

Ewa Włodarczyk

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Społeczne konsekwencje problemu alkoholowego w Polsce

Social Consequences of Alcoholic Problem in Poland

ABSTRACT: The alcohol problem in Poland has been well established in the catalog of problems, classified for many decades as social problems. Presented in this article analysis of multi-faceted consequences of this problem (perceived in social terms) confirm this view. Some of these consequences involve direct costs, measurable expenditures and losses by means of tangible indicators, some can't be measured by their intangible nature. The analysis provides the basic for social anxiety and obliges to take remedial and preventive actions.

KEYWORDS: Alcohol, social consequences of alcohol consumption, prevention.

STRESZCZENIE: Obserwowany współcześnie w Polsce problem alkoholowy od wielu dekad ma ugruntowaną pozycję w katalogu problemów kwalifikowanych jako problemy społeczne. Zaprezentowane w niniejszym artykule wieloaspektowe konsekwencje tego problemu, tu dostrzegane zwłaszcza w wymiarze społecznym, potwierdzają tę tezę. Część z tych skutków pociąga za sobą bezpośrednie koszty, wydatki i straty mierzalne za pomocą uchwytnych wskaźników, część natomiast, ze względu na swój niematerialny charakter, wymyka się możliwości wymiernego oszacowania ich wielkości. Ich analiza dostarcza podstaw do niepokoju społecznego oraz obliuguje do podjęcia działań zaradczych i profilaktycznych.

SŁOWA KLUCZOWE: Alkohol, społeczne konsekwencje picia alkoholu, profilaktyka.

Wprowadzenie

Konsumpcja alkoholu, przyjmująca postać picia ryzykownego, picia szkodliwego oraz uzależnienia od alkoholu, nie jest problemem ostatnich lat czy dekad, lecz obecna była w różnych społeczeństwach przez wieki, począwszy, jak twierdzą archeolodzy, nawet od paleolitu (Bielewicz, Moskałowicz 1986).

Problem ten jest ciągle aktualny w Europie, mającej najsilniejszą pozycję na światowym rynku alkoholu pod względem produkcji i spożycia napojów alkoholowych [Anderson, Bamberg 2007]. Nie omija on również Polski, co dokumentują wyniki badań diagnozujących rozmiary i wzory konsumpcji alkoholu (zob. np. Stan zdrowia... 2011; Moskalewicz i in. 2012; Zdrowie i zachowania... 2015; Czapiński, Panek 2016; Word Health... 2014; Health... 2014; Anderson i in. 2012)¹ oraz potwierdza przegląd następstw (o charakterze indywidualnym i ogólnospołecznym) nadużywania alkoholu. Zarówno ze względu na tę skalę, jak i obserwowane negatywne konsekwencje, uzależnienie od alkoholu, a szerzej: problemy alkoholowe, uznaje się w Polsce za problem społeczny.

Zainteresowanie problemami kwalifikowanymi jako społeczne leży zwłaszcza w polu badawczym socjologów, psychologów, polityków społecznych, ale również pedagogów, w tym pedagogów społecznych. Bez względu na perspektywę przyjętą dla opisu i wyjaśniania problemów społecznych, wspólne jest to, iż cechuje je powstawanie w określonych warunkach i określonym czasie, a także skala (czyli wielkość grup społecznych dotkniętych problemem, liczebność grup uwikłanych w sytuacji problemowej i rozległość następstw społecznych sytuacji problemowej) i złożoność (zakłada możliwość rozwiązania problemu przez rozwiązanie problemów częściowych) oraz różna w czasie zmienność natężenia i dynamika ich znaczenia dla społeczeństwa (Wódcz 2000, s. 176; Kubin 1987, s. 43) oraz generalny skutek, jakim jest stopniowe marginalizowanie i wykluczenie społeczne części członków społeczeństwa dotkniętej bezpośrednio i pośrednio następstwami owego problemu.

Wielopłaszczyznowość konsekwencji niekontrolowanego używania alkoholu, jego nadużywania i uzależnienia od niego

Problem spożywania alkoholu, jego nadużywania i uzależnienia od niego nabiera znaczenia, gdy uświadomione zostaną jego wielorakie konsekwencje,

¹ Szacując spożycie alkoholu należy jednak pamiętać, że uzyskiwane dane mogą być zaniżone, ponieważ zebrane informacje pochodzą z oficjalnych statystyk dotyczących sprzedaży alkoholu, z pominięciem choćby napojów alkoholowych produkowanych w warunkach domowych czy pochodzących z nielegalnej produkcji i nielegalnego importu, jak i warto wiedzieć, że liczby te dotyczą ogółu obywateli, w tym osób nieletnich czy deklarujących bycie abstynentami. Trzeba również pamiętać, że nie wszystkie badania mogą być wiarygodnym źródłem wiedzy na temat ilości spożywanego alkoholu, w sytuacji, gdy wyniki badań zbierane są na podstawie deklaracji respondentów. Rzeczywiste spożycie alkoholu w społeczeństwie polskim bywa więc jeszcze wyższe niż świadczyłyby o tym oficjalne statystyki.

mające różnorodny charakter i zakres. Poniżej wskazane zostaną ich przejawy, częściowo zilustrowane danymi statystycznymi. Dostrzec je można w kilku sferach/dziedzinach życia człowieka (Madeja 2008, s. 522; Durasiewicz 2012, s. 172–173). Sygnalizowane tu skutki o zasięgu społecznym stanowią dopełnienie dostępnych w literaturze analiz owych konsekwencji doświadczanych w wymiarze jednostkowym.

Pierwszą ze sfer, w której uwidaczniają się skutki szkodliwego wpływu napojów alkoholowych na człowieka jest sfera zdrowia. Analizując ich oddziaływanie na funkcjonowanie organizmu ludzkiego, wyróżnić można: zaburzenia będące bezpośrednim następstwem spożycia alkoholu, zaburzenia będące skutkiem przewlekłego spożywania alkoholu oraz trwałe uszkodzenia będące efektem długotrwałego nadużywania alkoholu. Alkohol bowiem ma wpływ na zdrowie poprzez trzy pośrednie i współzależne zmienne:

- 1) bezpośredni biochemiczny skutek alkoholu (który może wpłynąć na przebieg wielu krótkotrwałych i przewlekłych chorób);
- 2) upojenie alkoholowe i epizodyczne upijanie się (które mogą prowadzić do niezamierzonych doraźnych i przewlekłych uszkodzeń ciała lub skutków społecznych odczuwalnych zarówno w krótszej, jak i dłuższej perspektywie czasowej);
- 3) uzależnienie od alkoholu (będące silnym mechanizmem stymulującym spożycie alkoholu i modyfikującym jego wpływ na choroby o krótkim i przewlekłym przebiegu oraz na szkody społeczne) (Anderson, Bamberg 2002, s. 109–110).

Analiza przemian metabolicznych po spożyciu alkoholu pokazuje, że dochodzi tu do zmian na poziomie komórkowym, tkankowym i narządowym (Madeja 2008, s. 522). W zasadzie niemal każdy organ w organizmie człowieka i każdy układ (wcześniej czy później) dotyka toksyczne działanie alkoholu etylowego i jego metabolitów, powodując występowanie różnego rodzaju powikłań somatycznych. Silnym uszkodzeniom ulega mózg. Wyjątkowo wrażliwy na działanie alkoholu etylowego jest układ nerwowy (upośledza się funkcjonowanie obwodowego, ośrodkowego i autonomicznego układu nerwowego); wpływ alkoholu osłabia także układy: pokarmowy, moczowy, krwiotwórczy, oddechowy, odpornościowy, krążenia i endokryny. Efektem toksycznego działania alkoholu na organizm są również: niedobory witaminowe oraz utrata tzw. pierwiastków śladowych, zwiększone ryzyko zarażenia chorobami wenerycznymi oraz HIV, wzmocnienie działania różnych czynników rakotwórczych, a także powikłania psychiatryczne, które są następstwem wieloletniego i intensywnego picia alkoholu (Niewiadomska, Sikorska-Głodowicz 2004, s. 51–59; Woronowicz 2008, rozdz. 5; Chlebio-Abied 2000, s. 26–31). Liczne badania

wykazują również istnienie zależności między pićm alkoholu a zintensyfikowaniem narażenia na różnorodne urazy i obrażenia (Anderson, Bamberg 2002, s. 120; Cheroitel 2011, s. 41–56). Kolejny wniosek dotyczy zaburzeń depresyjnych: ich ryzyko u osób uzależnionych od alkoholu wzrasta dwu- a nawet trzykrotnie – proporcjonalnie do spożywanej ilości alkoholu (Anderson, Bamberg 2002, s. 121).

Podsumowując: ponad 40 jednostek chorobowych ujętych w ICD-10 jest spowodowanych wyłącznie lub głównie przez alkohol, natomiast kilkakrotnie wyższe dane dotyczą wskazań alkoholu jako jednej z przyczyn etiologicznych lub wpływających negatywnie na mechanizmy patogenetyczne, przyczyniające się do gorszego przebiegu chorób o innej etiologii (Babor i in. 2010, s. 46 i n.; Anderson i in. 2012). Stwierdzono także, że ryzyko przedwczesnego zgonu oraz nagłych i przewlekłych chorób wzrasta proporcjonalnie do spożycia alkoholu, pozostając w odniesieniu do określonych parametrów w zależności wprost proporcjonalnej (Anderson i in. 2012).

Jakie pociąga to za sobą skutki w wymiarze całego społeczeństwa? W placówkach służby zdrowia leczy się prawdopodobnie ok. 1,8 miliona osób u lekarzy różnych specjalizacji, z powodu różnych powikłań i chorób somatycznych oraz zaburzeń i chorób psychicznych spowodowanych nadużywaniem alkoholu (Wielguszeński 2008, s. 302). Choroby 20–40% pacjentów hospitalizowanych w szpitalnych oddziałach psychiatrycznych są konsekwencją nadużywania alkoholu (Wielguszeński 2008, s. 302). Alkoholicy żyją krócej o ok. 17% średniej życia niż abstynenci i osoby pijące alkohol w sposób umiarkowany, a dzieje się tak z powodu powikłań somatycznych i psychiatrycznych; w Polsce w ciągu roku umiera ok. 40 tys. osób z powodu tychże powikłań (Wielguszeński 2008, s. 304). Z danych zawartych w „Sprawozdaniu z wykonania ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie od dnia 1 stycznia 2014 roku do dnia 31 grudnia 2014 roku” wynika natomiast, że co roku z przyczyn bezpośrednio i pośrednio związanych z używaniem alkoholu umiera w Polsce ok. 10 tys. osób [Sprawozdanie z wykonania... 2015]. Estymacje kosztów pośrednich wykazują, że największe obciążenia ponosi społeczeństwo z powodu przedwczesnej umieralności nadużywających alkohol i uzależnionych od niego w wyniku chorób wątroby, zatruc alkoholem i zaburzeń psychicznych (Bogucki i in. 2013, s. 69). Stwierdzono też, że ryzyko zapadalności na choroby związane z alkoholem jest wyższe u kobiet niż u mężczyzn, przy tych samych poziomach konsumpcji (Moskalewicz 2007, s. 56).

Ze sferą zdrowia powiązane są konsekwencje o charakterze demograficznym, wiążące się zarówno z liczbą urodzeń, jak i zgonów.

Intensywne spożywanie alkoholu może powodować różnorodne zaburzenia hormonalne u obu płci, powodując upośledzenie płodności. W przypadku mężczyzn obserwuje się między innymi nieprawidłowe wydzielanie testosteronu, zmniejszenie ruchliwości plemników oraz uszkodzenie ich struktury; ponadto systematyczne, a niekiedy nawet okazyjne, spożywanie alkoholu może u części mężczyzn prowadzić do impotencji (Woronowicz 2008, s. 69). U kobiet natomiast alkohol, działając na mózg, przysadkę i bezpośrednio na jajniki, może zaburzać gospodarkę hormonalną warunkującą rozwój i funkcjonowanie systemu rozrodczego kobiety; następstwem tych zmian są na ogół zaburzenia popędu płciowego i miesiączkowania (cykle zanikające, nieregularne i bezowulacyjne), obniżona płodność, bezpłodność oraz wcześniejsza menopauza (Moskalewicz 2007, s. 56). Ponadto u kobiet, które piją alkohol w okresie ciąży, zdarzają się znacznie częściej porody niewczesne i przedwczesne oraz poronienia samoistne (Moskalewicz 2007, s. 57). Przy zwiększonej skali spożycia alkoholu w danym społeczeństwie może to prowadzić do obniżenia liczby urodzeń.

W Polsce brakuje pełnych, rzetelnych zestawień statystycznych zawierających liczby zgonów z powodu schorzeń związanych z piciem alkoholu. Próba takiego oszacowania w Unii Europejskiej w 2004 r. wykazała, że jest to powód śmierci niemal 95 tys. mężczyzn i nieco ponad 25 tys. kobiet (w przedziale wiekowym od 15 do 64 r.ż.) (Rehm, Shield 2012, s. 35). Dane zgromadzone przez WHO pokazujące liczbę zgonów osób w tej samej grupie wiekowej, związanych z alkoholem na terenie Europy w zakresie różnych kategorii chorób (tj. nowotworów, schorzeń sercowo-naczyniowych innych niż niedokrwienne choroba serca, schorzeń psychicznych i neurologicznych, marskości wątroby, urazów zamierzonych oraz urazów nieumyślnych) ukazały, że w przypadku mężczyzn najwyższe wskaźniki dotyczyły marskości wątroby, a następnie urazów nieumyślnych i nowotworów, natomiast w przypadku kobiet kolejno: marskości wątroby, nowotworów i zaburzeń sercowo-naczyniowych (Anderson i in. 2012, s. 31). Wyraźnie też zaznacza się regionalne (w obrębie Europy, która należy do regionów świata o największym spożyciu alkoholu; Anderson i in., s. 21) zróżnicowanie współczynnika umieralności związanego z alkoholem: prym wiedzie Europa Wschodnia i Środkowo-Wschodnia – według danych z 2004 r. na 100 tys. osób w wieku od 15 do 64 r.ż. współczynnik ten wynosił dla Europy Wschodniej 57 (dla mężczyzn) i 15 (dla kobiet), a w Europie Środkowo-Wschodniej 129 (dla mężczyzn) i 27 (dla kobiet) (Anderson i in. 2012, s. 29). Na użytek kalkulacji dotyczącej Polski w 2010 r. podsumowano liczbę zgonów w wyniku zaburzeń psychicznych spowodowanych alkoholem, liczbę zgonów w następstwie chorób wątroby o etiologii alkoholowej oraz liczbę zgonów z powodu zatrucia alkoholem – razem odnotowano

10 120 przypadków, których powodem było nadużycie alkoholu lub uzależnienie od niego. Do tej wartości należałoby jeszcze dodać liczbę osób, które zginęły w wyniku wypadków drogowych lub przestępstw, w których nietrzeźwymi byli ich sprawcy i ofiary (Bogucki i in. 2013, s. 67). Kolejnym skutkiem używania i nadużywania alkoholu – na pograniczu sfer zdrowia i prawa – jest bowiem właśnie uleganie wypadkom (Kin-Dittmann 2007, s. 361–375). Ponieważ spożycie alkoholu powoduje obniżenie zdolności w zakresie szybkości reakcji, przewidywania i koncentracji uwagi, osoby pod jego wpływem mogą stać się zarówno sprawcami, jak i ofiarami wypadków. Mowa tu między innymi o wypadkach drogowych. Udowodniono, że ryzyko zagrożenia nimi wzrasta w zależności od stężenia alkoholu we krwi: 7 razy przy stężeniu od 0,5 do 1,0‰, 31 razy przy stężeniu pomiędzy 1 a 1,5‰, zaś 128 razy przy stężeniu powyżej 1,5‰ (Woronowicz 2008, s. 234). W innych badaniach „porównanie stężeń alkoholu we krwi (BAC) kierowców biorących udział w wypadkach i tych nie biorących w nich udziału dowiodło, że ryzyko śmierci w wypadku samochodowym dla kierowców obu płci, niezależnie od wieku, mających we krwi między 0,2 a 0,49 promila alkoholu wzrasta co najmniej trzykrotnie. Dla zawartości alkoholu we krwi między 0,5 a 0,75 promila, ryzyko to wzrasta co najmniej sześciokrotnie, a jedenastokrotnie dla stężenia alkoholu we krwi między 0,8 a 0,99 promila” (Anderson, Bamberg 2002, s. 120). Tymczasem wyniki badania TNS OBOP z 2013 r., będące jakościowo-ilościową ewaluacją zjawiska prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu, pokazały, że największą częstotliwość picia alkoholu deklarowały osoby, które kiedykolwiek prowadziły pojazd pod jego wpływem – 24% z nich orzekło, że alkohol pije kilka razy w tygodniu; co trzeci kierowca twierdził, że kontroluje sytuację i nigdy nie doprowadził do tego, by wypić za dużo; takiej samodyscypliny nie mieli już kierowcy, którym zdarzało się prowadzić po wypiciu alkoholu, bowiem 84% przydarzyło się to przynajmniej raz w życiu (<http://krbrd.gov.pl>). Dane Komendy Głównej Policji z 2016 r. pokazują natomiast, że 8,8% ogółu wypadków spowodowali użytkownicy dróg (kierowcy, pasażerowie i piesi) będący pod działaniem alkoholu, stanowiąc 12,7% ogółu zabitych i 8,3% ogółu rannych [<http://statystyka.policja.pl>].

Inny aspekt mieszczący się w tym wątku rozważań dotyczy prób samobójczych. Udowodniono bezpośredni związek między ich podejmowaniem a spożywaniem alkoholu, silniejszy dla upojenia alkoholowego niż dla kategorii spożycia ogółem (Anderson, Bamberg 2002, s. 121; Kościański 1988, s. 7; Iłowski 1990, s. 19–20; Rudzka-Kołakowska 1967). Dodać więc należy jeszcze jedną konsekwencję: w Polsce rocznie popełnianych jest ok. 5–6 tys. zamachów samobójczych, w tym mniej więcej 25% osób z tej liczby podejmuje takie pró-

by pod wpływem alkoholu (<http://statystyka.policja.pl>], przy czym część z tych prób podejmowana jest przez osoby uzależnione od alkoholu (mające poczucie beznadziei i bezsensowności własnego życia), pozostające w fazie aktywnego uzależnienia bądź w początkowych stadiach samotnie rozpoczętej abstynencji (bez wsparcia terapeutów i/lub grup samopomocowych) oraz przez osoby nieuzależnione, którym alkohol dodawał odwagi w podjęciu próby samobójczej (Krusińska 1993, s. 7).

Efektom działania alkoholu na człowieka jest osłabienie samoświadomości i działania wyższych funkcji psychicznych, upośledzenie mechanizmów samoregulacji i samokontroli oraz zaburzenia afektywne (zwiększenie labilności emocjonalnej, impulsywności). W rezultacie spożyty alkohol może zadziałać jako czynnik wiktymogenny i kryminogenny (Wójcik 1990, s. 7–10). W pierwszym znaczeniu predysponuje osobę do bycia ofiarą lub przyczynia się do faktu, że staje się ona ofiarą (Morawski 1986a, s. 159), spełniając taką rolę w różnorodny sposób: prowadząc ofiarę w miejsce silnie kryminogenne, stwarzając niebezpieczne sytuacje, a także osłabiając lub eliminując opór potencjalnej ofiary, jej czujność, krytycyzm, szybkość myślenia, zdolność reakcji, kontrolę słów i czynów, a zwiększając jej bez troskę, nieostrożność, impulsywność, tendencje agresywne i prowokujące (Nietrzeźwe ofiary... 2001, s. 27–28). Osoby będące pod wpływem działania spożytego alkoholu bywają także sprawcami różnych kategorii czynów przestępczych lub wykroczeń. Działanie w stanie nietrzeźwości (w wyniku używania, nadużywania czy uzależnienia od alkoholu) może stanowić dwojaką przyczynę przestępstw: bezpośrednią – gdy przestępstwo zostało dokonane pod bezpośrednim wpływem alkoholu, lub pośrednią – gdy alkoholizm spowodował zmiany osobowości sprawcy, jego degenerację i demoralizację (Morawski 1986a, s. 163; Hołyst 2009, s. 576–577). Konsekwencje w tej sferze oznaczają problemy w zakresie burzenia porządku publicznego i bezpieczeństwa ruchu drogowego, lecz także w postaci czynów kwalifikowanych jako przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu.

Jak zauważył Brunon Hołyst, „dane statystyczne i wyniki licznych badań empirycznych wskazują, że współwystępowanie alkoholu z niektórymi zwłaszcza rodzajami przestępstw nie może być kwestią przypadku” (Hołyst 2002, s. 9). Czyny, które popełniają alkoholicy, to zwykle kradzieże, rozboje, gwałty, pobicia, akty przemocy, wykroczenia drogowe, wypadki. Szczegółowo pokazują to policyjne statystyki: wynika z nich, że osoby nietrzeźwe stanowią w każdym przypadku sporą część osób dopuszczających się czynów karalnych (<http://statystyka.policja.pl>). Do uzyskanych danych dodać należy jeszcze pewną liczbę tych osób podejrzanych, których nie objęła statystyka, ponieważ w niektórych przypadkach ustalenie stanu trzeźwości czy upojenia alkoholowego nie jest możliwe (Hołyst 2009, s. 579).

Okazuje się również, że istnieje związek uzależnienia od alkoholu z powrotnością do przestępstwa. Z wyników badań prowadzonych wśród osób dozorowanych w związku z warunkowym zawieszeniem kary pozbawienia wolności, wśród badanych mających problem z alkoholem powrotność do przestępstwa sięgała 52% i była o 10 punktów procentowych wyższa niż w grupie osób, które nie miały takiego problemu (Buczowski i in. 2010, s. 323).

Alkohol jest także bodźcem do podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych (spożyty alkohol obniża samokontrolę i zakłóca refleksyjne myślenie), w tym wczesnej inicjacji seksualnej i kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia, których efektem może być między innymi stosowanie i doświadczenie przemocy seksualnej (Bednarczyk 2012; Lew-Starowicz 1992).

Pokłosiem spożywania alkoholu, jego nadużywania i uzależnienia od niego są również konsekwencje dotyczące sfery zawodowej.

Tu najczęstszymi indywidualnymi następstwami jest utrata pracy i pozycji zawodowej, spowodowane: zwiększoną absencją, spóźnieniami do pracy, częstymi przypadkami niezgłaszanych wcześniej krótkich nieobecności w pracy, powtarzającymi się przypadkami opuszczania stanowiska pracy bez zgody przełożonych, spadkiem wydajności pracy, obniżeniem jej dyscypliny i jakości, obniżeniem motywacji do pracy, lekceważącym stosunkiem do obowiązków zawodowych czy regularnym ich zaniedbywaniem, rosnącym brakiem zaufania do uzależnionego pracownika i niemożnością polegania na nim, powodowaniem przez osobę błędów (wskutek nieuwagi lub niewłaściwej oceny sytuacji), zagrożeniami wypadkami czy stratami finansowymi dla pracodawcy, a także wykonywaniem pracy w stanie wskazującym na spożywanie alkoholu (Woronowicz 2008, s. 230–233; 2009, s. 352–354; Morawski 1986, s. 130–141; Kozak 1990). W sytuacji konieczności poszukiwania nowego miejsca pracy obniżona jest skuteczność i niska motywacja. Fakt pozostawania bezrobotnym może u niektórych wzmacniać problem alkoholowy (uzasadnienia typu: „nie mam pracy, więc czemu nie mam pić?”, „nie mam pracy, więc na pociechę sobie wypiję”).

Z punktu widzenia pracodawców problemy alkoholowe, które dotyczą ich pracowników, mają różną etiologię i charakter; są to: obecność w miejscu pracy pracowników pod wpływem alkoholu (incydentalna lub powtarzająca się), pracowników pozornie trzeźwych (niewykazujących obecności alkoholu w organizmie), ale niesprawnych z powodu wcześniejszego nadużycia alkoholu oraz widoczne pogorszenie funkcjonowania zawodowego osób pijących szkodliwie lub uzależnionych od alkoholu (Fudała 2009, s. 31–33). Jak wskazują dane statystyczne, w zależności od państwa, sektora i zawodu, liczba pracowników uzależnionych od alkoholu bądź zagrożonych nim waha się od 5 do 20% (Bogucki i in. 2013, s. 59).

Spoleczne skutki w tej sferze wiążą się z obniżeniem jakości i wydajności pracy. Zdaniem Andrzeja Świącickiego milion pracowników nadużywających alkoholu może obniżyć wydajność i jakość pracy o 10% (Świącicki 1968, s. 211). Media co jakiś czas donoszą o przedstawicielach różnych profesji podejmujących obowiązki pracownicze pod wpływem alkoholu (zwłaszcza o kierowcach autobusów, lekarzach, dróżnikach i nauczycielach). Niemierzalne są potencjalne skutki jakie mogłoby przynieść pozostawianie tych osób w miejscach pracy, narażając siebie i innych na zagrożenie zdrowia lub nawet życia.

Omawiając konsekwencje jakie rodzą problemy alkoholowe, wskazać należy również na wachlarz następstw o charakterze *stricte* społecznym. Tutaj skutki wiążą się z zaburzonymi relacjami społecznymi, ze zrywaniem kontaktów, więzi. Towarzyszy temu brak wrażliwości na innych. Pogłębia się poczucie izolacji społecznej. Konsekwencje dotyczą także zaburzeń w realizacji podstawowych ról społecznych i zadań z nich wynikających. Wiąże się to z szerszym problemem traconych kompetencji (nie tylko społecznych) i atrofią uczestnictwa społecznego jednostki. W szerzej zarysowanej sferze – społeczno-kulturowej – skutki ujawniają się w postaci kształtowania się i utrwalania: nierzetelności, nieodpowiedzialności, postaw oportunistycznych, prymitywizacji życia, tendencji do łamania norm (społecznych, prawnych, moralnych), zainteresowań wartościami wyższymi, upadku kultury życia codziennego, zaburzeń procesów socjalizacji dzieci i młodzieży. W następstwie mówić można o procesie wykluczania i wykluczenia społecznego związanego z ułomną partycypacją w jednej lub kilku płaszczyznach życia.

Uwikłanie w problem alkoholowy osoby będącej członkiem rodziny silnie oddziałuje na cały system rodzinny i rzutuje na jego funkcjonowanie. Powoduje konflikty w relacjach małżeńskich (silnie burząc więzi między małżonkami, a w części przypadków doprowadzając do separacji lub rozwodu) oraz fatalne sprawowanie lub rażące zaniedbywanie funkcji rodzicielskich (prowadzące niekiedy do ograniczenia lub odebrania praw rodzicielskich). Uzależnienie od alkoholu, wraz z całą swą specyfiką, wyciska swe piętno na małżonkach/partnerach osób uzależnionych (Mellody 1993; Sztander 1995b); Mellibruda, Sobolewska 1997; Margasiński 2000]. Nierzadko idzie z nim w parze agresja (Dmochowska 2007, s. 247), przemoc, zarówno czynna (fizyczna, seksualna, werbalna), jak i bierna (zaniedbywanie) (Anderson, Bamberg 2002, s. 114–115; Woronowicz 2009, s. 343 i n.; Nikodemaska 2001, s. 29–30; Serafin i in. 2012, s. 289–305; Narodowy Program..., s. 24–26]. Szczególnie niepokojący jest wpływ uzależnienia od alkoholu rodzica/rodziców na dzieci, które zasiewa w nich na całe ich życie długotrwałe konsekwencje wychowywania się w rodzinie zdezorganizowanej przez problem alkoholowy któregoś z rodziców oraz

częstokroć pociąga za sobą zakłócenia w ich rozwoju i druzgocące dalekosiężne konsekwencje (Sztander 1993, 1995; Gaś 1993; Margasiński 1996; Ostrihańska 1993; Cierpiałkowska, Grzegorzewska 2016]. Należy wspomnieć również o destrukcyjnym wpływie alkoholu na dzieci w okresie prenatalnym, w przypadku spożywania alkoholu przez matki (nie tylko uzależnione, lecz wszystkie lekceważące potencjalne skutki takiego postępowania bądź ich nieświadome), powodującym całe spektrum skutków rozwojowych nazywane ogólnym terminem FASD (*Fetal Alcohol Spectrum Disorders*) (O'Malley 2007).

Zdaje się, że skutki pojawiające się w sferze społecznej oraz sferze rodzinnej są tymi, co do których istnieje najwięcej trudności w rzetelnym oszacowaniu ich wielkości, wagi konsekwencji ich destrukcyjnego wpływu.

Zasygnalizowane tu kolejno konsekwencje problemu alkoholowego są wieloaspektowe, mają szeroki zasięg i dają podstawy do niepokoju społecznego. Część z nich pociąga za sobą bezpośrednie koszty, wydatki i straty policzalne za pomocą uchwytnych wskaźników, część natomiast, ze względu na swój niematerialny charakter, wymyka się możliwości mierzalnego oszacowania ich wielkości (Mielecka-Kubień 2001).

Indywidualne skutki finansowe doświadczane przez osoby „ubezwłasnowolnione” przez alkohol (*de facto* o charakterze wykraczającym poza wyłącznie ekonomiczne aspekty), znajdują odbicie w stratach makroekonomicznych kraju (Barczak 1993, s. 129) – wydatkach budżetu państwa i koniunkturze ekonomicznej kraju, między innymi poprzez: obniżenie wydajności pracy, brakoróbstwo, absencje, wypadkowość, zwiększenie nakładów finansowych na leczenie osób uzależnionych od alkoholu, utrzymanie poradni leczenia uzależnień, powodowanie i/lub pogłębianie pauperyzacji życia części społeczeństwa, a co za tym idzie finansowanie świadczeń pomocy społecznej, wydatki związane z zabezpieczeniem egzystencjalnym osób uzależnionych i ich rodzin (Bogucki i in. 2013).

Próbę wskazania i przeanalizowania kosztów związanych ze szkodliwym używaniem alkoholu i uzależnieniem od alkoholu podjęli Maciej Bogucki, Jakub Gierczyński i Jerzy Grylewicz (2013, s. 38), którzy dla jej przeprowadzenia sporządzili listę pozycji kosztowych, zawierając w niej: koszty bezpośrednie medyczne (wśród nich: wydatki NFZ w ramach hospitalizacji, leczenia ambulatoryjnego, rehabilitacji oraz porad lekarskich i psychologicznych), koszty pośrednie medyczne (tj. wydatki Ministerstwa Zdrowia na edukację i profilaktykę, wydatki samorządów, koszty wypadków drogowych – Policja, sąd, więzienia, koszty przestępstw – Policja, sąd, więzienia), koszty pośrednie (czyli zwolnienia chorobowe, renty i inwalidztwo, przedwczesna śmiertelność, utrata produktywności w pracy, bezrobocie), a także koszty niepoliczalne (do nich

zaliczono: spadek jakości życia – w aspekcie zdrowotnym i psychicznym, cierpienie rodzin, negatywny wpływ na wychowanie dzieci, cierpienie ofiar wypadków drogowych i przestępstw, ubóstwo, degradacja i wykluczenie społeczne). Jak wynika z ich raportu zatytułowanego „Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce” estymacja rocznych kosztów pośrednich nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego dla Polski – uwzględniając wydatki ZUS w kategorii absencji chorobowych, koszty wypadków drogowych spowodowanych przez nietrzeźwych kierowców i koszty społeczne utraconej produktywności w wyniku przedwczesnej umieralności z powodu nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego – sięga przedziału 37,39–39,38 mld złotych [Bogucki i in. 2013, s. 71]. To jednak tylko pewna część ponoszonych wydatków, ponieważ niektórych strat nie sposób wyliczyć.

Podobne kalkulacje kosztów podejmowano dla krajów Unii Europejskiej. Przykładowo: szacowano, że szkody związane ze spożywaniem alkoholu (straty bezpośrednie i pośrednie) w 2003 r. kosztowały państwa europejskie około 125 miliardów euro rocznie, co równało się 1,3% produktu krajowego brutto (PKB) jako średniej PKB krajów wspólnoty, czyli ok. 650 euro na każde gospodarstwo w UE (Anderson, Bamberg 2002, s. 56). W świetle raportu J. Rehma i K. Shielda (dotyczącego Unii Europejskiej w 2010 r.) największą część kosztów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu i uzależnieniem od niego stanowiły: śmiertelność – 45,2 mld euro, przestępczość – 41,4 mld euro, ochrona zdrowia – 27,7 mld euro, bezrobocie – 17,6 mld euro, wypadki drogowe – 12,6 mld euro oraz absencje w pracy – 11,3 mld euro (Bogucki i in. 2013, s. 23). Dla Polski całościowe koszty społeczne związane z pićm alkoholu w Polsce można estymować (według odsetka PKB) przykładowo na poziomie około 14,16 mld zł w 2010 r., 15,23 mld zł – w 2011 r., zaś biorąc pod uwagę estymacje kosztów na poziomie 3% PKB (taki poziom przyjmowany jest przez WHO), koszty te mogą wynieść ok. 45 miliardów złotych (Bogucki i in. 2013, s. 20].

Wprawdzie budżet państwa jest zasilany dochodami z tytułu podatków od sprzedaży wyrobów alkoholowych, ale koszty społeczne i ekonomiczne nadużywania i uzależnienia od alkoholu przewyższają je kilkakrotnie (Bogucki i in. 2013, s. 72).

Żadna z metod szacowania szkód, kosztów i strat nie oddaje pełnej skali problemów powstałych w efekcie nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego, ponieważ stwierdzając za R. Pomianowskim, nie sposób oszacować utraty indywidualnych potencjałów, którym uzależnienie nie pozwoliło się rozwinąć ani zliczyć osób poszkodowanych uzależnieniem innej osoby w sposób bezpośredni, ale i pośredni (Pomianowski 1998, s. 279).

Potrzeba działań!

Wskazane tu konsekwencje problemu alkoholowego, rozpatrywane w aspekcie indywidualnym i społecznym, udowadniają, że ma on charakter złożony, wielowymiarowy, dlatego jego rozwiązywanie powinno dokonywać się wielopłaszczyznowo, realizując dyrektywę tworzenia sieci podmiotów, swoistej koalicji i kooperacji dopełniających się w swoich poczynaniach wielu podmiotów, wspomaganych w ich działaniach przemyślanymi regulacjami prawnymi.

Świadomość tak licznych i rozległych konsekwencji winna mobilizować do podjęcia działań zaradczych – najlepiej systemowo pomyślanych i realizowanych, ale również do podjęcia działań o charakterze profilaktycznym. Za A. Nowak i E. Wysocką profilaktykę społeczną warto postrzegać dwojako: w ujęciu teoretycznym (jako naukę, która tworzy różne koncepcje związane ze sposobami i środkami kształtowania zdrowego społeczeństwa i optymalnie funkcjonujących obywateli) oraz jako dziedzinę praktyczną (jej zadaniem jest opis, wyjaśnianie i przewidywanie rozwoju szkodliwych zjawisk, celem skonstruowania programów, strategii i procedur ich zwalczania w wymiarze społecznym, tak globalnym, jak i lokalnym oraz indywidualnym) (Nowak, Wysocka 2001, s. 229–230). W kontekście prowadzonych tu rozważań należy zaakcentować konieczność realizowania profilaktyki problemów alkoholowych (a nie węższego ujęcia jako profilaktyki uzależnień; podobnego zdania jest K.A. Wojcieszek – Wojcieszek 2013, s. 34).

Stosowane w praktyce działania profilaktyczne wpisują się zwykle w jedną z siedmiu strategii, bądź realizowane są z wykorzystaniem elementów z kilku z nich. Mowa tu o następujących strategiach:

- 1) strategia informacyjna (jej celem jest dostarczenie rzetelnych, aktualnych i dostosowanych do odbiorcy informacji na temat skutków zachowań ryzykownych, aby w ten sposób umożliwić dokonywanie racjonalnych wyborów życiowych, zmianę postaw, a konsekwencji – zmianę zachowań);
- 2) strategia alternatyw (ma na celu zaspokajanie ważnych dla jednostki potrzeb poprzez stwarzanie jej możliwości wyboru atrakcyjnych dla niej i alternatywnych – wobec ryzykownych i destrukcyjnych – sposobów ich zaspokajania, społecznie akceptowanych);
- 3) strategia edukacyjna (nakierowana na nabywanie i rozwijanie umiejętności psychospołecznych);
- 4) strategia redukcji szkód (jej istotą jest minimalizacja szkód będących konsekwencjami podejmowania zachowań ryzykownych, tak indywidualnych, jak i społecznych);

- 5) strategia interwencyjna (celem jest tu natychmiastowa reakcja – pomoc psychospoleczna osobom majacym trudności w rozwiązywaniu problemów oraz wsparcie ich w sytuacjach kryzysowych);
- 6) strategia zmian środowiskowych (powiązana z identyfikacją, a następnie ze wzmocnieniem tych czynników środowiska, które sprzyjają powstawaniu zachowań ryzykownych i/lub minimalizacją tych, które zmniejszają ryzyko ich pojawienia się),
- 7) strategia zmian przepisów społecznych (rozumianych jako aktów prawnych, w skali lokalnej i ogólnokrajowej, które regulują ograniczenia dostępu do zachowań ryzykownych) (French, Kaufman 1983; interpretacja za: Gaś 1993, s. 26–28; Michel 2013, s. 78–98).

Każda z tych strategii może wywołać oczekiwane skutki, lecz każda także obciążona jest mankamentami i błędami (Michel 2013, s. 78–98).

Skuteczna profilaktyka powinna opierać się na sieci działań realizowanych na trzech poziomach, różniących się charakterem, celami i zadaniami:

- centralnym – ogólnokrajowym: tu działania powinny mieć charakter rozwiązań systemowych, przygotowujących warunki do realizacji skutecznych przedsięwzięć profilaktycznych na niższych poziomach;
- wojewódzkim – regionalnym: tu działania powinny koncentrować się głównie na transmisji rozwiązań systemowych, uwzględniających specyfikę danego regionu;
- gminnym – lokalnym: tu działania powinny obejmować przedsięwzięcia adresowane bezpośrednio do lokalnego odbiorcy, uzupełnianie o strategie eliminowania czynników ryzyka i wprowadzanie czynników sprzyjających rozwojowi (Gaś 2003).

Ten ostatni poziom – lokalny – jest ważki z perspektywy pedagoga społecznego, ponieważ działania, poparte rzetelną diagnozą, mogą tu być szczególnie efektywne, bo „szyte na miarę” rozpoznanych adresatów. Samo zobowiązanie jednostek samorządu terytorialnego do „podejmowania działań zmierzających do ograniczenia spożycia napojów alkoholowych oraz zmiany struktury ich spożywania, inicjowania i wspierania przedsięwzięć mających na celu zmianę obyczajów w zakresie sposobu spożywania tych napojów, działania na rzecz trzeźwości w miejscu pracy, przeciwdziałania powstawaniu i usuwania następstw nadużywania alkoholu, a także wspierania działalności w tym zakresie organizacji społecznych i zakładów pracy”, jak i popierania tworzenia i rozwoju „organizacji społecznych, których celem jest krzewienie trzeźwości i abstynencji, oddziaływanie na osoby nadużywające alkoholu oraz udzielanie pomocy ich rodzinom” (z art. 1 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi) oraz zobligowanie każdej gminy do tworzenia co-

rocznie gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (stanowiącego część strategii rozwiązywania problemów społecznych, uwzględniającej cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, określone w Narodowym Programie Zdrowia), może okazać się (i zwykle okazuje się) niewystarczające, gdy pominięty zostanie etap diagnozowania. Chcąc bowiem skutecznie wpływać na intensywność i wzory picia, jak i problemy powiązane z jego konsumpcją, należy zyskać rozeznanie co do charakteru i rozmiaru problemu w jego lokalnej specyfice, przy czym diagnoza winna mieć charakter dynamiczny i być stale aktualizowana, by opierając się na zaobserwowanych zmianach modyfikować praktyczne rekomendacje dla formułowania priorytetów w tworzeniu gminnych/miejskich programów rozwiązywania problemów alkoholowych (monitoring dostarcza danych zarówno do ciągłej aktualizacji diagnozy, jak i danych do ewaluacji) (Diagnoza i... 2009, s. 18–19). Zdaniem Moniki Zawartki-Czekaj proces od inwentaryzacji instytucji poprzez diagnozę do strategii rozwiązywania problemów społecznych wydaje się być jedyną drogą gwarantującą władzom lokalnym rzeczywiste rozwiązywanie tych problemów (Zawartka-Czekaj 2013, s. 315).

Projektując działania o charakterze zapobiegawczym, ze względu na złożoność uzależnień, wskazane jest, aby ujmować je holistycznie, uwzględniając różnorakie sfery ludzkiej aktywności oraz interdyscyplinarnie (korzystając ze stanu wiedzy zwłaszcza z zakresu medycyny, biologii, socjologii, psychologii i pedagogiki) (Glińska-Lachowicz 2006, s. 156–158]. Innym warunkiem skutecznej profilaktyki są „skoordynowane działanie we wszystkich obszarach funkcjonowania. Oznacza to, że interwencje profilaktyczne powinny być skierowane na najważniejsze czynniki ryzyka, tkwiące zarówno w samej jednostce, jak i w jej otoczeniu społecznym” (Michel 2013, s. 75–76). Można tu mówić o synergetycznym modelu profilaktyki, w którym bierze się pod uwagę dwie grupy korelujących ze sobą czynników: endogennych – biopsychicznych oraz egzogennych – środowiskowych, powiązanych ze sobą na zasadzie synerгии, tj. wzajemnie się wzmacniających lub osłabiających, prowadząc do wzrostu lub regresji danego zaburzenia, czynnika chroniącego lub czynnika ryzyka (Michel 2013, s. 108).

W sytuacji, gdy problem alkoholowy zostanie rozpoznany w konkretnej społeczności, warto zadbać o realizację profilaktyki trojakiego rodzaju: uniwersalną (adresowaną do całej populacji), selektywną (adresowaną do osób z grupy podwyższonego ryzyka) oraz wskazującą (ukierunkowaną na osoby wykazujące objawy zaburzeń) (Mrazek, Haggerty 1994). W.R. Miller, A.A. Forchines i A. Zweben (Miller i in 2014, s. 423 i n.) stoją na takim właśnie stanowisku, że potrzebne są działania prewencyjne na wszystkich trzech poziomach,

aby rozwiązać problem o takiej skali i wadze (nie tylko alkoholowy, ale szerzej: substancji psychoaktywnych). W ramach prewencji uniwersalnej zasygnalizowali znaczenie interwencji związanych z podażą – mających na celu ograniczenie lub kontrolę dostępu do tych substancji (np. wzrost cen czy ograniczenie punktów zbytu, ale nie dokonywane nagle i restrykcyjnie, lecz stopniowo, małymi krokami) oraz z popytem – wycelowanych w zmniejszenie zainteresowania wśród potencjalnych nabywców i ograniczenie ilości przyjmowanych substancji psychoaktywnych, przy wsparciu programami edukacyjnymi i reklamą. Prewencja wybiórcza winna obejmować osoby szczególnie narażone na ryzyko uzależnienia, dlatego istotna jest wiedza dotycząca czynników ryzyka i czynników chroniących, by podjąć działania profilaktyczne w pracy z selektywnie określonymi grupami osób. Zasadą zaś docierania z interwencją w ramach prewencji wskazanej, dedykowanej osobom, u których zaobserwowano już objawy przedmiotowe i podmiotowe zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, winno być reagowanie możliwie wcześnie, by nie dopuszczać do tragicznych wczesnych konsekwencji używania substancji psychoaktywnych na długo przed uzależnieniem od nich oraz by zapobiegać późniejszym problemom zdrowotnym, społecznym, zawodowym, finansowym i rodzinnym.

Otwiera się tu zatem spore pole działania dla pedagogów. Jak przekonuje Małgorzata Michel, obiecująco spore szanse na „tworzenie i realizowanie zintegrowanych działań zapobiegawczych mają społeczności lokalne. Bliskość społeczna lokalnych instytucji zarówno państwowych, jak i pozarządowych stanowi naturalną szansę na wspólne uzgodnienie działań i ściśłą ich koordynację. [...] Dodatkowym atutem tego rodzaju systemowych działań jest możliwość dostosowania ich w każdym konkretnym przypadku do lokalnej specyfiki” (Michel 2013, s. 197). Karolina Kmieciak-Jusięga dopowiada, aby w środowiskach lokalnych realizować model profilaktyki zintegrowanej, oparty na: współpracy na poziomie instytucjonalnym i wspólnotowym, dbałości o wzorce i spójny przekaz, przede wszystkim ze strony rodziny i szkoły, wypracowaniu autonomicznych dla danego środowiska lokalnego strategii i metod oddziaływań profilaktycznych, które będą stosowane systematycznie, konsekwentnie i długookresowo oraz doskonaleniu kompetencji wychowawczych i organizacyjnych twórców realizatorów działań profilaktycznych (Kmieciak-Jusięga 2015, s. 293). Co istotne, działania o charakterze profilaktycznym (w powiązaniu z analizowanym tu problemem alkoholowym, lecz i innymi zachowaniami ryzykownymi) powinny być adresowane nie tylko do dzieci i młodzieży (we współpracy rodziny i szkoły; więcej zob. np. Gaś 2006; Kuszak 2016; Kołomański 2016), ale również do osób w fazie wczesnej, średniej i późnej dorosłości.

Literatura

- Anderson P., Bamberg B., (2002), *Alkohol w Europie. Perspektywy zdrowia publicznego*, Warszawa.
- Anderson P., Bamberg B., (2007), *Wnioski i zalecenia. Alkohol w Europie*, Warszawa.
- Anderson P., Møller L., Galea G., (2012), *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*, WHO.
- Babor T.F. i in., (2010), *Alcohol: No ordinary commodity*, New York.
- Barczak A., (1993), *Ekonomiczne aspekty picia i nadużywania alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 1.
- Bednarczyk M., (2012), *Przemoc seksualna, czynniki podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych pod wpływem alkoholu*, [w:] *Trzeźwość i uzależnienia jako wyzwanie duszpasterskie i pedagogiczne*, red. K. Linowski, M. Jędrzejko, Radom.
- Bielewicz A., Moskalewicz J., (1986), *Historia społeczno-kulturowa alkoholu*, [w:] *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, red. I. Wald., Warszawa.
- Bogucki M., Gierczyński J., Grylewicz J., (2013), *Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce*, Warszawa.
- Buczowski K., Czarnańska-Działuk B., Drapała K., Marczewski M., Ostaszewski P., Więcek-Durańska A., Wójcik D., (2010), *Wyniki analizy dozoru kuratora orzeczonego przy warunkowym zawieszeniu kary pozbawienia wolności – na podstawie akt wykonawczych*, [w:] *Kuratela sądowa. Sukcesy i porażki*, red. D. Wójcik, Warszawa.
- Cheroitel Ch.J., (2011), *Urazy a picie alkoholu. Alkohol a ryzyko szkód zdrowotnych*, Warszawa.
- Chlebio-Abad D., (2000), *Pierwotna profilaktyka uzależnienia od alkoholu. Przegląd wybranych strategii i programów*, Katowice.
- Cierpiałkowska L., Grzegorzewska I., (2016), *Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowej i klinicznej*, Poznań.
- Czapiński J., Panek T., (red.) (2016), *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa.
- Diagnoza i monitoring. Z Januszem Sierosławskim z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie rozmawia Tadeusz Pulcyn*, (2009), „Świat Problemów”, nr 1.
- Dmochowska H. (red.), (2007), *Kobiety w Polsce*, Warszawa.
- Durasiewicz A., (2012), *Alkoholizm jako patologia społeczna – aspekt lokalny i krajowy*, [w:] *Trzeźwość i uzależnienia jako wyzwanie duszpasterskie i pedagogiczne*, red. K. Linowski, M. Jędrzejko, Radom.
- Frencz J.F., Kaufman N.J., (1983), *Handbook for prevention evaluation: prevention evaluation guidelines*, Rockville.
- Fudała J., (2009), *Rozwiązywanie problemów alkoholowych w miejscu pracy*, „Świat Problemów”, nr 12.
- Gaś Z., (1993), *Profilaktyka uzależnień*, Warszawa.
- Gaś Z., (2006), *Profilaktyka w szkole*, Warszawa.
- Glińska-Lachowicz A., (2006), *Zapobieganie uzależnieniom wśród młodzieży – ujęcie interdyscyplinarne*, [w:] *Strategie rozwiązywania problemów uzależnień*, red. S. Badora, I. Mudrecka, Opole.
- Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle (2016)*, Paris.
- Hołyst B., (2009), *Kryminologia*, Warszawa.
- Hołyst B., (2002), *Alkohol a przestępstwo w świetle teorii i statystyki*, „Problemy Alkoholizmu”, nr 1.

- Iłowski Z., (1990), *Nadużywanie alkoholu a samobójstwa*, „Problemy Alkoholizmu”, nr 7–8.
- Kin-Dittmann I., (2007), *Nietrzeźwi uczestnicy wypadków drogowych w latach 2000-2006*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 4.
- Kmiecik-Jusięga K. (2015), *Profilaktyka zachowań ryzykownych w środowisku lokalnym*, [w:] *Tradycje i perspektywy optymalizowania profilaktyki społecznej oraz resocjalizacji*, red. D. Kowalczyk, A. Szczówka, P. Kwiatkowski, Wrocław.
- Kołomański Ł., (2016), *Przeciwdziałanie uzależnieniom. Program zapobiegania zażywania środków psychoaktywnych wśród dzieci i młodzieży*, [w:] *Diagnoza i profilaktyka uzależnień wśród młodzieży wyzwaniem dla społeczności lokalnej*, red. J.A. Malinowski, Toruń.
- Kościański A., (1988), *Alkoholizm i samobójstwo*, „Problemy Alkoholizmu”, nr 5.
- Kozak M., (1990), *Spoleczne i ekonomiczne skutki picia alkoholu w pracy w opiniach pracowników*, [w:] *Alkohol w zakładzie pracy. Problemy ekonomiczne i społeczne*, red. M. Jarosz, Warszawa.
- Krusińska A., (1993), *Samobójstwo jako próba ucieczki od choroby alkoholowej*, „Problemy Alkoholizmu”, nr 1.
- Kubin J., (1987), *Socjotechnika metodą rozwiązywania problemów społecznych*, [w:] *Socjologia problemów społecznych. Teorie i rzeczywistość*, Wrocław.
- Kuszek K., (2016), *Programy profilaktyczne w przedszkolu i szkole. Założenia a rzeczywistość*, [w:] *Diagnoza i profilaktyka uzależnień wśród młodzieży wyzwaniem dla społeczności lokalnej*, red. J.A. Malinowski, Toruń.
- Lew-Starowicz Z., (1992), *Alkohol i zachowania seksualne*, „Problemy Alkoholizmu” nr 10.
- Madeja Z., (2008), *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych, przedmiotów, czynności i osób*, cz. 2, Koszalin.
- Margasiński A., (1996), *Analiza psychologiczna systemów rodzinnych z chorobą alkoholową*, Częstochowa.
- Margasiński A., (2000), *Syndrom współuzależnienia*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, nr 5.
- Mellibruda J., Sobolewska Z., (1997), *Koncepcja i terapia współuzależnienia*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 3.
- Mellody P., (1993), *Toksyczne związki. Anatomia i terapia współuzależnienia*, Warszawa.
- Michel M., (2013), *Lokalny system profilaktyki społecznej i resocjalizacji nieletnich*, Warszawa.
- Mielecka-Kubień Z., (2001), *Ilościowe aspekty badania problemów alkoholowych w Polsce*, Katowice.
- Miller W.R., Forchies A.A., Zweben A., (2014), *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, Kraków.
- Morawski J., (1986a), *Alkohol a przestępstwa i wykroczenia*, [w:] *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, red. I. Wald, Warszawa.
- Morawski J., (1986b), *Problemy związane z alkoholem w miejscu pracy*, [w:] *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, red. I. Wald, Warszawa.
- Moskalewicz J., (2007), *Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 1.
- Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., (red.), (2012), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*, Warszawa.
- Mrazek P.J., Haggerty R.J., (1994), *Reducing the Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*, Washington.
- Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015.*

- Nietrzeźwe ofiary, (2001), „Świat Problemów”, nr 6.
- Niewiadomska I., Sikorska-Głodowicz M., (2004), *Alkohol*, Lublin.
- Nikodemska S., (2001), *Przemoc wobec bliskich u pacjentów leczenia odwykowego*, „Świat Problemów”, nr 1.
- Nowak A., Wysocka E., (2001), *Problemy i zagrożenia społeczne we współczesnym świecie: elementy patologii społecznej i kryminologii*, Katowice.
- O'Malley K. D., (2007), *ADHD and Fetal Alcohol Syndrom Disorders (FASD)*, New York.
- Ostrihańska Z., (1993), *Zaburzenia życia rodzinnego spowodowane alkoholem*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 1.
- Pomianowski R., (1998), *Uzależnienia – współczesną wersją „ucieczki od wolności”*, [w:] *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych. Wybrane zagadnienia*, red. J. Miluska, Poznań.
- Rehm J., Shield K., (2012), *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence*, Toronto.
- Rudzka-Kołałowska M., (1967), *Samobójstwa kobiet a alkoholizm*, „Alkoholologia Łódzka”, nr 1.
- Serafin P., Jakubczyk A., Podgórska A., Topolewska-Wochowska A., Wojna M., (2012), *Przemoc pomiędzy partnerami i zachowania ryzykowne u osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 3.
- Sprawozdanie z wykonania ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie od dnia 1 stycznia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2014 r., opracowane przez Ministra Zdrowia*, (2015), Warszawa.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku* (2011), Warszawa.
- Sztander W., (1995a), *Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym*, Warszawa.
- Sztander W., (1995b), *Pułapka współuzależnienia*, Warszawa.
- Sztander W., (1993), *Rodzina z problemem alkoholowym*, Warszawa.
- Święcicki A., (1968), *Alkohol. Zagadnienia polityki społecznej*, Warszawa.
- Wielguszewski J., (2008), *Uzależnienie jako przejaw zaburzonej kultury życia*, [w:] *Młodzież a kultura życia*, red. F.W. Wawro, Lublin.
- Wojcieszek K.A., (2013), *Optymalizacja profilaktyki problemów alkoholowych. pedagogiczne implikacje grupowych interwencji krótkoterminowych*, Kraków.
- World Health Statistics 2014*.
- Woronowicz B.T., (2008), *Na zdrowie! Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu*, Poznań.
- Woronowicz B.T., (2009), *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Poznań.
- Wódcz J., (2000), *Socjologia dla prawników i politologów*, Warszawa.
- Wójcik J.W., (1990), *Przyczynki do badań kryminogennej i wiktymogennej roli alkoholi*, „Problemy Alkoholizmu”, nr 3.
- Zawartka-Czekaj M., *Mapa jako narzędzie badawcze problemów społecznych w praktyce pracy socjalnej*, [w:] *Praca socjalna – jej dyskursy, usytuowania i profile*, red. nauk. A. Kotlarska-Michalska, K. Piątek, Toruń-Bydgoszcz.
- Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r. (notatka informacyjna)* (2015), Warszawa.

Źródła internetowe

<http://krbrd.gov.pl>

<http://statystyka.policja.pl>