



# Alkohol

## Užívání



Petra Holcnerová

VÝUKOVÝ TEXT





**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 Praha.**



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 napříč životním cyklem.....	6
Užívání alkoholu u dětí a adolescentů.....	6
Užívání alkoholu u seniorů .....	8
Vzorce užívání alkoholu u žen a mužů.....	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 či 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 zřeknutí 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 nezpůsobuje problémy jak uživateli, tak společnosti. 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 těhotné 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 nejčastější pozitiva 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 často zmiňován 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



náročných životních událostí, jakými je například rozvod nebo ztráta zaměstnání. Demografické změny ve společnosti v posledních letech zahrnující změnu pracovních vzorců a zvýšení počtu osob bez partnera vedou k častějšímu 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 zmiňovány nezáměrné úrazy v důsledku dopravních nehod nebo násilného chování v mezilidských vztazích, otravy alkoholem, infarkt myokardu, sexuálně 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 průběhem a kontextem vývoje člověka (Masten et al., 2009), dále lze říci, že konzumace alkoholu v dospívání je normativního charakteru (Stritzke & Butt, 2001). Ačkoliv některé děti začnou konzumovat alkohol již na základní škole, typický začátek 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 ve skrze negativní, po přechodu na střední školu se však začne 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 různé večírky nebo život na koleji. Odborníci inspirováni 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 (někdy i v průběhu prvních 10 let 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 konzumentů především v sociální a pracovní oblasti. Konzumace alkoholu může narušit školní docházku, schopnost koncentrace, mezilidské vztahy a potencionálně 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, ročník studia (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 vdané/ ženatí), etnická příslušnost (v USA „bílé“ 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 nárůst výskytu. 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, rvačky, 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 či 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 či 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, ačkoliv 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 skutečně nebezpečí, 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, střevní aktivity a se zlepšením nálady (Dufour, 1999). Nadměrné užívání alkoholu však vede k vážnějším onemocněním, častějším 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 vodě 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 rolemi ženy. Podle Blumeho a Zilbermana (2005) je první stigmatizace společná pro obě pohlaví a vztahuje se ke skutečnosti, že syndrom závislosti na alkoholu je připisován morální slabosti nebo, pokud je přijat koncept nemoci, nemoci, 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 větším pocitům viny a hanby u uživatelů i u jejich rodin, což se odráží v častějším pití o samotě 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, píjí významně méně než ženy mající tradičně mužské povolání, pro která je spíše typická soutěživost (Wilsnack & Wilsnack, 2002). Dalším vysvětlením změny vzorců 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 začnou 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 začátek nadměrného užívání alkoholu mnohem častěji spojen 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 přísně ritualizovaným užíváním alkoholu v malých dávkách a jako příklad uvádějí 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



středozevního moře a (d) kultury užívající nadměrné dávky alkoholu o svátcích a slavnostech (fiesta drunkennes), kam například zařazují některé latinskoamerické kultury. V rámci této podkapitoly budou uvedeny specifické vzorce a okolnosti užívání alkoholu ve vybraných geografických oblastech či kulturách.

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

Konzumace alkoholu je zemích bývalého sovětského svazu velmi rozšířená, v současné době patří Moldávie, Litva a Ruská federace mezi největší konzumenty alkoholu na světě (Pomerleau et al., 2008; Pridemore, 2006; WHO, 2004). Alkohol je zde považován za jeden z hlavních problémů veřejného zdraví a jeho nadměrná konzumace se podílí na dramatickém nárůstu úmrtí u mužů v produktivním věku od rozpadu Sovětského svazu a to jednak v důsledku zdravotních problémů nebo následkem sebevraždy (Primedore, 2006; Tomkins et al., 2007). V zemích bývalého sovětského svazu jsou nejvíce oblíbené destilované alkoholické nápoje, z nich největší popularity dosahuje vodka (Pridemore, 2006), dalším často užívaným nápojem je podomácku vyrobená pálenka tzv. samohonka. Typickým vzorcem užívání alkoholu je epizodické užívání („pití do mrtva“), jež bylo dříve také označováno jako „ruský styl pití“, který sloužil mimo jiné jako zvládací mechanismus těžkých životních podmínek (Kagan & Shafer, 2003). Mezi současné vzorce hazardního užívání alkoholu patří jednak periody opilosti trvající několik dní a užívání podomácku vyrobeného alkoholu, který obsahuje až 95% etanolu. Tyto dva vzorce rizikové užívání alkoholu se objevují především u mužů s nízkým socioekonomickým statusem (McKee et al. 2005; Tomkins et al., 2007).

Užívání alkoholu v bývalém sovětském 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 bezpečnější pít alkohol než vodu a věřilo se, že Rum, Gin a Brandy jsou výživné a zdravé. Během

komunistického režimu se objevil vzorec užívání alkoholu nazývaný jako „kultura kuchyně“, který spočíval v noční 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 hřích. 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 začalo být omezováno za života proroka Mohameda, což někteří autoři vysvětlují jako reakci na nezřízené užívání alkoholu v předislámských společnostech (Michalak & Trocki, 2006). V Saudské Arábii, je například užívání alkoholu trestáno uvězněním nebo bičováním, v jiných státech je omezováno 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 příčky prevalence užívání alkoholu (WHO, 2004). Tento fakt ale bývá částečně vysvětlován tím, že ačkoliv někteří muslimové užívají alkohol, raději to nesdělí, protože je to společností odsuzováno, navíc jsou z prevalenčních výzkumů často vyčleněny ženy, protože se předpokládá, že všechny ženy abstinují (Michalak & Trocki, 2006). Vysoký poměr abstinence kombinovaný nízkými počty uživatelů alkoholu se podle některých odborníků odráží ve vysoké prevalenci nadměrného užívání alkoholu u muslimských

konzumentů. Například v Egyptě 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 asiátů 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 střídmost, disciplinované chování a jemné vyjadřování emocí, které je v přímém 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). Výjimku 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 k užívání alkoholu u mužů, zároveň však neschvaluje užívání alkoholu u mladistvých a žen (Higuchi et al., 2006). Alkohol je v povědomí Japonců tradičně vnímán jako nepostradatelný prostředek v navazování a udržování sociálních

vztahů a v posledních letech je mimo jiné díky jeho finanční dostupnosti mnohem více konzumován. Užívání alkoholu u mužů také bývá dáváno do souvislosti s uvolňováním vysokého tlaku, který je kladen na japonské zaměstnance. Mezi nejpoblárnější 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 picí večírek, který se koná po pracovní době a často je jejím prodloužením pomáhajícím vylepšit sociální vztahy s kolegy a nadřízenými, charakterizovaný opakovaným připíjením 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 večírek skončí, chování těch účastníků, kteří to s alkoholem skutečně nepřehnali, se náhle změní do stavu střízlivosti (Partanen, 2006).

## **Užívání alkoholu v afrických kulturách**

Většina obyvatel afrického kontinentu se tradičně věnovala vaření piva. Pivo sloužilo jako incentiva pro práci a bylo k dispozici v rámci různých příležitostí spojených se zemědělskými ceremoniemi či 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 je popisováno, že se děti již v 8 letech stávají konzumenty alkoholických

nápojů. Typicky popisovaný vzorec konzumace alkoholu pro obyvatelé současných afrických zemí je buď abstinence nebo časté a nadměrné užívání alkoholu (Mustonen et al., 2001; Obot, 2001). Nejvíce konzumované jsou podomácku vyrobené alkoholické nápoje zejména pivo. Například v Namibii nedávné výzkumy naznačují, že rozdíl mezi užíváním alkoholu u žen a u mužů je dokonce menší než euroamerické kultuře, což autoři právě dávají do souvislosti s tím, že ženy jako producenti alkoholu, musí také více pít alkohol, aby ho prodaly (Mustonen et al., 2001). Mezi největší konzumenty alkoholu v zemích afrického kontinentu patří Uganda, která spolu s evropskými státy obsazuje první místa tohoto pomyslného žebříčku. Navíc se odhaduje, že v Ugandě je také jedno z nevyšších množství konzumace nezaznamenaného alkoholu (WHO, 2005). Tato skutečnost bývá vysvětlována částečně tím, alkohol je nedílnou součástí sociálního života obyvatel Ugandy, například konzumace alkoholu je spojována s mužností, což má za následek, že abstinující muži jsou mnohem méně respektováni v porovnání s muži, kteří konzumují alkohol. Dále k vysokému množství konzumovaného alkoholu přispívá i nejistá politická situace a chudoba. V Ugandě je konzumace alkoholu spojena s vyšší pravděpodobností infekce virem HIV, navíc statistiky uvádějí, že syndrom závislosti na alkoholu je hlavní příčina rozpadu rodin (Tumwesigye & Kasirye).

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

Před španělskou kolonizací se v latinsko-amerických kulturách užívaly alkoholické fermentované nápoje, které byly konzumovány za jasně stanovených norem. Typické vzorce jejich konzumace byly spojeny s rituály v zemědělství, 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 přetrvaly částečně dodnes, v důsledku kolonizace a masové produkce alkoholu, však normy konzumace alkoholu ztratily svoji moc a v současné době 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 některých zemích například v Mexiku konzumován velmi zřídka na každodenní bázi, ale užívá se především o víkendech, festivalech a jiných svátcích (Monteiro, 2007), v Chile a Argentině, kde se pěstuje víno, je však konzumován jako součást jídla (Munné, 2005). Oblíbenými nápoji v latinsko-amerických kulturách jsou víno v Argentině a Chile a pivo a destilovaný alkohol (zejména tequilla a rum) v ostatních státech latinské Ameriky. Užívání alkoholu je v těchto zemích spojeno s úmrtím a s nadměrným užíváním častěji než v jiných kulturách, navíc typickým vzorcem užíváním alkoholu pro Hispánce, především pro mladé, je epizodické užívání alkoholu (Randolph et al., 1998). Jedním z vysvětlení bývá udáván koncept machismu, který předpokládá, že hispánští muži se snaží vypadat více maskulinně a pití velkého množství alkoholu je jedním ze způsobů demonstrování jejich mužství (Caetano et al., 1998). V latinské Americe je konzumace alkoholu přijatelná u mužů a mnohem méně u žen, jejichž role je spíše vnímána jako kontrola mužů pijících alkohol (Munné, 2005). Zemí s největší spotřebou alkoholu v latinské Americe je Argentina, kde je díky produkci vína alkohol součástí života a je konzumován během jídla zejména populací nad 30 let. Mladá populace si však v posledních letech oblíbila pivo, které neužívá při jídle ale během večírků (Munné, 2005; WHO, 2005).

## **Užívání alkoholu v evropské unii**

Přestože konzumace alkoholu v Evropské unii postupně klesá, je to stále oblast s největším počtem uživatelů alkoholu a s nejvyšší úrovní konzumace alkoholu na osobu ve světě (WHO, 2005). Nejčastěji konzumovaným nápojem je pivo (44 %), víno (34 %) a tvrdý alkohol (23 %) (Anderson & Baumberg, 2006). Evropské státy z hlediska vzorců užívání alkoholu se dají rozdělit do tří základních kategorií (a) kultury pijící víno, jako je Francie nebo Itálie, (b) kultury pijící pivo, kam lze zařadit Německo, Velkou Británii ale i Českou republiku a (c)

kultury pijící tvrdý alkohol jako jsou severské státy, kam patří například Finsko či 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, Velké 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 nevyšší 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 večere je typická pro středomořské země, zatímco konzumace alkoholu o víkendu je typická pro severoevropské státy. Pro státy z centrální Evropy je typická často 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 střídmostí související především s historií prohibice v letech 1902 až 1933. I osmdesát let po zrušení prohibice lze přesto najít v USA stovky okrsků 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 většiny společenských akcí. Většina dospělých Američanů alkohol nepije nebo ho pije velmi málo a velmi malý zlomek jeho konzumentů ho užívá nadměrně. U mladistvých je obraz o něco 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 časté 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), 265-75.

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., Suzcs, 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 ingored. *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.