- 12. Wald, I.; Morawski, J.; Moskalewicz, J.; Szydlowski,

ka, T. - II Raport o polityce wobec alkoholu. Warszawa 1990. -13. Walsh, D. C.; and Hingson, R. W. - Where to refer employees for treatment of drinking problems. The limited lessons from empirical research. *Journal of Occupational Medicine* 27: 745-752, 1985. -14. Watts, R.; and Rabow, J. - Alcohol availability and alcohol related problems in 213 California cities. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 7: 47-58, 1983. -15. Williams, G.; Harford, T.; and Parker, D. - Demographic trends, alcohol abuse and alcoholism, 1985-1995. *Epidemiologic Bulletin* 15, 1987.