







Publikace vznikla a byla vydána pod odbornou  
záštitou a koordinací:



Centra adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze

Díky finanční podpoře:

projektu Příprava a rozvoj denního magisterského studia oboru adiktologie  
CZ.2.17/3.1.00/31430



Evropský sociální fond  
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti

Tento projekt je financován Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem hlavního města Prahy.



Výukový text

# **Alkohol Užívání**

Autor: Petra Holcnerová

Centrum adiktologie

# Obsah

Vzorce užívání alkoholu .....	3
a) Abstinence .....	3
b) Mírné užívání alkoholu .....	3
c) Epizodické užívání alkoholu .....	4
d) Nadměrné užívání alkoholu.....	5
Vzorce užívání alkoholu napří životním cyklem.....	6
Užívání alkoholu u dětí a adolescent .....	6
Užívání alkoholu u senior .....	8
Vzorce užívání alkoholu u žen a muž .....	9
Vzorce užívání alkoholu v různých kulturách .....	12
Užívání alkoholu v zemích bývalého sovětského svazu.....	13
Užívání alkoholu v islámských společnostech .....	14
Užívání alkoholu ve východní Asii.....	15
Užívání alkoholu v afrických kulturách .....	16
Užívání alkoholu v latinsko amerických kulturách .....	17
Užívání alkoholu v evropské unii .....	18
Užívání alkoholu v USA .....	19
Použitá literatura .....	21

# Vzorce užívání alkoholu

Vzorce užívání alkoholu bývají ovlivněny mnoha biopsychosociálními faktory, jakými jsou například věk, pohlaví, genetická výbava, sociální status, vzdělání a zaměstnání, sociální role i rodinná historie (Collins & McNair, 2002). V souvislosti s frekvencí a množstvím užitého alkoholu se obecně rozlišují tyto základní vzorce užívání alkoholu (a) abstinence, (b) mírné užívání alkoholu, (c) epizodické užívání alkoholu a (d) nadměrné užívání alkoholu (WHO, 2004).

## a) Abstinence

Abstinence je definována jako zdržení se nebo znechucení se užívání alkoholu bez ohledu na to, zda je to na základě nějakého přesvědčení nebo zda je to z jiných důvodů. V odborné literatuře se rozlišuje celoživotní (totální) abstinence, což znamená odříkání se konzumace alkoholu po celý život a současná abstinence, která označuje abstinenci alkoholu za poslední rok (WHO, 1994). Mezi nejčastější důvody abstinence patří náboženské a zdravotní důvody, rodinná tradice, obava ze ztráty kontroly nebo také závislost na alkoholu v anamnéze (Epler et al., 2009; Michalak et al., 2007; Stritzke & Butt, 2001).

## b) Mírné užívání alkoholu

Mírné užívání alkoholu (moderate drinking) je charakterizováno jako užívání alkoholu, které obecně neprobíjí problémy jak uživatel, tak společnost. V odborné literatuře bývá za mírné užívání alkoholu

považováno užití maximálně jednoho alkoholického nápoje denně pro většinu žen a seniorů a maximálně dvou alkoholických nápojů denně pro většinu mužů. Tyto limity ovšem neplatí pro tyto hotné ženy nebo ženy, které plánují těhotenství, osoby, které plánují řídit auto nebo se podílet na jiných aktivitách vyžadujících koncentraci a pozornost, osoby užívající medikaci, abstinující osoby se syndromem závislosti na alkoholu a konečně děti a nezletilí (Dufour, 1999; McLellan, 2007).

Mezi nejčastějšími pozitivními důsledky mírného užívání alkoholu bývá uváděno především snížení stresu, podpora příjemných pocitů a pocitu bezstarostnosti, snížení tenze a úzkosti a zvýšení sociability (Ashley et al., 2000). Dále bývá také v literatuře zmíněn i jeho preventivní potenciál při vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Rimm et al., 1999) a demence (Orgogozo et al., 1997). K nejčastějším negativním důsledkům mírného užívání alkoholu patří dopravní nehody (Dufour, 1999), negativní interakce s užívanými léky (Weathermon & Crabb, 1993) a riziko návratu k nadměrnému užívání alkoholu především u osob se syndromem závislosti na alkoholu v léčbě (Dufour, 1999).

### **c) Epizodické užívání alkoholu**

Epizodické užívání alkoholu (binge drinking) je definováno jako užití pěti a více alkoholických nápojů najednou/za jeden večer u mužů a čtyř a více nápojů u žen a mladistvých jednou nebo vícekrát během dvou týdnů (Wechsler & Nelson, 2001). Na rozdíl od nadměrného užívání alkoholu se zde nejedná o každodenní užívání alkoholu, ale o nárazové užívání alkoholu, ke kterému nejčastěji dochází o víkendy nebo ve dnech volna. Tento typ užívání alkoholu se často vyskytuje u dospívajících a vysokoškolských studentů, tedy v období přechodu mezi adolescencí a dospělostí, a po přechodu do dospělosti je omezen, protože epizodické užívání alkoholu není v souladu s dospělými sociálními rolami v zaměstnání, manželství a rodičovství (Jones et al., 2001). Výzkumy bylo zjištěno, že u některých dospělých dochází k návratu k tomuto vzorci užívání především v důsledku



náro ných životních událostí, jakými je například rozvod nebo ztráta zaměstnání. Demografické změny ve společnosti v posledních letech zahrnují změny pracovních vzorců a zvýšení počtu osob bez partnera vedou k většímu výskytu epizodického užívání alkoholu v dospělé populaci (Alcohol Concern, 2003).

Epizodické užívání alkoholu je spojeno s celou řadou zdravotních a sociálních problémů, z nichž nejčastěji jsou zmíněny nezámné úrazy v důsledku dopravních nehod nebo násilného chování v mezilidských vztazích, otravy alkoholem, infarkt myokardu, sexuální přenosné choroby a nechtěná těhotenství a poškození plodu (Mokdad, 2007).

#### **d) Nadměrné užívání alkoholu**

Nadměrné užívání alkoholu (heavy drinking) je charakterizováno jako takové užívání alkoholu, které vede nebo zvyšuje riziko vzniku zdravotních problémů v důsledku užívání alkoholu nebo komplikuje management jiných zdravotních problémů. Podle epidemiologických výzkumů bývá definováno jako užití více než 3 alkoholických nápojů během jednoho dne nebo 11 nápojů za týden u žen a užití více než 4 alkoholických nápojů v jednom dni nebo 14 nápojů za týden u mužů (Corrao et al., 2004).

Nadměrné užívání alkoholu zvyšuje riziko vzniku hypertenze, gastrointestinálního krvácení, poruch spánku, depresivních poruch, jaterní cirhózy a některých nádorových onemocnění. Nadměrné užívání alkoholu vede také k duševním a behaviorálním poruchám vyvolaným užíváním alkoholu (NIAAA, 2005).

# Vzorce užívání alkoholu napříč životním cyklem

Většina údajů o užívání alkoholu a jeho vzorcích pochází ze vzorku střední generace. V posledních desetiletích začíná být také věnována pozornost specifikám užívání alkoholu u mladistvých a u seniorů.

## Užívání alkoholu u dětí a adolescentů

Užívání alkoholu u dětí a adolescentů vnímají odborníci jako vývojový fenomén a úzce ho dávají do souvislosti s problematikou a kontextem vývoje člověka (Masten et al., 2009), dále lze říci, že konzumace alkoholu v dospívání je normativního charakteru (Stritzke & Butt, 2001). Akoliv některé děti začínou konzumovat alkohol již na základní škole, typický věk jeho konzumace je kolem 12–14 let (Faden, 2006). Užívání alkoholu u dítěte do 10 let má negativní vliv na vývoj struktury a funkce mozku (Zucker et al., 2009). Mezi 12 a 21 lety konzumace alkoholu stoupá a začínají se objevovat i vzorce epizodického užívání alkoholu a nadměrného užívání alkoholu. Dunn a Goldman (1998) zjistili, že vývojem prochází i postoj k samotnému alkoholu, který je na základní škole ještě veškerý negativní, popořechodu na střední školu se však začíná měnit ve prospěch alkoholu, což se projevuje i v tom, že popularita na střední škole je mnohem více spojena s užíváním alkoholu, než je tomu na základní škole (Diego et al., 2003).

Velmi častým vzorcem užívání alkoholu u mladistvých je především epizodické užívání alkoholu, které je vázáno na prostředí, ve kterém je alkohol mladistvými konzumován, jako jsou například ve škole nebo život na koleji. Odborníci inspirovaní výzkumy o vlivu alkoholu provedených na zvířatech spekulují, že mladiství v porovnání s dospělými jedinci mohou být méně citliví na negativní efekty akutní intoxikace, a proto mohou být více ohroženi epizodickým užíváním alkoholu (Masten et al., 2009). Výzkumy několikrát potvrdily skutečnost, že u osob, které začaly užívat alkohol před 14 rokem, se mnohem častěji a dříve (ne kdy i v prvních 10 letech jeho konzumace) objeví syndrom závislosti na alkoholu (Hingson et al., 2006; Holly & Wittchen, 1998). Navíc užívání alkoholu v nízkém věku se může negativně projevit v dalším vývoji jeho konzument především v sociální a pracovní oblasti. Konzumace alkoholu může narušit školní docházku, schopnost koncentrace, mezilidské vztahy a potenciálně ovlivnit i fungování mozku (Masten et al., 2009).

Speciální populací mladistvých, kde je nadměrné užívání alkoholu poměrně rozšířeno, jsou vysokoškolští studenti. Mezi vysokoškoláky je alkohol nejužívanější návykovou látkou a jeho užívání je navíc spojeno s dalšími problémy. Z tohoto důvodu zejména v USA je odborníky vnímáno rizikové užívání alkoholu jako velmi alarmující z hlediska zdraví této populace. (Jones et al. 2001; Liu, 2007). Mezi typické vzorce konzumace alkoholu v populaci vysokoškolských studentů patří právě epizodické užívání alkoholu (Jones et al., 2001; Sheffield et al., 2005). Sheffield et al. (2005) a Leppel et al. (2006) tento vzorec zkoumali se zřetelem na rizikové faktory a charakteristiky studentů, kteří konzumují alkohol tímto způsobem. Mezi rizikové faktory s ním spojené patří bydlení na koleji, rodinné studium (ženy užívají častěji v prvních ročnících a muži naopak častěji v závěrečných ročnících), délka studia (v USA častěji užívají podle tohoto vzorce studenti 4letých studijních programů než 2letých), rodinný statut (svobodní užívají častěji než vdaní/ženatí), etnická příslušnost (v USA „bílí“ užívají častěji než příslušníci různých etnických minorit), dále bylo zjištěno, že se tento vzorec užívání

alkoholu objevuje méně často u skupiny studentů, kteří pracují. U mužů se tento vzorec konzumace alkoholu vyskytuje významně častěji než u žen, u kterých je ale v současné době zaznamenán nižší výskyt. Epizodické užívání alkoholu je u vysokoškolských studentů dále spojeno s rizikovým chováním, jako je například řízení vozidla pod vlivem alkoholu, úrazy, násilné chování jako napadení, vraždy, zničení majetku, rizikové sexuální chování a sebevražedné jednání. Navíc má i negativní vliv na samotné studium v podobě zameškaných hodin, zhoršených školních výsledků a předčasného ukončení studia (Jones et al., 2001; Martens et al., 2005).

### **Užívání alkoholu u seniorů**

Pozornost médií a odborníků se především zaměřuje na dospělé uživatele alkoholu. V posledních desetiletích se novou cílovou skupinou stali mladiství uživatelé. Poměrně opomíjenou skupinou uživatelů alkoholu jsou však senioři, přestože poruchy vyvolané užíváním alkoholu jsou v této věkové skupině poměrně časté a jsou spojené s významnými zdravotními problémy. Navíc nadměrné užívání alkoholu je v této populaci často nerozpoznáno a nediagnostikováno (Khan et al., 2002). Jedním z vysvětlení je skutečnost, že většina screenigových nástrojů je zaměřena na mladistvé nebo na dospělou populaci, a proto do jejich výsledků není zahrnuta skutečnost nižšího metabolismu alkoholu i změna sociálních rolí, životních okolností a zdravotních charakteristik v důsledku stáří. Navíc senioři symptomy spojené s nadměrným užíváním alkoholu prezentují v atypické formě například v podobě zmatení i depresivních symptomů nebo jako maskované další somatickou nebo duševní poruchou (Reid & Anderson, 1997). Další komplikace v souvislosti s poruchami vyvolanými užíváním alkoholu u seniorů je představa odborné veřejnosti, že staří lidé již nebudou mít přínos z léčby, a koliv bylo zjištěno, že staří lidé benefitují z léčby minimálně stejně jako mladší osoby. Někteří odborníci vzhledem k trendu stárnutí populace považují nadměrné užívání alkoholu u starších lidí za skutečnou nebezpečnou věc, které se může rozvinout v tichou

epidemii (O'Connell et al., 2003). Poruchy vyvolané užíváním alkoholu se u starších lidí objevují častěji u mužů a u osob, které jsou svobodné nebo rozvedené a sociálně izolovány. V populaci seniorů s nadměrným užíváním alkoholu lze rozlišit dvě základní skupiny – osoby, které nadměrně užívaly alkohol celý život, a osoby, u kterých se nadměrné užívání alkoholu objevilo až ve stáří. Oba dva druhy nadměrných uživatelů alkoholu pijí potají a doma, což dále může prohloubit jejich samotu a nedostatek sociální podpory (Gambert & Albrecht, 2005).

U starších lidí je mírné užívání alkoholu spojeno s podporou chuti, sportovní aktivity a se zlepšením nálady (Dufour, 1999). Nadměrné užívání alkoholu však vede k vážnějším onemocněním, častěji k návštěvám odborného lékaře, depresivním symptomům, nízké spokojenosti se životem a ke zmenšení sociálních sítí častěji než u osob stejného věku, které užívají alkohol méně nebo zcela abstinují (O'Connell et al., 2003). Dalším problémem spojeným s nadměrným užíváním alkoholu u starších lidí je riziko negativní interakce s jinými užívanými léky (Aira et al., 2005).

### **Vzorce užívání alkoholu u žen a mužů**

Epidemiologické výzkumy provedené po celém světě dochází ke stejnému závěru, že muži užívají alkohol častěji a ve větším množství než ženy (Wilsnack et al., 2000). Rozdíly ve vzorcích užívání mezi pohlavími jsou dány biologickými i psychosociálními faktory. Jak již bylo uvedeno dříve v textu, množství užitého alkoholu je definováno odlišně pro ženy a pro muže, což zrcadlí skutečnost, že ženy jsou při užití stejného množství alkoholu více intoxikované než muži. Tento fakt lze vysvětlit jednak tím, že mezi oběma pohlavími existuje výrazný rozdíl v aktivitě enzymu alkoholdehydrogenázy v žaludeční tkáni, který rozkládá alkohol ještě před tím, než se dostane do krevního oběhu. Udává se, že u žen je tento enzym 4krát méně aktivní než u mužů. Navíc ženy v porovnání s muži mají v těle mnohem více tuku a méně vody, a protože je alkohol rozpustný více

ve vod než v tuku, v ženském těle se tedy koncentruje mnohem více než v mužském těle (Dufour, 1999; Wilsnack & Wilsnack, 2002).

V souvislosti s psychosociálními faktory bývá vysvětlována konzumace alkoholu v nižších dávkách a v menší frekvenci u žen konceptem trojí stigmatizace a odlišnými sociálními rolami ženy. Podle Blumeho a Zilbermana (2005) je první stigmatizace společná pro obě pohlaví a vztahuje se ke skutečnosti, že syndrom závislosti na alkoholu je popisován morální slabostí nebo, pokud je přijat koncept nemoci, nemocí, kterou si ale uživatelé přivodili sami. Druhý zdroj stigmatizace vychází z toho, že na ženy jsou obecně kladeny daleko vyšší morální nároky než na muže a díky nadměrné konzumaci alkoholu daleko více upadají v nemilost v porovnání s muži. Užívání alkoholu u žen je dále spojeno s představou ztráty sexuálních zábran, což však nebylo potvrzeno žádnými výzkumy. Vyšší stigmatizace u žen vede k většímu pocitu viny a hanby u uživatelky i u jejich rodin, což se odráží v větší konzumaci a v nižší pravděpodobnosti vyhledání léčby. Dalším vysvětlením faktu nižší konzumace alkoholu u žen jsou také jejich odlišné sociální role, které jsou prevencí nadměrného užívání alkoholu, zejména role matky, a menší sociální tlak na užívání alkoholu než u mužů (Blume & Zilberman, 2005; Kerr Correa et al., 2007). V posledních letech změny ve vzdělanosti, zaměstnání a sociálním statusu žen, které se projeví v jejich větší ekonomické nezávislosti, se odrážejí i ve změně jejich vzorce konzumace alkoholu a jeho přibližování se ke vzorci užívání u mužů (Roche & Deehan, 2002). Studie ukazují, že ženy, které zastávají tradiční ženská povolání, pijí významně méně než ženy mající tradiční mužské povolání, pro která je spíše typická soutěživost (Wilsnack & Wilsnack, 2002). Dalším vysvětlením změny vzorce užívání je skutečnost, že marketingoví poradci se v poslední době v reklamách začínají stále více orientovat na ženy, a tím vytvářejí obraz, že pití je pro ně přijatelné a běžné (Blume & Zilberman, 2005).

Ženy se syndromem závislosti na alkoholu začínou pít obvykle alkohol později v porovnání s muži, ale v léčbě se objevují zhruba ve stejném věku jako muži, což může být vysvětleno skutečností, že se u nich syndrom závislosti vyvine mnohem dříve než u mužů. U žen je také závažnější nadměrné užívání alkoholu mnohem více spojeno se stresovou událostí než u mužů (Blume & Zilberman, 2005).

# Vzorce užívání alkoholu v různých kulturách

Vzorce a postoje k užívání alkoholu se liší mezi jednotlivými státy a dokonce i mezi jednotlivými etnickými skupinami v rámci jednoho státu. Tyto rozdíly jsou jednak dány typem konzumovaných alkoholických nápojů, kontextem konzumace a množstvím alkoholu, které je považováno za přijatelné (Collins & McNair, 2002). Obecně lze říci, že obyvatelé rozvojových zemí mnohem více abstinují než obyvatelé rozvinutých zemí a že tradiční vzorce užívání alkoholu v rozvojových zemích jsou sporadické epizody intoxikace v souvislosti s významnými událostmi, které ale v současné době v důsledku industrializace alkoholové produkce a její distribuce začínají být častější a někdy na sebe berou podobu víkendové epizodické konzumace alkoholu, která se pak pojí mnohem častěji s agresivním chováním (WHO, 2002). Room & Mäkelä (2000) rozlišují ve vztahu k užívání alkoholu a postojům k němu 4 základní typy kultur (a) abstinující kultury, kde je užívání alkoholu zakázáno legálně nebo náboženstvím, což je například případ islámských společností, (b) kultury s ritualizovaným užíváním alkoholu, které autoři popisují jako společnosti s pravidelným ritualizovaným užíváním alkoholu v malých dávkách a jako příklad uvádí ortodoxní Židy, (c) kultury s všedním užíváním alkoholu, kde je alkohol součástí každodenního života, je užíván jako potravina nebo prostředek k uhašení žízně a nikoliv jako prostředek intoxikace, což je typický případ zemí z oblasti



st edozemního mo e a (d) kultury užívající nadm rné dávky alkoholu o svátcích a slavnostech (fiesta drunkennes), kam nap íklad za azují n které latinskoamerické kultury. V rámci této podkapitoly budou uvedeny specifické vzorce a okolnosti užívání alkoholu ve vybraných geografických oblastech í kulturách.

## **Užívání alkoholu v zemích bývalého sovětského svazu**

Konzumace alkoholu je zemích bývalého sov tského svazu velmi rozší ená, v sou asné sob pat í Moldávie, Litva a Ruská federace mezi neju tší konzumenty alkoholu na sv t (Pomerleau et al., 2008; Pridemore, 2006; WHO, 2004). Alkohol je zde považován za jeden z hlavních problém ve ejného zdraví a jeho nadm rná konzumace se podílí na dramatickém nár stu úmrtí u muž v produktivním v ku od rozpadu Sov tského svazu a to jednak v d sledku zdravotních problém nebo následkem sebevraždy (Primedore, 2006; Tomkins et al., 2007). V zemích bývalého sov tského svazu jsou nejvíce oblíbené destilované alkoholické nápoje, z nich neju tší popularity dosahuje vodka (Pridemore, 2006), dalším ásto užíváním nápojem je podomácku vyrobená pálenka tzv. samohonka. Typickým vzorcem užívání alkoholu je epizodické užívání („pítí do mrtva“), jež bylo d íve také ozna ováno jako „ruský styl pití“, který sloužil mimo jiné jako zvládací mechanismus t žkých životních podmínek (Kagan & Shafer, 2003). Mezi sou asné vzorce hazardního užívání alkoholu pat í jednak periody opilosti trvající n kolik dní a užívání podomácku vyrobeného alkoholu, který obsahuje až 95% etanolu. Tyto dva vzorce rizikové užívání alkoholu se objevují p edevším u muž s nízkým socioekonomickým statusem (McKee et al. 2005; Tomkins et al., 2007).

Užívání alkoholu v bývalém sov tském svazu je úzce spojeno s jeho historií. Od pradávna se traduje, že vodka je krev ruské kultury a pití je prokletí Ruska. Za carského Ruska bylo bezpeč n ější pít alkohol než vodu a v ílo se, že Rum, Gin a Brandy jsou výživné a zdravé. B hem

komunistického režimu se objevil vzorec užívání alkoholu nazývaný jako „kultura kuchyn“, který spočíval v nošení konzumaci alkoholu v kuchyni, která byla v té době vnímána jako jediné místo, kde je možné bezpečně diskutovat politické záležitosti a sdílet osobní problémy. Během komunismu bylo škodlivé užívání alkoholu výrazně sankcionováno a osoby s rizikovým užíváním alkoholu byly vnímány jako antisociální elementy. Pokud měl někdo v práci problémy s užíváním alkoholu, byl odvezen na záchytku a byl léčen v pracovních táborech (Kagan & Shafer, 2003).

### **Užívání alkoholu v islámských společnostech**

Ve většině islámských společností je užívání alkoholu považováno za hříšné. Oproti jiným náboženstvím, kde je užívání alkoholu sankcionováno, islám ho přímo odsuzuje. Konzumace alkoholu je vnímána jako odchod od rodiny a náboženství, jako morální slabost, která by měla být potrestána (Abbudabeh & Hamid, 2003). Užívání alkoholu zřejmě bylo omežováno za života proroka Mohameda, což některé autoři vysvětlují jako reakci na neřízené užívání alkoholu v předislámských společnostech (Michalak & Trocki, 2006). V Saudské Arábii je například užívání alkoholu trestáno úmrtím nebo bičováním, v jiných státech je omežováno spíše sociálním tlakem než zákony. Odsuzování užívání alkoholu vede k zažívání pocitů viny a hanby u uživatelů, což dále podporuje další užívání alkoholu, které vede k další izolaci od komunity a rodiny (Abbudabeh & Hamid, 2003). Skutečnost stigmatizace užívání alkoholu se projevuje v tom, že islámské země v porovnání s jinými státy obsazují nejnižší procenta prevalence užívání alkoholu (WHO, 2004). Tento fakt ale bývá často vysvětlován tím, že ačkoli některé muslimové užívají alkohol, raději to nesdílí, protože je to společností odsuzováno, navíc jsou z prevalence výzkumu často vynechány ženy, protože se předpokládá, že všechny ženy abstinují (Michalak & Trocki, 2006). Vysoký poměr abstinence kombinovaný nízkými procenty uživatelů alkoholu se podle některých odborníků odráží ve vysoké prevalenci nadměrného užívání alkoholu u muslimských

konzument . Například v Egyptu lze pak dojít k výsledkům, že 40% uživatelů alkoholu vykazuje syndrom závislosti (WHO, 2004), tento fakt ale může být také vysvětlen skutečností, že odlišné normy užívání alkoholu se mohou projevit i v percepci vážnosti užívání alkoholu a v tom, že odborníci z islámských zemí mají tendenci považovat i mírné užívání alkoholu za problémové (Michalak & Trocki, 2006).

## **Užívání alkoholu ve východní Asii**

Užívání alkoholu není v zemích východní Asie tak častým fenoménem, jako je tomu v euroamerických kulturách. V posledních letech však například v Číně lze sledovat nárůst konzumace alkoholu i prevalence problémů spojených s jeho konzumací a to především v souvislosti s tamním ekonomickým boomem a postupnou westernizací (Wei et al., 2001). Jeden z vysvětlujících faktorů nízké konzumace je skutečnost, že zhruba polovina asiatická má zhoršenou schopnost metabolismu alkoholu díky absenci enzymů na odbourávání alkoholu, která se projevuje pocením, bolestmi hlavy, tachykardií, nauzeou a zrudnutím obličeje (Collins & McNair, 2002; Lai, 2003). Na nízké frekvenci užívání alkoholu mají také vliv sociální normy, které jsou například v Číně a Vietnamu založeny na konfucionistické a taoistické filosofii, která oceňuje a podporuje šetrné, disciplinované chování a jemné vyjádření emocí, které je v případě rozporu s aktivními a někdy agresivním charakterem intoxikace. Někteří autoři se zmiňují, že tyto normy se odrážejí v samotném charakteru alkoholové intoxikace, která se projevuje u Číňanů spíše ospalostí (Lai, 2003). Výjimkou tohoto pravidla tvoří Japonsko a Korea, kde je konzumace alkoholu významným prvkem sociálního systému. V Japonsku užívání alkoholu nebylo nikdy považováno za větší sociální problém (Partanen, 2006). Japonská společnost je tolerantní ke užívání alkoholu u mužů, zároveň však neschvaluje užívání alkoholu u mladistvých a žen (Higuchi et al., 2006). Alkohol je v povodí Japonců tradičně vnímán jako nepostradatelný prostředek v navazování a udržování sociálních

vztah a v posledních letech je mimo jiné díky jeho finanční dostupnosti mnohem více konzumován. Užívání alkoholu u mužů také bývá dáváno do souvislosti s uvolněním vysokého tlaku, který je kladen na japonské zaměstnance. Mezi nejoblíbenější alkoholické nápoje patří saké, pivo, whisky a schochu (destilované víno z různých ingrediencí jako je rýže, pšenice nebo sladké brambory). Typickým vzorcem užívání alkoholu je tzv. mužský pít ve írek, který se koná po pracovní době a často je jejím prodloužením pomáhajícím vylepšit sociální vztahy s kolegy a nadřízenými, charakterizovaný opakovaným napíjením si se sklenkami saké. Zajímavostí také je, že existují sociálně definovaná pravidla chování v opilosti, jako je hlasitá mluva, křik, zpívání nebo tleskání rukama a jakmile ve írek skončí, chování těchto účastníků, kteří to s alkoholem skutečně nepehnali, se náhle změnilo do stavu střízlivosti (Partanen, 2006).

### **Užívání alkoholu v afrických kulturách**

Většina obyvatel afrického kontinentu se tradičně v novověku nepila pivo. Pivo sloužilo jako incentiva pro práci a bylo k dispozici v rámci různých příležitostí spojených se zemědělskými ceremoniemi i zábavou. Tradiční užívání alkoholu bylo akceptováno u starších mužů a míra konzumace alkoholu byla kontrolována králi nebo nadřízenými. Opilost byla nepřijatelná. Tyto vzorce užívání alkoholu se v afrických kulturách změnily v důsledku kolonizace, která představila africkému kontinentu destiláty, koloniální systém regulace alkoholu a práce podporoval příležitostné nadměrné užívání alkoholu, které je v africké kultuře známé jako „napít se co nejrychleji a nejvíce, než je láhev odebrána pryč“. Koloniální systém regulace užívání alkoholu také vedl k rozšíření domácího vaření alkoholických nápojů, zejména piva (Rataemane & Rataemane, 2006). V současné době domácí produkce alkoholických nápojů v Africe pokračuje a v chudých státech je jedním ze základních zdrojů obživy žen a dětí. V souvislosti s touto skutečností je například v Ugandě popisováno, že se děti již v 8 letech stávají konzumenty alkoholických

nápoj . Typicky popisovaný vzorec konzumace alkoholu pro obyvatelé souasných afrických zemí je bu abstinence nebo asté a nadm rné užívání alkoholu (Mustonen et al., 2001; Obot, 2001). Nejvíce konzumované jsou podomácku vyrobené alkoholické nápoje zejména pivo. Nap íklad v Namibii nedávné výzkumy nazna ují, že rozdíl mezi užíváním alkoholu u žen a u muž í je dokonce menší než euroamerické kultu e, což auto í práv dávají do souvislosti s tím, že ženy jako producenti alkoholu, musí také více pít alkohol, aby ho prodaly (Mustonen et al., 2001). Mezi nejv tší konzumenty alkoholu v zemích afrického kontinentu pat í Uganda, která spolu s evropskými státy obsazuje první místa tohoto pomyslného žeb í ku. Navíc se odhaduje, že v Ugand í je také jedno z nevyšších množství konzumace nezaznamenaného alkoholu (WHO, 2005). Tato skute nost bývá vysv tlována áste n tím, alkohol je nedílnou sou ástí sociálního života obyvatel Ugandy, nap íklad konzumace alkoholu je spojována s mužností, což má za následek, že abstinující muži jsou mnohem mén í respektováni v porovnání s muži, kte í konzumují alkohol. Dále k vysokému množství konzumovaného alkoholu p íspívá í nejistá politická situace a chudoba. V Ugand í je konzumace alkoholu spojena s vyšší pravd podobností infekce virem HIV, navíc statistiky uvád jí, že syndrom závislosti na alkoholu je hlavní p í ína rozpadu rodin (Tumwesigye & Kasirye).

### **Užívání alkoholu v latinsko-amerických kulturách**

P ed špan lskou kolonizací se v latinsko amerických kulturách užívaly alkoholické fermentované nápoje, které byly konzumovány za jasn stanovených norem. Typické vzorce jejich konzumace byly spojeny s rituály v zem ídství, náboženství a s významnými životními událostmi, jako bylo narození, svatba nebo smrt (Medina Mora et al., 2001). Tyto vzorce užívání alkoholu v latinsko amerických kulturách p ítrvaly áste n dodnes, v íd sledku kolonizace a masové produkce alkoholu, však normy konzumace alkoholu ztratily svoji moc a v sou asné dob í je užívání alkoholu spojeno se sociálními a zdravotními problémy. Nedávné

epidemiologické údaje ukazují, že oblast latinské Ameriky je jediná na světě, kde alkohol obsadil první místo rizik zdraví (Monteiro, 2007). Alkohol je v n kterých zemích například v Mexiku konzumován velmi z ídka na každodenní bázi, ale užívá se p edevším o víkendech, festivalech a jiných svátcích (Monteiro, 2007), v Chile a Argentin , kde se p stuje víno, je však konzumován jako sou ást jídla (Munné, 2005). Oblíbenými nápoji v latinsko amerických kulturách jsou víno v Argentin a Chile a pivo a destilovaný alkohol (zejména tequilla a rum) v ostatních státech latinské Ameriky. Užívání alkoholu je v t chto zemích spojeno s úmrtím a s nadm rným užíváním ast ji než v jiných kulturách, navíc typickým vzorcem užíváním alkoholu pro Hispánce, p edevším pro mladé, je epizodické užívání alkoholu (Randolph et al., 1998). Jedním z vysv tlení bývá udáván koncept machismu, který p edpokládá, že hispánští muži se snaží vypadat více maskulinn a pití velkého množství alkoholu je jedním ze zp sob demonstrování jejich mužství (Caetano et al., 1998). V latinské Americe je konzumace alkoholu pijatelná u muž a mnohem mén u žen, jejichž role je spíše vnímána jako kontrola muž pijících alkohol (Munné, 2005). Zemí s nejv tší spot ebou alkoholu v latinské Americe je Argentina, kde je díky produkci vína alkohol sou ástí života a je konzumován b hem jídla zejména populací nad 30 let. Mladá populace si však v posledních letech oblíbila pivo, které neužívá p i jídle ale b hem ve írk (Munné, 2005; WHO, 2005).

## **Užívání alkoholu v evropské unii**

P estože konzumace alkoholu v Evropské unii postupn klesá, je to stále oblast s nejv tším po tem uživatelem alkoholu a s nejvyšší úrovní konzumace alkoholu na osobu ve světě (WHO, 2005). Nej ast ji konzumovaným nápojem je pivo (44 %), víno (34 %) a tvrdý alkohol (23 %) (Anderson & Baumberg, 2006). Evropské státy z hlediska vzorc užívání alkoholu se dají rozd lit do t í základních kategorií (a) kultury pijící víno, jako je Francie nebo Itálie, (b) kultury pijící pivo, kam lze za adit N mecko, Velkou Británii ale i eskou republiku a (c)

kultury pijící tvrdý alkohol jako jsou severské státy, kam patří například Finsko i Švédsko, které v poslední době začínají preferovat pivo (Leifmann, 2002). Během posledních 40 let lze konstatovat skutečnost, že rozdílné vzorce konzumace alkoholu mezi jednotlivými státy mají tendenci se sjednocovat (Anderson & Baumberg, 2006). Leifmann (2002) si pro komparativní analýzu vzorců užívání alkoholu v 6 Evropských zemích (Itálie, Francie, Velká Británie, Německo, Švédsko a Finsko) vybral typické zástupce výše uvedených kategorií. V rámci své studie dochází ke zjištění, že vzorce užívání se liší podle geografického umístění jednotlivých států s tím, že počet denních konzumentů alkoholu je nejvyšší v jižní Evropě a nejnižší v Severní Evropě, zatímco množství alkoholu konzumovaného při jedné epizodě je nejvyšší v Severní Evropě a nejnižší v Jižní Evropě. V souvislosti s kontextem užívání dospívá k tomu, že konzumace alkoholu na každodenní bázi zejména u oběda nebo večeře je typická pro středomořské země, zatímco konzumace alkoholu o víkendu je typická pro severoevropské státy. Pro státy z centrální Evropy je typická i konzumace nikoliv na každodenní bázi ale spíše několikrát za týden (Anderson & Baumberg, 2006). Za povšimnutí také stojí, že vysoká konzumace mezi mladistvými se vyskytuje ve Švédsku, Finsku a Velké Británii zatímco ve Francii a Itálii je konzumace alkoholu právě nejnižší v nejmladší věkové kategorii (Leifmann, 2002). Užívání alkoholu má také typický vztah k socioekonomické úrovni v Evropě, kdy lidé s nižším socioekonomickým statusem pijí méně než ti s vyšším statusem, na druhou stranu je v první skupině mnohem více osob se syndromem závislosti na alkoholu (Anderson & Baumberg, 2006).

## **Užívání alkoholu v USA**

Užívání alkoholu a postoj k jeho konzumaci v USA je ovlivněn silnou státností související především s historií prohibice v letech 1902 až 1933. I osmdesát let po zrušení prohibice lze i přesto najít v USA stovky okresů a měst, kde je zakázán prodej alkoholu. Dodneška milióny Američanů podporují koncept prohibice (Hanson, 1995).

V porovnání se dalšími západními státy je v USA také mnohem více abstinentů (WHO, 2004). Konzumace alkoholu je v USA součástí v tšiny společenských akcí. V tšina dospělých Američanů alkohol nepije nebo ho pije velmi málo a velmi malý zlomek jeho konzumentů ho užívá nadměrně. U mladistvých je obraz o něm co odlišnější, zatímco je mezi nimi více abstinentů než v dospělé populaci, procento uživatelů alkoholu, kteří pijí nadměrně, je naopak vyšší v porovnání s dospělou populací. Protože zhruba třetina populace USA je tvořena různými etnickými skupinami, výzkumníci v USA se stali průkopníky studia vzorců užívání alkoholu u příslušníků etnických minorit (Galvan & Caetano, 2003). Obecně lze konstatovat, že vyšší prevalenci užívání alkoholu mají bílí Američané a Afričtí Američané mají zase nejvyšší objem konzumovaného alkoholu i nejvyšší frekvenci nadměrného užívání alkoholu. V porovnání s emigranty z Evropy, hispánští emigranti pijí méně často, ale když pijí, vypijí více alkoholu (Dawson, 1998). Z etnických minorit je nejvíce alkoholu konzumováno americkými indiány nebo obyvateli Aljašky a nejméně americkými Asiaty (SAMHSA, 2009). Odborníci zjistili, že užívání alkoholu je u příslušníků etnických minorit vyšší než u osob, které žijí v zemi svého původu. Tento fakt vysvětlují vlivem několika stresorů, ke kterým patří akulturační stres (stres spojený s opuštěním původní kultury a s adaptací se v nové kultuře), socioekonomický stres v důsledku částečně negativní změny socioekonomického statusu a stresu z minoritního postavení také v souvislosti s rasismem. Dalším vysvětlením je i fakt postupné akulturace, v jejímž rámci příslušníci etnických minorit také přijímají vzorce užívání alkoholu majoritní společnosti (Caetano et al., 1998).



## Použitá literatura

Abudabbeh, N., & Hamid, A. (2003). Substance use among Arabs and Arab Americans. In: S. L. A. Straussner (Ed.) *Ethnocultural Factors in Substance Abuse Treatment* (pp. 275–290). NY: Guilford Press.

Aira, M., Hartikainen, S., & Sulkava, R. (2005). Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication – a source of possible risk in the elderly aged 75 and older? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 680–685.

Alcohol Concern. (2003). Factsheet 20: Binge drinking. London: Alcohol Concern.

Alvarez, L. R., & Ruiz, P. (2003). Substance use in the Mexican American Population. In: S. L. A. Straussner (Ed.) *Ethnocultural Factors in Substance Abuse Treatment* (pp. 111–136). NY: Guilford Press.

Anderson, P. & Baumberg, B. (2006) A Public Health Perspective. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies for the European Commission.

Ashley, M., Rehm, J., Bondy, S., Single, E., & Rankin, J. (2000). Beyond ischemic heart disease: Are there other health benefits from drinking alcohol? *Contemporary Drug Problems*, 27, 735–777.

Blume, S. B. & Zilberman, M. L. (2005). Alcohol and women. In: J. H., Lowinson, P. Ruiz., R. B. Millman, J. G. Langrod (Eds.). *Substance abuse – a comprehensive textbook* (pp. 671-680). Baltimore: Williams and Wilkins.

Caetano, R., Clark, C. L., & Tam, T. (1998). Alcohol consumption among racial/ethnic minorities. *Alcohol Health & Research World*, 22, 233–241.

Collins, R. L., & McNair, L. D. (2002). Minority women and alcohol use. *Alcohol Research & Health*, 26(4), 251-256.

Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A., & La Vecchia, C. (2004). A metaanalysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*, 38, 613–619.

Dawson, D. A. (1998). Beyond Black, White and Hispanic: Race, Ethnic Origin and Drinking Patterns in the United States. *Journal of Substance Abuse*, 10(4), 321-39.

Diego, M. A., Field, T. M., & Sanders, C. E. (2003). Academic performance, popularity, and depression predict adolescent substance use. *Adolescence*, 38, 35–42.

Dufour, M. C. (1999). What is moderate drinking? defining "drinks" and drinking levels. *Alcohol Research & Health*, 23, 5-14.

Dunn, M. E., & Goldman, M. S. (1998). Age and drinking related differences in the memory organization of alcohol expectancies in 3rd, 6th, 9th, and 12th grade children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 579–585.

Epler, A. J., Sher, K. J., & Piasecki, T. M. (2009). Reasons for abstaining or limiting drinking: A developmental perspective. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(3), 428-442.

Faden, V. B. (2006). Trends in initiation of alcohol use in the United States 1975 to 2003. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30,1011–1022.

Galvan, F. H., & Caetano, R. (2003). Alcohol use and related problems among ethnic minorities in the United States. *Alcohol Research & Health*, 27(1), 87–94.

Gambert, S. R., & Albrecht, C. R. (2005). The Elderly. In: J. H. Lowinson, P. Ruiz., R. B. Millman, J. G. Langrod (Eds.). *Substance abuse – a comprehensive textbook* (pp. 1038–1048). Baltimore: Williams and Wilkins.

Hanson, D. J. (1995). Preventing Alcohol Abuse: Alcohol, Culture, and Control. Westport, CT: Praeger.

Higuchi, S., Matsushita, S., & Osaki, Y. (2006). Drinking practices, alcohol policy and prevention programmes in Japan. *International Journal of Drug Policy*, 17, 358–66.

Hingson, R. W., Heeren, T., & Winter, M. R. (2006). Age at Drinking Onset and Alcohol Dependence: Age at Onset, Duration, and Severity. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160, 739–746.

Holly, A. & Wittchen, H. U. (1998). Patterns of use and their relationship to DSM IV abuse and dependence of alcohol among adolescents and young adults. *European Addiction Research*, 4, 28–41.

Jones, S. E., Oeltmann, J., Wilson, T. W., Brener, N. D., & Hill, C. V. (2001). Binge Drinking Among Undergraduate College Students in the United States: Implications for other Substance Use. *Journal of American College Health*, 50, 33–38.

Kagan, H. & Shafer, K. (2003). Russian Substance Abusers in Transition: New Country, Old Problems. In: S. L. A. Straussner (Ed.).

*Ethnocultural Factors in Substance Abuse Treatment* (pp. 250–272).  
NY: Guilford Press.

Khan, N., Davis, P., Wilkinson, T. J., Sellman, J. D., & Graham, P. (2002). Drinking patterns among older people in the community: hidden from medical attention? *New Zealand Medical Journal*, 115, 72–75.

Kerr Corrêa, F., Igami, T. Z., Hiroce, V., & Tucci, A. M. (2007). Patterns of alcohol use between genders: a cross cultural evaluation. *Journal of Affective Disorders*, 102(1–3), 265–275.

Lai, T. F. M. (2003). Ethnocultural background and substance abuse treatment of Chinese Americans In: S. L. A. Straussner (Ed.). *Ethnocultural Factors in Substance Abuse Treatment* (pp. 345–367).  
NY: Guilford Press.

Leifman, H. (2002). A comparative analysis of drinking patterns in six EU countries in the year 2000. *Contemporary Drug Problems*, 29, 501–548.

Leppel, K. (2006). College Binge Drinking: Deviant Versus Mainstream behavior. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 32(4), 519–525.

Liu, L. Y. (2007). Texas survey of substance use among college students, main findings report. Austin: Department of State Health Services.

Martens, M. P., Brown, N. T., Donovan, B. M., & Dude, K. (2005). Measuring negative consequences of college student substance use: A psychometric evaluation of the Core Alcohol and Drug Survey. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 38, 164–175.

Masten, A. S., Vivian, B. F., Zucker, R. A., & Spear, L. P. (2009). A Developmental Perspective on Underage Alcohol Use. *Alcohol Research & Health*, 31(1), 3-15.

McKee, M., Szucs, S., Sarvary, A., Adany, R., Kiryanov, N., Saburova, L. et al. (2005). The composition of surrogate alcohols consumed in Russia. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2005; 29: 1884-8.

McLellan, A. T. (2007). Reducing heavy drinking: a public health strategy and a treatment goal? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(1), 81-3.

Medina Mora, E., Villatoro, J., Caraveo, J., & Colmenares, E. (2001). Mexico. In: A. Demers, R. Room, C. Bourgault, (Eds). *Surveys of drinking patterns and problems in developing countries* (pp. 13-32), Geneva: World Health Organization.

Michalak, L., & Trocki, K. (2006). Alcohol and Islam: An overview. *Contemporary Drug Problems*, 33, 523-562.

Michalak, L, Trocki, K., & Bond, J. (2007) Religion and alcohol in the U.S. National Alcohol Survey: how important is religion for abstention and drinking?. *Drug and Alcohol Dependence*, 87(2-3), 268-80.

Mokdad, A. H. (2007). Binge drinking is a problem that cannot be ignored. *Preventive Medicine*, 44, 303-304.

Monteiro, M. G. (2007). Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington, D.C.: OPS.

Munné, M. (2005). Social consequences of alcohol consumption in Argentina. In: S. Obot, & R. Room. (Eds.). *Alcohol, gender and drinking problems Perspectives from low and middle income countries* (pp. 25-48). Geneva: WHO.

Mustonen, H., Beukes, L., & Du Preez, V. (2001). Namibia. In: A. Demers, R. Room, C. Bourgault, (EDs). *Surveys of drinking patterns and problems in developing countries* (pp. 115–130), Geneva: WHO.

NIAAA (2005). *Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide*. NIAAA.

Obot, I. S. (2001). Nigeria. In: A. Demers, R. Room, C. Bourgault, (EDs). *Surveys of drinking patterns and problems in developing countries* (pp. 115–130), Geneva: WHO.

O'Connell, H., Chin, A., Cunningham, C., & Lawlor, B. (2003). Alcohol use disorders in elderly people—redefining an age old problem in old age. *British Medical Journal*, 327, 664–667.

Orgogozo, J. M., Dartigues, J.F., Lafont, S., Letenneur, L., Commenges, D., Salamon, R., Renaud, S., & Breteler, M. B. (1997). Wine consumption and dementia in the elderly: A prospective community study in the Bordeaux area. *Revue Neurologique*, 153, 185–192.

Partanen, J. (2006). Spectacles of sociability Spectacles of Sociability and Drunkenness: On Alcohol and Drinking in Japan. *Contemporary Drug Problems*, 33(2), 177–204.

Pomerleau, J., McKee, M., Rose, R., Haerpfer, C. W., Rotman, D., & Tumanov, S. (2008). Hazardous Alcohol Drinking in the Former Soviet Union: A cross sectional study of eight countries. *Alcohol & Alcoholism*, 43(3), 351–359.

Pridemore, W. A. (2006). Heavy Drinking and Suicide in Russia. *Social Forces*, 85, 413–30.

Randolph, W. M., Stroup Benham, C., Black, S. A., & Markides, K. S. (1998). Alcohol use among Cuban Americans, Mexican Americans, and Puerto Ricans. *Alcohol Health & Research World*, 22, 265–269.

Rataemane, S, & Rataemane, L. (2006). Alcohol in South Africa. Letter to the Editors. *International Journal of Drug Policy*,17, 373–375.

Reid, M. C.,& Anderson, P. A. (1997). Geriatric substance use disorders. *Medical Clinics of North America*,81(4), 999 1016.

Rimm, E. B., Williams, P., Fosher, K., Criqui, M., & Stampfer, M. J. (1999). Moderate alcohol intake and lower risk of coronary heart disease: meta analysis of effects on lipids and haemostatic factors. *British Medical Journal*, 319, 1523–1528.

Roche, A. M., & Deehan, A. M. (2002). Women's alcohol consumption: emerging patterns, problems and public health implications. *Drug and Alcohol Review*, 21(2), 169 178.

Room, R. & Mäkelä, K. (2000). Typologies of the Cultural Position of Drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(3), 475 83.

SAMSHA. (2009). Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Rockville, MD: SAMSHA.

Sheffield, F. D., Darkes, J., Del Boca, F., & Goldman, M. S. (2005). Binge Drinking and Alcohol Related Problems Among Community College Students: Implications for Prevention Policy. *Journal of American College Health*, 54 (3), 137 141.

Stritzke, W. G. K., & Butt, J. C. M. (2001). Motives for Not Drinking. Alcohol among Australian Adolescents: Development and Initial. Validation of a Five Factor Scale. *Addictive Behaviors*, 26(5), 633 49.

Tomkins, S., Saburova, L., Kiryanov, N., Andreev, E., McKee, M., Shkolnikov, V., & Leon, D. A. (2007). Prevalence and Socio Economic Distribution of Hazardous Patterns of Alcohol Drinking: Study of Alcohol Consumption in Men aged 25–54 Years in Izhevsk, Russia. *Addiction*, 102(4), 544–553.

Tumwesigye, N. M., & Kasirye, R. (2005). Gender and the major consequences of alcohol consumption in Uganda. In: I. S. Obot & R. Room (Eds.), *Alcohol, gender and drinking problems: Perspectives from low and middle income countries* (pp. 189-208). Geneva: WHO.

Weathermon, R., & Crabb, D. W. (1993). Alcohol and medication interactions. *Alcohol Research & Health*, 23, 40-54.

Wechsler, H., & Nelson, T. F. (2001). Binge drinking and the American college student: What's five drinks? *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 287-291.

Wei, H., Derson, Y., Shuiyuan, X., & Lingjiang, L. (2001). China. In: A. Demers, R. Room, C. Bourgault, (Eds). *Surveys of drinking patterns and problems in developing countries* (pp. 115-130), Geneva: WHO.

WHO. (1994) *Lexicon of Alcohol & Drug Terms*. Geneva: WHO.

WHO. (2002). *Alcohol in developing societies summary*. Geneva: WHO.

WHO. (2004). *Global Status Report on alcohol*. Geneva: WHO.

WHO. (2005). *Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward*. Copenhagen: WHO.

Wilsnack, R. W., Vogeltanz, N. D., Wilsnack, S. C., & Harris, T. R. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross cultural patterns. *Addiction*, 95, 251-265.

Wilsnack, S. C., & Wilsnack, R. W. (2002). International gender and alcohol research: Recent findings and future directions. *Alcohol Research & Health*, 26(4), 245-50.

Zucker, R., Donovan, J. E., Masten, A. S., Mattson, M. E., & Moss, H. B. (2009). Developmental processes and mechanisms: Ages 0-10. *Alcohol Research & Health*, 32, 16-30.