

# **Alkoholizm wśród młodzieży**



**Marek Banach**

**Ireneusz Kowalewski**

# **Alkoholizm wśród młodzieży**

**Kompendium wiedzy dla pedagogów  
i pracowników socjalnych**

Kraków 2014

Recenzenci naukowi:  
prof. zw. dr hab. Marek Kucharski  
dr Magdalena Grochulska  
dr Celestyna Grzywniak

Copyright © by Marek Banach and Ireneusz Kowalewski, 2014  
Wydawnictwo «scriptum», 2014

Opracowanie graficzne, dtp i projekt okładki  
Tomasz Sekunda

Wydanie I

ISBN 978-83-64028-63-2



Wydawnictwo «scriptum»  
Tomasz Sekunda  
tel. 604 532 898  
e-mail: [scriptum@wydawnictwoscriptum.pl](mailto:scriptum@wydawnictwoscriptum.pl)  
[www.wydawnictwoscriptum.pl](http://www.wydawnictwoscriptum.pl)

## Spis treści

Wstęp .....	7
Historia alkoholu.....	11
Somatyczne i psychiatryczne następstwa picia alkoholu .....	19
Prenatalny rozwój dziecka w świetle teratogennego działania alkoholu na rozwijający się płód.....	29
Alkoholowy Zespół Płodowy (FAS – <i>Fetal Alcohol Syndrom</i> ).....	39
Problemy alkoholowe młodzieży .....	57
Zjawisko alkoholizowania się młodzieży w świetle badań.....	81
Spożywanie alkoholu przez młodzież – badania własne autorów .....	103
Leczenie, praca terapeutyczna i profilaktyka.....	115
Zakończenie .....	143
Bibliografia .....	147



## Wstęp

Problemy i kwestie społeczne w pracy socjalnej to szeroko rozumiana problematyka, obejmująca cały szereg zjawisk i niepożądanych społecznie form funkcjonowania jednostki, grupy czy całych społeczeństw. Problemy te, z uwagi na swoje znaczenie dla obrazu funkcjonowania pomocy społecznej i realizacji działań z zakresu pracy socjalnej, zostaną po części przedstawione w publikacji. Z konieczności będzie to tylko spojrzenie na kwestie związane ze spożywaniem alkoholu, z uwagi na ich szczególne znaczenie dla funkcjonowania jednostki i rodziny, czyli podstawowych beneficjentów pomocy społecznej.

Coraz bardziej powszechnym zjawiskiem w kontekście życia społecznego staje się obecnie problematyka uzależnień. Środki psychoaktywne, w tym najczęściej alkohol, są coraz łatwiej dostępne, przybywa miejsc, w których można się w nie zaopatrzyć, np. dyskoteki, kluby, koncerty rockowe, masowe imprezy. „Niepokojącym zjawiskiem jest to, że zarówno w Polsce, jak i w innych krajach europejskich notuje się zmiany w zakresie stylu picia młodzieży – obniżający się wiek inicjacji alkoholowej, picie mocnych alkoholi, coraz częściej występujące ciągi pijackie, wzrost spożycia alkoholu wśród dziewcząt, łączenie picia alkoholu z używaniem narkotyków lub leków. Pociąga to za sobą wzrost przestępczości, przemoc w rodzinie, wypadki drogowe i przy pracy, porzucanie szkoły, studiów, zwolnienia z pracy. Nieobliczalne są straty materialne, społeczne i duchowe”<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Cz. Cekiera, *Uzależnienia – alkoholizm, narkomania, palenie tytoniu. Profilaktyka, terapia, resocjalizacja*, t. 2, B. Urban, J. Stanik (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 20.

Przyczyn sięgania po środki psychoaktywne i alkohol jest bardzo wiele: niedostateczna o nich wiedza, ich działaniu i wpływie na organizm, niepowodzenia szkolne, brak zaspokojenia podstawowych potrzeb człowieka (miłości, akceptacji, poczucia bezpieczeństwa), kompleksy, chęć zaimponowania innym i przypodobania się grupie, z ciekawości, z nudy, z powodu zaniżonego poczucia własnej wartości, z powodu nieśmiałości, z uwagi na nieumiejętność radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, z powodu trudnej sytuacji rodzinnej, z powodu braku asertywności<sup>2</sup>. Często młodzi ludzie wpadają w ten nałóg kierowani chęcią przeżycia czegoś nowego, niezwykłego lub po prostu w ich mniemaniu środki psychoaktywne mają im pomóc w likwidacji barier przystosowawczych.

Obserwując rynek środków uzależniających, do najłatwiej dostępnych i najczęściej używanych należą: tytoń i alkohol. Toksykomanie spowodowane tytonizmem i uzależnieniem od alkoholu stanowią główne zagrożenia życia społecznego na całym świecie, w tym również w Polsce. Te dwa uzależnienia poprzez negatywne działanie na zdrowie człowieka, w zależności od osobniczej wrażliwości, mogą doprowadzać do dysregulacji homeostazy organizmu w sposób trwały, co kończy się inwalidztwem a nawet śmiercią.

W Polsce liczba osób uzależnionych od alkoholu i nadmiernie pijących sięga od 4 do 5 mln., a osób wymagających leczenia od 1 mln. do 1200 tys., w tym ok. 20% stanowią kobiety. Z tego, leczeniem objętych jest około 15%. Osób żyjących w zasięgu społecznie negatywnych skutków alkoholizmu oblicza się na 12 mln<sup>3</sup>. „Przeciętny” alkoholik ma rodzinę, towarzystwo, pracę. Osoby mające w swojej rodzinie osobę nadużywającą alkoholu, narażone są na silny stres. Stres ten spowodowany jest ciągłą niepewnością, brakiem poczucia bezpieczeństwa, nieprzewidywalnością tego co się zdarzy, brakiem jednoznacznych reguł kierujących życiem rodzinnym, stosowaniem przez członków rodziny wobec siebie nawzajem przemocy psychicznej, a bardzo często również fizycznej. W rodzinie z problemem alkoholowym, zamiast nastawienia na czerpanie radości z życia i na rozwój, panuje nastawienie na obronę (przed przykrościami, przed zagrożeniem, przed rozpadem rodziny). W miejsce dotychczasowego ciepła, oparcia, bezpieczeństwa i normalnego wspólnego życia, pojawia się lęk, agresja, obrzydzenie, chęć ucieczki. W rodzinie z problemem alkoholowym cierpią nie tyle same osoby dotknięte chorobą alkoholową, ale przede wszystkim ich rodziny: współmałżonkowie i dzieci dotknięte zespołem współuzależnienia.

---

<sup>2</sup> E. Kozak, *Narkomania – choroba duszy i emocji*, „Edukacja i dialog”, 2007, s. 28–29.

<sup>3</sup> Pełnomocnik rządu do spraw rodziny, *Raport o sytuacji polskich rodzin*, 1998, s. 109.



Obecnie największym spośród wymienionych zagrożeń jest to, związane z pićciem alkoholu przez dzieci i młodzież. Wyniki różnego rodzaju badań pokazują jak bardzo alkohol zagościł w naszym życiu społecznym. Sięgają po niego coraz młodsze dzieci. Wzrasta liczba młodych ludzi sięgających po alkohol. Coraz więcej i coraz młodsze osoby podejmują przedwcześnie współżycie seksualne. Z badań nad tym zjawiskiem wynika, że wśród młodych ludzi występuje korelacja między pićciem alkoholu a podjęciem decyzji o przedwczesnym rozpoczęciu współżycia seksualnego. Niesie to ze sobą wiele zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Wiąże się też z prawdopodobieństwem poczęcia nowego życia. Pićcie alkoholu podczas ciąży jest przyczyną powstania u dzieci różnego rodzaju wad wrodzonych zwanych Alkoholowym Zespołem Płodu (FAS). Choć badania nad teratogennym wpływem alkoholu na płód na świecie trwają już od z górą czterdziestu lat, to w Polsce jest ono jeszcze mało znane. W związku z badaniami, które ponad wszelką wątpliwość udowodniły, że pićcie alkoholu podczas ciąży powoduje poważne i nieodwracalne uszkodzenia neurologiczne i fizyczne nienarodzonego dziecka ważne jest, aby informować o tym społeczeństwo. W przypadku młodzieży szkoła jest do tego bardzo dobrym terenem. Jak już wspomniano, w ostatnich latach wzrosła liczba obserwowanych ryzykownych zachowań młodzieży. Dlatego też, środowiska szkolne zostały objęte szerokimi oddziaływaniami profilaktycznymi. Celem tych oddziaływań jest podniesienie poziomu funkcjonowania szkoły jako systemu edukacyjnego i wychowawczego oraz środowiska społecznego, którego rolą jest inicjowanie wśród uczniów różnych procesów rozwojowych i poznawczych<sup>4</sup>.

Znaczna grupa autorów<sup>5</sup> opisuje badania dotyczące zachowań związanych z alkoholem pojawiających się wśród dzieci i młodzieży. Przedstawiają oni skalę i rozmiary picia alkoholu wśród tej grupy wiekowej. Pojawiają się też opracowania dotyczące alkoholizowania się kobiet. Jolanta Sudar-Malukiewicz i Wojciech Bukowski<sup>6</sup> analizują przyczyny takiego stanu rzeczy. Wskazują jako najważniejsze: atmosferę panującą w rodzinie, negatywne doświadczenia związane z faktem wzrastania w środowisku alkoholowym, własne problemy emocjonalne

<sup>4</sup> M. Łakomski, *Dlaczego integralny program profilaktyczny w szkole*, Impuls, Kraków 2004, s. 37.

<sup>5</sup> Warto w tym miejscu odwołać się do następujących pozycji: B. Urban, *Dewiacje wśród młodzieży*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2001; *Zagrożenia w wychowaniu i socjalizacji młodzieży oraz możliwości ich przewyżczenia*, T. Sołtysiak (red.), Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2005, czy zbiorowego opracowania *Alkohol a zachowania problemowe młodzieży* wydanego przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (Warszawa 2004)

<sup>6</sup> J. Sudar-Malukiewicz i W. Bukowski, *Alkoholizm kobiet – niektóre przyczyny i skutki*, w: *Zagrożenia w wychowaniu i socjalizacji młodzieży...*, dz. cyt.

i społeczne. Grażyna Rudkowska<sup>7</sup> analizuje opinie młodych ludzi o przyczynach zażywania substancji psychoaktywnych i ich oddziaływaniu na organizm człowieka. Zwraca uwagę na znaczny brak wiedzy w tym zakresie i niezajomość podstawowych mechanizmów powodujących i prowadzących do uzależnienia.

Poniższa publikacja jest próbą syntetycznego ujęcia problematyki alkoholowej. Próba ta odnosi się do opisanego wybranych aspektów związanych ze spożywaniem alkoholu. Chcieliśmy przybliżyć historię, skutki spożywania alkoholu, jego wpływ na rozwijający się płód ludzki, chorobę alkoholową płodu, oraz problem spożywania alkoholu w odniesieniu do młodzieży. Przybliżamy wyniki różnorodnych badań nad zjawiskiem alkoholizowania się młodzieży, problemów związanych z leczeniem i profilaktyką.

Dlatego autorzy niniejszego opracowania przyjęli za cel przybliżenie tej wiedzy osobom najczęściej mającym do czynienia z problematyką alkoholu tj. studentom, pedagogom, nauczycielom, wychowawcom i pracownikom socjalnym, a w tej grupie w szczególności asystentom rodziny. Dobra znajomość specyfiki problemów związanych z używaniem alkoholu, mechanizmów chorobotwórczych i społecznych konsekwencji jego spożywania, będzie wiedzą użytkową, wykorzystywaną w codziennej praktyce wychowawczej, resocjalizacyjnej, pomocowej, opiekuńczej czy integracyjnej. Będzie zatem wiedzą, jaka jest niezbędna, aby zrozumieć podstawowe problemy i poznać mechanizmy wywołujące uzależnienie u osób przekraczających dopuszczalne i tolerowane przez organizm dawki alkoholu oraz współuzależnienie u osób koegzystujących z osobami nadmiernie pijącymi.

Pracę kierujemy w pierwszej kolejności do studentów pracy socjalnej i pedagogiki, dla których może być źródłem wielu informacji o jednym z najpoważniejszych problemów społecznych, jakim jest zjawisko alkoholizowania się młodzieży. Jest to także ważne źródło informacji dla pracowników socjalnych pracujących w instytucjach pomocy społecznej oraz dla pedagogów, spotykających się z opisywanym zjawiskiem w swojej trudnej codziennej pracy. Mamy nadzieję, że prezentowane w pracy treści będą przydatne w zrozumieniu, diagnozowaniu i rozwiązywaniu problemów alkoholowych pojawiających się w różnych grupach beneficjentów szeroko rozumianej pomocy społecznej.

Marek Banach i Ireneusz Kowalewski

---

<sup>7</sup> G. Rudkowska, *Opinie młodzieży o przyczynach brania substancji psychoaktywnych oraz jej wiedza o ich działaniu i mechanizmach uzależnienia*, w: *Psychopatologia, psychoprofilaktyka*, A. Margasiński, B. Zajęcka (red.), Impuls, Kraków 2000

## Historia alkoholu

„Słowo alkohol pochodzi najprawdopodobniej od któregoś z dwóch słów arabskich *al-kuhl* (antymon, delikatny, drobny proszek) lub *al-ghoul* (zły duch). Skład chemiczny alkoholu pierwszy opisał w 1808 roku Nicolas T. de Sausure (1767–1845), a proces fermentacji – Joseph L. Gay-Lussac (1778–1850). Na podstawie badań antropologicznych można stwierdzić, że alkohol towarzyszy człowiekowi praktycznie od zarania jego dziejów, pełniąc różne funkcje, tj. fizjologiczne, psychologiczne, społeczne, a z czasem również funkcje ekonomiczne i polityczne. Pierwsze napoje alkoholowe powstały w sposób niezamierzony i przypadkowy w wyniku fermentacji winogron (wino) i ziarna jęczmiennego (piwo). W pismach Starego Testamentu można znaleźć wiele słów hebrajskich i aramejskich oznaczających produkty winnej latorośli (tirosh, shaker, yayain, asis, chemer). Już w Starym Testamencie zwracano uwagę na negatywne strony działania alkoholu i można tam znaleźć słowa: »Wino i moszcz odbierają rozum« (Księga Ozeasza 4, 11), a Salomon upominał: »...nie bądź z tych co winu hołdują« (Księga Przysłów, inaczej Księga Przypowieści Salomona 23,20)<sup>1</sup>.

Historia alkoholu rozpoczęła się wraz z pojawieniem społeczeństw ludzkich. Badania antropologiczne wykazały, że alkohol był spożywany w większości kultur przedpiśmiennych, głównie po to, by zmniejszać nieświadomione lęki. Przykładem może być duża rola alkoholu w praktykach magicznych.

---

<sup>1</sup> B. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia i powrót do zdrowia*, Media Rodzina i Paramedia, Poznań–Warszawa 2009, s. 38–39.

W bantuskim plemienu Tiriki w sytuacjach zagrożenia, choroby czy też śmierci, starcy składali przodkom ofiarę z potrawy z prosa i krwi koguta, a następnie polewali piwem głązy leżące na ich grobach. Towarzyszyła temu modlitwa, a obrzęd kończył się wspólnym spożywaniem piwa.

Alkohol pełnił też funkcje społeczną. U Indian Tarahumara bardzo często cała społeczność pracowała na rzecz poszczególnych członków szczepu, a po zakończonej pracy urządzano ucztę, której główną atrakcją było spożywanie piwa kukurydzianego. Antropologowie stwierdzili, że to właśnie wpływ nieznacznego spożycia alkoholu w tym szczepie był jednym z najważniejszych czynników socjalizacji izolowanych grup kobiet i mężczyzn. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że w kulturach pierwotnych picie zawsze było czynnością społeczną. W związku z tym powstały różne systemy norm regulujących używanie alkoholu i zapobiegających jego negatywnym skutkom<sup>2</sup>.

Spożywanie alkoholu było również rozpowszechnione w kulturach starożytnych. W Egipcie rodzaj używanego napoju stanowił jedną z cech określających pozycję społeczną całych grup. Wino spożywali kapłani i osoby wysoko urodzone; jego picie miało charakter ceremonialny i był to swoistego rodzaju rytuał. Napojem niższych warstw było natomiast piwo. W czasie wojen obowiązywał zakaz picia alkoholu, a w czasie pobytu w świątyniach należało ograniczyć jego spożycie.

W Chinach piwo i wino było znane już ponad 2 tys. lat p.n.e. W drugim tysiącleciu p.n.e. wino stało się napojem powszechnie używanym, głównie podczas nawiązywania nowych kontaktów i różnych uroczystości. Zjawisko to miało również aspekt religijny: wino mieszane z krwią i szpikiem kostnym było składane w ofierze przodkom.

Najstarsze ślady browarnictwa pochodzą sprzed 6 tysięcy lat. Sumerowie opracowali tę recepturę. Naukowcy skłaniają się ku hipotezie, że, jak w wielu innych momentach, pomógł przypadek. Sumerowie bardzo cenili sobie piwo. Najstarsze piwo wyrabiano z fermentowanego w wodzie chleba, dlatego było zbliżone bardziej do współczesnego kwasu chlebowego. Produkcja piwa była już prowadzona przez kapłanów w Mezopotamii (4 tys. p.n.e.). Znano wówczas 8 gatunków piwa z jęczmienia, 8 z pszenicy i 3 mieszane (zagręszczone „dla bogów”). Piwo babilońskie przygotowywano zawsze jako ekstrakt wymagający rozcieńczenia, gdyż robiono tu piwo mocne i trwałe. Około 3 tys. p.n.e. wytwarzano

---

<sup>2</sup> I. Niewiadomska, M. Sikorska-Głodowicz, *Alkohol*, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Lublin 2004, s. 27–28.

w południowej Babilonii także piwo z prosa. Umiejętność warzenia piwa przyjęli od Babilończyków Egipcjanie, u których piwo stało się napojem codziennego użytku, pitym wprost z beczki przy użyciu trzciny. Egipcjanie lubili piwo jasne, młode, słabsze. Do wyrobu dodawali sól kuchenną (podobnie jak dziś portery angielskie). Piwa używali Izraelici, a rabin Papa skonstruował w 359 n.e. pierwszy filtr do zacieru. Zosimos z Panapolis, słynny alchemik, napisał w 300 n.e. pierwszą książkę o warzeniu piwa. Grecy i Rzymianie mniej cenili piwo, choć u Tacyty, Katona, i Columelli są wzmianki o jego produkcji. Natomiast szeroko używały piwa ludy Afryki, w Europie u Germanów i Słowian. Zakonnicy zaczęli dodawać chmiel (ok. 1000 r.) do piwa oraz przenieśli fermentację do zimnej piwnicy (Bawaria, 1429 r.). Legenda mówi, iż brabancki (tereny dzisiejszej Belgii) król Gambrinus postanowił skojarzyć piwo z chmielem zwyczajnym. Roślina ta miała poprawiać smak napoju i konserwować go. „Wynalezienie” chmielu w piwie spowodowało kolejne problemy prawne. Dotychczas bowiem piwo „podprawiano” specjalną mieszanką ziół, a jej stosowanie było regulowane przez specjalne przepisy i podlegało licencjonowaniu. Ponieważ przepisy nie wspominały o chmielem, dodawać go mógł każdy, łamiąc monopole. I na to znaleziono sposób. Zaczęto po prostu zakazywać stosowania chmielu<sup>3</sup>. W średniowiecznej Europie warzeniem piwa zajmowały się klasztory, później przywilej na nie otrzymały miasta. W XIII w. Basilius Valentinus. pierwszy podał skład piwa i obserwacje nad przebiegiem fermentacji. Produkcja piwa coraz bardziej nabierała cech przemysłu. Wkrótce browary rozprzestrzeniły się na całą Europę. Piwo stawało się coraz ważniejszym towarem handlowym. W roku 1500 w samym tylko Hamburgu istniało 600 browarów. W 1516 roku książęta bawarscy wprowadzili obowiązujące do dzisiaj tzw. „prawo czystości”. W 1763 J. Fargot skonstruował przyrząd do mierzenia gęstości zacieru brzeczki piwa. W 1764 Anglik M. Briole stwierdził powstawanie kwasu węglowego przy warzeniu, a w 1722 Anglik E. Harwood uruchomił w Londynie pierwszy browar porteru z dodatkiem soli. W 1842 roku w czeskim browarze „Prazdnoj” w Pilźnie po raz pierwszy przeprowadzono tzw. „dolną fermentację” uzyskując złocisty, klarowny napój. W Polsce piwa używano od prehistorycznych czasów. Leszek Biały z powodu braku piwa w Palestynie odmówił udziału w wyprawach krzyżowych. Piwo, warzyły klasztory, a od przywileju Przemysława II w 1295 także miasta. Potem produkcja jego uległa rozdrobnieniu, np. w Warszawie w 1796

---

<sup>3</sup> [birofilia.w.interia.pl/historiap.html](http://birofilia.w.interia.pl/historiap.html), 12.03.2014.

było 86 browarów. Do najbardziej znanych polskich piw należały na przełomie XIX i XX wieku piwo wareckie, okocimskie oraz żywieckie<sup>4</sup>.

W Grecji dominowały dwie postawy wobec napojów alkoholowych: dionizyj-ska - która, polegała na nadmiernej, prowadzącej do ekstazy konsumpcji wina, oraz postawa wstrzemięźliwości. Alkohol używany był w celach medycznych (uśmierzanie bólu), w rytuałach religijno-magicznych, gdzie składany był bogom w ofierze, oraz jako nieodłączny element świąt i uczt.

W Rzymie do IV w. p.n.e picie wina było rzadko spotykane. Używano go przede wszystkim podczas obrzędów religijno - magicznych. Zwyczaj spożywania wina został przyjęty wraz z innymi elementami kultury greckiej. Mężczyzn poniżej 30 roku życia, kobiety oraz niewolników obowiązywał przez długi czas zakaz picia wina (prawo picia kobiety uzyskały dopiero około II wieku p.n.e). Jednakże już w okresie Republiki wino stało się ogólnie dostępne. Pijaństwo panowało głównie wśród klas wyższych oraz w armii<sup>5</sup>.

Analizując dalszy okres historii przejdziemy do społeczeństwa feudalnego. W średniowiecznej Europie zwyczaj picia alkoholu był szeroko rozpowszechniony. W krajach, w których istniały korzystne warunki do uprawy winnej latorośli, podstawowy napój alkoholowy stanowiło wino. Na pozostałych terenach spożywano przede wszystkim piwo i miód. Na rozpowszechnienie piwa w Europie, szczególnie w większych miastach, wpłynął brak wody pitnej, której picie groziło wybuchem epidemii. Do XV wieku produkcja mocnych substancji była tajemnicą alchemików. Do ich rozpowszechnienia przyczyniły się epidemie. Okres alchemii, który nastąpił, charakteryzował się m.in. poszukiwaniem receptury otrzymania cudownego leku na różnego rodzaju schorzenia, a także przedłużającego życie. Z tamtego okresu wywodzi się nazwa wódki – okowita (od łac. *aqua vitae*, woda życia). Upowszechnienie napojów spirytusowych na terenie Europy, co miało miejsce na przełomie XVI i XVII wieku, z jednej strony doprowadziło do wzrostu pijaństwa, a z drugiej do wzrostu ekonomicznego znaczenia alkoholu ze względu na wysokie dochody z jego produkcji i sprzedaży.

Wysokoprocentowe napoje alkoholowe najszybciej zdobyły popularność na ziemiach wschodnich (wschodnie Mazowsze, Podlasie, Lubelszczyzna, Ukraina i Białoruś) i niemal całkowicie wyparły piwo. Moc najpopularniejszych wódek (tzw. prostek) wahała się w granicach między 25% a 35%, ale produkowano również wódki mocniejsze, zawierające 45–50% czystego alkoholu. W późniejszym

<sup>4</sup> pl.wikipedia.org/wiki/Piwo#Historia\_piwa, 10.04.2014.

<sup>5</sup> I. Niewiadomska, M. Sikorska-Głodowicz, *Alkohol*, Wydawnictwo Gaudium, Lublin 2004, s. 28–31.

okresie zaczęto stosować potrójną destylację zacierów, otrzymując w ten sposób nawet 80-procentową okowitę. W XVIII w. spożycie wódki było dość niskie (ok. 2–3 litry na osobę rocznie)<sup>6</sup>.

Wprowadzenie nowych bardziej wydajnych urządzeń wytwórczych wódki w początkach XIX wieku spowodowało wzrost produkcji wódki, oraz gwałtowną obniżkę jej ceny. W ten sposób wódka stała się dostępna nawet dla najuboższych warstw społecznych co sprzyjało rozwojowi pijaństwa. Gwałtownie rosnące problemy związane z pijaństwem na ziemiach polskich wywołały reakcję społeczną. W 1844 roku w Królestwie Polskim wyszedł ukaz carski, który spowodował ograniczenie liczby gorzelni, wprowadził wysoką opłatę do wyprodukowanej wódki oraz konieczność posiadania koncesji na jej sprzedaż. W niedługim czasie po ukazie carskim nastąpiło także uwłaszczenie chłopów oraz likwidacja przywilejów propinacyjnych. Wyżej wymienione czynniki przyczyniły się do gwałtownego spadku spożycia wódki w Królestwie Polskim: (z 9,6 lita rocznie czystego alkoholu na osobę w 1844 roku do 3,7 litra w 1912 roku)<sup>7</sup>.

Zmiany w zakresie spożywania alkoholu na przełomie XIX i XX wieku są dobrze widoczne na przykładzie społeczeństwa Stanów Zjednoczonych. Do Ameryki alkohol przywieźli odkrywcy i koloniści. Pod koniec XIX wieku wzorce picia alkoholu u Amerykanów zaczęły się w dużym stopniu zmieniać. Urbanizacja i industrializacja przyczyniły się do wzrostu konsumpcji i nadużywania alkoholu, szczególnie wysokoprocentowego, co na początku XX wieku doprowadziło do społecznego sprzeciwu. Wraz z nadejściem I wojny światowej ruch antyalkoholowy stał się znaczną siłą społeczną i polityczną. W 1919 roku w USA wprowadzono prohibicję, która nigdy jednak nie zyskała powszechnego poparcia. Zakaz spożywania alkoholu przyjął się stosunkowo łatwo w konserwatywnych stanach środkowo-zachodnich oraz południowych. Natomiast próba wyeliminowania alkoholu w wielkich miastach Wschodniego Wybrzeża zakończyła się fiaskiem. Mimo, iż prohibicja nie wyeliminowała spożycia alkoholu, to jednak zmniejszyła jego poziom. Zniesienie prohibicji nastąpiło w 1933 z powodów ekonomicznych. Każdy stan przyjął własne zasady regulujące sprzedaż i spożycie alkoholu<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Tamże, s. 31–35.

<sup>7</sup> A. Bielatowicz, I. Moskalewicz, *Historia społeczno-kulturowa alkoholu*, w: *Alkohol i związane z nim problemy zdrowotne i społeczne*, I. Wald (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1986, s. 31.

<sup>8</sup> I. Niewiadomska, M. Sikorska-Głodowicz, *Alkohol...*, dz. cyt., s. 36–37.



Obecnie, zarówno w Polsce, jak i w innych krajach europejskich obserwuje się następujące tendencje:

- nakładanie się wiejskich i miejskich wzorców picia,
- nakładanie się nietradycyjnych wzorców spożywania alkoholu na wzorce tradycyjne,
- upodabnianie się wzorców picia w różnych krajach,
- wzrost spożycia alkoholu przez kobiety i młodzież.

Badania przeprowadzone w różnych krajach wśród dorosłych w USA wykazały, że po napoje alkoholowe częściej sięgają mężczyźni (71%) niż kobiety (59%), a także więcej mężczyzn (21%) niż kobiet (6%) nadużywa tych substancji. Jednakże zmiana pozycji społecznej kobiety ma swoje odzwierciedlenie również w modelu spożycia. Największe zmiany zachowań zauważono w najmłodszej grupie wiekowej (21–34 lat)<sup>9</sup>.

Spożywaniu napojów alkoholowych przez kobiety sprzyjały następujące czynniki:

- podjęcie pracy zawodowej w zawodach nietradycyjnych, zdominowanych przez mężczyzn,
- związek z pijącym partnerem,
- życie w pojedynkę (rozwód, separacja, panieństwo),
- przemoc w małżeństwie,
- problemy lub zaburzenia seksualne,
- wykorzystywanie seksualne.

Istnieje również związek między środowiskiem rodzinnym i nadużywaniem alkoholu przez kobiety. Często występującym czynnikiem jest to, iż większość z nich pochodziła z rodzin, w których alkohol pito w dużych i w nadmiernych ilościach. Osoby badane próbowały alkoholu od najmłodszych lat (32% częstowane przez rodziców, 25% zmuszanie do picia pod presją kar fizycznych). Kolejnym zjawiskiem jest to, że w domu rodzinnym tych kobiet często gościły awantury i kłótnie. Według subiektywnych ocen kobiet poddanych badaniom ważną rolę w kształtowaniu ich osobowości pełniły postawy rodziców; aż 37% badanych stwierdziło, że rodzice stawiali im zbyt wysokie wymagania; 27% uznało postawę rodziców jako odtrącającą; 23% jako nadopiekuńczą, a 10% unikającą. Oceniając własne małżeństwo, tylko 8% badanych kobiet uznało swój związek jako szczęśliwy. Wszyscy mężowie badanych kobiet nadużywali alkoholu, a przy

---

<sup>9</sup> S. Wilsnack, R. Wilsnack, S. Hiller-Sturmhofel, *How women drink?*, w: I. Niewiadomska, M. Sikorska-Głodowicz, *Alkohol...*, dz. cyt., s. 43.



tym zachęcając lub zmuszając żony do picia. Wśród innych subiektywnych czynników, które powodowały sięganie po alkohol, znalazły się: niespełnione oczekiwania w życiu rodzinnym, trudności pogodzenia obowiązków domowych z pracą zarobkową, rozwód, niemożność urodzenia dziecka, karalność mężów oraz brak satysfakcji z życia seksualnego<sup>10</sup>.

Dokonuje się alkoholowa rewolucja. I nie chodzi o to, ile pijemy, ale kto pije i dlaczego. Dziś w Polsce kobiety coraz częściej bawią się jak mężczyźni, a nastolatki w alkoholowych zabawach potrafią przebić swoich kolegów w ilości wypitego alkoholu.

Dopiero kilka lat temu wódkę zamieniono na piwo, a już staje się ono przeszłością i nadchodzi era wina. Kilkanaście lat wolnego rynku wystarczyło, aby kilkusetletni kanon polskiego picia legł w gruzach. Równie rewolucyjne zmiany następują w całej Europie. Niemcy odchodzą od piwa, w Hiszpanii, która jest królestwem wina, dziś triumfy święci whisky z colą, za to dla Brytyjczyków whisky to już przeszłość. Alkoholowe obyczaje, które przez setki lat kultywowały całe pokolenia, zmiotła globalizacja.

W Polsce zmiany są jednak jeszcze bardziej gwałtowne i o wiele szybsze. Według badań Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie z 2003 roku już ponad połowa polskich kobiet lubi wypić coś mocniejszego, podczas gdy jeszcze w 1998 roku aż 72 proc. kobiet w ogóle nie sięgało po alkohol. Substancja ta jest symbolem wolności, niezależności, dlatego tak demonstracyjnie sięgają po niego kobiety. Młode, dobrze zarabiające dziewczyny, które jeszcze nie założyły rodziny, piją, ponieważ chcą podkreślić swoją niezależność – tłumaczy Dag Rekve z europejskiego oddziału Światowej Organizacji Zdrowia. W sektorze finansowym, gdzie wciąż dominują mężczyźni, ostre picie oznacza przepustkę do ich świata. Kobiety są coraz lepiej wykształcone i niezależne finansowo, więc chcą być traktowane na równi z mężczyznami – tłumaczy Antoni Zieliński, socjolog z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, który zbadał, jak zmieniają się trendy picia<sup>11</sup>.

„Wielu młodych ludzi boryka się z problemem alkoholowym. W raporcie opracowanym przez Biuro Pełnomocnika Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej ds. Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych stwierdzono, że młodzi ludzie z problemem alkoholowym to osoby, które najczęściej pochodzą z domów, w których nadużywa się alkoholu. Ich rodziny borykają się z kłopotami

<sup>10</sup> I. Niewiadomska, M. Sikorska-Głodowicz, *Alkohol...*, dz. cyt., s. 44.

<sup>11</sup> K. Bonda, *Na szklance szminki ślad*, „Newseek” 2004, nr 47/04.

materialnymi, rodzice, pochłonięci codziennymi troskami nie okazują dzieciom zainteresowania, a kary fizyczne to według nich najlepszy środek wychowawczy. Bardzo często w tych domach brakuje ciepła rodzinnego, dlatego dzieci czują się niekochane i niepotrzebne<sup>12</sup>.

W Polsce duże znaczenia przywiązuje się do działań profilaktycznych. Wśród instytucji zajmujących się to problematyką można wskazać Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy oraz Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy to instytucja, zajmująca się problemami związanymi z profilaktyką alkoholową. Jest to organizacja pozarządowa o charakterze stowarzyszenia, działająca od 1977 roku, z siedzibą w Warszawie. Jej główne obszary działań to kwestie przewyższania trudnych sytuacji życiowych, działalność wspierająca, pomoc społeczna, w tym pomoc rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej oraz wyrównywanie ich szans, ochrona i promocja zdrowia oraz przeciwdziałanie uzależnieniom i patologiom społecznym

Instytucją, która od lat zajmuje się w Polsce tą problematyką jest Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA). Głównym celem działalności Agencji jest inicjowanie i doskonalenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w Polsce. Działania te realizowane są poprzez szereg działań wydawniczych (wydawanie czasopism: „Remedium”, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, „Świat problemów”, „Alkoholizm i Narkomania”), ogólnopolskie akcje profilaktyczne np. „Cięża bez alkoholu”. Realizując swój cel główny PAARPA współpracuje z administracją publiczną i samorządową oraz organizacjami pozarządowymi.

Do ważniejszych zadań Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych należy przygotowanie Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Aktualnie obowiązuje plan na lata 2011–2015 w którym zawarto kierunki strategicznych działań w tym zakresie. PARPA przygotowuje i opiniuje projekty prawne z zakresu polityki antyalkoholowej, prowadzi działalność informacyjną i edukacyjną, udziela pomocy merytorycznej instytucjom realizującym zadania związane z profilaktyką alkoholową, współpracuje z pełnomocnikami ds. rozwiązywania problemów alkoholowych na różnych szczeblach samorządu terytorialnego, finansuje zadania związane z profilaktyką alkoholową a także współpracuje z instytucjami międzynarodowymi prowadzącymi podobną działalność.

---

<sup>12</sup> I. Niewiadomska, M. Sikorska-Głodowicz, *Alkohol...*, dz. cyt., s. 45.

## Somatyczne i psychiatryczne następstwa picia alkoholu

Alkohol wywołuje nieodwracalne zmiany w ludzkim organizmie, a nadmierne picie alkoholu powoduje wiele chorób. Zacznijmy od układu nerwowego.

„Układ nerwowy jest bardzo wrażliwy na działanie alkoholu etylowego, a szczególnie jego metabolitów. To właśnie w układzie nerwowym najwyraźniej i najwcześniej ujawniają się skutki neurotoksycznego działania etanolu. Na powstawanie patologicznych zmian w tym układzie wpływają dodatkowo spowodowane przez alkohol niedobory witaminowe (głównie witamin z grupy B- tiaminy, biotyny, kwasu pantotenowego i pirydoksyny)”<sup>1</sup>.

W obwodowym układzie nerwowym na plan pierwszy wysuwa się zapalenie wielonerwowe, czyli polineuropatia. Charakteryzuje się ona przede wszystkim zaburzeniami czucia w tych odcinkach kończyn, które są położone dalej od tułowia, osłabieniem bądź brakiem odruchów ścięgnistych, bolesnością uciskową nerwów, a także bólami mięśniowymi. Przeważają dolegliwości kończyn dolnych – bóle i skurcze łydek, pieczenie stóp oraz zaburzenia czucia głębokiego. Przewlekłe spożywanie etanolu może również spowodować poważne problemy ze wzrokiem, będące wynikiem uszkodzenia pozagałkowej części nerwu wzrokowego<sup>2</sup>.

Ośrodkowy układ nerwowy stanowią mózg i mózdzek, rdzeń przedłużony i rdzeń kręgowy. „U osób spożywających duże ilości alkoholu tomografia

---

<sup>1</sup> B. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Media Rodzina. Parpamedia, Poznań–Warszawa 2009, s. 99.

<sup>2</sup> Tamże, s. 99–100.

komputerowa wykazuje w ośrodkowym układzie nerwowym (w 50-90% przypadków) poszerzenie układu komorowego oraz zaniki korowe głównie w okolicach skroniowych i czołowych.

Efektom organicznego poalkoholowego uszkodzenia mózgu są encefalopatia Wernickiego (zespół Wernickiego-Korsakowa), otępienie oraz nieasymetryczne upośledzenie funkcji poznawczych i pamięci<sup>3</sup>.

Ze zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym związane jest także występowanie drgawkowych napadów abstynencyjnych nazywanych często padaczką alkoholową. Towarzyszą one innym objawom alkoholowego zespołu abstynencyjnego (zespołu odstawienia). Występują u 5 do 15% osób uzależnionych, najczęściej w okresie pomiędzy 6 a 48 godziną od odstawienia alkoholu. Ważną rolę w ich występowaniu odgrywają zaburzenia metaboliczne wynikające z uszkodzenia wątroby oraz przewlekłe zatrucie alkoholem etylowym i znacznie bardziej toksycznym jego metabolitem- aldehydem octowym. Drgawkowe napady abstynencyjne nie występują w przypadku utrzymywania dłuższej abstynencji.

Kolejnym skutkiem nadużywania alkoholu są zaburzenia w funkcjonowaniu górnego odcinka przewodu pokarmowego w postaci przewlekłego zapalenia przełyku i żyłaków przełyku (rozszerzenie naczyń żylnych w dolnym odcinku przełyku; naczynia te łatwo pękają powodując silne krwawienia). Objawy tych zaburzeń to: bóle w klatce piersiowej, zgaga, utrata wagi, utrudnione polykanie, wymiotowanie krwią.

Alkohol stymuluje uwalnianie kwasu solnego przez ściany żołądka co powoduje podrażnienie oraz osłabia skurcze mięśni, które są odpowiedzialne za przemieszczanie pokarmu w jelitach. Wymienione zjawisko może prowadzić do zapalenia błony śluzowej żołądka, a następnie do owrzodzenia żołądka lub dwunastnicy. Tego typu zaburzenia objawiają się: utratą apetytu, zaparciami, biegunkami oraz porannymi nudnościami i wymiotami.

Alkohol może również doprowadzić do ostrego zapalenia trzustki, która wytwarza soki trawienne potrzebne do rozkładu cząsteczek skrobi, tłuszczów i białek. Objawami tej choroby są: nudności i wymioty, ból górnej części brzucha, biegunka<sup>4</sup>.

Bogdan Woronowicz uważa, że, „większość, czyli około 65% ostrych i przewlekłych zapaleń trzustki oraz związane z nimi uszkodzenia tkanki gruczołowej mają u podłoża nadmierne spożywanie alkoholu. Przewlekłe, nawracające stany

<sup>3</sup> Tamże, s. 100–101.

<sup>4</sup> I. Niewiadomska, M. Sikorska-Głodowicz, *Alkohol...*, dz. cyt., s. 51–52.

zapalne trzustki są częściej związane z alkoholizmem niż ostre zapalenia trzustki. Przeprowadzone w USA badania wykazały, że ponad 75% pacjentów cierpiących na przewlekłe zapalenie trzustki miało w przeszłości doświadczenia związane z intensywnym pićm. Obliczono, że spożywanie przez mężczyzn 50–80 g alkoholu dziennie, a przez kobiety 30 g dziennie przez pięć lat, wywoła przewlekłe zapalenie trzustki u połowy spośród tych osób<sup>5</sup>.

Długotrwałe nadużywanie alkoholu, może spowodować także alkoholowe zapalenie wątroby oraz marskość wątroby. Zapalenie wątroby charakteryzuje się: osłabieniem, utratą apetytu, nudnościami i wymiotami, nadmierną męczliwością, żółty odcień skóry i gałek ocznych, stanami podgorączkowymi, wodobrzuszem.

Zapalenie wątroby zasadniczo ustępuje bez znacznych śladów wraz z momentem zaprzestania picia, jednak zdarza się, że przekształca się w przewlekłą chorobę.

Schorzenie określane jako stłuszczenie wątroby może rozwinąć się u każdego, kto pił znaczne ilości alkoholu, nawet przez krótki czas. Polega ono na gromadzeniu się złogów tłuszczu w komórkach wątroby. Spowodowane jest to, ograniczeniem przez alkohol zdolności wątroby do rozkładu kwasów tłuszczowych, a nawet nasila ich produkcję. Jest to stan odwracalny pod warunkiem zaprzestania picia<sup>6</sup>.

Marskość wątroby polega na niszczeniu komórek wątroby i zastępowaniu ich nieczynną tkanką bliznowatą. Nadużywanie alkoholu jest jedną z najczęstszych przyczyn marskości. Nasilone niszczenie komórek wątrobowych często prowadzi do nieodwracalnych zmian w innych układach organizmu. U zdrowego człowieka krew, wracając do serca, przepływa przez wątrobę. Natomiast wątroba stanowiąca masę bliznowatą nie przepuszcza należytej ilości płynu, co zmusza krew do szukania innych dróg do serca. Prowadzi do zwiększenia ciśnienia i zastojów w naczyniach krążenia obocznego. To powoduje rozdęcie i powiększenie żył. W ten sposób w przełyku tworzą się bardzo poszerzone naczynia (żyłaki przełyku) grożące ciężkim krwotokiem. Wzrost ciśnienia prowadzi także do powstania żyłaków odbytu. W stanie marskości wątroba nie potrafi wypełniać swoich zadań. Substancje toksyczne, które normalnie usuwa, krążą z krwią po organizmie i są one szczególnie szkodliwe dla mózgu. Szacuje się, że od 15–30% ludzi nadmiernie pijących alkohol zapada na marskość wątroby, Jeśli nie zrezygnują oni z picia, to w 50% przypadków umierają w ciągu 5 lat<sup>7</sup>.

<sup>5</sup> B. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza...*, dz. cyt., s. 104–105.

<sup>6</sup> I. Niewiadomska, M. Sikorska-Głodowicz, *Alkohol...*, dz. cyt., s. 53–54.

<sup>7</sup> Tamże, s. 55.

Badania wykazują, iż nadmierne intensywne picie alkoholu powoduje różne schorzenia układu sercowo- naczyniowego, takie jak: nadciśnienie, kardiomiopatie, arytmie i udary mózgowe.

Nadciśnienie jest głównym czynnikiem wystąpienia krwotoku mózgowego lub udaru oraz zawału serca. Szereg badań wykazało, że częste spożywanie alkoholu ma ścisły związek z większą skłonnością do nadciśnienia<sup>8</sup>.

Istnieją dwa główne typy udaru mózgu: udar niedokrwienny gdy dochodzi do obturacji naczynia lub naczyń tętnicznych rozprowadzających krew w mózgu oraz udar krwotoczny, gdy z różnych powodów np. malformacji naczyniowej, krew wypływa z naczynia krwionośnego znajdującego się w obrębie mózgu. Alkohol jest czynnikiem ryzyka obu typów udaru; większa zależność ma miejsce w przypadku udaru krwotocznego.

Autor uważa, że nadużywanie alkoholu i alkoholizm jest istotnym czynnikiem ryzyka w obu typach udarów: niedokrwiennym i krwotocznym w każdym okresie życia, szczególnie rozwojowym, gdy kształtuje się centralny układ nerwowy.

U osób przewlekłe i intensywnie pijących alkohol, ambulatoryjnie badając podmiotowo i przedmiotowo układ krążenia chorego należy zwrócić uwagę na skargi przede wszystkim dotyczące arytmii, zgłaszane jest wtedy kołatanie serca, osłabienie, strach o życie, niekiedy omdlenia i utraty przytomności. Bezwzględnie występują wtedy wskazania do dokładnej diagnozy kardiologicznej celem zróznicowania arytmii nadkomorowej od zaburzeń komorowych. Z doświadczeń autora na podstawie wieloletniej pracy lekarza rodzinnego wynika, że są to objawy najwcześniej zgłaszane przez osoby mające problem z używaniem alkoholu. Wskazywać to może, że alkohol w fazie początkowej poprzez swoje działanie toksyczne doprowadza najwcześniej do uszkodzenia mięśnia sercowego i zaburzeń ośrodków bodźco-przewodzących. W okresach późniejszych, chronicznego nadużywania alkoholu rozwijać się może zapalenie mięśnia sercowego a w stanach zejściowych u alkoholików rozwija się kardiomiopatia alkoholowa. Powyższe stany prowokują osłabienie siły mięśniowej, co w znaczący sposób zmniejsza frakcję wyrzutową serca, niekiedy nawet do 30%, co prowadzi do niewydolności krążenia. Szacuje się, że co piąty przypadek kardiomiopatii może być związany z alkoholizmem. Ponadto zauważa się, że alkohol jest również czynnikiem ryzyka występowania miażdżycy, nadużywanie tej substancji powoduje zwiększenie poziomu cukru, zaburzenia lipidowe szczególnie zwiększenie frakcji LDL cholesterolu, który obecnie jest głównym wskaźnikiem diagnostycznym tej choroby.

---

<sup>8</sup> B. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza...*, dz. cyt., s. 105.

Miażdżycę uogólnioną zwiększa opory naczyń obwodowych, wyzwała to nadciśnienie tętnicze. Występujące w dłuższym okresie czasu nadciśnienie tętnicze doprowadza do przerostu najpierw lewej komory serca, później całego serca, co również doprowadza do osłabienia siły skurczu i wystąpienia niewydolności krążenia.

Układ oddechowy również jest narażony na negatywne działanie alkoholu. Główną przyczyną przedwczesnych zgonów alkoholików są zachłyśnięcia, w fazie ostrej zatrucia tą substancją. Ponadto nadużywanie alkoholu powoduje występowanie stanów zapalnych endometrium, błony śluzowej dróg oddechowych, krtani, tchawicy, a nawet oskrzeli. W efekcie doprowadza to do uszkodzenia układu migawkowego (rzęskowego) błony śluzowej co ogranicza a niekiedy uniemożliwia oczyszczanie układu oddechowego. Brak migawek powoduje zaburzenia usuwania śluzu z pyłami, bakteriami, ciałami obcymi z dróg oddechowych. Sprzyja to występowaniu schorzeń układu oddechowego: zapaleń krtani, tchawicy, oskrzeli, płuc, rozedmy i niedodmy. Dodatkowym procesem zachowaniowym wzmacniającym ten patomechanizm występowania chorób układu oddechowego u alkoholików jest równolegle, często obecny nawyk palenia tytoniu. Wielu autorów przedstawia związek pomiędzy uzależnieniem od alkoholu a występowaniem gruźlicy płuc. Z badań wynika również, iż nadużywanie alkoholu zwiększają ryzyko wystąpienia ostrego zespołu niewydolności oddechowej u osób z ciężkimi obrażeniami.

Obserwacje zawodowe autora, również potwierdzają fakt negatywnego wpływu przewlekłego picia na dysregulację układu odpornościowego. U alkoholików dochodzić może nie tylko do zaburzeń odporności nieswoistej ale również swoistej. Wyzwała to większą skłonność chorych na zachorowalność z powodu chorób zakaźnych czy nowotworowych.

„Intensywne spożywanie alkoholu może powodować różnorodne zaburzenia hormonalne. U kobiet zmiany hormonalne prowadzą do zaniku jajników i męskulinizacji (przejawia się to m.in. pojawieniem się grubego głosu i zarostu na górnej wardze). Następstwem tych zmian są na ogół zaburzenia potencji i miesiączkowania (cykle bezowulacyjne), bezpłodność oraz wcześniejsze przekwitanie. Alkohol wpływa również niekorzystnie na wydzielanie hormonów tarczycy i kory nadnerczy”<sup>9</sup>.

Iwona Niewiadomska oraz Maria Sikorska-Głodowicz twierdzą, iż długotrwałe spożywanie alkoholu bardzo niekorzystnie wpływa na płodność u kobiet,

---

<sup>9</sup> B. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza...*, dz. cyt., s. 108.



ponieważ alkohol zmienia poziom estrogenów i progesteronu, które są odpowiedzialne za rozrodczość. Na skutek tych zmian, cykl menstruacyjny może stać się nieregularny lub całkowicie zniknąć<sup>10</sup>.

Alkohol uważany jest za jedną z głównych substancji wyzwalających procesy niekontrolowanego rozrostu komórek, czyli zwiększa ryzyko nowotworów. Do najczęściej obserwowanych u alkoholików należą: nowotwory jamy ustnej, gardła, przełyku, krtani, wątroby oraz sutka u kobiet, a także jelita grubego i odczynicy.

„Z przeprowadzonych w Polsce badań wynika, że w mniej więcej 12% wszystkich nowotworów u mężczyzn i 3% zachorowań u kobiet, alkohol jest głównym czynnikiem sprawczym. Badania wykazały, że częste spożywanie alkoholu może powodować pewne odmiany raka takie jak: rak wątroby, żołądka, przełyku, krtani, części nosowej gardła, tchawicy oraz prostaty. Zaobserwowano również, że u kobiet pijących alkohol znacznie częściej występuje rak sutka. Badania Ronald Longeckera i wsp. (1988) wykazały, że picie 36g alkoholu dziennie (około pół butelki wina) zwiększa dwukrotnie ryzyko zachorowania na raka piersi”<sup>11</sup>.

Powszechnie myśli się, że picie alkoholu poszerza obszar doświadczeń seksualnych oraz wskazuje na postawę przyzwalającą w dziedzinie seksu. Badania potwierdzają, że istnieje zależność pomiędzy piciem alkoholu a zachowaniami seksualnymi kobiet. Udowodniono jednak, że picie ujemnie wpływa na seksualność kobiet, prowadzi do zaburzeń seksualnych oraz seksualnej wiktyimizacji.

J. Norris uważa, że dotychczas przeprowadzono niewiele badań związanych z farmakologicznym i psychologicznym oddziaływaniem alkoholu na seksualną reaktywność kobiety. Analiza farmakologicznego efektu działania alkoholu, wykazała, że reakcje seksualne u kobiet ulegają osłabieniu nawet po wypiciu niewielkiej ilości tej substancji. Okazuje się, że wzrost stężenia alkoholu we krwi powoduje zmniejszenie przepływu krwi w obrębie pochwy oraz osłabia doznania związane z orgazmem<sup>12</sup>.

Alkohol wywiera ogromny wpływ na poziom hormonów u kobiet po menopauzie. U kobiet, które piją niewiele (co najwyżej jedna porcja dziennie) poziom estradiolu jest znacząco wyższy w porównaniu z abstynentkami. Jest to istotny rezultat badań, zwłaszcza, że tylko 30% kobiet po menopauzie stosuje substytucję hormonalną, a obniżony poziom hormonów wiąże się ze wzrostem ryzyka zachorowania na niektóre choroby.

<sup>10</sup> I. Niewiadomska, M. Sikorska-Głodowicz, *Alkohol...*, dz. cyt., s. 58.

<sup>11</sup> B. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza...*, dz. cyt., s. 110.

<sup>12</sup> *Alkohol a zdrowie: Kobiety a alkohol*, M. Ślósarska (red.), PARPA, Warszawa 1997, s. 66.



Długotrwałe nadużywanie alkoholu ma znaczący wpływ na poziom hormonów, w szczególności testosteronu, prolaktyny, estradiolu. Normalna zależność pomiędzy poszczególnymi hormonami jest zachwiana u kobiet cierpiących na marskość wątroby.

Nieznane czynniki, którymi mogą być: grupa etniczna, rasa czy sposób odżywiania, mogą zmieniać wpływ alkoholu w różnych grupach kobiet. Co więcej, nie wiadomo jeszcze, w jakim stopniu marskość wątroby wpływa po menopauzie na wzajemne relacje pomiędzy hormonami u kobiet uzależnionych od alkoholu.

Alkohol powoduje wiele chorób zarówno dotyczących stanu fizycznego jak i psychicznego. Zajmijmy się najpierw klinicznym obrazem alkoholowego zespołu abstynencyjnego.

„Objawy zespołu abstynencyjnego (zespołu odstawienia) pojawiają się w okresie pierwszych 24–36 godzin po zaprzestaniu picia, więc wówczas, kiedy w trakcie „ciągu” picia lub podczas próby jego przerwania dojdzie do obniżenia poziomu alkoholu we krwi. Wygląda to tak, jakby poprzez wytwarzanie objawów abstynencyjnych organizm osoby uzależnionej domagał się dostarczenia kolejnych porcji alkoholu. Na spadek poziomu alkoholu we krwi organizm reaguje najczęściej objawami ze strony:

- układu pokarmowego (brak łaknienia, nudności, wymioty, biegunki),
- układu krążenia (przyspieszenie akcji serca, zaburzenia rytmu, podwyższone ciśnienie krwi),
- układu wegetatywnego (wzmóŜona potliwość, rozszerzone źrenice, suchość śluzówek jamy ustnej).

Ponadto:

- objawami „grypowymi” i przypominającymi przeziębienie (ogólnie złe samopoczucie, osłabienie, podwyższona ciepłota ciała, bóle mięśniowe i bóle głowy),
- silnym drżeniem (tremor) rąk a niejednokrotnie całego ciała,
- obecność tzw. „głodu alkoholowego”<sup>13</sup>.

W przebiegu uzależnienia od alkoholu mogą pojawić się następujące zaburzenia psychiatryczne:

→ **Majaczenie alkoholowe** (majaczenie drzenne, biała gorączka).

Jest najczęstszą psychozą alkoholową. Po raz pierwszy opisał ją Thomas Sutton, w 1813 roku. Objawy pojawiają się w czasie do 72 godzin od zaprzestania

---

<sup>13</sup> *Psychiatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*, I. Krupka-Matuszczyk, M. Matuszczyk (red.), Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice 2007, s. 64.

picia, kiedy poziom alkoholu we krwi gwałtownie spada. Zawsze towarzyszą one innym objawom zespołu abstynencyjnego m.in.: zaburzenia świadomości (dezorientacja co do miejsca i czasu), bezsenność oraz nasilanie się objawów w nocy, niepokój i lęk, urojenia, iluzje, omamy – głównie wzrokowe oraz ciężki stan somatyczny wraz z wysoką temperaturą.

Ciężki stan somatyczny w połączeniu z niepokojem może doprowadzić do niewydolności krążenia i zgonu. Śmiertelność szacowana była przed laty na 5–20%, a obecnie, dzięki znacznemu postępowi w leczeniu obniżyła się do 1%. Choroba trwa na ogół kilka dni i wymaga hospitalizacji.

→ **Ostra halucynoza alkoholowa** (ostra omamica).

Opisana przez Emila Kraepelina w roku 1883. Jest drugą, co do częstości psychozą alkoholową i towarzyszy innym objawom zespołu abstynencyjnego. Charakteryzuje się następującymi objawami: nagły początek, słyszenie głosów, urojenie często prześladowcze, ściśle związane z zasłyszonymi treściami, np. przekonanie, że wrogowie organizują zamach na życie chorego, urojeniom towarzyszy na ogół niepokój, lęk, obniżenie nastroju, halucynacje czuciowe, zachowania agresywne i autoagresyjne.

Choroba trwa zwykle od kilku dni do miesiąca, co wymaga intensywnego leczenia farmakologicznego i to nierzadko w warunkach szpitalnych.

→ **Przewlekła halucynoza alkoholowa** (halucynoza Wernickego).

Jest stanem psychotycznym utrzymującym się po ustąpieniu objawów ostrej psychozy. Może trwać miesiącami, a nawet latami. Zaostrzenia choroby mogą następować zarówno w wyniku przerywania abstynencji, jak i w stanach gorszego samopoczucia<sup>14</sup>.

→ **Encefalopatia Wernickego**.

„Stwierdza się ją u ok. 5–10% osób uzależnionych od alkoholu. W 1881 roku Carl Wernicke opisał jako pierwszy trzy przypadki zespołu nazwanego później jego nazwiskiem. Wkrótce ustalono, że schorzenie to związane jest ściśle z niedoborami pokarmowymi, a konkretnie z niedoborem tiaminy (witamina B1). Objawami jej są:

- zaburzenia przytomności,
- splątanie,
- zaburzenia gałkoruchowe,
- oczopląs, drżenia, niezborność,
- niedowładny spastyczny kończyn,

---

<sup>14</sup> Tamże, s. 64–65.

- polineuropatia,
- napady drgawkowe.

U około 80 % pacjentów, którzy przeszli ostrą encefalopatię Wernickego rozwijają się objawy zespołu Korsakowa. Zdaniem wielu badaczy choroba Korsakowa jest psychicznym przejawem choroby Wernickego. Główne objawy psychozy Korsakowa to:

- zaburzenia pamięci spowodowane uszkodzeniem ciał suteczkowatych mózgu, polegające na występowaniu poważnych trudności lub na całkowitej niezdolności do przyswojenia sobie nowego materiału; konfabulacje (zmyślane wydarzenia wypełniające luki pamięciowe),
- dezorientacja w czasie i miejscu,
- zafałszowane poznawanie osób.

→ **Psychoza Korsakowa** (alkoholowy zespół amnestyczny, choroba Korsakowa, zespół Wernickego-Korsakowa).

Pojawia się po wielu latach intensywnego picia jako przejaw ciężkich zaburzeń metabolicznych. Istotną rolę w jej powstaniu odgrywa niedobór witamin z grupy B. Pierwsze doniesienia opisujące związek różnych zaburzeń psychicznych z polineuropatią (zapaleniem wielonerwowym) opublikował Siergiej Korsakow w latach 1887–1891. Objawom tym towarzyszy zapalenie wielonerwowe (polineuropatia). W około 20% przypadków psychoza Korsakowa przechodzi w głębokie otępienie<sup>15</sup>.

U kobiet nadużywających alkoholu powszechniejsze są zaburzenia psychiczne – głównie pod postacią depresji, niepokoju, fobii, a także obniżonej samooceny oraz uczucia wyobcowania lub samotności. Częściej także zdarzają się u nich próby samobójcze. Kobieta z problemami alkoholowymi częściej też zdarza się nadużywać innych środków psychoaktywnych.

Kobiety bardziej niż mężczyźni są podatne na alkoholowe uszkodzenia mózgu. Uszkodzenie zdolności poznawczych, spowodowane trwającym wiele lat nadużywaniem alkoholu, objawia się obniżeniem sprawności percepcyjno-ruchowych, upośledzeniem procesów uczenia się i zapamiętywania, wzrokowo-przestrzennych oraz abstrakcyjnego myślenia i rozwiązywania problemów.

Istnieje sporo danych wskazujących, że zarówno umiarkowane, jak i intensywne picie alkoholu zwiększa ryzyko raka piersi. To hormony, szczególnie estrogeny mogą być czynnikiem wywołującym raka sutka. Związek między piciem,

---

<sup>15</sup> Tamże, s. 65–66.

a rakiem sutka tłumaczy się faktem, że właśnie alkohol powoduje znaczny wzrost poziomu estrogenu.

Związane z płcią różnice w podatności na alkoholową marskość wątroby można odnieść do różnic w sposobie reakcji na alkohol organizmu mężczyzny i kobiety. Pewne cechy procesów biochemicznych zachodzących w organizmie kobiety mogą powodować większe ryzyko destrukcyjnego oddziaływania alkoholu na tkanki<sup>16</sup>.

Podsumowując na podstawie własnych 20-letnich obserwacji ambulatoryjnych w pracy lekarza rodzinnego, diagnozując i lecząc chorobę alkoholową, korzystając z analizy dokumentacji lekarskiej, autor dokonał syntezy kolejności pojawiania się zaburzeń oraz chorób (od najwcześniejszych do późniejszych) postępujących z przebiegiem choroby. Ze względu na cechy osobniczej wrażliwości organizmu na alkohol nie można tych stanów zestawić z czasem przebiegu choroby, u każdego pacjenta jest on inny. Dokładniej dane te zostaną przedstawione w innej publikacji.

- Uszkodzenie serca.
- Uszkodzenie nerek.
- Zanik mózgu.
- Zapalenie wielonerwowe.
- Zespół płodowy.
- Większa zapadalność na gruźlicę, utrudnione leczenie i ułatwia jej szerzenie.
- Marskość wątroby.
- Obłąd.
- Majaczenia drżenne.

Obecnie jeden z autorów, Ireneusz Kowalewski przygotowuje publikację skierowaną do pracowników socjalnych oraz pedagogów poświęconą zespołowi uzależnienia od alkoholu dorosłych. W niej zostanie przedstawiona problematyka medyczna w szerszym aspekcie. Autor postara się w sposób popularno-naukowy wyjaśnić mechanizmy biologicznego uszkodzenia organizmu człowieka przez alkohol poprzez pryzmat badania podmiotowego, przedmiotowego oraz badań dodatkowych.

---

<sup>16</sup> <http://www.dromader.igabinet.pl/a1192709786pol-Specyfika-picia-kobiet.html> (12.11.2009).

## **Prenatalny rozwój dziecka w świetle teratogennego działania alkoholu na rozwijający się płód**

Podstawą zdrowia człowieka jest prawidłowy rozwój i wzrastanie. Termin wzrastanie dotyczy zmian wielkości ciała oraz poszczególnych jego części: komórek, tkanek, narządów, układu narządów, organizmu jako systemu. Natomiast rozwój obejmuje różnicowanie budowy oraz funkcji organizmu. Może on ulegać wpływowi czynników środowiskowych, które mogą powodować zmiany anatomiczne, emocjonalne lub społeczne. Rozwój osobniczy czyli ontogeneza, określany jest jako proces obejmujący całe życie człowieka od poczęcia czyli zapłodnienia komórki jajowej przez plemnik, aż do śmierci organizmu<sup>1</sup>. Podstawową cechą rozwoju jest nieodwracalność zmian oraz to, że ma charakter progresywny. Nieodwracalność zmian dotyczy nie tylko cech anatomicznych, ale również fizjologicznych. Naczelnym celem tych zmian jest ciągle przystosowywanie się organizmu do zmieniającego się środowiska, co w efekcie pozwala na kontynuację życia, czyli przedłużenie istnienia gatunku. Nie można mówić o rozwoju, jeżeli nie stwierdza się przemian i różnicowania organizmu w kierunku powstania nowej, wyższej jakości. Ten proces to progresja. Dyscyplina nauki obejmująca obserwacje rozwijającego się organizmu w zależności od przebiegu czasu, potencjału genetycznego oraz wpływów środowiskowych to auksologia. W jej kręgu zainteresowań naukowych jest poznanie nie tylko rozwoju biologicznego, psychicznego, ale również rozwoju narządu ruchu, czyli motoryki organizmu. Embriologia jest jedną z części auksologii zajmującą się rozwojem wewnątrzmacicznym.

---

<sup>1</sup> A. Jopkiewicz, E. Suliga, *Biologiczne podstawy rozwoju człowieka*, Kielce 2000, s. 11.

Wzrastanie poprzez rozwój fizyczny obejmuje wszystkie procesy przemian od poziomu molekularnego, prenatalnego, do złożonych zmian fizjologicznych i anatomicznych, makroskopowych i mikroskopowych, również w okresie pokwitania i dorastania.

Rozwój czynności motorycznych, nerwowych, zależy od prawidłowego rozwoju i wrastania struktur nerwowych, który może być modyfikowany przez wpływ czynników środowiskowych. Rozwój czynności poznawczych, zależy w głównej mierze od czynników genetycznych i środowiskowych, dojrzewania neurologicznego i behawioralnego. Rozwój psychospołeczny stanowi dopełnienie, integrujące wyżej wymienione aspekty<sup>2</sup>.

Wartości ostateczne cech morfologicznych, fizjologicznych oraz psychospołecznych, indywidualnie są różne. Wynika to z zróżnicowania osobniczego rozwoju cech jakościowych i ilościowych.

Cechy jakościowe są genetycznie zdeterminowane i są niezmiennie. W momencie narodzin mamy np. dwie kończyny górne, dwoje oczu, nos, stopę, taką a nie inną strukturę skóry, tęczówkę, cechy charakterystyczne dla naszego gatunku. Zależy to od podstawowej determinanty naszego rozwoju, jaką stanowi nasz genom. Wysokość człowieka, stan emocjonalny, sprawność umysłowa, ciężar ciała, tętno, to wybrane cechy, które w większym lub mniejszym stopniu ulegają zmianom poprzez wpływy genetyczne, środowiskowe i paragenetyczne. Nazywa się te cechy ilościowymi.

Każde dziecko rozwija się w sposób odmienny i indywidualny. Zróżnicowanie międzyosobnicze między innymi wywołane przez wolniejsze lub szybsze tempo rozwoju cech osobniczych powoduje, że zakres prawidłowości jest bardzo szeroki. Istnieje wiele torów wzrastania i rozwoju dziecka, które zależą od wpływu różnorodnych czynników modulujących.

Uważa się, że czynniki wpływające na rozwój można podzielić na następujące grupy: czynniki genetyczne, paragenetyczne i środowiskowe.

Czynniki genetyczne i paragenetyczne, to geny zawarte w genomie człowieka, które realizują fenotyp w procesie nazywanym epigenezą. Czynniki środowiskowe mogą wchodzić w interakcję z genotypem i w zależności od rezystencji organizmu dokonywać zmian w szlaku lub szlakach rozwojowych wywołując zjawisko fenokopii. Powodować to może występowanie wad wrodzonych dotyczących np. nosogardzieli, układu krążenia czy narządów zmysłów. Dzieci dziedziczą po rodzicach geny. To jak będzie przebiegał rozwój i jakie powstaną u dziecka cechy,

---

<sup>2</sup> *Podręcznik Pediatrii*, R. E. Behrman (red.), PWN, Warszawa 1996, s. 15.

zależy nie od samych genów, lecz od interakcji pomiędzy odziedziczonymi genami a czynnikami i warunkami środowiskowymi.

Czynniki paragenetyczne wpływają na rozwój zarodka i płodu. Do tych czynników zaliczamy: stan zdrowia matki, konstytuowany przez jej biopotencjał genetyczny i wiek, wpływ genów heterologicznych oraz dziedziczenie cytoplazmatyczne, matka przekazuje pewną ilość cytoplazmy z komórki jajowej, tryb życia matki, higienę przebiegu ciąży. Styl i tryb życia przyszłej matki to jedna z najważniejszych kategorii wchodzących w zakres tego czynnika. Do kategorii tej można zaliczyć: żywienie ciężarnej, aktywność fizyczną, wypoczynek, palenie czynne i bierne tytoniu, nadużywanie alkoholu, przyjmowanie leków, choroby zakaźne, liczbę przebytych naturalnych poronień.

Czynniki pochodzenia środowiskowego to różnorodne wpływy otoczenia dziecka w okresie prenatalnym i późniejszym, od których zależeć będzie realizacja jego potencjału genetycznego. Do tych czynników można zaliczyć: żywienie dziecka, poziom życia, warunki socjalne, społeczne, kulturowe, stres, aktywność motoryczną, warunki klimatyczne, geograficzne oraz inne.

Rozwój dziecka można podzielić na trzy stadia. Pierwszy to stadium rozwoju listków zarodkowych, który trwa od pierwszego do trzeciego tygodnia. Dochodzi do zapłodnienia komórki jajowej przez plemnik i powstaje zygota. W trzecim tygodniu widoczna jest tarcza zarodkowa, w której rozróżniamy ektodermę, endodermę i mezodermę. Drugie stadium nazywane jest zarodkowym. Trwa od czwartego do ósmego tygodnia. Charakterystyczną cechą tego okresu jest różnicowanie się wszystkich tkanek oraz tworzenie zawiązków narządów pierwotnych wszystkich układów narządowych człowieka. Trzecie stadium to rozwój płodowy, trwający od dziewiątego tygodnia do porodu<sup>3</sup>.

Teratogenami określa się różnorodne czynniki najczęściej pochodzenia środowiskowego, które mogą powodować trwałe zaburzenia budowy lub czynności organizmu, jeśli narażenie na ich oddziaływanie wystąpi w okresie życia embrionalnego albo płodowego. Mogą to być czynniki środowiskowe, substancje farmakologiczne, środki psychoaktywne czy zatrucia zawodowe. Uważa się obecnie, że nie ma teratogenów absolutnych, muszą zaistnieć określone warunki, w których czynnik teratogeny będzie działał w sposób uszkodzeniowy. Największa podatność na uszkodzenia występuje w okresie od drugiego do dziesiątego tygodnia ciąży (4–12 tyg. od pierwszego dnia ostatniej miesiączki). Pierwsze dwa tygodnie po zapłodnieniu uważa się za względnie bezpieczne, ponieważ w tym

<sup>3</sup> K. Ostrowski, *Embriologia człowieka*, PZWL, Warszawa 2000, s. 63.

okresie zarodek zbudowany jest z niewielu komórek. W tym okresie po zadziałaniu czynnika teratogennego występuje samonaprawa uszkodzeń albo śmierć zarodka. Do 10 tygodnia wszystkie struktury embrionu są ukształtowane, dlatego późniejsza ekspozycja na teratogen jest mniej groźna. Opisywane są jednak w tym późniejszym okresie ekspozycji przypadki występowania dysrupcji, zaburzeń rozwoju i dojrzewania tkanek co prowadzić może do upośledzenia rozwoju płodu oraz zaburzeń funkcji ośrodkowego układu nerwowego. Można wyróżnić kilka cech charakterystycznych z punktu widzenia klinicznego charakteryzujących działanie czynników teratogennych. Po pierwsze wrażliwość na działanie czynników teratogennych jest osobniczo zróżnicowana i zależy to od potencjału genetycznego matki i płodu. Po drugie narażenie na działanie różnych czynników teratogennych może powodować inne zespoły wad i zaburzeń niż narażenie na działanie tych czynników osobno. Trzecią cechą jest to, że teratogeny rzadko wywołują wystąpienie jednej wady lub zaburzenia, najczęściej prowadzą do wywołania zespołów wad wrodzonych<sup>4</sup>.

Użytki i środki psychoaktywne są zaliczane do teratogenów, które mogą negatywnie wpływać nie tylko na zdrowie matki, ale również na rozwój embrionu i płodu.

Picie alkoholu przez kobietę w ciąży niesie duże ryzyko. Nawet niewielkie, ale codzienne spożywanie alkoholu, szczególnie w pierwszych tygodniach ciąży może przyczynić się do występowania szeregu chorób i zaburzeń rozwojowych u płodu i matki.

Glade B. Curtis twierdzi, że długotrwałe spożywanie alkoholu w czasie ciąży prowadzi do zespołu alkoholowego wrodzonego, czyli nieprawidłowego rozwoju płodu. Zespół alkoholowy wrodzony według tego autora obejmuje zestaw objawów występujących u dzieci, których matki spożywały alkohol w trakcie przebiegu ciąży<sup>5</sup>. Jego podstawową cechą obserwowaną u dzieci jest opóźnienie rozwoju przed i po urodzeniu. U płodów, później u noworodków, obserwuje się wady serca i kończyn, a także deformację rysów twarzy. Nos jest zdeformowany i ma kształt siodełka, szczęka jest płaska i cofnięta. Obserwuje się również opadnięcie jednej z powiek oraz zaburzenia funkcjonowania motorycznego pod postacią zesztynienia stawów oraz wiotkości mięśni. Obecnie uważa się, że każda ilość alkoholu może powodować wady wrodzone. Niektórzy naukowcy twierdzą, że spożywanie alkoholu przez ojca dziecka w tym czasie, gdy doszło do zapłodnienia,

<sup>4</sup> B. Górnicki, B. Dębiec, *Pediatrics*, t. 1., PZWL, Warszawa 2004, s. 150.

<sup>5</sup> G. B. Curtis, *Twoja ciąża od A do Z*, Wydawnictwo Amber, Warszawa 2004, s. 163–164.



również może powodować alkoholowy zespół wrodzony lub opóźnienie rozwoju wewnątrzmacicznego<sup>6</sup>.

Jednak z naukowego punktu widzenia należy wziąć pod uwagę, że udowodnienie zależności między występowaniem wad wrodzonych a narażeniem płodu na działanie alkoholu wymaga dodatkowej analizy ogólnej działania czynników teratogennych. Po pierwsze można stwierdzić, że narażenie płodu na działanie alkoholu powoduje zwiększenie ryzyka urodzenia się dziecka z pewnymi określonymi wadami lub z pewnym typem wad wrodzonych. Ponadto obecnie wysoka rozpoznawalność wad w wyniku działania alkoholu, co powoduje statystyczny wzrost występowania wszystkich wad wrodzonych, może być spowodowany coraz lepszymi technologiami diagnostycznymi. Trzeba również wziąć pod uwagę termin narażenia czyli czas w którym działał czynnik teratogeny. Ma on istotny wpływ na wywołanie wad wrodzonych, gdyż morfogeneza przebiega w okresie między 8 a 12 tygodniem ciąży. Dlatego większość zaburzeń budowy tkankowej wywołujące wady wrodzone występują przed 12 tygodniem ciąży. Susane B. Cassidy i Dawid A. H. Whiteman uważają dalej, że wzrost i rozwój ośrodkowego układu nerwowego również może ulec zaburzeniom po tym okresie. Narażenie zarodka na teratogeny przed implantacją prowadzi do poronienia albo nie powoduje żadnych skutków. Duże znaczenie ma również dawka przyjmowanego czynnika teratogennego, która stosowana w ilości podprogowej może nie powodować żadnych widocznych zmian. Następnym elementem, który warto poddać analizie, jest jakość genotypu matki i płodu, które w znacznym stopniu decydują czy płód zostanie uszkodzony. Należy pamiętać również o tym fakcie, że rzadko czynnik teratogeny działa na organizm w sposób izolowany, w związku z czym, może dochodzić do interakcji z innymi czynnikami osłabiającymi, neutralizującymi lub wzmacniającymi<sup>7</sup>.

Najczęstszym ogólnym miernikiem efektów rozwoju śródmacicznego jest masa urodzeniowa dziecka. Podstawowym czynnikiem decydującym o prawidłowej masie urodzeniowej dziecka jest czas trwania ciąży. Drugim czynnikiem jest wielkość ciała matki i zwiększenie się jej masy w czasie ciąży. Dlatego ważny jest stan prawidłowego odżywienia matki i jej bilans energetyczny. Ulega on zaburzeniu w przypadku ciężarnych palących i nadużywających alkoholu, co szczególnie widoczne jest we współczesnych społeczeństwach cywilizowanych.

---

<sup>6</sup> Tamże, s. 164.

<sup>7</sup> P. H. Dworkin, *Pediatrics*, Wydawnictwo Urban&Partner, Wrocław 1993, s. 218.

Ogólny rozwój dziecka upośledza picie alkoholu przez matkę<sup>8</sup>. Powoduje to, że w grupach ryzyka związanych z nadużywaniem alkoholu w przebiegu ciąży, narastającym problemem jest niska masa urodzeniowa dziecka. Może być ona wywoływana dwoma przyczynami: skróconym okresem trwania ciąży lub zahamowaniem rozwoju śródmacicznego. Krótszy czas trwania ciąży wiąże się wprost z masą ciała matki sprzed okresu ciąży. Zahamowanie rozwoju w okresie śródmacicznym wynika z zachorowań, sposobu żywienia oraz nadużywania alkoholu<sup>9</sup>.

Jednoznacznie można stwierdzić, że alkohol jest poważnym czynnikiem teratogennym, na którego działanie narażony jest płód. Wykazano, korelację pomiędzy ilością alkoholu wypitego przez matkę, a ilością i jakością wad wrodzonych występujących u dziecka. Wiadomo, że istotna jest predyspozycja genetyczna u matki i u płodu inicjująca wystąpienie płodowego zespołu alkoholowego. Średnia częstość zachorowań z powodu tego zespołu wynosi 1-2 na 1000 noworodków. Zespół pojawia się średnio co u trzeciego dziecka matki nadużywającej alkohol, pijących więcej niż 4-6 kieliszków alkoholu dziennie. Uważa się, że co piąte dziecko u którego występuje łagodne i umiarkowane upośledzenie umysłowe jest następstwem picia alkoholu przez matkę w okresie rozwoju wewnątrzmacicznego<sup>10</sup>.

Pod względem objawowym płodowy zespół alkoholowy przedstawiany jest przez różnych autorów różnie.

Według Richarda Berkowa, zespół występuje u dzieci matek, które spożywały alkohol w okresie ciąży i charakteryzuje się opóźnieniem wzrostu wewnątrzmacicznego, małowagiem, skróceniem szpar powiekowych, skrajnym upośledzeniem umysłowym, rzadziej anomaliami stawów, wadami układu sercowo-naczyniowego, śmiertelnością okołoporodową oraz opóźnieniem rozwoju. Powyższy autor uważa, że nie jest znana maksymalna ilość wypijanego alkoholu przez ciężarną mogącą spowodować uszkodzenia. Podaje, że nie stwierdzono wzrostu występowania wad, jeżeli nie został przekroczony próg 45 ml alkoholu dziennie (ekwiwalent trzech drinków)<sup>11</sup>.

Janette. M. Friedman wyróżnia dwie postacie kliniczne: klasyczną oraz o przebiegu łżejszym. Do objawów klasycznej postaci zespołu alkoholowego

---

<sup>8</sup> N. Wolański, *Rozwój biologiczny człowieka. Podstawy auksologii, gerontologii i promocji zdrowia*, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 456.

<sup>9</sup> Tamże, s. 457.

<sup>10</sup> P. H. Dworkin, *Pediatrics...*, dz. cyt., s. 226.

<sup>11</sup> R. Berkow, *MSD Manual. Podręcznik terapii i diagnostyki*, Wydawnictwo Urban&Partner, Wrocław 2005, s. 2127.

zaliczył: niedobór wzrostu, upośledzenie umysłowe, zaburzenia zachowania oraz charakterystyczne cechy dysmorficzne twarzy, do których należą krótkie szpary powiekowe, niedorozwój części środkowej twarzy, długa i płaska rynienka nosowo-wargowa oraz wąska czerwień wargi górnej. Często występują też wrodzone wady serca i zaburzenia morfologiczne mózgu. Według tego autora lżejsza postać zespołu alkoholowego, cechuje się zaburzeniami wzrostu, obniżeniem zdolności intelektualnej oraz zaburzeniami zachowania dziecka. Klasyczny zespół alkoholowy występuje u dzieci nałogowych alkoholiczek, które nadużywały alkoholu w czasie ciąży. Postać lekka wywołana jest pićciem przez matkę niewielkich ilości alkoholu<sup>12</sup>.

Susane B. Cassidy i David A. H. Whiteman, również kategoryzują objawy w dwie grupy. Przedstawiają objawy kliniczne płodowego zespołu alkoholowego oraz „prawdopodobnie poalkoholowego zaburzenia u płodu”. Objawy kliniczne pełnoobjawowego zespołu alkoholowego autorzy podzielili na cztery grupy: zaburzenia funkcji ośrodkowego układu nerwowego, niedobór wzrastania, cechy dysmorficzne twarzy. Zaburzenia funkcji ośrodkowego układu nerwowego powodują opóźnienie rozwoju fizycznego, upośledzenie rozwoju intelektualnego (średni IQ około 63), słabej koordynacji ruchów, drżenia mięśni i nadmiernej pobudliwości nerwowej, hiperaktywności, zaburzeń organizacji mózgu pod postacią nieprawidłowej struktury i zmienionej migracji komórek nerwowych. Może występować małogłowie spowodowane małomózgowie. Niedobór wzrastania objawia się obniżeniem masy i długości narodzonego noworodka poniżej trzeciego percentyla, słabo rozwinięta jest podskórna tkanka tłuszczowa, przyrost masy i długości w późniejszym okresie rozwoju dziecka jest słabszy. Cechy dysmorficzne twarzy dotyczą obszaru środkowotwarzowego, wąska i długa rynienka podnoskowa, słabo wykształcona górna warga. Do innych nieprawidłowości autorzy zaliczyli: zmniejszoną ruchomość stawów, kamptodaktylię lub klinodaktylię piątych palców rąk, anomalie budowy żeber, nieprawidłowości budowy nerek, anomalie Klippela-Feila, czyli wrodzony blok kręgów szyjnych. U dzieci alkoholiczek, u których występuje lekki przebieg choroby, można stwierdzić jedną lub więcej nieprawidłowości typowych dla tego zespołu. Dlatego zmiany te zostały nazwane prawdopodobnie poalkoholowymi zaburzeniami u płodu<sup>13</sup>.

Inny autor, Richard Behrman do charakterystycznych cech płodowego zespołu alkoholowego zalicza, niedobory wzrostu i wagi oraz obwodu głowy

<sup>12</sup> J.M. Friedman, F. J. Dill, M. R. Hayden, B. C. McGillivray, *Genetyka*, Wydawnictwo Urban &Partner, Wrocław 2000, s. 174–176.

<sup>13</sup> P. H. Dworkin, *Pediatrics...*, dz. cyt., s. 220.

rozpoczynające się w okresie prenatalnym i utrzymujące się po urodzeniu, nieprawidłowości twarzy pod postacią krótkich szpar powiekowych, fałdów nakątnych, niedorozwoju szczęki, mała żuchwa i mała warga górna, wady serca, przede wszystkim ubytki przegród, nieprawidłowości mniejszych stawów i kończyn z pewnymi ograniczeniami ruchów i zmienionymi liniami dłoni, opóźniony rozwój i upośledzenie umysłowe, wahające się od granicznego do ciężkiego. Autor ten uważa, że ciężkość dysmorfogenezy waha się od znacznych zaburzeń, u dzieci objawiających pełne cechy zespołu alkoholowego do umiarkowanych zmian u dzieci tylko z nielicznymi objawami<sup>14</sup>.

Obecnie większość autorów uważa, że nawet niewielkie ilości pitego alkoholu przez matki w przebiegu ciąży, częściej wywołują u potomstwa objawy patologiczne o mniejszym nasileniu dotyczące zaburzeń rozwoju fizycznego (wymiary ciała) i psychicznego (zaburzenia zachowania).

Porównując obserwacje różnych autorów z własnymi, dotyczące objawów klinicznych występujących u dzieci z alkoholowym zespołem płodowym można dokonać uogólnienia i podzielić je na następujące zespoły objawowe: zaburzenia centralnego i obwodowego układu nerwowego, upośledzenie umysłowe, zaburzenia zachowania, wady układu krążenia, wady układu kostno-stawowego, zaburzenia rozwoju fizycznego oraz inne rzadsze zaburzenia morfogenezy.

Patomechanizm alkoholowego zespołu płodowego jest w dalszym ciągu w trakcie badań naukowych i nie jest wyjaśniony do końca. Przypuszcza się, że alkohol uszkadza transport łożyskowy, utrudniając przechodzenie przez łożysko aminokwasów oraz cynku, które niezbędne są do biosyntezy białka w organizmie, powoduje to wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu.

Skuteczne zapobieganie polega na całkowitej abstynencji od alkoholu po poczęciu. Warto zastanowić się czy terminu abstynencji od alkoholu nie zwiększyć nawet do sześciu miesięcy przed zapłodnieniem dla obojga przyszłych rodziców, co pozwoli na wyeliminowanie ewentualnych zaburzeń związanych z genetycznym materiałem rozrodczym (jakość genetyczna komórki jajowej i plemnika).

Opieka nad kobietą w ciąży skoncentrowana na rodzinie to mógłby być ważny element współczesnej profilaktyki. Rodzina jest podstawowym, naturalnym środowiskiem rozwoju i życia człowieka, a także fundamentalną instytucją społeczną, opartą na trwałych podstawach związków biologicznych i emocjonalnych. Jako grupa społeczna podlega przemianom w zakresie swojej struktury, realizowanych funkcji i modelu wewnątrzrodzinnego. Przeobrażenia te dokonują się

---

<sup>14</sup> R. E. Behrman (NELSON), *Podręcznik...*, dz. cyt., s. 550.

pod wpływem wielu czynników wynikających z procesów rozwoju i przemian społeczno-ekonomicznych, społecznych, kulturowych, politycznych<sup>15</sup>.

Jesteśmy świadkami rosnącej wciąż liberalizacji norm i wartości, odchodzenia od wartości tradycyjnych na rzecz wartości ekonomicznych, konsumpcjonizmu, indywidualizmu zarówno w poglądach, jak i w zachowaniach ludzi. Coraz bardziej rośnie poczucie wolności, możliwości dokonywania wyborów, pogłębia się nastawienie na samorealizację i szczęście osobiste osiągane nieraz za wszelką cenę<sup>16</sup>.

Przeobrażenia społeczne, gospodarcze i polityczne w naszym kraju wywierają istotny wpływ na funkcje społeczne realizowane przez rodzinę, na zakres jej zadań i powinności. Rodzina jako podstawowa komórka społeczna i naturalne środowisko wychowawcze nie nadąża za współczesnymi zmianami. Transformacja ustrojowa w Polsce tworzy nowe wzory zachowań, inne wartości i normy życia w społeczeństwie.

Badania prowadzone w ramach WHO pozwoliły oszacować, że rodzina zabezpiecza 75% działań w dziedzinie zdrowia. Szczęólnego znaczenia nabiera pomoc rodziny w opiece nad osobami, u których pojawiła się sytuacja nadużywania środków psychoaktywnych. Rodzina realizuje wszystkie profilaktyczne i opiekuńczo- pielęgnacyjne zadania wzmacniające zdrowie swoich członków zgodnie ze stwierdzeniem, że zdrowie zaczyna się w rodzinie. Rodzina pomijając fakt hospitalizacji, sprawuje opiekę w chorobie i rehabilitacji. W tym ujęciu jest to jedna z ważniejszych indywidualnych i społecznych funkcji rodziny<sup>17</sup>.

Prawidłowo funkcjonująca rodzina równocześnie z innymi zadaniami sprawuje opiekę nad swoimi bliskimi. Opieka ta ma charakter złożony i wielostronny. Rodzina:

- przekazuje, kształtuje wzory, motywuje do przestrzegania właściwych zachowań zdrowotnych;
- stwarza warunki ich realizacji;
- zabezpiecza w trudnych sytuacjach życiowych;
- wspomaga emocjonalnie i opiekuńczo w sytuacji choroby;
- pozwala na odreagowanie silnych napięć emocjonalnych niekorzystnych dla zdrowia;
- realizuje pełną opiekę i pomoc w samoobsłudze i innych czynnościach<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup> H. Marzec, M. Pindera, *Problemy Rodziny Na Początku Trzeciego Tysiąclecia*, Wydawnictwo Naukowe, Piotrków Trybunalski 2007, s. 5.

<sup>16</sup> Tamże, s. 6.

<sup>17</sup> Z. Kawczyńska-Butrym, *Rodziny. Kontekst zdrowia i choroby*, PWN, Warszawa 1995, s. 18–19.

<sup>18</sup> Tamże, s. 20.

Populacja dzieci i młodzieży w wieku 0–19 lat w Polsce wynosi blisko 13 mln (około 32% ogółu ludności). Polska jest w czołówce krajów europejskich, w których średnia wieku ludności jest najmniejsza<sup>19</sup>. Rocznie rodzi się około 360 tys. dzieci rocznie<sup>20</sup>. W okresie tym ujawnia się lub powstaje wiele zaburzeń, które utrzymują się w dalszych latach życia. Z tego względu zapobieganie zaburzeniom rozwoju staje się podstawową inwestycją w zdrowie społeczeństwa. Zdrowa przyszła matka, zdrowi rodzice, zdrowe otoczenie to wyzwania, którym powinno starać się sprostać nowoczesne społeczeństwo i państwo.

Wraz z postępem cywilizacji coraz częściej możemy zaobserwować wzrost negatywnych zachowań zdrowotnych, przede wszystkim wśród ludzi młodych. Do podstawowych zachowań antyzdrowotnych należy nadużywanie i uzależnienie od alkoholu. Zwyczaj picia alkoholu jest od wieków wkomponowany w tradycję i obyczajowość, a sposób jego używania oraz obserwowane skutki stanowią o kulturze społeczeństwa.

Celem zapobiegawczych działań zdrowotnych jest przeciwdziałanie rozwojowi choroby, diagnostyka we wczesnym stadium, zatrzymanie rozwoju i odwrócenie następstw. Wartość działań lekarskich jest ważna. Każda kobieta ciężarna z problemem alkoholowym uzyska profesjonalną pomoc medyczną w gabinecie lekarza rodzinnego, ale bez współpracy i wsparcia całej rodziny w leczeniu szanse na sukces mogą być niewielkie. Model opieki skoncentrowany na rodzinie powoduje zogniskowanie uwagi nie tylko na kobiecie, ale również na noworodku, potrzebach ojca i innych członków rodziny.

Działania profilaktyczne skierowane do rodziny powinny mieć następujące cele: przekazywanie i propagowanie wiedzy naukowej dotyczącej nadużywania i uzależnienia od alkoholu, wspieranie umiejętności rozwiązywania problemów rodzinnych i indywidualnych, umiejętności dotyczące zdolności wybierania pozytywnego, zdrowego stylu życia, rozwijanie umiejętności komunikacji interpersonalnych, nie tylko w rodzinie, ale również w otoczeniu, rozwój umiejętności życia asertywnego, kształtowanie środowiska rodzinnego tak, by jakość życia była jak najwyższa, umiejętności wczesnej diagnostyki zaburzenia i korzystania z działań pomocowych (formalnych i nieformalnych).

Uzależnienie od alkoholu jest często wynikiem interakcji dwóch czynników: cierpienia psychicznego i niezdolności radzenia sobie z nim. Rodzina to najlepsze miejsce, w którym „wygrana” staje się łatwiejsza.

<sup>19</sup> B. Woynarowska, *Profilaktyka w pediatrii*, PZWL, Warszawa 1998, s. 5.

<sup>20</sup> *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*, GUS, Warszawa 2004, s. 191.

## **Alkoholowy Zespół Płodowy (FAS – Fetal Alcohol Syndrom)**

Każda kobieta powinna zdawać sobie sprawę, że spożywanie alkoholu w czasie ciąży może powodować u jej nienarodzonego dziecka wiele nieodwracalnych uszkodzeń. Dziecko w łonie matki jest chronione przed szkodliwym działaniem wielu czynników toksycznych, ale nie przed alkoholem.

Cząsteczki etanolu zawartego w alkoholu z łatwością przenikają przez łożysko, mniej lub bardziej uszkadzając płód. Jeśli kobieta w ciąży pije alkohol, dziecko pije razem z nią. Już pół godziny po spożyciu jakiegokolwiek alkoholu przez matkę jego stężenie we krwi dziecka jest takie samo jak we krwi matki. Spożywanie alkoholu przez kobiety w czasie ciąży wpływa na rozwój płodu. Skrajnie niekorzystnym skutkiem picia alkoholu w ciąży jest zespół FAS<sup>1</sup>. Jajo dojrzewa na powierzchni jajnika przyszłej matki, tak więc jest narażone na działanie alkoholu jeszcze przed zapłodnieniem. Naukowcy zalecają, aby powstrzymać się od picia alkoholu na trzy miesiące przed zapłodnieniem. „Alkohol spożywany w pierwszym trymestrze ciąży może spowodować: bardzo poważne uszkodzenie mózgu; zaburzenie prawidłowego rozwoju komórek; uszkodzenie ważnych organów takich jak: wątroba, nerki, serce; deformacje twarzy; w skrajnym wypadku poronienie. Alkohol spożywany w drugim trymestrze ciąży może powodować: uszkodzenie organiczne mózgu dziecka; poronienie zagrażające zdrowiu i życiu matki; uszkodzenie komórki mięśni, skóry, zębów, gruczołów, kości dziecka. Alkohol spożywany w trzecim trymestrze ciąży może powodować: zaburzenia

---

<sup>1</sup> <http://www.ciazabezalkoholu.pl/dzialaniealkoholu.html> (12.12.09).



w rozwoju mózgu i płuc; opóźnia przyrost wagi płodu; przedwczesny poród<sup>2</sup>. Alkohol uszkadza mózg dziecka. W konsekwencji dzieci z takimi uszkodzeniami mają: trudności w uczeniu się, deficyty pamięci, zaburzenia zachowania, zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD – *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), opóźnienia rozwojowe.

Najbardziej narażone na działanie alkoholu struktury mózgu to:

- ciało modzelowate – odpowiedzialne za przekazywanie informacji pomiędzy prawą i lewą półkulą. U niektórych dzieci z pełnoobjawowym FAS stwierdza się niedorozwój ciała modzelowatego. Takie osoby mają trudności z odróżnianiem prawej strony od lewej, wykonywaniem ruchów naprzemiennych, nie potrafią tańczyć, są niezgrabne. Jeśli brakuje wielu połączeń między dwoma półkulami mózgu, informacji przepływają bardzo wolno i nieskutecznie. To może tłumaczyć fakt, iż osoba z FAS, gdy odczuwa impuls by coś zrobić, najpierw przystępuje do działania, dopiero potem uświadamia sobie jego konsekwencje.
- mózdzek – odpowiada za funkcje motoryczne,
- zwoje podstawy – odpowiadają za procesy poznawcze oraz pamięć,
- hipokamp – bierze udział w procesach uczenia się i pamięci,
- płaty czołowe – odpowiadają za funkcje wykonawcze, kontrole impulsów<sup>3</sup>.

FAS czyli Alkoholowy Zespół Płodowy, to jednostka chorobowa obejmująca nieprawidłowości neurobehawioralne oraz zmiany w budowie ciała i organach wewnętrznych, której jedyną przyczyną jest spożywanie alkoholu przez kobietę w czasie ciąży. W wyniku teratogennego wpływu alkoholu na płód rozwój umysłowy, społeczny oraz emocjonalny dzieci z FAS ulega znacznemu opóźnieniu i odpowiada wiekowi młodszemu niż metrykalny. Problemy dzieci dotkniętych Alkoholowym Zespołem Płodowym pozostają często niezauważone, bądź kwalifikowane, jako objawy innych zaburzeń z powodu niskiego poziomu wiedzy na temat FAS.

Temat groźnych skutków ekspozycji na alkohol dla rozwijającego się płodu poruszano od wieków. Wzmianki o tym można znaleźć już u Arystotelesa oraz pisarzy biblijnych<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> M. Klecka, *Problemy alkoholowe w rodzinie: ciąża i alkohol w trosce o twoje dziecko*, Wydawnictwo Edukacyjne PAMPAMEDIA, Warszawa 2007, s. 8–10.

<sup>3</sup> Tamże, s. 19–21.

<sup>4</sup> Księga Sędziów 13, 4, w: *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Biblia Tysiąclecia*, Wydawnictwo Pallotinum, Poznań 2003



XVIII wieczny lekarz Sullivan opisywał dzieci urodzone przez matki alkoholizki jako „słabe, ułomne i pozbawione temperamentu”. Obserwując kobiety alkoholizki przebywające w więzieniu zauważył, że wskaźnik poronień u tych matek był większy, a u dzieci częściej występowały różnego rodzaju wady wrodzone. Dostrzegł również interesujący fakt, że niemowlęta rodziły się zdrowsze, kiedy okres ciąży przypadał na czas odbywania kary więzienia, co wiązało się z przymusową abstynencją. Jednak przez długi czas zagrożenie wynikające ze spożywania przez matkę alkoholu w okresie ciąży było powszechnie bagatelizowane. Uważano bowiem, że łysko stanowi wystarczającą barierę zabezpieczającą płód przed szkodliwym działaniem alkoholu etylowego<sup>5</sup>.

Dopiero w roku 1968 Paul Lemoine oraz jego współpracownicy zbadali 127 dzieci urodzonych przez pijące nałogowo matki. Opublikowane przez nich wyniki badań opisujące problemy rozwojowe badanych dzieci, wskazywały u nich na niedobór wzrostu, opóźnienie rozwoju umysłowego oraz niezwykle wysoki odsetek wad wrodzonych. Autorzy wykazali również związek pomiędzy spożywaniem alkoholu podczas ciąży a nieprawidłowym rozwojem płodu. Jednak w dalszym ciągu poalkoholowe zaburzenia rozwojowe nie były rozpoznawane w kręgach medycznych<sup>6</sup>. W roku 1973 zespół badaczy amerykańskich w składzie: Ken Jones, David Smith, Christy Ullerand i Ann Streissguth, bazując między innymi na doniesieniach Lemoine'a wprowadzili termin Fetal Alcohol Syndrom na określenie tych zaburzeń. Obserwując grupę dzieci matek uzależnionych od alkoholu, opisali szczegółowo wzór deformacji i długotrwałe konsekwencje wewnątrzmacicznej ekspozycji na alkohol. Opracowanie definicji FAS miało doniosłe znaczenie, ponieważ umożliwiło wyodrębnienie nowego, rozpoznawalnego klinicznie zespołu chorobowego, który różnił się od innych zespołów wad wrodzonych a występującego wyłącznie u potomstwa matek pijących alkohol w czasie ciąży. Jones wraz ze swymi współpracownikami zdefiniował trzy główne kategorie nieprawidłowości spotykanych u dzieci z FAS:

- spowolnienie rozwoju fizycznego w okresie przed- i po urodzeniu;
- upośledzenie funkcjonowania intelektualnego i społecznego oraz zaburzenia koordynacji ruchowej;

---

<sup>5</sup> M. Klecka, *4-stopniowa skala diagnostyczna, referat wygłoszony podczas konferencji naukowej „FASD jakowyżwanie dla rodziny, profesjonalistów, społeczeństwa”*. IX światowy dzień FAS, Łędziny 9.09.2009.

<sup>6</sup> J.M. Aase, *Kliniczne rozpoznawanie alkoholowego Zespołu Płodowego (FAS). Trudności w wykrywaniu i diagnostyce*, w: *Alkohol i Zdrowie*, PARPA, Warszawa 1998, s. 1.

- zespół ściśle określonych anomalii twarzy wraz z nieprawidłowościami budowy kończyn i narządów wewnętrznych<sup>7</sup>.

Publikacje te wywołały gorące dyskusje wokół stopnia szkodliwości alkoholu dla rozwijającego się płodu. Zaowocowało to niezwykle szybkim rozwojem dziedziny badań zwanej teratologią. Dzięki przeprowadzonym na zwierzętach badaniom zaobserwowano, że płód na który działa teratogen (czynnik zaburzający rozwój potomstwa w czasie życia płodowego), narażony jest na dramatyczne skutki:

- śmierć,
- anomalie rozwojowe,
- opóźnienie wzrostu,
- zaburzenia funkcjonowania.

Odkryto, że alkohol należy do grupy teratogenów mogących przynieść każdy z czterech wymienionych tragicznych rezultatów. Główna zasada teratologii głosi, że im większa dawka teratogenu, tym głębsze uszkodzenia i szkodliwy wpływ na potomstwo. Wielkość i rodzaj zaburzeń rozwojowych zależy również od momentu rozwojowego płodu, w którym następuje ekspozycja na szkodliwą substancję oraz czasu trwania tejże. Skutki teratogennego wpływu alkoholu zależą zatem od:

- dawki alkoholu (nawet bardzo mała dawka może być niebezpieczna),
- okresu ciąży (w każdym trymestrze może dojść do specyficznych uszkodzeń typowych dla danego momentu rozwojowego),
- kondycji zdrowotnej matki (stan odżywienia, wyposażenie genetyczne),
- tzw. „stylu picia”.

FAS bardzo szybko stał się głównym obszarem działań teratologów. Badacze twierdzą że: „FAS jest najbardziej wyrazistym przypadkiem teratogenezy, jaki do tej pory odkryto. Prawdopodobnie wyraźniejszego już się nie odkryje”<sup>8</sup>.

Pod wpływem alkoholu rozwój płodu zostaje zaburzony na wiele sposobów:

- działając bezpośrednio na komórkę może spowodować jej śmierć. To powód, dla którego rejony mózgu, które zostały narażone na działanie alkoholu, zawierają mniej komórek niż pozostałe części mózgu,
- utrudnia transport aminokwasów – ważnych składników białek oraz glukozy – głównego źródła energii dla komórek,

<sup>7</sup> M. Klecka, *4-stopniowa skala...*, dz. cyt, s. 1–2.

<sup>8</sup> M. Klecka, *Fascynujące dzieci*, Wydawnictwo Św. Stanisława BM, Kraków 2007, s. 20.

- osłabia ukrwienie łożyska i płodu powodując jego niedotlenienie (hipoksje) oraz dezorganizuje regulację hormonalną i chemiczną, kontrolującą dojrzewanie i migracje komórek nerwowych w mózgu<sup>9</sup>.

Materiał badawczy zgromadzony przez lata eksperymentów i obserwacji pozwala bez żadnych wątpliwości stwierdzić, że alkohol jest narkotykiem teratogennym i że jest w stanie uszkodzić rozwijający się embrion i płód<sup>10</sup>.

„FAS to zaburzenia, jakie pojawiają się u dzieci, jako rezultat spożywania przez ciężarną matkę alkoholu. Częsteczki alkoholu są maleńkie i z łatwością przedostają się przez łożysko do organizmu dziecka już w drugim tygodniu życia płodowego. Choć alkohol może mieć negatywny wpływ na wszystkie komórki i narządy, to szczególnie wrażliwy na jego działanie jest mózg. Już w bardzo wczesnym okresie ciąży może on zostać trwale uszkodzony. FAS to najczęściej używana nazwa i oznacza ona zespół wad wrodzonych, somatycznych (dotyczących ciała), oraz neurologicznych (układu nerwowego, głównie mózgu). Wady te obejmują: zaburzenia wzrostu, specyficzny wygląd twarzy, dysfunkcje mózgu”<sup>11</sup>.

Tabela 1. Schemat ilustrujący rozwój poszczególnych organów w trakcie organogenezy i zagrożenie związane z teratogennym działaniem alkoholu

	PRE-EMBRYO	EMBRYO DEVELOPMENT IN WEEKS					FETUS DEVELOPMENT IN WEEKS					
	1-2	3	4	5	6	7	8	12	16	20-36	38	
	MAJOR PHYSICAL ABNORMALITIES						FUNCTIONAL DEFECTS AND PHYSICAL ABNORMALITIES					
Egg and sperm can be damaged by alcohol	BRAIN	[shaded]										
	HEART	[shaded]										
	ARMS		[shaded]									
	EYES			[shaded]								
	LEGS			[shaded]								
	TEETH						[shaded]					
	PALATE						[shaded]					
	GENITAL AREA							[shaded]				
	EARS			[shaded]								

Źródło: <http://www.come-over.to/FAS/fasrefs.htm>

<sup>9</sup> Tamże, s. 20–21.

<sup>10</sup> Tamże, s.27.

<sup>11</sup> Tamże, s. 10–11.

Powyższa tabela ilustruje jak alkohol wpływa na zaburzenia rozwoju poszczególnych organów i narządów w zależności od czasu spożywania alkoholu. Zasadą jest, iż alkohol atakuje i uszkadza te, które w danym momencie rozwijają się najintensywniej. Dlatego też mózg, jako organ, który rozwija się intensywnie praktycznie przez cały czas trwania ciąży jest stosunkowo najczęściej uszkadzany. Uszkodzenia poalkoholowe innych narządów pojawiają się w zależności od tego, w którym tygodniu ciąży kobieta spożywa alkohol.

Objawy alkoholowego zespołu płodu dzielimy na:

→ **fizyczne/pierwotne** (cechy w zakresie budowy ciała u dzieci z FAS):

- niski wzrost i małogłowie;
- dysmorfie twarzy; zaliczamy tu takie cechy jak: skrócone szpary powiekowe, krótki i zadarty nos, osadzone szeroko oczy, rynienka podnosowa słabo zaznaczona lub jej brak, płaska, szeroka twarz, bardzo cienka górna warga, odległość między nozdrzami a górną wargą wyraźnie dłuższa, niewielka broda i podbródek, nisko osadzone uszy – małżowiny często zniekształcone;
- ogólna budowa ciała, czyli niski wzrost i niska waga, co powoduje, że osoby z FAS sprawiają wrażenie „kruchych i słabych”; szczupłość kończyn oraz wrodzone wady układu kostno-mięśniowego powodują występowanie różnych dysfunkcji, m.in: szybkie męczenie się, zaburzenia czucia głębokiego, problemy w zakresie słyszenia, opóźniona zdolność mówienia, zaburzenia wzroku<sup>12</sup>.

→ **wtórne** (powstające w ciągu życia dziecka, na wystąpienie ich wpływ ma środowisko i sposób postępowania z dzieckiem):

- składają się na nie m.in.: złość, lęk, wycofanie, zamknięcie się w sobie, kłamstwa, zależność od innych, wejście w rolę ofiary lub prześladowcy, bezrobocie, bezdomność, szokujące oraz gwałtowne zachowania, skłonność do uzależnień, impulsywność, kłopoty z prawem<sup>13</sup>.

→ objawy fizyczne i umysłowe wynikające z uszkodzenia mózgu:

- objawy związane z funkcjonowaniem ośrodkowego układu nerwowego, m.in: nadwrażliwość na dźwięk i dotyk, nadpobudliwość, impulsywność, upór, depresje, skłonności do wybuchów gniewu i tyranizowania innych, niskie poczucie własnej wartości.

<sup>12</sup> [http://www.ciazabezalkoholu.pl/fas\\_objawy.html/](http://www.ciazabezalkoholu.pl/fas_objawy.html/) dostęp z dnia 11 (dostęp z dnia 12.02.2014).

<sup>13</sup> M. Klecka, Problemy alkoholowe w..., dz. cyt., s.16.

- nieprawidłowe zachowania społeczne takie jak: wycofanie się oraz izolacja, wagary, trudności z adaptacją.
- trudności w uczeniu się, które mogą przybrać następującą postać: problemy z uwagą, opóźnienia rozwojowe, niewystarczająca organizacja zadań, problemy z pamięcią, problemy z myśleniem abstrakcyjnym, upośledzenie myślenia przyczynowo- skutkowego, zaburzenia oraz opóźnienie mowy<sup>14</sup>.

Skala występowania oraz postawy kobiet wobec picia mogą budzić niepokój. „Nawet troje dzieci na każde 1000 urodzeń żywych może być dotkniętych płodowym zespołem alkoholowym (FAS). W Polsce rodzi się rocznie 300 000 dzieci. 0,3% to 900 dzieci z FAS. To więcej niż liczba rodzących się dzieci z zespołem Downa (1 na 700 urodzeń). Dziesięć razy więcej dzieci ma rozmaite zaburzenia rozwojowe spowodowane alkoholem . Szacuje się, że negatywne konsekwencje ekspozycji płodu na alkohol mogą występować u 1% wszystkich noworodków”<sup>15</sup>.

Kobiety są coraz bardziej świadome, że picie alkoholu podczas ciąży może spowodować poronienie lub uszkodzić mózg dziecka, powodując nieodwracalne uszkodzenia. Niestety coraz więcej kobiet z wyższym wykształceniem sięga po alkohol.

Kiedy Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) rozpoczynała kampanię „Cięża bez alkoholu”, sytuacja wyglądała następująco: wyniki badania przeprowadzonego przez Pracownię Badań Społecznych (PBS) na zlecenie PARPA w 2005 r.:

- „Co trzecia kobieta (33%) w wieku prokreacyjnym (18–40 lat) piła alkohol w czasie ciąży. Mimo że zdecydowana większość badanych (88%) była zdania, iż nawet niewielka ilość alkoholu wypitego przez kobietę w ciąży może mieć negatywny wpływ na zdrowie jej dziecka.
- Niemal dwie trzecie kobiet w ciąży nie było ostrzeganych przez lekarzy przed negatywnymi konsekwencjami picia alkoholu w czasie ciąży.
- Kobiety, które w trakcie ciąży nie spożywały alkoholu, w większości (93%) uznawały, że picie alkoholu w czasie ciąży jest szkodliwe dla dziecka, podczas gdy w grupie kobiet, którym zdarzało się spożywać alkohol, gdy były w ciąży, pogląd ten podzielała niewiele ponad połowa (53%).

Co się zmieniło w świadomości Polaków od 2005 r.?

- Świadomość zagrożeń wynikających ze spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży dla zdrowia ich dziecka wzrasta. Jest to prawdopodobnie

<sup>14</sup> Tamże, s. 13–18.

<sup>15</sup> [http://www.ciazabezalkoholu.pl/fas\\_skala\\_wystepowania.html/](http://www.ciazabezalkoholu.pl/fas_skala_wystepowania.html/) (dostęp: 12.02.2014).

zasługa prowadzonej przez PARPA w 2007 roku kampanii edukacyjnej. Porównanie wyników badań z 2008 i 2005 roku ukazuje również pożądaną zmianę zachowań: w grupie kobiet, które kiedykolwiek były w ciąży (79% wszystkich kobiet) spożywanie alkoholu w tym okresie deklaruje 12%, podczas gdy w 2005 roku takich kobiet było 16,5%.

- W czasie ciąży alkohol najczęściej piły kobiety młodsze, będące obecnie w wieku 18–40 lat (19%), z wyższym wykształceniem (33%) oraz kobiety, które deklarują spożywanie ponad 6 litrów czystego alkoholu rocznie (57%). Niepokoić powinien fakt, że 1/3 kobiet z wyższym wykształceniem, będących kiedykolwiek w ciąży, potwierdza spożywanie w tym czasie alkoholu.
- Blisko 15% (w 2005 roku – 12%) badanych widziało kobietę w ciąży spożywającą alkohol. W większości tych przypadków (62%) kobieta ciężarna piła piwo (w 2005 roku – 63%), ponad jedna czwarta (27%) świadków dostrzegła kobietę pijącą wódkę lub inny napój spirytusowy (w 2005 – 29%), a co piąty z nich widział kobietę w ciąży pijącą wino (w 2005 – 29%)<sup>16</sup>.

Liczebność występowania FAS w Polsce nie jest znana, ponieważ dotychczas nie prowadzono i nadal nie prowadzi się oficjalnych badań na ten temat na terenie naszego kraju. O skali zjawiska możemy jedynie wnioskować mając do dyspozycji wyniki badań dotyczących spożycia alkoholu oraz wiedzę na temat jego szkodliwości w okresie ciąży.

W Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie pod kierunkiem K. Niemca badano próbki moczu kobiet ciężarnych, które przynosiły je na rutynowe badanie do szpitalnego laboratorium. Badacze poszukując wskaźników rozpadu alkoholu w moczu wykryli, że co trzecia próbka wskazywała, że kobieta piła alkohol wiedząc, że jest w ciąży<sup>17</sup>. Można więc przypuszczać, że alkohol będzie przyczyną różnych trudności rozwojowych, które mogą wystąpić u dzieci tych matek. Badanie wykonane w Sopotkiej Pracowni Badan Społecznych, zlecone przez PARPA w roku 2005 na reprezentatywnej 1038 osobowej grupie kobiet w wieku prokreacyjnym tj. 18–40 lat wykazało, że co trzecia pytana kobieta przyznała się do picia alkoholu w czasie ciąży. Na zlecenie Fundacji „Rodzic po Ludzku” w 2005 r. pracownia IBSOS przeprowadziła badanie na reprezentatywnej losowo-kwotowej

<sup>16</sup> [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id&Itemid=](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id&Itemid=) dostęp z dnia 18.02.2014

<sup>17</sup> K. Niemiec i wsp., *Oznaczenie aktywności beta-heksozoaminidazy oraz  $\gamma$ -glutamylotranspeptydazy w moczu jako markerów spożycia alkoholu przez kobiety ciężarne – doniesienia wstępne*, „Medycyna wieku rozwojowego”, 2003, tom VII, 4 część II, s. 629–638.

próbie 1000 Polaków w wieku 15 i więcej lat. Badania ujawniły, że Polacy skłonni są przyznać, że alkohol szkodzi rozwijającemu się płodowi, ale jednocześnie jedna trzecia (31,7%) pytanых twierdzi że niewielka dawka alkoholu może mieć korzystne działanie dla matki i jej nienarodzonego dziecka. Ponad dwie trzecie badanych Polaków (83%) spotkało się informacją, że nawet najmniejsza ilość alkoholu może być niebezpieczna dla dziecka i jego rozwoju. Tylko 14,2% nic o tym nie wiedziało. Spośród ankietowanych, którzy spotkali się z opinią o szkodliwości spożywania alkoholu w ciąży, ponad dwie trzecie (77,5 %) jest przekonane o słuszności tego twierdzenia. Tylko 14,6 % uważa taką opinie za przesadzoną. Niepokój budzi fakt, że jedna trzecia (33,5%) ankietowanych kobiet, które urodziły jedno lub więcej dzieci, przyznaje się do spożywania niewielkich ilości alkoholu<sup>18</sup>. Obecnie spożycie alkoholu w Polsce na jednego mieszkańca szacuje się średnio 9,21 litra<sup>19</sup> (dane z ostatniego tj. 2013 roku wskazują na podwyższony poziom spożywania alkoholu. Szacuje się, że w 2013 roku średnie spożycie alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca przekroczyło 10 litrów). Badanie wzorów konsumpcji alkoholu zrealizowane latem 2008 roku na losowej próbie adresowej liczącej 1075 osób, reprezentatywnej dla dorosłych mieszkańców polski w wieku 18 lat i więcej wykazało, że największe spożycie alkoholu dotyczy grupy kobiet 18–29-letnich oraz 30–39-letnich, a więc wieku, kiedy kobiety najczęściej zostają matkami<sup>20</sup>. Trudno jest oszacować, jaka liczba dzieci urodzi się z różnego rodzaju uszkodzeniami, lub w wyniku całkowitego zniszczenia przez alkohol komórek zarodka dojdzie do wczesnych poronień. Biorąc pod uwagę dane, pochodzące z tego i innych badań przeprowadzonych w latach wcześniejszych na temat ogólnego spożycia alkoholu przez kobiety, szacuje się, że w Polsce co roku rodzi się ok. 900 dzieci z pełnoobjawowym FAS. Dziesięć razy więcej dzieci ma inne zaburzenia związane z alkoholem opisywane jako FASD (*Fetal Alcohol Spectrum Disorder* – Poalkoholowe Uszkodzenie Płodu). Większość przypadków pozostaje niezdiagnozowana lub zdiagnozowana niewłaściwie<sup>21</sup>. Brak właściwej diagnozy związany jest z ograniczonymi możliwościami jej przeprowadzenia z uwagi na brak wyspecjalizowanych ośrodków diagnostycznych z tym zakresie. Dodatkowo

<sup>18</sup> A. Otfinowska, Polacy o picciu alkoholu przez kobiety w ciąży, online: <http://www.ipsos.pl/picie-alkoholukobiety-w-ciazy> (dostęp: 21.05.2013).

<sup>19</sup> Wielkość i struktura spożycia alkoholu w Polsce, online: [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=156&Itemid=16](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=156&Itemid=16) (dostęp: 21.05.2014).

<sup>20</sup> Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce, online: <http://www.parpa.pl/download/wzory%202008%20wnioski%20.pdf> (dostęp: 21.05.2014).

<sup>21</sup> Co to jest FAS, online: [http://fas.edu.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1&Itemid=35](http://fas.edu.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=35) (dostęp: 21.05.2014).



osoby zajmujące się diagnozowaniem problemów dziecka błędnie interpretują objawy FASD i zamiast diagnozować konkretne zaburzenie czyli FAS diagnozują takie jednostki chorobowe jak: Zespół Kornelii de Lange, Zespół Wiliamsa, Dziecięce porażenie mózgowe, Zespół Aspergera, Autyzm, NAS – Syndrom Abstynencji Noworodka, Zespół Tourettea, Zespół Dubowitza, Zespół Noonana, skutki promieniowania jonizującego, wystawienie płodu na działanie leków stosowanych przez epileptyków, ADHD, lub po prostu zaburzenia zachowania.

Termin Płodowy Zespół Alkoholowy, jaki pojawił się w czasopiśmie Lancet w 1973 r. służył do opisu kombinacji nieprawidłowości rozwojowych, które obejmowały twarzoczaszkę, kończyny i układ krążenia jak również deficyt wzrostu i opóźnienia rozwoju u ośmiorga niespokrewnionych ze sobą dzieci, urodzonych przez matki alkoholiczki. Badanie pokazało, że alkohol działający w łonie matki na rozwijający się płód powoduje charakterystyczne zniekształcenia w budowie ciała i organów wewnętrznych dzieci. Dalsze badania dotyczyły korelacji pomiędzy zaburzeniami rozwojowymi u potomstwa a intensywnością picia alkoholu przez matkę oraz wpływ na rozwój płodu dodatkowych czynników takich jak: zły sen, odżywianie, nikotynizm, brak opieki lekarskiej. Badacze wkrótce odkryli, że deficyty rozwojowe zarówno fizyczne jak i neurobehawioralne u dzieci po prenatalnej ekspozycji na alkohol są bardzo zróżnicowane: od klasycznych, obejmujących całą triadę objawów (niska waga przed i po urodzeniu, uszkodzenia OUN, malformacje twarzoczaszki), przez poważne do całkiem nieznaczących. W 1978 r. Clarren i Smith wprowadzili termin Fetal Alcohol Effect – tłumaczone z angielskiego jako Alkoholowy Efekt Płodu służący do opisu dzieci, u których nie manifestowały się wszystkie zaburzenia z kategorii FAS. Z powodu nadużywania tego terminu przez specjalistów stosujących go diagnostycznie w wielu przypadkach dzieci z zaburzeniami zachowania pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym, autorzy zaapelowali o rezygnację z tej klasyfikacji jako mało precyzyjnej.

W 1996 r. w Institute of Medicine utworzono pięć kategorii diagnostycznych skutków ekspozycji na działanie alkoholu etylowego.

Poniżej przedstawiono i omówiono wszystkie kategorie.

1. **Płodowy zespół Alkoholowy (FAS)** z potwierdzoną wewnątrzmaciczną ekspozycją na alkohol.

Przyczyną powstałych zaburzeń jest działanie wysokiego stężenia alkoholu etylowego zwłaszcza w I trymestrze ciąży. Kategorie rozpoznawcze to:

- niska waga przed i po porodzie (wzrost/waga poniżej 10 centyla),



- objawy ze strony OUN ( zaburzenia neurologiczne, opóźnienie rozwoju, dysfunkcjonalne zachowanie, upośledzenie umysłowe, wady rozwojowe czaszki i mózgu, mikrocefalia),
- charakterystyczne cechy twarzy ( krótkie szpary powiekowe, zmniejszona czerwień górnej wargi, wydłużona i spłaszczona środkowa część twarzy, spłycone philtrum, krótki nos).

Kryteria dodatkowe to: trudności w uczeniu się, nadpobudliwość psychoruchowa, zaburzenie motoryki małej i dużej, opóźniony rozwój mowy, problemy z koncentracją, zaburzenia snu, nadmierna reaktywność na stres, zaburzenia czucia głębokiego zaburzenia wzroku, słuchu, wady serca, nieprawidłowości budowy kończyn-deformacja stawów, wady układu moczowego.

Czynnikiem wzmacniającym ryzyko wystąpienia FAS jest rozpoznanie tego zespołu w jednej z poprzednich ciąży. W ok.70% takich przypadków kolejne dziecko również rodzi się z FAS. Należy również zwrócić uwagę, że pewne kryteria rozpoznawcze, zwłaszcza dotyczące uszkodzeń mózgu manifestują się i są rozpoznawalne dopiero po osiągnięciu przez dziecko wieku kilku lat.

**2. Płodowy Zespół Alkoholowy (FAS)** bez potwierdzonej wewnątrzmacicznej ekspozycji na alkohol.

Jest to zespół objawów identyczny z FAS, lecz bez jednoznacznie potwierdzonej ekspozycji na działanie alkoholu etylowego.

**3. Częściowy FAS (Partial FAS)** z potwierdzoną wewnątrzmaciczną ekspozycją na alkohol.

Do tej grupy zalicza się wszystkie przypadki, w których występuje: część cech dysmorfii twarzy; opóźnienie wzrostu; zaburzenia rozwoju układu nerwowego; opóźnienie rozwoju złożonych struktur poznawczych oraz behawioralnych nie zgodnych z wiekiem metrykalnym o tle niewyjaśnionym genetycznie oraz nieuwarunkowanym środowiskowo (trudności w nauce, słaba kontrola impulsów, trudności w funkcjonowaniu społecznym: braki językowe, niska zdolność do rozumienia pojęć abstrakcyjnych, problemy z pamięcią, koncentracją, konflikty z prawem).

**4. Poalkoholowe wady wrodzone (ARBD Alcohol-Related Birth Defects).**

Kategoria ta określa przede wszystkim zaburzenia somatyczne oraz łączy się z działaniem wysokiego stężenia alkoholu w życiu płodowym. Została wprowadzona przez Claren i Sokol i oznacza występowania anatomicznych lub funkcyjnych wad obejmujących: serce; stawy i budowę szkieletu; przewód pokarmowy; nerki; wzrok i słuch.

Niektórzy diagności zaprzeczają zasadności stosowania tej kategorii, ponieważ nieprawidłowości, na które wskazuje nie są specyficzne tylko dla dzieci, których matki spożywały alkohol w czasie ciąży ani nie należą do podstawowej triady określającej kluczowe cechy FAS. I tak np. kanadyjskie wytyczne zalecają, aby ARBD nie było używane jako kategoria diagnostyczna. Jednak w zestawieniu z potwierdzoną ekspozycją na alkohol istnieje duże prawdopodobieństwo, że wady te spowodowane są teratogennym działaniem etanolu dlatego kategoria ta funkcjonuje w diagnostyce FASD.

### **5. Poalkoholowe zaburzenia neurorozwojowe (ARND Alcohol Neurodevelopmental Disorder).**

Do tej grupy zaliczamy wszystkie przypadki z rozpoznaną obecnością patologii OUN, zaburzeń zachowania niezgodnych z oczekiwanym poziomem rozwoju. Ponieważ defekty te nie są specyficzne dla działania alkoholu, diagnozę dla tej kategorii należy stawiać tylko w kontekście potwierdzonej ekspozycji na alkohol w okresie prenatalnym<sup>22</sup>.

Mając dokładne dane z wywiadu, można dokonać podziału ARND na trzy kliniczne postacie:

Łagodna postać ARND (w ocenie dysmorfologów zwana jako *Alcohol Related Neurobehavioral Disorder* – Zaburzenia Neurobehawioralne Związane z Alkoholem):

- zaburzenia w uczeniu się (zwłaszcza matematyki),
- zaburzony rozwój mowy receptywnej/ekspresywnej,
- współwystępowanie zaburzeń psychiatrycznych, np. ADHD,
- zaburzenia uwagi, impulsywność,
- deficyty funkcji adaptacyjnych i wykonawczych.
- Umiarkowana postać ARND:
- trudności w uczeniu się z opóźnieniem intelektualnym lub bez,
- przewlekła postać nie reaguje na standardowe leczenie farmakologiczne oraz terapie psychologiczne,
- neuropsychologiczne deficyty pamięci operacyjnej, funkcji wykonawczych, osądu, podejmowania decyzji, funkcji adaptacyjnych.

Ciężka postać ARND (przez dysmorfologów określana jako statyczna encefalopatia):

- uszkodzenie struktury mózgu,
- napady drgawek.

---

<sup>22</sup> P. Raczyński, *Materiały Informacyjne o Płodowym Zespole Alkoholowym FAS dla lekarzy*, PARPA, Warszawa 2007, s. 3–4.

W 2000 roku, autorzy pięciostopniowej kategorii klasyfikacji FAS, w celu uściślenia pojęć, zaproponowali nazwę Fetal Alcohol Spectrum Disorder(s) FASD. Ostatecznie wspólne oświadczenie NEOFAS (National Organisation of Fetal Alcohol Syndrom) i FASD Center of Excellence In Washington DC z 15 kwietnia 2004 roku w tej sprawie brzmi następująco: „Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) jest ogólnym terminem opisującym całe spektrum skutków rozwojowych u potomstwa matek pijących alkohol w okresie ciąży. Skutki te mogą obejmować zaburzenia rozwoju fizycznego, umysłowego, zachowania, uczenia się; mogą trwać przez całe życie. Termin FASD nie jest terminem przeznaczonym do wykorzystywania w diagnostyce klinicznej”<sup>23</sup>.

FAS został umieszczony na liście Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych IC-10.

Rozdział XVII pt. Wady wrodzone, zniekształcenia i nieprawidłowości chromosomalne (Q00 – Q99),

Inne wrodzone wady rozwojowe (Q80 – Q89),

Wrodzone wady i zespoły wad rozwojowych ze względu na znane przyczyny egzogenne, gdzie indziej nie sklasyfikowane (Q86), obejmujące teratogenne działanie substancji przenoszonych przez łożysko i mleko matki,

Płodowy Zespół Alkoholowy (dymorficzny) kod: Q86.0<sup>24</sup>.

Opisana powyżej procedura to jedna z możliwości badania u dzieci z FASD. Z uwagi na fakt, że FASD jest zespołem nieprawidłowości o różnorodnych objawach, pojawiają się rozliczne problemy diagnostyczne. U większości dzieci, aby ocenić czy dziecko ma zaburzony rozwój, istnieje konieczność przeprowadzenia specjalistycznych badań umożliwiających dokładne określenie zaburzonych obszarów. Najczęściej wykorzystywane badania pozwalające określić skalę i zakres występowania zaburzeń poalkoholowych to:

- Badania audiologiczne – dzieci z FASD cierpią często na nadwrażliwość lub niedowrażliwość słuchową. Zdarza się, że dzieci straciły słuch w wyniku nie leczonych, przebytych infekcji ucha środkowego, które u dzieci z zaburzeniami czucia mają przebieg bezbolesny.
- Badania rentgenowskie czaszki – w przypadku, gdy wielkość głowy dziecka jest wyjątkowo mała lub duża, lub gdy podejrzewa się zwapnienia wewnątrzczaszkowe czy wadliwy rozwój czaszki.

<sup>23</sup> M. Klecka, M. Janas-Kozik, *Dziecko z FASD Rozpoznanie różnicowe i podstawy terapii*, PAR-PA, Warszawa 2009, s. 8.

<sup>24</sup> *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*, Version for 2007 online: <http://www.srisangworn.go.th/icd10tm/icd10tm> (dostęp: 10.03.2014).

- Tomografia komputerowa CT mózgu – jest to technika umożliwiająca bezpośrednio obrazowanie mózgu. Badania tomograficzne są przydatne do wykrywania guzów, wodogłowia, torbieli, czy też nagromadzeń krwi/płynów, wrodzonych anomalii.
- Rezonans magnetyczny MRI – pozwala uzyskać przekrojowe obrazy mózgu. Badania MRI jest skuteczne w wykrywaniu nieprawidłowej mielinizacji oraz defektów pnia mózgu.
- Emisyjna tomografia pozytronowa PET – metoda pozwalająca otrzymać informację o funkcjonowaniu mózgu. Wskaźnikiem aktywności jest stopień wykorzystania przez niego glukozy. Największa ilość glukozy gromadzi się w najbardziej aktywnych komórkach mózgu.
- Elektroencefalografia EEG – technika ta mierzy zmiany aktywności elektrycznej na powierzchni mózgu. U osób z FASD badanie to może być pomocne, gdy podejrzewa się zaburzenia napadowe.

Do opracowania diagnozy dotyczącej OUN specjaliści neurorozwojowi posługują się tzw. profilem neurorozwojowym. Dzięki niemu oceniają funkcjonowanie OUN w porównaniu z prawidłowym rozwojem. Profil neurorozwojowy Tony Hager używany w programie FAstryga, stosowany w Centrum Opieki Zastępczej w Łędzinach odwołuje się do 12 poziomów funkcji neurologicznych, 4 oceniających funkcjonowanie zmysłów i 4 oceniających funkcje motoryczne. Cztery poziomy sensoryczne pozyskują, a potem przetwarzają informacje płynące ze zmysłów: dotyku, słuchu, wzroku, a także wyrażone przez emocje. Motoryka pozwala przechowywać i korzystać z informacji pochodzących ze zmysłów. Dzięki temu procesowi następuje rozwój mowy, pamięci, zdolności uczenia się, funkcjonowania społecznego, zachowania oraz funkcji poznawczych. Rozwój jest bezpośrednim następstwem tego, w jaki sposób mózg przyjmuje, przetwarza, gromadzi i wykorzystuje informacje płynące ze środowiska. Ewaluacja neurorozwojowa rozpoczyna się oceną funkcji poszczególnych zmysłów dziecka.

→ Dotyk – stanowi fundament i integruje wszystkie inne zmysły. Jego funkcjonowanie ocenie jest poprzez ustalenie czy:

Dziecko ma wewnętrzne czucie tzn. wie, kiedy jest głodne, odczuwa ból, kiedy chce skorzystać z toalety, czy ma właściwie napięte mięśnie i czy jest w stanie planować ruch?

- Czy jest nadwrażliwe na dotyk powierzchniowy (ma reakcje obronne)?
- Czy ma dobrą koordynację i zmysł równowagi?
- Czy jest w stanie dowolnie używać wszystkich kończyn razem i pojedynczo?

- Czy ma „chwyt pensetowy”?
  - Czy wszystkie zmysły są zintegrowane?
- Słyszenie i widzenie:
- Czy dziecko rozumie to, co słyszy i potrafi rozróżnia dźwięki i zlokalizować źródło dźwięku?
  - Czy rozumie, co widzi, czy ma tylko zdolność widzenia?
  - Czy potrafi tworzyć obrazy w swoim umyśle?
- Rozwój emocjonalny i społeczny
- Czy dziecko rozumie normy społeczne?
  - Czy potrafi samo wyciszyć swoje emocje?
  - Czy wytworzyło relacje przywiązania w stosunku do swoich opiekunów?
  - Czy potrafi prowadzić rozmowę, czy udziela tylko prostych odpowiedzi złożonych z kilku słów?
  - Czy rozumie mowę ciała i język gestów?
- Motoryka duża i mała:
- Czy dziecko używa swoich rąk w sposób kontrolowany i celowy?
  - Czy jest w stanie zapinać guziki, wiążąc sznurówki, pisać, używać sztućców?
  - Czy używa rąk razem czy osobno?
  - Czy potrafi pełzać na brzuchu, raczkować, chodzić, biegać, kopać, wspinać się, podskakiwać na jednej lub na obu nogach, skakać kontrolując ruch, napięcie mięśniowe i postawę?
- Mowa:
- Na ile dziecko rozwinęło słuchanie (receptywność mowy)?
- Jak komunikuje się z otoczeniem?
- Jaka jest jakość dźwięków wydawanych przez nie (artykulacja)?
- Czy dziecko we właściwy sposób porusza językiem i żuchwą, czy ma właściwe czucie oralne?
- Czy oddycha przez nos czy przez usta?
- Pamięć krótkotrwała, operacyjna – jest niezbędna do uczenia się. Jeśli zdolność do przetwarzania informacji jest mała, dzieci mają trudności z uczeniem się, nie są w stanie przewidzieć konsekwencji działania, nie rozumieją przyczyn i skutków, nie potrafią podjąć decyzji.
- Funkcje poznawcze (kognitywne) i społeczne (zachowawcze) – słaba umiejętność przetwarzania informacji powoduje trudności z myśleniem, uczeniem się i rozumieniem świata zewnętrznego. Dzieci nie rozumieją pojęcia czasu

i wartości pieniądza a więc pojęć abstrakcyjnych. Nie mają zdolności do logicznego myślenia<sup>25</sup>.

Kluczem do zrozumienia dzieci z FASD jest świadomość, że są one nie tylko dziećmi alkoholików, u których większość zachowań i zaburzeń ma swoje źródło w środowisku pełnym przemocy i zaniedbania. Osoby z FASD prezentują kliniczne objawy związane z toksycznym działaniem alkoholu na rozwijający się mózg w okresie prenatalnym, co nie zależy tylko od patologicznego środowiska rodzinnego, ale może pojawić się praktycznie w każdej rodzinie, w której matka spożywała alkohol będąc w ciąży.

Rodzice wychowujący dzieci z Alkoholowym Zespołem Płodu winni zwrócić szczególną uwagę na następujące aspekty swoich relacji z dzieckiem: prawidłowe zrozumienie sposobu funkcjonowania dziecka, dokładne poznanie zarówno jego silnych jak i słabych stron; osiągnięcie umiejętności dokładnej interpretacji zaobserwowanych problemów związanych z jego funkcjonowaniem; koncentrowanie się na zmianach w jego środowisku, w taki sposób aby nie dopuścić do szybkich, gwałtownych zmian a raczej zapewnić stabilność i stałość; koncentracja uwagi na zmianach w zachowaniu dziecka, która zapewni możliwość ich rozumienia; podejmowaniu interwencji na poziomie funkcjonowania danego dziecka, stosownie do jego możliwości rozwojowych; zachowaniu elastyczności w stosunku do dziecka; wyzwalaniu większej kreatywności w sobie i dziecku. Wychowując i opiekując się dzieckiem z FAS warto, aby rodzice zwrócili uwagę na najczęściej występujące i obserwowane skutki prenatalnego narażenia na działanie alkoholu. Rodzice powinni wiedzieć, że alkohol wypity przez matkę w okresie ciąży powoduje, iż dziecko ma słabą pamięć roboczą, zmniejszoną szybkość przetwarzania informacji roboczych, obniżoną integrację wizualno-motoryczną, niedojrzały język społeczny, opóźnione funkcjonowanie na poziomie adaptacji behawioralnej, słabą umiejętność podejmowania decyzji, trudności w uogólnianiu, jest ciągle aktywne, ma niespójne reakcje na leki psychotropowe. Zaburzenie funkcjonowania dziecka z alkoholowym zespołem płodu często jest błędnie interpretowane przez rodziców i opiekunów i postrzegane jako zachowanie przejawiającą się postawą: egoistyczną, manipulatorską, wynikającą z żądzy władzy i kontroli, leniwą, wskazującą, że nic go nie obchodzi, wskazującą na uszkodzenie słuchu, braku szacunku dla starszych, kłamliwą. W sytuacji osłabionej pamięci roboczej rodzice i opiekunowie mogą odwoływać się i używać strategii polegających na: używaniu pomocy wizualnych i ruchowych przy podawaniu instrukcji werbalnych, a zatem

---

<sup>25</sup> M. Klecka, *FAScynujące...*, dz. cyt., s. 141–149.

łączeniu różnych technik komunikowania; dzieleniu informacji na mniejsze fragmenty i ich kolejną realizację; częste zadawanie nowych, przedtem nieznanych zadań; uczenie wideo-modalane wykorzystujące zasadę: usłysz to, zobacz to, dotknij tego; stosowanie powtarzalnych czynności, odwołanie się do rutyny, do momentu, aż stanie się ona automatyczną; unikanie potencjalnych błędów i sytuacji, w których mogą zadziałać bodźce rozpraszające uwagę; nauczenie dziecka, aby potrafiło powiedzieć innym, że nie pamięta i prosiło o powtórzenie; nauczenie dziecka robienia efektywnych metod robienia notatek. Kolejnym częstym problemem w funkcjonowaniu dziecka z FAS jest mała szybkość przetwarzania informacji, czyli zdolność do poprawnego odbierania informacji wizualnych i werbalnych oraz ich szybkiego przetwarzania w celu efektywnego rozwiązania problemu. Bardzo często w takich sytuacjach rodzice i opiekunowie dziecka interpretują jego zachowania jako: głupie; buntownicze; zaczepne; niesamodzielne; zależne; traktują je jak ciągle czegoś potrzebujące, wymagające; jako nie wkładające wysiłku w swoją pracę, w podejmowane przez siebie działania. Strategie pomocne w rozwiązywaniu problemów wynikających z zwolnionej szybkości przetwarzania wiedzy będą polegały na: przeznaczeniu większej ilości czasu na wykonanie zadań przez dziecko; wolniejszym mówieniu i przekazywaniu informacji; obniżeniu oczekiwań, aby dziecko mogło odnosić więcej sukcesów, motywujących je do dalszej pracy; większej precyzji i konkretności w sytuacji wyjaśniania zadań, wydawania poleceń, przekazywaniu informacji; organizowaniu zadań w sposób sekwencyjny - czyli krok po kroku. Bardzo poważnym problemem wynikającym z Alkoholowego Zespołu Płodu są zaburzenia socjalizacji, czyli nabywania umiejętności społecznych przez dziecko. Ma ono problemy z nawiązaniem przyjaźni i znajomości odpowiednich do jego wieku, przejawianiu umiejętności zabawy adekwatnych do wieku i sytuacji. Nie umie zaangażować się we współpracę na poziomie odpowiednim do wieku i zgodnie ze zdolnościami kognitywnymi, ma też problemy z efektywnym i właściwym rozwiązywaniem sytuacji konfliktowych, czy podejmowaniem decyzji. Stąd często pojawiające się błędy w interpretacji zachowania dziecka. Najczęściej polegają one na tym, iż przypisujemy mu złe wychowanie, zarzucamy nieumiejętność przywiązania się do innych, zachowanie się jak dziecko, powolność. Denerwuje nas jego szukanie zainteresowania u innych, czy też różnorodne zaburzenia zachowania najczęściej określane jako socjopatologia. Jakie strategie pomogą rodzicom i opiekunom skutecznie radzić sobie z przejawami niedojrzałości społecznej dziecka z FAS. Otóż powinni oni: poprzez doświadczenie pracy w grupie rozwijać ich umiejętności społeczne, zwiększyć uwagę na planowanie przeżyć, doświadczeń z grupą rówieśników



w różnorodnych, ale konkretnych sytuacjach życiowych; w miarę możliwości ściśle i ciągle monitorować zabawy dziecka; stwarzać możliwości odnoszenia przez dziecko sukcesów społecznych np. uczestnictwo w zorganizowanych grupach sportowych, harcerskich itp.; uczyć i ćwiczyć proste strategie dawania sobie rady w trudnych sytuacjach; uczyć i ćwiczyć z dzieckiem aby umiało komunikować o napotkanych nieestosownych, niepożądanych wydarzeniach; znać grono przyjaciół dziecka ich rodziny. Aby móc być skutecznym w swoich działaniach, rodzice winni dbać o efektywne poparcie, znajdować w swoim środowisku osoby mogące udzielić im pomocy. Winni tworzyć swoistą grupę wsparcia dla siebie i swojego dziecka. Warto zatroszczyć się o znalezienie pomocy u specjalistów zajmujących się problemami dziecka. Skuteczni w tym zakresie mogą być: lekarze, psycholodzy, pedagodzy, pracownicy socjalni, nauczyciele. Niestety, często wiedza tych środowisk na temat Alkoholowego Zespołu Płodu jest jeszcze niewystarczająca. Zdarza się, że wielu rodziców popada w frustrację napotykając na swojej drodze same przeszkody, kiedy kolejnym osobom próbują wytłumaczyć na czym polegają kłopoty i choroba ich dziecka, gdy walczą o wydanie trafnej diagnozy lub zmianę błędnej. Dlatego tak istotne jest, aby znali oni przysługujące im i ich dzieciom prawa. Stosunkowo ważnym jest fakt współpracy rodziców dzieci z FAS między sobą. Takie rodzinne forum wymiany doświadczeń, rozmów o bieżących problemach, pozwoli na przełamanie bariery poczucia osamotnienia, zmniejszy obciążenia psychiczne, pozwala na nawiązanie trwałych więzi emocjonalnych z innymi rodzicami. Może zaowocować także zmianą nastawień do problemu, jakim jest posiadanie dziecka z FAS. Często jest to jedyna możliwość zdobycia konkretnych informacji dotyczących sposobów reagowania w sytuacjach trudnych, informacji o sposobach pracy z dzieckiem, wreszcie o instytucjach niosących skuteczną pomoc w walce z tą dotkliwą dla dziecka i rodziny i społeczeństwa chorobą.



## Problemy alkoholowe młodzieży

Alkohol jest najbardziej popularnym środkiem odurzającym wśród młodzieży. Wielu nastolatków sięga po alkohol w wyniku buntu czy przekory w stosunku do rodziców, którzy tego nie aprobują lub dlatego, że jest to zakazane. Często posłużenie się fałszywym dowodem osobistym przy zakupie alkoholu to dla dorastającej młodzieży czysta zabawa, o której będą pamiętać przez wiele dni, czy nawet tygodni. „Zgodnie z polskim prawem nie wolno sprzedawać napojów alkoholowych niepełnoletnim (osobom poniżej 18 roku życia). Sprzedającemu grozi za to utrata zezwolenia na sprzedaż alkoholu. Naruszenie tego prawa stało się powszechne. Ocenia się, że aż w 85% punktów dystrybucji alkoholu miały miejsce przypadki łamania prawa”<sup>1</sup>.

Mówiąc o alkoholu, mamy na myśli biologicznie czynną substancję, jaką jest alkohol etylowy, czyli etanol. Spożywanie alkoholu wywołuje zmiany funkcjonowania psychomotorycznego jednostki. Pomijając uwarunkowania indywidualne organizmu, najlepszym wskaźnikiem stanu upojenia jest ilość promili alkoholu we krwi. Powszechnie wiadomo, że czynnikami wpływającymi na stan upojenia są ilość spożytego alkoholu i czas w jakim został on spożyty. Innymi słowy im większa dawka w krótszym czasie, tym większe upośledzenie sprawności psychofizycznej i intelektualnej młodego człowieka.

---

<sup>1</sup> W. Skrzypczyk, *Młodociani alkoholicy czy nadmiernie pijąca młodzież*, „Problem” 1996, nr 9, s. 7.

Sposoby picia alkoholu można podzielić na podstawowe, często powtarzające się wzorce:

- picie ryzykowne – mamy z nim do czynienia, gdy po spożyciu alkoholu wykonywana jest czynność o podwyższonym ryzyku, np. prowadzenie pojazdu, praca w szczególnych warunkach. Sytuacja ta ma miejsce, gdy wiemy, że będzie od nas wymagana pełna koncentracja, szybki refleks lub precyzja, a i tak decydujemy się napić. Specyfiką tego typu jest to, że wypicie nawet najmniejszej ilości alkoholu może okazać się bardzo ryzykowne,
- nadużywanie alkoholu – powtarzający się wzorec picia, prowadzący do szkód fizycznych, psychicznych lub cierpienia.

Możemy mówić o nadużywaniu alkoholu, gdy w przeciągu roku wystąpi jeden z niżej wymienionych objawów:

- zaniechanie lub nie wywiązywanie się z obowiązków i ról, na skutek powtarzającego się nadużywania alkoholu,
- wielokrotne spożywanie alkoholu w sytuacjach zagrażających zdrowiu,
- picie alkoholu powodujące powtarzające się konflikty z prawem,
- powstające i utrzymujące się konflikty i problemy społeczne nie są podstawą do zaprzestania spożywania alkoholu.

Nadużyciem nazywamy sytuacje patologiczne, do czasu nie spełnienia kryteriów przypisanych uzależnieniu od alkoholu potocznie zwanego alkoholiżmem. Mianem tym określane jest wadliwy wzorec szkodliwy społecznie, psychicznie i fizycznie, którego podstawą są: uznanie spożywania alkoholu za jedną z potrzeb podstawowych oraz utrata kontroli nad spożywaniem alkoholu<sup>2</sup>.

Zawarte powyżej rozważania, kategoryzacje, sformułowania i wzorce dotyczą problemu alkoholowego dorosłych. W odniesieniu do młodzieży stosuje się inne kryterium. Ogólnie przyjmuje się, że nawet najmniejsza ilość alkoholu spożyta przed 16 rokiem życia może mieć szkodliwy wpływ na organizm. Zgodnie z tą zasadą, problemem alkoholowym młodzieży nie będzie picie ryzykowne czy nałogowe, a celowe wypijanie każdej, nawet najmniejszej ilości alkoholu<sup>3</sup>.

Coraz większa grupa dzieci, młodzieży i dorosłych sięga w Polsce po alkohol. Zaburzają w ten sposób swój rozwój fizyczny, psychiczny i społeczny, wchodzą na drogę uzależnień. Zjawiska tego nie ograniczają w żaden sposób prowadzone od lat antyalkoholowe kampanie społeczne, działania profilaktyczne podejmowane na poziomie szkół różnych poziomów, przez instytucje państwowe, samorządowe

<sup>2</sup> I. Pospiszyl, *Patologie społeczne*, Wyd. PWN, Warszawa 2008, s. 126–128.

<sup>3</sup> [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=119&Itemid=115](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=119&Itemid=115) (dostęp: 13.12.2013).

czy kościelne. Niestety z przykrością należy skonstatować fakt niskiej czy wręcz bardzo niskiej skuteczności tego typu działań. Napoje alkoholowe to najpowszechniej spożywane dobra konsumpcyjne, a jednocześnie bardzo specyficzne. Ta specyfika związana jest z negatywnymi następstwami zdrowotnymi i społecznymi. Negatywne następstwa związane są jak wcześniej przedstawiono z psychoaktywnym działaniem alkoholu. Z drugiej strony musimy mieć świadomość, że w naszym społeczeństwie funkcjonują swoiste normy alkoholowe dotyczące ilości, częstotliwości i okoliczności sięgania po niego. Jeżeli te normy nie są w znacznym stopniu przekraczane możemy wręcz mówić o społecznej akceptacji zachowań związanych z piciem alkoholu. Zatem gotowość do przestrzegania tych norm jest w znacznym stopniu społecznym klimatem wokół picia, ale też specyficzną formą polityki państwa, sprzyjającą konsumpcji alkoholu, bądź nastawioną na ograniczanie jego spożycia. Problem w szczególności dotyczy młodych ludzi, dopiero wchodzących w swoje dorosłe życie. Młodzież i dzieci sięgają po alkohol z uwagi na liczne problemy emocjonalne, które właśnie za pomocą alkoholu pragną rozwiązać. A. Pacewicz zwraca uwagę na osiem podstawowych przyczyn sięgania po alkohol przez dzieci i młodzież. Są one następujące: chęć dopasowania do kolegów, chęć przynależności do grupy; poczucie się dorosłym; bycie spoko i na luzie; zapomnienie o kłopotach; przestanie bycia nieśmiałym; sprawdzenie jak to jest; złamanie nakazu; dobra zabawa<sup>4</sup>.

Wiemy że alkohol może w znacznym stopniu modyfikować sposób przeżywania naszego życia. Wielu cierpiących a jednocześnie młodych ludzi pragnie poprawić własny nastrój, nie poprawiając własnego życia i zachowania. Alkohol okazuje się atrakcyjny dla tych, którzy przeżywają stany lęku, niepokoju, rozgoryczenia, niechęci, niemożności, depresji, cierpiących na skutek licznych kompleksów, pustki, wyobcowania, odrzucenia, zaburzona relacji międzyludzkich. Efektem przeżywania takich stanów emocjonalnych jest sięganie przez dzieci i młodzież po alkohol. A to pierwszy krok do uzależnienia, na które szczególnie podatne są osoby bez właściwej hierarchii wartości, nie zadający sobie trudu tworzenia pozytywnych więzi w swoim najbliższym środowisku, którzy nie są odporni na frustrację, stres, nie stawiają sobie wymagań ani nie przejmują odpowiedzialności za swoje życie i postępowanie. Warto podkreślić w tym miejscu szczególnie ważną rolę rodziny, która z reguły wywiera na młodego człowieka najsilniejszy wpływ. Buduje jego postawę życiową. Niestety z przykrością stwierdzamy, że współczesna rodzina nie zawsze skutecznie i prawidłowo wywiązuje

---

<sup>4</sup> A. Pacewicz, *Jak pomóc dziecku nie pić*, PARPA, Warszawa 1997, s. 8–10.

się ze swoich obowiązków wobec młodego pokolenia. Często jest tak, że rodzice skoncentrowani są na swoich problemach, swojej pracy zawodowej, bogaceniu się, konsumpcji, często są nieświadomi swoich obowiązków i celów życiowych. Nie okazując dziecku należytej uwagi, nie przekazując i nie budując systemu wartości, nie przekazując właściwych wzorców postępowania, przyczyniają się do rozwoju kompulsywnych zachowań u swoich dzieci. Brak miłości, umiejętności dawania siebie powoduje w konsekwencji problemy wychowawcze i konflikty w rodzinie, które zaburzają relacje wewnątrzrodzinne.

Alkohol ma negatywny wpływ na cały organizm. Toksyczne działanie alkoholu i jego metabolitów ma bezpośredni, negatywny wpływ na tkanki i narządy. Wchodzą one w reakcje z fizjologicznymi substancjami organizmu. Pośredni wpływ alkoholu objawia się zaburzeniem homeostazy poprzez wpływ na układ wegetatywny, endokrynną, odpornościowy, gospodarkę wodno-elektrolitową, reakcje metaboliczne, itp. Biorąc pod uwagę punkt widzenia toksykologii, alkohol jest trucizną w każdej dawce i postaci. Jednakże uważa się, że spożycie małych dawek alkoholu nie powoduje żadnych negatywnych skutków zdrowotnych. Są jednak grupy, które nie powinny wcale spożywać alkoholu, a wśród nich wymienić można:

- młodych ludzi – alkohol wywołuje u nich dużo cięższe zaburzenia niż u dorosłych, powodując dodatkowo poważne problemy społeczne,
- kobiety w ciąży i matki karmiące piersią – negatywny wpływ na płód (np. FAS) i zdrowie dziecka,
- osoby przyjmujące leki wchodzące w reakcje z alkoholem,
- ludzie znajdujący się w sytuacjach wykluczających picie – pracownicy, kierujący pojazdami, uczniowie, itp.
- osoby, na które nawet najmniejsza ilość alkoholu ma widoczny negatywny wpływ<sup>5</sup>.

Cykliczne spożywanie alkoholu przez nastolatki, niezależnie od ilości, może zaburzać procesy rozwojowe. Nawet ilość nieszkodliwa dla dorosłych, nie jest ilością bezpieczną dla młodych organizmów. Wśród takich zaburzeń wymienić można:

- wpływ na układ nerwowy – znajdując się w fazie rozwojowej układ nerwowy jest dużo bardziej podatny na negatywny wpływ alkoholu. Do najczęstszych skutków takiej sytuacji zaliczyć można zaburzenia w ośrodkowym

---

<sup>5</sup> [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=44&Itemid=8](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=44&Itemid=8) (dostęp: 03.07.2014).

układzie nerwowym, czego efektem jest zmniejszenie zdolności uczenia i zapamiętywania, obniżenie inteligencji i koordynacji wzrokowo-ruchowej. Zmiany te trwale upośledzają młody organizm; w tej grupie uwzględnić należy również zaburzenia rozwoju emocjonalnego i opóźnienie dojrzewania,

- młody organizm dużo łatwiej uzależnia się od środków psychoaktywnych.

Zgodnie z badaniami amerykańskich naukowców, spożywanie alkoholu przed 15 rokiem życia zwiększa prawdopodobieństwo uzależnienia czterokrotnie w porównaniu do osób zaczynających picie po 20 roku życia. W dodatku uzależnienie od alkoholu w młodym wieku zwiększa ryzyko uzależnienia od nikotyny i narkotyków<sup>6</sup>.

Okres dojrzewania jest jednym z najważniejszych okresów życia człowieka. Eksperymenty i wzorce zachowań jakie podejmuje młody człowiek mogą bezpośrednio lub pośrednio wpłynąć na jego zdrowie i zachowanie w różnych okresach czasu. Często zaburzają one dalszy rozwój człowieka, nie tylko w okresie adolescencji, ale również w okresach późniejszych. Jednym z takich zachowań może być picie alkoholu. Przyjmuje się, że młodzież w wieku 17–18 lat przeważnie regularnie spożywa alkohol. Jest to nagminną przyczyną naruszania norm społecznych i obyczajowych. Szacuje się, że picie alkoholu jest jednym ze szczególnie ważnych centralnych elementów syndromu zachowań problematycznych okresu dorastania<sup>7</sup>.

Należy jednak zwrócić uwagę na fakt istnienia dwóch typów nałogowego spożywania alkoholu.

Pierwszy typ alkoholizmu warunkują czynniki zewnętrzne (np. środowisko życia). Charakterystyczny dla niego jest fakt rozwoju u dojrzałych jednostek oraz występowanie w tym samym stopniu u obojga płci. Drugi jest znacznie gorszy z punktu widzenia społecznego. Po pierwsze cierpią na niego głównie mężczyźni. Po drugie rozwija się już w wieku młodzieńczym. Po trzecie wiąże ze sobą zachowania antyspołeczne. Przyczyną tego typu alkoholizmu jest dziedziczenie, informacje i cechy zawarte w genach. Najprawdopodobniej w 19 i 21 parze chromosomów. Warto podkreślić, że nosicielami tego zespołu są mężczyźni. Jednym z podstawowych skutków społecznych alkoholizmu jest autodestrukcja

---

<sup>6</sup> [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=119&Itemid=115](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=119&Itemid=115) (dostęp: 13.07.2014).

<sup>7</sup> B. Boćwińska-Kiluk, *Picie problemowe alkoholu a zadania rozwojowe wieku dorastania*, „Opieka Wychowanie Terapia” 2006 nr 1–2, s. 5.

jednostki. Pojęciem tym określamy sytuację, w której dany osobnik działa na własną szkodę, doprowadzając świadomie do pełnego wyniszczenia, a nawet śmierci.

Możemy mówić o dwóch postawach warunkujących takie zachowania:

- W pierwszej znajdują się osoby, które chcą skończyć ze sobą, gdyż mają dość świata, na którym żyją. Przyczyną takiej postawy są częste depresje, frustracje i zmęczenie życiem, które często towarzyszy alkoholikom.
- Druga postawa, występująca częściej, brzmi: „wiem, że się niszczę, ale nie uświadamiam sobie tego i egzystuję nadal tak, jakby nic się nie stało”. W efekcie czego nawet wyraźne sygnały ostrzegawcze nie są w stanie przekonać daną jednostkę do zaprzestania spożywania alkoholu.

Drugim poważnym skutkiem społecznym charakterystycznym dla każdego uzależnionego od etanolu jest mechanizm iluzji i zaprzeczeń. Zasada jego działania jest prosta, osoba uzależniona nie uwzględnia i neguje wszystkie argumenty pokazujące negatywne skutki picia. Dzieje się tak, gdyż wyniszczony alkoholem system nerwowy uniemożliwia pijącemu racjonalną krytykę, świadome myślenie i panowanie nad sobą. Wskutek czego osoba z problemem alkoholowym nie uwzględnia faktów i argumentów, oraz za każdym razem znajduje dla siebie wytłumaczenie. Uzależniony nie żyje w świecie realnym, tylko wśród stworzonych przez siebie fikcji i złudzeń, co bardzo zaburza kontakt z rzeczywistością. Stany halucynacji i majaczenia są chroniczne i nie ustępują po zaprzestaniu picia.

Kolejnym ważnym aspektem alkoholizmu jest nieuleczalność tej choroby. Chociaż efekty choroby są do zatrzymania, jej skutki są niemożliwe do cofnięcia. Tak więc, nawet jeśli dana jednostka zaprzestanie spożywania alkoholu, nie przestanie być alkoholikiem, co wiąże się z ciągłym występowaniem dysfunkcyjności niektórych układów w organizmie.

Warto również wspomnieć o psychodegradacji alkoholowej, czyli nieodwracalnych zmianach osobowości, jakie są charakterystyczne dla uzależnionych od alkoholu.

Jako, że przemoc i uzależnienie od alkoholu mają cechy wspólne (np. ograniczona kontrola nad sobą), często idą w parze. Problemem wynikającym z tej sytuacji jest nie dopuszczanie do siebie konsekwencji płynących z agresywnego zachowania. W późniejszym stadium, uzależniony odpowiada agresją nie tylko na złość, ale również na smutek, rozczarowanie, przygnębienie czy podniecenie. Warto wspomnieć, że w ostatnim ćwierćwieczu 14% zabójstw na tle ekonomicznym i aż 50% związanych z odwetem popełnionych było przez osoby znajdujące się pod wpływem alkoholu. Również szeroko rozumiana przemoc seksualna,

do której zaliczyć należy również gwałty (także mające miejsce w małżeństwach) często spowodowana jest nadużywaniem alkoholu.

Nadmierne spożywanie alkoholu potęguje pragnienie posiadania, jak również takie uczucia jak zazdrość, czego skutkami są przestępstwa przeciw mieniu (np. kradzieże, wymuszenia, akty wandalizmu). Sytuacje takie mają miejsce nawet w najbliższym otoczeniu osoby pijącej. Alkoholik, przez swoją agresywność, wybuchowość i nieodpowiedzialność jest niebezpieczny również podczas trwania głodu alkoholowego. Trzeba również dodać, że na przestrzeni ostatnich lat rośnie liczba ofiar wypadków spowodowanych przez osoby kierujące pojazdami mechanicznymi.

Nadmierne spożywanie alkoholu zawsze ciągnie za sobą konsekwencje społeczne. Konsekwencje te można rozpatrywać na bazie trzech najważniejszych sfer życia człowieka:

- sfera osobista – wiąże się z życiem prywatnym, obniżeniem standardu życia, utratą bliskich i przyjaciół, wzrostem zachowań ryzykownych i agresywnych, degradacją osobowości, utratą zdrowia, itp.;
- sfera prawna – związana z naruszaniem prawa i częstymi konfliktami z policją;
- sfera zawodowa – wiążąca się z utratą wiarygodności, obniżeniem kompetencji zawodowych, ryzykiem utraty pracy, itp.

Reasumując powyższe nieuniknione jest stwierdzenie, że niekontrolowane spożywanie alkoholu powoduje wyniszczenie człowieka. Leczenie, które można podjąć jest na ogół czasochłonne i bardzo kosztowne. Dla przykładu, wskutek picia oraz związanych z nim szkód większość państw traci ok. 2–3% PKB rocznie. Wiąże się to między innymi z problemem bezrobocia wśród osób uzależnionych. Ich rodziny, jak również oni sami, są często finansowani przez państwa, poprzez różne zasiłki czy świadczenia socjalne. Pojawia się również proceder przyznawania rent ze względu na stan zdrowia. Osoby uzależnione posuwają się nawet do oszukiwania lekarzy, komisji, wykorzystywania dobroduszości i luk prawnych, aby uzyskać dodatkowe świadczenia<sup>8</sup>.

Wszystkie wskaźniki i raporty pokazują niekorzystny wzrost alkoholowych zachowań ryzykownych wśród młodzieży. Przytoczony wcześniej raport obejmujący statystyki sporządzone przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych daje do zrozumienia, że wiek inicjacji alkoholowej oraz częstość

---

<sup>8</sup> M. Banach, *Alkoholowy zespół płodu. Teoria, diagnoza, praktyka*, Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna „Ignatianum”, Wyd. WAM, s. 17–59.



spożywania napojów alkoholowych przez młodzież staje się coraz większym i na szczęście częściej dostrzeganym problemem naszego społeczeństwa. Przy takim stanie rzeczy istnieje zagrożenie pojawienia się znacznej liczby młodocianych alkoholików w Polsce. Zważywszy, że zagrożenie wystąpieniem choroby alkoholowej jest tym większe im wcześniej zaczyna się spożywać alkohol, należy ustalić przyczyny spożywania alkoholu przez nieletnich. Oczywiście przyczyn takiego stanu rzeczy jest nieskończenie wiele. Każdy nastolatek ma swoją historię i swoje powody, aby uciekać w stan odurzenia. Można jednak wymienić kilka tych, które powtarzają się najczęściej:

- ciekawość, kierująca nastolatkami do sprawdzenia wszystkiego co jest im nieznane,
- reklamy pokazujące alkohol jako nieodłączną część życia,
- wzorce, czyli ludzie, których młodzi starają się naśladować,
- dostępność, czemu nie korzystać z czegoś, co może dostać każdy,
- popularność, czyli opinia, że wszyscy spożywają alkohol,
- „pozytywne” skutki picia alkoholu, czyli fakt, że powoduje on poprawę samopoczucia i rozluźnienie przy minimalnym wysiłku,
- opinie, przecież picie alkoholu to świetna zabawa<sup>9</sup>.

Pod wpływem alkoholu ludzie uwalniają się od zahamowań i stają się bardziej rozmowni, zabawni, energiczni. Jednak konsekwencje picia alkoholu mogą być bardzo dotkliwe. Jest wiele przyczyn i powodów, dla których młodzi ludzie sięgają po alkohol. Główne to sposób manifestacji własnej, domniemanej dorosłości w stosunku do otoczenia szczególnie skierowanej do rodziców oraz nierespektowanie prawa.

Kolejnym powodem popularności alkoholu wśród młodzieży jego ogólna, łatwa dostępność. Na porządku dziennym są zabawy, na których nastolatki piją alkohol. Spotkania bezalkoholowe są praktycznie nie znane w wielu społecznościach. To nie jest przypadek, że alkohol jest najczęstszą używką młodzieży, po prostu najłatwiej go dostać. „Istnieje także bardzo groźny zwyczaj agresywnego przymuszania do picia i interpretowania wspólnego spożywania alkoholu jako sprawdzianu przyjaźni, więzi i zaufania. 75% młodzieży pijącej alkohol przyznaje, że najczęściej zdarza się to przy okazji różnych uroczystości: urodziny, imieniny itp. lub innych spotkań towarzyskich w gronie rówieśników. Z wypowiedzi młodzieży wynika, że alkohol towarzyszy przede wszystkim rozrywce i zabawie zarówno w domu swoim i kolegów, jak i poza domem: dyskoteki, wycieczki.

---

<sup>9</sup> K. Mrozek, *Młodzież a alkohol*, „Wychowawca” 2003 nr 12, s. 20.



Około 50% ankietowanych uczniów przyznaje, że piło alkohol w czasie uroczystości rodzinnych w obecności rodziców<sup>10</sup>.

Ważną rolę we wczesnej inicjacji alkoholowej odgrywa reklama alkoholu. Odbiorcy reklam, którymi często są młodzi ludzie, dostrzegają atrakcyjność i przyjemność z powodu picia alkoholu. Reklamy mają za zadanie zachęcić odbiorców do konsumpcji danego towaru i w tej kwestii spełniają się wysmienicie. Przeprowadzono wiele badań dotyczących społecznego sposobu odbierania reklam alkoholu wśród dzieci i młodzieży. Stwierdzono, że zdolność dzieci do analizy treści reklam alkoholu rośnie wraz z wiekiem. Dzieci i młodzież mogą mieć sceptyczny sposób w stosunku do informacji płynących z reklam, ale akceptują tę formę przekazu i czerpią z niej przyjemność<sup>11</sup>. Z wiekiem dzieci nabierają wiedzy na temat alkoholu i zmieniają się ich postawy wobec niego. Początkowo ich stosunek do alkoholu jest negatywny. Jednak około 10 roku życia, kiedy dzieci wchodzi w okres dojrzewania orientacja względem alkoholu staje się pozytywna. Duży wpływ na młodzież ma tutaj rodzina i środowiska rówieśnicze. W Polsce jest wiele rodzin, w których nadużywanie alkoholu jest na porządku dziennym, a rodzice lub rodzic jest alkoholikiem. Taka sytuacja zaburza wzorzec rodziny, dziecko często ma problemy emocjonalne dotyczące swojego życia.

Polskie prawo całkowicie zabrania reklamowania alkoholu. Artykuł 13. ustęp 3. Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi głosi: „zabrania się prowadzenia na obszarze kraju reklamy napojów alkoholowych”<sup>12</sup>. Przepis ten niejednokrotnie był łamany, z powodu bardzo wysokich zysków, jakie przynosiła nielegalna reklama napojów alkoholowych, a kary za te wykroczenia były nieadekwatne do ich zysków.

Bezpośrednią przyczyną używania alkoholu przez nieletnich są również problemy emocjonalne. Alkohol poprawia nastrój, znikają obawy, strach, poczucie winy. Stany emocjonalne ulegają nagłej zmianie. Sięganie po alkohol w sytuacjach trudnych, dla polepszenia swego samopoczucia, jest pierwszym sygnałem wchodzenia na drogę uzależnienia.

Oprócz wyżej wymienionych przyczyn sięgania po alkohol, młodzież wymienia jeszcze inne powody:

- ułatwia kontakty z obcymi ludźmi, rówieśnikami;
- pomaga w załatwieniu różnych spraw;

<sup>10</sup> T. Kulisiewicz, *Alkohol a młodzież*, w: *Bądźmy trzeźwi*, T. Kulisiewicz (red.), PAX, Warszawa 1982, s. 98.

<sup>11</sup> M. Łakomski, *Dlaczego integralny program profilaktyczny w szkole*, „Impuls”, Kraków 2004.

<sup>12</sup> Ustawa o wychowaniu w trzeźwości, DzU nr 127, poz. 593, 1982.

- rozluźnia, rozładowuje napięcie;
- jest ucieczką od rzeczywistości;
- aby nie być „gorszym”;
- „nie wypada odmówić”<sup>13</sup>.

Podsumowując, można stwierdzić, że nieletni używają go głównie dlatego, bo gwarantuje natychmiastowe osiągnięcie wspaniałego samopoczucia przy małym wysiłku. Inni sięgają dlatego, że zaimponowali im idole, zobaczyli ciekawą reklamę lub łatwiej im znieść trudności życiowe<sup>14</sup>.

Bohdan T. Woronowicz uważa, że „Można wskazać czynniki powstrzymujące od spożywania alkoholu. Będą to np. nieprzyjemne reakcje fizjologiczne na alkohol, ograniczenia finansowe, zaangażowanie w inne działania i realizacja innych zainteresowań, brak aprobaty ze strony najbliższego otoczenia (rodzina, znajomi, współpracownicy), udział w grupach religijnych bądź kulturowych, gdzie picie jest zabronione lub źle widziane oraz wiele innych”<sup>15</sup>.

Intensywne spożywanie alkoholu w okresie dojrzewania niesie ze sobą negatywne skutki. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych podaje, że do negatywnych konsekwencji kojarzonych z pićm alkoholu przez młodocianych należą:

Skutki odnoszące się do zdrowia fizycznego:

- podwyższenie poziomu enzymów wątrobowych, co prowadzi do marskości wątroby;
- używanie innych substancji psychoaktywnych tj. papierosy, narkotyki, środki farmakologiczne;
- wypadki drogowe ze skutkiem śmiertelnym, kraksy samochodowe i motocyklowe;
- nieumyślne okaleczenia;
- zabójstwa;
- samobójstwa;
- wczesna inicjacja oraz większa aktywność seksualna o bardzo ryzykownym charakterze;
- rzadsze stosowanie prezerwatyw i zwiększone ryzyko zakażenia HIV oraz chorób przenoszonych drogą płciową, ciąży;

---

<sup>13</sup> M. Łakomski, *Dlaczego integralny program...*, dz. cyt.

<sup>14</sup> R. Maxwell, *Dzieci, alkohol, narkotyki. Przewodnik dla rodziców*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000, s. 61.

<sup>15</sup> B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza...*, dz. cyt., s. 63.

Skutki o charakterze psychospołecznym:

- niższa sprawność językowa, problemy w wysławianiu się;
- zaburzenia w rozwoju potrzebnych w tym wieku umiejętności;
- zaburzenia w rozwoju umiejętności społecznych i umiejętności radzenia sobie z trudnościami<sup>16</sup>.

Spożywanie alkoholu w okresie dojrzewania często wiąże się z nadużywaniem innych substancji psychoaktywnych i może prowadzić do problemów alkoholowych w późniejszych latach.

Podstawową jednostką społeczeństwa jest rodzina. Stanowi ona oddzielny system, w złożonym systemie społecznym. Zaburzenia wewnątrz systemu wymuszają zmiany poszczególnych elementów, i na odwrót, zmiany elementów powodują zmiany lub zaburzenia systemu. Systemowa koncepcja rodziny mówi o tym, że wszystkie relacje między członkami rodziny stanowią swoiste pętle sprzężenia zwrotnego, gdyż zachowanie każdego członka rodziny ma bezpośredni lub pośredni wpływ na zachowanie pozostałych jej członków. W myśl tej koncepcji picie problemowe przez młodzież może być efektem zaburzeń realizacji zadań rozwojowych przynależnych do wieku adolescencji, spowodowanych problemami w rodzinie<sup>17</sup>.

Wzorce wyniesione z rodziny są powszechną przyczyną picia alkoholu przez nieletnich. Spożywanie alkoholu w obecności dzieci powoduje przyzwyczajenie ich do jego obecności. Alkohol pity podczas świąt i uroczystości rodzinnych oraz umożliwianie wznoszenia toastów napojami bezalkoholowymi małym dzieciom, utrwała w ich psychice wzorzec picia alkoholu jako części celebrowania świąt. Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi na grupie 200 siedmio-piętnastolatków można powiedzieć, że ponad 90% z nich otrzymało swój pierwszy kieliszek alkoholu od rodziców. Dodatkowo spożywanie przez rodziców nieznacznych ilości alkoholu bez specjalnej okazji oraz podczas spotkań towarzyskich powoduje utrwalanie takiego wzorca wśród dzieci. Tak więc, wzorzec picia alkoholu jako części normalnego życia wpajany jest dzieciom od najmłodszych lat. Jeszcze gorzej jest w rodzinach, gdzie rodzice nadużywają alkoholu. Statystycznie dzieci z tych rodzin spożywają więcej alkoholu niż ich rówieśnicy. Częstą przyczyną takiej sytuacji jest przyzwyczajenie młodzieży, że bez alkoholu nie da się normalnie żyć, że stanowi on integralną część ludzkiej egzystencji. Sytuację taką pogarsza

---

<sup>16</sup> A. Bartosik, *Alkohol a zdrowie. Picie alkoholu w różnych okresach życia*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2000, s. 89.

<sup>17</sup> B. Boćwińska-Kiluk, *Picie problemowe alkoholu a zadania rozwojowe wieku dorastania*, „Opieka Wychowanie Terapia” 2006, nr 1–2, s. 7.

brak innych, pozytywnych wzorców. Znane są też sytuacje całkiem patologiczne, gdzie kilkuletnie dzieci są upijane przez swoich opiekunów. Młodzież przyzwyczajona do widoku alkoholu w pewnym momencie sięga po niego sama<sup>18</sup>.

Powszechnie znana zasada, że alkohol jest dozwolony od lat 18, w okresie dojrzewania staje się wyzwaniem dla młodzieży. Zazwyczaj dzieci przyjmują tę zasadę i nie naruszają jej granic. Jednak u adolescentów zmienia się tok myślenia. Chcąc udowodnić, że nie są już dziećmi i zasługują na swoje miejsce w gronie dorosłych, starają się robić wszystko co normy kulturowe przypisują pełnoprawnym obywatelom. W tym okresie używki opisane: dozwolone od 18 lat, czyli przeznaczone dla dorosłych, stają się obiektem zainteresowania. Tak więc, zabronione a zarazem łatwo dostępne używki, w tym właśnie alkohol, stają się w oczach młodzieży pomostem pomiędzy światem dzieci a światem dorosłych. Akceptowany wcześniej zakaz staje się ograniczeniem, którego nastolatek tolerować nie może<sup>19</sup>.

Warto też zastanowić się nad atmosferą życia rodzinnego. Częste konflikty rodzinne, kłótnie i awantury są przyczyną słabych więzi rodzinnych. W sytuacji patologicznej, często bez widocznej możliwości rozpadu pozostaje w Polsce kilka tysięcy rodzin. W rodzinach tych często dochodzi do aktów przemocy, a oferta pomocy od Państwa jest niewystarczająca. To wszystko powoduje rozwój dystansu między rodzicami a dziećmi, które wraz z czasem uciekają w środowisko rówieśnicze, gdzie czują się bardziej akceptowane. Zachowania takie są łatwym wstępem do zachowań ryzykownych z piciem alkoholu na czele<sup>20</sup>.

W świetle różnych międzynarodowych badań znaczącą rolę w zakresie postaw młodzieży względem alkoholu mają w dalszym ciągu rodziny (rodzice). Do znaczących czynników modelujących zaliczyć należy:

- postawy rodziców wobec picia alkoholu przez dorastające dzieci;
- picie alkoholu przez rodziców (modelowy wzór picia);
- wsparcie rodzinne udzielane dziecku;
- kontrolę zachowań (bezpośrednio przez egzekwowanie reguł, pośrednio przez perswazję)<sup>21</sup>.

---

<sup>18</sup> P. Skoczylas, M. Binczycka-Anholcer, *Alkoholizm wśród dzieci i młodzieży*, „Problemy Alkoholizmu” 2006, nr 1, s. 3.

<sup>19</sup> M. Tomaszewska, *Alkohol – klucz do dorosłości?*, „Wychowanie Na Co Dzień” 2005, nr 10–11, s. 35.

<sup>20</sup> K. Wojcieszek, *Przyczyny problemów alkoholowych młodzieży*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1995, nr 3, s. 16.

<sup>21</sup> A. Zieliński, *Ewolucja wzorów używania alkoholu wśród dorastającej młodzieży w Polsce w XX wieku*, PARPA, Warszawa 2006 s. 53–54

Nic więc dziwnego, że problem ten znajduje odzwierciedlenie w licznie podejmowanych, także współcześnie badaniach. Badaniach bardzo ważnych z punktu widzenia szeroko rozumianej społeczności. To, z jakim bagażem doświadczeń młodzi ludzie wejdą w swoje dorosłe życie zawsze będzie ograniczało lub wyzwalalo ich możliwości funkcjonowania we współczesnym świecie. W ostatnich dwudziestu latach można mówić o wielu różnorodnych sondażach, podejmowanych przez szereg instytucji, dotyczących problematyki spożywania alkoholu przez dzieci, młodzież, dorosłych – mężczyzn i kobiety.

Od kilku lat rośnie tendencja przyzwalania rodziców na picie alkoholu przez ich dorastające dzieci. Badania przeprowadzone w Bydgoszczy w 2003 roku, pokazują, że sprzyja to większej intensywności picia oraz rozwijaniu pozytywnych oczekiwań dotyczących skutków picia alkoholu. Biorąc pod uwagę wyniki tych badań, warto zastanowić się nad pięcioma postawami rodziców:

- postawa częściowo dezaprobująca – postawa rodziców najczęściej spotykana u rodziców uczniów spożywających alkohol na sześć miesięcy przed badaniem oraz tych którzy go nie spożywali. Warto zauważyć, że postawa ta częściej dotyczy matek niż ojców. Jest to postawa najczęściej występująca u rodziców abstynentów,
- postawa obojętna wobec picia – częściej dotyczyła ona ojców niż matek. Częściej występowała ona u rodziców młodzieży pijącej, niż u młodzieży abstynenckiej,
- postawa w pełni dezaprobująca – niezależnie od ilości i częstotliwości spożywania alkoholu częściej dostrzegana u matek niż u ojców.
- postawa częściowo aprobująca – najrzadziej występująca,
- postawa w pełni aprobująca – ważnym jest fakt, nie wystąpienia tej postawy u żadnego z rodziców badanych uczniów.

Analizując dalej te wyniki, można stwierdzić, że poziom picia gimnazjalistów jest ściśle zależny od spostrzeganej przez nich dezaprobaty u rodziców. Im miała ona niższy poziom, tym uczniowie pili więcej i intensywniej. Tak więc rodzice wykazujący aprobatę dla picia alkoholu przez ich dzieci mają negatywny wpływ na rozwój w nich zachowań ryzykownych związanych z alkoholem. Wynik tego badania zgodny jest z jedną z teorii Richard Jessor, która wskazuje niski poziom dezaprobaty rodzicielskiej wobec picia alkoholu przez nieletnich, jako czynnik rozwojowy podatności na picie alkoholu przez młodzież. Porównując wyniki tych badań z wynikami z lat 90., można powiedzieć, że zmienia się nastawienie rodziców wobec picia alkoholu przez nastoletnie dzieci. Zmiana ta jest jednak niepokojąca, gdyż rodzice coraz częściej zgadzają się na wypijanie niewielkich

ilości alkoholu przez nieletnich. Wykazują oni również przyzwolenie na tendencję zniżkową wieku inicjacji alkoholowej. Największy jednak niepokój wzbudza przyzwolenie matek na spożywanie alkoholu przez ich dorastające córki. Prawdopodobnym jest, że aprobata rodziców wobec picia alkoholu przez niepełnoletnie dzieci wynika z błędnego przeświadczenia, że lepiej gdy spożywają alkohol, niż gdy zażywają narkotyki<sup>22</sup>.

Rodzina jest na pierwszym i najważniejszym miejscu w kwestii pomocy dzieciom i młodzieży we wszystkich dziedzinach życia. Pełni niezastąpioną rolę w kształtowaniu osobowości dziecka i sposobie jego postępowania. Można by powiedzieć, że jest to pierwsza szkoła życia. To w niej dziecko uczy się nawiązywać kontakty interpersonalne, poznaje podstawowe wartości, normy moralne i wzorce obyczajowe. Od rodziny zależy, w jaki sposób dziecko będzie reagować na substancje uzależniające, m.in. na alkohol.

W rodzinach, w których alkohol nie pojawia się lub tylko występuje w formie symbolu, młodzi ludzie uczą się spędzania czasu bez dodatkowych „wspomagaczy”<sup>23</sup>. Jak uważa Marian Łakomski: „Szkołą dojrzałej postawy wobec alkoholu stają się te rodziny, w których dorośli dają odpowiedzialny przykład. Odpowiedzialność wychowawcza będzie polegać na zdolności rodziców, by spotykać się, rozmawiać, zwierzać, dzielić się przeżyciami, świętować, nawiązywać przyjaźnie bez nadużywania alkoholu, a więc na trzeźwo. Wychowanie w trzeźwości wymaga też, by rodzice uczyli młodych często trudnej sztuki mówienia „nie”, gdy rówieśnicy, a czasem nawet dorośli namawiają ich do sięgania po alkohol. Nie wystarczą tu jedynie teoretyczne wskazówki czy zachęty. Młodzi potrzebują konkretnych wzorców ze strony rodziców. Również odpowiedzialność wychowawcza wymaga dostosowanej do wieku dzieci i młodzieży informacji na temat działania alkoholu na organizm człowieka, a także na jego życie psychiczne, duchowe, moralne i społeczne. Dzieci powinny wiedzieć, że każde sięganie po alkohol w wieku szkolnym jest już jego nadużywaniem, gdyż bardzo negatywnie wpływa na rozwój psycho - duchowy młodych oraz może doprowadzić do szybkiego uzależnienia się. Tymczasem nie tylko młodzież, ale nawet wielu rodziców nie ma świadomości, jak wielkie jest zagrożenie”<sup>24</sup>.

Natomiast w rodzinach, w których sięganie po alkohol jest nagminne, np. podczas uroczystości rodzinnych, świąt, lub jest sposobem spędzania czasu wolnego

---

<sup>22</sup> J. Jarczyńska, *Postawy rodziców wobec picia alkoholu przez dorastające dzieci*, „Remedium” 2006, nr 11, s. 29.

<sup>23</sup> M. Dziewiecki, *Nowoczesna profilaktyka uzależnień*, Jedność, Kielce 2000.

<sup>24</sup> M. Łakomski, *Dlaczego integralny program...*, dz. cyt., s. 80.

albo możliwością rozwiązywania problemów, wówczas młodzi nie odbierają go jako zagrożenia. Środowisko patologiczne, w którym przebywają, utrudnia młodym zajęcie dojrzałej postawy wobec życia, a także wobec alkoholu. W takiej sytuacji rodzinie potrzebne jest wsparcie ze strony różnych instytucji państwowych, samorządowych, czy społecznych a nawet ze strony Kościoła. „Mimo, że rodzina stanowi najważniejsze miejsce kształtowania u dzieci i młodzieży postaw wobec życia oraz wobec substancji uzależniających, to jednak nie może ona podjąć wszystkich zadań w tym względzie i to przynajmniej z dwóch zasadniczych powodów. Po pierwsze dlatego, że część rodzin przeżywa kryzys i nie wypełnia nawet podstawowych funkcji wychowawczych. Społeczeństwo ma ograniczony wpływ na tę sytuację. Może wymagać określonego wykształcenia czy określonych kompetencji pedagogicznych od personelu szkół i pracowników innych instytucji wychowawczych. Ze zrozumiiałych względów nie może stawiać takich wymagań w odniesieniu do rodziców. W skrajnych wypadkach może jedynie pozbawić ich praw rodzicielskich. Po drugie, poważny wpływ na sposób myślenia i sposób postępowania dzieci i młodzieży wywierają środowiska pozarodzinne. Chodzi tu głównie o szkołę, środki społecznego przekazu, grupę rówieśniczą oraz dominującą modę i obyczajowość. W wielu przypadkach wpływ ten okazuje się bardzo negatywny”<sup>25</sup>.

Współpraca rodziny i szkoły ma na celu wspólne wspieranie się w wychowaniu dzieci i młodzieży do dojrzałej postawy wobec siebie i życia. Jak stwierdza Danuta Nakonieczna współpraca ta powinna się opierać na „trzech podstawowych założeniach:

Obowiązek wychowania dzieci ciąży na rodzicach i do rodziców należy kształtowanie wartości, postaw społeczno-moralnych i religijnych, uczenie rzetelnej pracy, uczciwości, odpowiedzialności, właściwego stosunku do innych ludzi i do samego siebie, a szkoła winna wszechstronnie wspomagać rodziców w wypełnianiu tych obowiązków.

Przebieg i rezultaty kształcenia zależą nie tylko od procesu dydaktyczno-wychowawczego szkoły, od zdolności i pracowitości ucznia, ale również od atmosfery życia rodzinnego. Dziecko musi czuć się bezpieczne w najbliższym otoczeniu, musi odczuwać ze strony rodziców zainteresowanie, wyrozumiałość, aprobatę i pomoc, i to nie tylko w momentach odnoszenia sukcesów, ale również, a może przede wszystkim, w chwilach trudności i porażek.

---

<sup>25</sup> M. Dziewiecki, *Nowoczesna profilaktyka...*, dz. cyt. s. 165.



Dom rodzinny i szkoła muszą stale i odpowiedzialnie współpracować ze sobą w zakresie wspomaganie rozwoju dzieci i młodzieży<sup>26</sup>.

Współpraca rodziny i szkoły dotyczy wielu kontaktów, spotkań, zebrań pomiędzy rodzicami, nauczycielami i uczniami.

Jednym z zadań współpracy rodziców i nauczycieli jest zapobieganie zagrożeniom uzależnienia dzieci i młodzieży od alkoholu oraz innych środków odurzających. Mogą w tym celu realizować określone cele wychowawcze. Dlatego też szkoły mają własne programy wychowawcze i profilaktyczne, które są nowelizowane w zależności od potrzeb danej placówki. Na podstawie tych programów wychowawcy klas tworzą plany działań profilaktyczno - wychowawczych do realizacji w danym cyklu nauczania. Program profilaktyczny szkoły opiera się na ochronie rozwoju młodego człowieka przed zagrożeniami oraz reagowaniu na nie. Natomiast program wychowawczy dotyczy wszechstronnego rozwoju intelektualnego i fizycznego w celu osiągnięcia dojrzałości fizycznej uczniów. Programy te nie byłyby możliwe do zrealizowania gdyby nie rodzice uczniów. „Rodzice mogą spełniać dużą rolę w tworzeniu i sprawnym funkcjonowaniu klas, zwłaszcza na poziomie nauczania początkowego. Ich udziału nie tylko w sprawach organizacyjno – gospodarczych (dowożenie dzieci na zajęcia, dożywianie dzieci, urządzanie klasy), ale również w sprawach merytorycznych, poprzez udział w lekcjach i zajęciach pozalekcyjnych<sup>27</sup>. Rodzice mogą również angażować się w życie klasy, np. uczestniczyć w wycieczkach klasowych, dyskotekach szkolnych, w chwilach relaksu i sportu. Sytuacje te integrują uczniów, nauczycieli i rodziców oraz mają istotny wpływ na wychowanie<sup>28</sup>.

Ważnym zadaniem szkoły jest, oprócz współpracy z rodzicami, współpraca z samorządami lokalnymi, parafią, z ośrodkami pomocy społecznej, z policją, a także z ruchami samopomocy: AA, Al-anon, DDA, Kluby Abstynenta. Istotna jest również współpraca z organizacjami młodzieżowymi, które w swoich programach promują i wymagają abstynencji w wieku rozwojowym np.: harcerstwo, skauci, katolicki ruch „Światło-Życie<sup>29</sup>.

Wiadomym jest, że istnieje widoczna zależność między piciem/upijaniem się młodzieży, a ich sytuacją społeczną rozumianą jako: sytuację w rodzinie i grupie rówieśniczej, sytuację materialno-bytową oraz natężenie niekorzystnych

<sup>26</sup> D. Nakoneczna, *Klasy autorskie w szkołach twórczych*, Wydawnictwo Ostoja, Warszawa 1993, s. 52.

<sup>27</sup> M. Łakomski, *Dlaczego integralny...*, dz. cyt., s. 91.

<sup>28</sup> Tamże, s. 91.

<sup>29</sup> M. Dziewiecki, *Nowoczesna profilaktyka*, dz. cyt., s. 172.



zachowań społecznych w otoczeniu. Teoretycznie młodzież gimnazjalna spędza najwięcej czasu w domu, jego otoczeniu i szkole.

Sytuacja rodzinna została w niewielkim zakresie przedstawiona, tak więc teraz czas na miejsce zamieszkania. Analiza badań przeprowadzonych w 2006 roku w ramach projektu HBSC wykazała, że spożycie alkoholu wśród 15-latków zależy od nasilenia lokalnych problemów społecznych. Zgodnie z wynikami uzyskanymi dla grupy dziewcząt, można stwierdzić, że pozytywny wpływ szkoły jest w stanie załagodzić i zmniejszyć negatywne oddziaływanie środowiska zewnętrznego na spożycie alkoholu. Sprawa komplikuje się natomiast, gdy dochodzi do kumulacji negatywnej oceny szkoły i złego wpływu środowiska. W tej grupie aż 28,4% dziewcząt przyznało się do częstego upijania się w ostatnim roku.

Zaskakujące okazały się wyniki uzyskane dla grupy chłopców. Otóż przy dużym nasileniu problemów społecznych wynik upijających się jest podobny dla grupy dobrze i źle oceniającej klimat szkoły. Natomiast dla niskiego nasilenia problemów wynik podobny uzyskały grupy dobrze i średnio oceniające szkołę. Dodatkowo uczniowie nisko oceniający szkołę stanowią podobną grupę w środowisku o średnim i dużym nasileniu problemów. Analiza ta nasuwa wniosek, że w przypadku chłopców dobra ocena szkoły nie kompensuje złego wpływu środowiska społecznego. Najprawdopodobniej spowodowane jest to silnym wpływem grupy rówieśniczej, zbytnej swobody i braku kontroli rodzicielskiej oraz ograniczenia wpływu nauczycieli na młodzież<sup>30</sup>.

Inne badanie przeprowadzone na grupie 169 uczniów gimnazjum w małym mieście województwa lubuskiego pokazuje zależność picia alkoholu od klasy, w której znajdował się uczeń. Otóż dla uczniów pierwszej klasy głównym powodem picia było oczekiwanie dobrej zabawy, następnie była chęć zaimponowania innym. W drugiej klasie rozkład ten wyglądał następująco: ciekawość, chęć zaimponowania innym i chęć dobrej zabawy. Całkiem inaczej wygląda to wśród trzecioklasistów. Oni stawiają na dobrą zabawę, następnie ciekawość i na końcu dopiero chęć zaimponowania rówieśnikom. Wynik tego badania pokazuje, że im wyższa klasa, tym mniej uczniów pije w celu zaimponowania innym. Powodem takiej sytuacji może być fakt, że pierwsza klasa jest okresem adaptacji. Wymaga od młodzieży nawiązywania nowych kontaktów, poznania nowej szkoły i nowych nauczycieli, co wzmacnia zapotrzebowanie akceptacji. Prawdopodobnie gimnazjaliści uważają, że alkohol pomoże im sprostać tym zadaniom<sup>31</sup>.

<sup>30</sup> J. Mazur, *Zamieszkanie, klimat szkoły a upijanie się 15-latków*, „Remedium” 2007, nr11, s. 4–5.

<sup>31</sup> L. Jurczak, *Alkohol w życiu gimnazjalistów*, „Wychowanie Na Co Dzień” 2008, nr 10–11, s. 44.

Rozwój umysłowy, w wieku adolescencji, idzie w parze z tworzeniem ogólnych koncepcji rzeczywistości. Efektem tego jest stawianie się nastolatków na równi z dorosłymi. Stwarza to zagrożenie sięgania po alkohol w celu wyrównania pola oceniania. Jak wiadomo równość przejawia się uniwersalnymi prawami dla wszystkich. Z tego też powodu nastolatki wyjątkowo przeżywają wszystkie próby ograniczenia ich wolności, w tym nakazy i zakazy dotyczące również alkoholu. Sięgają więc po niego w celu udowodnienia swojej niezależności<sup>32</sup>.

Warto zauważyć, że uzależnienie od alkoholu postępuje u dzieci i młodzieży 3 do 4 razy szybciej niż u dorosłych. Wszystko zależne jest od tego jak wcześniej dziecko zaczyna pić alkohol oraz jak dużo i jak często wypija zanim osiągnie pełną dojrzałość. Alkoholizujące się dzieci sprawiają wrażenie ociężałych umysłowo, mają znacznie obniżoną aktywność psychiczną, sprawność intelektualną, zdolność koncentracji, zdolności pamięciowe, oraz wzmożoną drażliwość i nadpobudliwość. Bezpośrednią przyczyną tych objawów jest działanie etanolu na komórkę OUN. Hamuje on w nich syntezę białek i RNA, co zaburza rozwój dziecka<sup>33</sup>.

Alkoholizm, czyli choroba alkoholowa, jest ściśle związany z wiekiem inicjacji alkoholowej. W wieku adolescencji może on rozwinąć się nawet na kilka miesięcy od wypicia pierwszej większej dawki alkoholu. W rozwijającym się organizmie alkohol szybko powoduje: różne zaburzenia organiczne; zaburzenia w sferze psychiki; konflikty interakcji rówieśniczej; psychodegradację – jest ona efektem niższej tolerancji alkoholu<sup>34</sup>.

Powszechnie wiadomo, że pewien zakres cech i predyspozycji otrzymujemy razem z genomem od rodziców. Skutkiem tej sytuacji jest to, iż kilka razy częściej dzieci alkoholików sięgają po alkohol. Te same dzieci dużo łatwiej uzależniają się od rówieśników. Często u nich występują zaburzenia czynności enzymu MAO. Jeszcze częściej charakteryzują się one zmienionym progiem wrażliwości i pobudzenia na alkohol<sup>35</sup>.

Badania dotyczące picia przez młodzież wykazują, że aż 61% Polaków bywa świadkami nadużywania alkoholu przez nieletnich. Szacuje się, że 90%

---

<sup>32</sup> B. Kałdon, *Predyspozycje nastolatków do alkoholizmu*, „Problemy Alkoholizmu” 2006, nr 2, s. 5.

<sup>33</sup> P. Skoczylas, M. Bińczycka-Anholcer, *Alkoholizm wśród dzieci i młodzieży*, „Problemy Alkoholizmu” 2006, nr 1, s. 2.

<sup>34</sup> K. Mrozek, *Młodzież a alkohol*, „Wychowawca” 2003, nr 12, s. 20.

<sup>35</sup> K. Wojcieszek, *Przyczyny problemów alkoholowych młodzieży*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze, 3/1995, s. 15.

społeczności Naszego kraju popiera podjęcie jakichkolwiek, nawet nowych form interwencji w sytuacji upicia się piętnastolatka(i)<sup>36</sup>.

Wśród determinantów zachowań nastolatków nie można pominąć tak ważnego aspektu jakim jest środowisko zewnętrzne. Pod pojęciem tym można ująć rodzinę, zachowania i normy w niej panujące, ale również stosunek rodziców do picia alkoholu. Ważna jest również grupa rówieśnicza i reakcje ludzi z najbliższego otoczenia, sąsiadów, sklepikarzy, czy choćby przechodniów<sup>37</sup>. Najgorsze jest, że pomimo zakazów sprzedaży alkoholu nieletnim, społeczeństwo, w tym nawet rodzice, pozwala młodzieży na okazjonalne spożywanie alkoholu w małych ilościach<sup>38</sup>.

Reakcje społeczeństwa na picie alkoholu przez nieletnią młodzież najlepiej pokazują wyniki badań przeprowadzonych końcem lipca 1999 roku. Badania przeprowadzono na grupie 902 losowo wybranych Polaków powyżej 15 roku życia. Badania te były elementem kampanii „Alkohol kradnie wolność”, którą PARPA kierowała do dorosłych, zwłaszcza rodziców, wychowawców, opiekunów, działaczy samorządów i parlamentarzystów. Jej celem było zwrócenie ich uwagi na problemy społeczne związane z piciem przez młodzież.

Większość zapytanych wyraziła opinię, iż alkohol powinien być dozwolony od 18-20 lat. Jest to ich zdaniem wiek, kiedy człowiek sam powinien podejmować decyzję i ponosić za nie odpowiedzialność. W opinii tej uwzględnili wszystkie rodzaje alkoholu, nie wykluczając napojów o niskiej zawartości etanolu. Pojawiały się jednak pojedyncze głosy sugerujące pozwolenie w wieku wcześniejszym, uwzględniając nawet wiek poniżej 14 lat.

Pytania dotyczące płci pokazują, że pijące dziewczęta cieszą się mniejszą aprobatą społeczeństwa niż pijący chłopcy. Blisko 32% badanych jest zdania, że młode kobiety nie powinny sięgać po piwo i wino. Więcej, 2/5 respondentów, jest przeciwko spożywaniu przez nie napojów z zawartością alkoholu od 40 procent. Sytuacja męskich rówieśników jest trochę inna. Dezaprobatę do picia przez nich piwa wyraża 1/5 badanych, 23% respondentów jest przeciwko picciu wina, natomiast spożywania wódki nie popiera 28% zapytanych. Warto zauważyć, że podział ten nie uwzględnia późniejszego osiągnięcia dojrzałości przez mężczyzn.

---

<sup>36</sup> M. Prajsner, *Postawy Polaków wobec picia alkoholu przez młodzież – w świetle wyników badań Ośrodka Badania Opinii Publicznej*, „Remedium” 1999, nr 11, s. 7.

<sup>37</sup> H. Kołoto, *Poczucie własnej skuteczności a picie alkoholu przez młodzież*, „Remedium” 2007, nr 11, s. 4.

<sup>38</sup> J. Mazur, *Picie napojów alkoholowych przez dorastającą młodzież*, „Remedium” 2004, nr 1, s. 14.

Najprawdopodobniej podyktowany jest społecznymi stereotypami ról związanych z płcią. Są one bardziej wymagające dla kobiet, jako przyszłych matek.

Ciekawym jest fakt, że dla 22% badanych alkohol zawarty w piwie, czy innych napojach o niskiej jego zawartości, jest inny niż alkohol zawarty w wódce. W grupie tej przeważają mężczyźni oraz osoby w ciężkiej sytuacji materialnej. Ich zdaniem jest on mniej szkodliwy i ciężiej się nim uzależnić. Interesujące jest jednak, że im mniejsza zawartość alkoholu w napoju, tym większe przyzwolenie społeczne na spożywanie go przez nieletnich.

Zgodnie z przeprowadzonymi przez OBOP badaniami, na spożycie piwa przez chłopców w wieku 15–17 lat zezwala 12% badanych, w odniesieniu do dziewcząt jest to grupa 9% respondentów. Biorąc pod uwagę ten sam wiek, na spożycie wina przez chłopców godzi się 6%, a ich rówieśniczki mają aprobatę 5% zapytanych. Co do wódki w tym zakresie wiekowym nie ma różnicy wśród płci, a zgodę wyraził 1% respondentów. Badający uzyskali ciekawy wniosek: stosunek społeczeństwa obojga płci do picia alkoholu jest głównie zależny od wieku badanych. Wraz ze wzrostem wieku, wzrasta proponowany wiek dojrzałości do spożywania etanolu. Biorąc pod uwagę chłopców dużo większą tolerancją odznaczają się mężczyźni, którzy i tak rzadziej negują picie ogółem. Jeżeli chodzi o dziewczęta, w grę wchodzi dodatkowe wskaźniki. Jednym z nich jest religijność rodziców, im jest większa, tym wyższy wiek wskazują. Drugim jest posiadanie w rodzinie dzieci powyżej 18 roku życia. Osoby posiadające pełnoletnie potomstwo są bardziej tolerancyjne dla dorastających córek. Zdecydowana większość badanych (65%) jest zdania, że każdy kto sprzedaje alkohol nieletnim powinien ponosić prawną współodpowiedzialność za szkody wyrządzone przez pijanego nastolatka. Polskie prawo nie dopuszcza sprzedaży alkoholu osobom poniżej 18 roku życia. Jednakże zapis ten jest nieegzekwowany, a sprzedawcy przeważnie nie zwracają uwagi na wiek klienta. Najgorsza jest jednak obojętność znajdujących się w sklepie dorosłych obywateli. Te dwa warianty sprzyjają ułatwieniu dostępności alkoholu nieletnim<sup>39</sup>.

Samoocenę najłatwiej zmierzyć poczuciem własnej skuteczności. Jest to indywidualne, pozytywne spojrzenie każdej jednostki na możliwości dążenia do obranego przez siebie celu, nie zważając na przeciwności i przeszkody napotykaną po drodze. Miernik ten zaczyna kształtować się w okresie niemowlęcym i ma wpływ na cztery główne procesy: poznawanie, motywacje, uczucia i wybory;

---

<sup>39</sup> M. Prajsner, *Postawy Polaków wobec picia alkoholu przez młodzież – w świetle wyników badań Ośrodka Badań Opinii Publicznej*, „Remedium” 1999, nr 11, s. 6–7.

towarzyszące człowiekowi przez całe jego życie. Wysoka samoocena wynikająca z silnego poczucia własnej skuteczności ułatwia osiąganie celów i utrzymanie dobrego samopoczucia. Ma bezpośredni wpływ na dobrą motywację, od której zależy podejście do wyznaczonych zadań. To właśnie motywacja decyduje ile wysiłku zostanie włożone w realizację i inicjowanie działań, oraz kontynuowanie ich w sytuacji napotkania przeszkód i/lub porażek. Poczucie własnej skuteczności determinuje również zachowanie i tok myślenia każdej jednostki ludzkiej<sup>40</sup>.

Reasumując powyższe, jednostki z wysokim poczuciem własnej skuteczności, zwłaszcza w odniesieniu do młodzieży, mają większą wolę walki, nie poddają się tak łatwo, nie popadają w negatywne emocje wynikające z poniesionych porażek, częściej podnoszą się po niepowodzeniach i szybciej mobilizują do podjęcia kolejnych prób osiągnięcia zamierzonego celu lub do nowych działań. Na pojawienie się przeszkód reagują pobudzeniem wszystkich sił do działania. Odwrotnie jest, gdy jednostka ma niskie poczucie własnej skuteczności. W takiej sytuacji porażka prowadzi do apatii, rezygnacji i załamania. Takim osobom ciężiej jest podejmować nowe działania, jeszcze ciężiej dążyć do celów na drodze, których stoją przeszkody. Mobilizacja sił jest prawie niemożliwa, a każda kolejna porażka pogarsza stan ogólny i dodatkowo obniża poczucie własnej skuteczności, co znowu prowadzi do zaniżania samooceny i uciekania w używki, zwłaszcza tolerowany w grupie rówieśniczej alkohol. Dodatkowo to właśnie poczucie własnej skuteczności zdecyduje, czy w środowisku gdzie alkohol jest powszechnie tolerowany dziecko będzie po niego sięgać, czy też nie<sup>41</sup>.

Niepokojącą tendencją nękającą nasz kraj od kilkunastu lat jest rozpowszechnianie biznesu alkoholowego na wszystkie sfery życia. Biorąc pod uwagę analizy rynków piwowskich dotyczące ostatnich dwóch dekad można powiedzieć, że spożycie piwa przez obywateli poniżej 18 roku życia jest główną siłą napędową tej branży. Faktem jest, że sale sportowe i kinowe, programy radiowe i telewizyjne, prasa oraz Internet pełne są reklam i zaproszeń do dobrej zabawy z udziałem alkoholu<sup>42</sup>. Telewizja, kino i Internet są szczególną grupą mass mediów. Pewien rodzaj interakcji, jaki wprowadzają czyni je wyjątkowo interesującymi dla dorastającej młodzieży. Jednakże przekazy, które z nich płyną często jednoznacznie pokazują picie alkoholu jako element dorosłości, przygody czy męskości.

<sup>40</sup> A. Łuszczczyńska, *Zmiana zachowań zdrowotnych*, GWP, Gdańsk 2004, s. 150.

<sup>41</sup> H. Kołolo, *Poczucie własnej skuteczności a picie alkoholu przez młodzież*, „Remedium” 2007, nr 11, s. 4–5.

<sup>42</sup> J. Łukasik, *Współczesna młodzież a używanie alkoholu*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2007, nr 6, s. 21.

Wskazują na istotną rolę alkoholu w wyluzowaniu i rozluźnieniu się. Przesłanie, które niosą daje do zrozumienia, że alkohol daje poczucie wolności, swobody, niezależności i samodzielności oraz pozwala zabawić się w sposób przeznaczony dla dorosłych. Reklamy w jasny i klarowny sposób pokazują życie bez środków odurzających jako bezsensowne. David H. Jernigan zwrócił uwagę na zakamuflowane sposoby kuszenia młodzieży alkoholem. Polegają one stosowaniu strategii pośrednich np. tzw. „below the line”, polegającej na tym, że markę alkoholu lokuje się w codziennym życiu społeczności. Chodzi o takie włączenie produktu do kultury młodzieżowej, aby nastąpiła w niej zmiana na bardziej proalkoholowy. Chodzi w stosowaniu tych strategii o takie włączenie reklamowanego produktu w życie grupy, aby wytworzyć swoista intymną wręcz więź między produktem a człowiekiem oraz podkreślanie więzi alkoholu z dominującymi w kulturze wartościami. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest też coraz większa rola rówieśników, idoli młodzieży, głównie różnego typu artystów – piosenkarzy, liderów grup muzycznych, aktorów.

Zgodnie z informacjami od niemieckiego Ministerstwa Zdrowia, osoby niepełnoletnie są wyjątkowo wrażliwe i podatne na reklamy pokazujące życie z alkoholem jako właściwy wzorzec zachowania. Najczęściej pokazują one grupy młodych ludzi dobrze bawiących się przy alkoholu. Tworząc w ten sposób stereotyp dotyczący picia alkoholu, jako recepty na udane życie<sup>43</sup>.

Wykorzystując luki w prawie, twórcy reklam omijają zakaz reklamowania alkoholu. Częstość procederem, popularnym zwłaszcza na Pomorzu, jest zastępowanie reklamy piwa normalnego, reklamą piwa bezalkoholowego, niedostępnego w sklepach. Prawdą jest, że reklama jednoznacznie proponuje zakup produktu. Powszechnie wiadomo, że alkohol ma wiele oddziaływań negatywnych na organizm ludzki. Uświadamianie młodzieży o skutkach jego używania powinno być ważnym elementem wychowawczym, realizowanym przez wszystkie grupy społeczne (rodzina, szkoła, kościół, itp.). Badania przeprowadzone w Słupsku w 1996 roku ukazały bolesną prawdę. Dla prawie połowy uczniów biorących udział w sondażu, źródłem informacji o szkodliwości alkoholu były własne doświadczenia związane z upijaniem się. Na następnym miejscu młodzież stawiała środki masowego przekazu, głównie telewizję i prasę. Kolejnym źródłem

---

<sup>43</sup> M. Tomaszewska, *Alkohol – klucz do dorosłości?*, „Wychowanie Na Co Dzień” 2005, nr 10–11, s. 36.

informacji okazywali się znajomi, a ponad 5% badanych nie wykazało zainteresowania skutkami negatywnymi wynikającymi z picia alkoholu<sup>44</sup>.

Młodzież doświadczona pić alkoholu wskazuje skutki negatywne takie jak: kłótnie i sprzeczki z rodzicami i rówieśnikami, bójki, niszczenie rzeczy i ubrania, wypadki, utratę pieniędzy i kosztowności, opuszczenie w nauce, niechciane i niekontrolowane kontakty seksualne oraz konflikty z policją. Dla profilaktyki istotne jest, aby adolescenti zrozumieli niebezpieczeństwa związane z używaniem alkoholu. Głównie dlatego, że świadomość skutków negatywnych powinna pozytywnie wpłynąć na zmniejszenie spożycia, ale również dlatego, że w wypadku picia, wiedza stwarza szansę zmniejszenia ilości powikłań<sup>45</sup>.

Zdaniem młodzieży szkolnej z największym ryzykiem wiąże się częste picie dużych ilości alkoholu. Ta sama młodzież dobrze orientuje się w skali zagrożeń płynących z używania substancji psychoaktywnych. Za najgorsze konsekwencje picia uznaje: występowanie odległych skutków zdrowotnych; ograniczenie procesów myślowych, postrzegania i oceny sytuacji; ryzyko wypadków z udziałem pojazdów prowadzonych pod wpływem alkoholu; negatywny wpływ na stany emocjonalne; problem z wypoczynkiem oraz możliwość wystąpienia kaca; występowania zachowań impulsywnych i nieplanowanych kontaktów seksualnych; możliwość uzależnienia, współuzależnienia i alkoholizmu; występowanie konfliktów i powikłań w kontaktach interpersonalnych<sup>46</sup>.

---

<sup>44</sup> G. Durka, W. Czarnik, *Świadomość uczniów o szkodliwości picia alkoholu*, „Problemy Alkoholizmu” 1998, nr 3, s. I–II.

<sup>45</sup> J. Sierosławski, A. Zieliński, M. Prajsner, *Alkohol i narkotyki w życiu polskiej młodzieży – dyalematy profilaktyki*, PARPA, Warszawa 2002.

<sup>46</sup> J. Łukasik, *Współczesna młodzież...*, dz. cyt., s. 21.





## Zjawisko alkoholizowania się młodzieży w świetle badań

Jaka jest zatem skala picia alkoholu w Polsce? Jak przedstawiają się wyniki badań prowadzone w tym kontekście? Jaka jest specyfika spożywania alkoholu w Polsce?

Problematyka tą zajmowano się w Polsce już w początkach XX wieku. Pierwsze wyniki badań nad zjawiskiem picia alkoholu pojawiły się już w 1913 roku. Jeden z badaczy tego zjawiska Józef Ciembroniewicz, określił jako „rodzinny” wzór picia dominujący wówczas wśród Polaków. Zauważył on także bardzo wczesną inicjację alkoholową dzieci, dotyczącą zarówno chłopców jak i dziewcząt, mającą miejsce głównie w domu rodzinnym. Z danych, jakie cytuje na ten temat w swoich opracowaniach Marian Roszkowski wynika, że kontakt z napojem alkoholowym miało prawie 90 % badanej młodzieży w wieku 11–12 lat. Najczęściej spożywanym alkoholowym było wino – spożywało je 65% osób z tym że częściej dziewczęta niż chłopcy, równie często pito piwo (60%) – tu poziom spożycia był porównywalny wśród dziewcząt i chłopców. Wódkę spożywało ok. 35% osób ale w tej grupie przeważali chłopcy – 37%, dziewczęta to wskaźnik na poziomie 27%. Praktycznie w wieku 17–18 lat całość badanej populacji miała za sobą kontakt z każdym napojem alkoholowym. Przekonanie o szkodliwości picia alkoholu zaczęło się kształtować po 1818 r. za sprawą Jakuba Szymkiewicza, który publikując *Dzieło o pijaństwie* miał nadzieję na zmianę świadomości społecznej w tym zakresie. Niestety zamiar swoistej profilaktyki antyalkoholowej się nie powiódł i alkohol traktowany był w medycynie ludowej aż do II wojny światowej, jako ważne

panaceum na różne dolegliwości. Stąd też obecny w naszej kulturze zwyczaj wczesnego oswajania z piwem, winem czy wódką<sup>1</sup>. W swoich analizach dotyczących picia alkoholu w tym okresie, Antoni Zieliński wyprowadza trzy podstawowe wnioski: – pierwsze próby z alkoholem pojawiały się już wśród dzieci do 11 roku życia; – rozpowszechnienie prób bieżących było mniej więcej podobne wśród młodszych i starszych dziewcząt, wśród chłopców nieco niższe w starszych rocznikach; – rozpowszechnienie bieżącej konsumpcji było wyższe wśród dziewcząt. Okres międzywojenny nie przyniósł znaczących różnic w zakresie spożywania alkoholu przez dzieci i młodzież. Warto tu jednak nadmienić, że średnie spożycie alkoholu w Polsce należało do najniższych w Europie i nie przekraczało dwóch litrów spirytusu w całym dwudziestoleciu. Jednakże w strukturze spożycia zdecydowanie dominowała wysokoprocentowa wódka – około 90% spożycia. Z badań prowadzonych w II RP warto odnotować badania prowadzone przez Jarosław Neczaj-Hruzewicza z 1937, który stwierdzał, że więcej chłopców niż dziewcząt miało doświadczenia z alkoholem; poziom częstotliwości picia wódki był na tym samym poziomie w grupie dziewcząt i chłopców; jedna trzecia uczniów szkół powszechnych sięgała po wódkę co najmniej raz w tygodniu<sup>2</sup>.

Za pierwszą próbę uchwycenia pewnych prawidłowości w picciu napojów alkoholowych wśród młodzieży szkolnej uchodzą badania Stanisława Gnoińskiego z 1938 roku. Umożliwiły one odnotowanie spadku odsetka pijących codziennie. Wzrósł natomiast odsetek tych dzieci i młodzieży, którzy znają smak alkoholu i piją od czasu do czasu, głównie z okazji świąt i uroczystości domowych. W konkluzji swoich badań podkreślał, że czynnikiem który w większości przyczynia się do takiego stanu rzeczy jest rodzina. Martwił się, że wysiłek szkoły i opieki higieniczno-lekarskiej prowadzonej w tych placówkach okaże się niewystarczający, jeżeli nie będzie wsparcia w tym zakresie ze strony domu i rodziny<sup>3</sup>.

Interesujące badania przeprowadził w 1967 i 1975 roku Andrzej Świącicki. Powtórzył on badania Józefa Ciembroniewicza z 1913 r w Bochni. Z porównania wynika, że nastąpił spadek rozpowszechnienia prób z alkoholem w najmłodszych grupach wiekowych oraz spadło picie wśród dziewcząt. Znaczące znaczenie ma kontekst społeczny picia, czyli towarzystwo, ale nie jest to już towarzystwo

---

<sup>1</sup> A. Zieliński, *Normy społeczne związane z alkoholem*, maszynopis, Instytut Neuropsychologiczny, Warszawa 1986.

<sup>2</sup> J. Neczaj-Hruzewicz, *Alkoholizm i eteryzm wśród dzieci szkół powszechnych*, „Trzeźwość” 1937, nr 6.

<sup>3</sup> S. Gnoiński, *O alkoholizmie wśród dzieci szkół powszechnych Wilna (Badania statystyczne)*, „Trzeźwość” 1938 nr 11–12, s. 482.

rodziców. Niestety w badaniach pojawiły się bardzo negatywne tendencje dotyczące lat siedemdziesiątych. Tutaj nastąpił znaczny wzrost spożycia wysoko-procentowych napojów alkoholowych przez grupy chłopców i dziewcząt w wieku powyżej 15 lat. Wydaje się, że przyczyn takiego stanu rzeczy należy szukać w zmieniającej się obyczajowości Polski lat 60., 70. i późniejszych, praktycznie do dnia dzisiejszego. Pojawieniu się zjawiska nazywanego kulturą młodzieżową, która wielu sytuacjach pozwala młodzieży na sięganie po to, co dotychczas zarezerwowano tylko dla dorosłej części społeczeństwa – seks i używki. Alkohol stał się częścią kultury młodzieżowej. Jej elementem pojawiającym się w najbardziej typowych sytuacjach i zachowaniach młodzieży, niezbędną częścią takich form spędzania czasu wolnego jak: prywatki, dyskoteki, spotkania w kawiarni czy pubie, koncerty i spotkania muzyczne. To co jest tabu, zakazane staje się nagle trendy, coolowe.

Jednymi z pierwszych w Polsce badań przeprowadzonymi na szerszą niż lokalna skalę, były badania Barbary Wolniewicz-Grzelak z Instytutu Psychiatrii i Neurologii o nazwie „PRO-M”, znane też pod nazwą „badań mokotowskich”, przeprowadzone w latach 1984–1988, 1992–1996, oraz kontynuowane w latach 2000–2004 przez Krzysztofa Ostaszewskiego. Były to pierwsze badania ujmujące w sposób porównawczy dane z dłuższego okresu czasu a jednocześnie dane przekrojowe, realizowane wśród młodzieży klas pierwszych szkół ponadgimnazjalnych. Na ich podstawie można stwierdzić, że w ciągu 16 lat dzielących skrajne pomiary nastąpił znaczny wzrost rozpowszechnienia prób z piciem piwa i wódki wśród dziewcząt i chłopców. Charakterystyczne jest to, iż dynamika tego procesu była wyższa w przypadku dziewcząt niż chłopców. Nastąpiło wyrównanie poziomu rozpowszechnienia prób picia między dziewczętami a chłopcami. Skurczył się dystans między płciami w zakresie prób „kiedykolwiek” i „bieżących” z wódką. Tylko rozpowszechnienie prób z winem pozostało na stałym poziomie. Wzrost zainteresowania się piciem alkoholu zarejestrowano także w badaniach ESPAD i CBOS. Dane uzyskane w tych badaniach potwierdzają zaobserwowane trendy, chociaż wyraźnie różnią się skalą rozpowszechnienia bieżących prób, zwłaszcza jeśli idzie o piwo i wódkę. Bardzo dużą rolę w prowadzonych badaniach odgrywa Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, pozostająca od początku lat dziewięćdziesiątych głównym stymulatorem i sponsorem badań w tym zakresie na terenie kraju. Stwierdzić należy, że spożywanie alkoholu jest obecnie nadal najbardziej rozpowszechnionym zachowaniem ryzykownym wśród nastolatków. Po znacznym wzroście jego spożycia przez młodzież w latach 1989–2000 zaobserwować można zjawisko zatrzymania się tej tendencji.

Zgodnie z badaniami z 2003 r. zleconymi przez ESPAD (Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach na temat Używania Alkoholu i Narkotyków) aż 92% uczniów gimnazjów przyznaje się do picia alkoholu. Taki stan nie powinien dziwić po przeanalizowaniu wskaźnika częstości konsumpcji, którym jest spożycie alkoholu w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie. Uśrednione spożycie alkoholu w tym czasie obejmuje 76% uczniów i 62% uczennic III klas gimnazjów. Bardziej przerażające wyniki zawierają procentową ilość uczniów, którzy upili się w czasie ostatniego roku poprzedzającego badanie. Do takiej sytuacji przyznaje się prawie połowa piętnastolatków (58% chłopców, 40% dziewcząt). Nie powinno więc dziwić, że do podobnej sytuacji mającej miejsce w ciągu 30 dni poprzedzających badanie przyznaje się 38,1% uczniów i 26,5% uczennic III klas gimnazjów<sup>4</sup>.

Zgodnie ze społecznym zdefiniowaniem płci, opartym o wzory aktywności, zachowań, sposobów zaspokajania potrzeb, realizacji celów i pełnienia ról społecznych, nasza kultura za normę przyjmuje większe spożycie alkoholu wśród płci męskiej niż żeńskiej. Sytuacja ta jest również widoczna wśród młodzieży gimnazjalnej i starszej. Innymi słowy, charakteryzuje się ona większym zainteresowaniem alkoholem, niż ich rówieśniczki. Patrząc na badania można stwierdzić, że aż 43,8% gimnazjalistów przyznaje się do spożywania alkoholu kilka razy w tygodniu. Jeden na czterech badanych (25,3%) pije raz w tygodniu. Kilka razy w miesiącu spożywa 0,6% ankietowanych, natomiast 15,4% przyznaje się do spożywania alkoholu raz w miesiącu. Pozostałe 11,1% gimnazjalistów deklaruje, że pije napoje alkoholowe kilka razy w roku. Jak wynika z wyżej zawartych informacji, zaledwie 3,8% piętnastolatków deklaruje swoją abstynencję<sup>5</sup>.

Pierwsze spożycie alkoholu jest określane mianem inicjacji alkoholowej. Pojęcie to zostało wprowadzone ze względu na znaczenie wieku osób rozpoczynających picie alkoholu, na rozwój wielu patologii związanych z procesem rozwoju człowieka. Również sporadyczne spożywanie alkoholu przez nastolatki może mieć dotkliwy wpływ na ich przyszłe losy.

Obserwując badania i raporty Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), można stwierdzić, że w ciągu ostatniej dekady wiek inicjacji alkoholowej ma tendencję spadkową. Wiadomość ta jest niepokojąca, gdyż zgodnie z badaniami większa część młodzieży (50,3% chłopców i 38% dziewcząt)

<sup>4</sup> [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=89&Itemid=107](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=89&Itemid=107) (dostęp: 13.12.2013).

<sup>5</sup> A. Famuła, L. Jurczak, *Alkohol w życiu gimnazjalistów*, „Wychowanie Na Co Dzień” 2008 nr 10–11, s. 44.

sięga po alkohol przed ukończeniem 12 roku życia. Jeżeli tendencja ta nie ulegnie zmianie, w dość niedługim czasie w Polsce będą tysiące młodocianych alkoholiczków<sup>6</sup>.

WHO, jako jednostka nadrzędna w światowych sprawach zdrowotnych zalicza alkohol do jednej z najniebezpieczniejszych substancji aktywnych. Znajdując się zaraz za paleniem tytoniu i nadciśnieniem tętniczym, alkohol zajmuje trzecie miejsce wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji. Udowodnione jest, że ponad 60 chorób i urazów ma bezpośredni związek ze spożywaniem alkoholu.

Obecnie młodzi sięgają po alkohol znacznie wcześniej niż ich rówieśnicy w latach 60., 70. i 80. XX wieku; wówczas do spożywania napojów wysokokowych przyznawało się 50% piętnastolatków, dziś kontakt z trunkiem ma aż 98% uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

To przerażające, jak szybko przesuwana się granica eksperymentowania z alkoholem wśród młodych ludzi. Z przeprowadzonych przez Beatę Bułkę<sup>7</sup> w roku 1999 na terenie Polski południowej badań, które objęły dzieci powyżej dziewiętego roku życia, wynikało, że kontakt z alkoholem miało aż 80% z nich, z czego 35% piło co najmniej raz w tygodniu. Natomiast wśród młodzieży gimnazjalnej i powyżej tego wieku – aż 98% respondentów miało kontakt z alkoholem, z tego 62% piło co najmniej raz w tygodniu, a 26% prawie codziennie.

Na pytanie o przyczyny sięgania po trunki ankietowani odpowiadali najczęściej, że z ciekawości dotyczącej skutków picia (72%), z chęci przypodobania się rówieśnikom (28%), część z nich podaje równocześnie jako powód problemy rodzinne (20%), niektórzy sięganie po kieliszek tłumaczyli niepowodzeniami w życiu szkolnym lub osobistym. Najczęściej inicjacji dokonują pod wpływem namowy kolegów, podszeptu rodzeństwa, a – zdarza się – i nakłaniania przez rodziców; uważają, że do picia zachęcają obrazy telewizyjne i kolorowe czasopisma. Najczęściej wymienianymi miejscami spożywania alkoholu są mieszkania kolegów podczas prywatek, dyskoteki, kawiarnie i puby, a także miejsca koncertów rockowych. Sprzyja temu możliwość dość łatwego zaopatrzenia się w alkohol<sup>8</sup>.

Jak wynika z raportu WHO o Stanie Zdrowia na Świecie za 2002 rok, ryzyko komplikacji zdrowotnych zwiększa się po przekroczeniu poziomu spożycia 10 litrów czystego alkoholu rocznie w przypadku mężczyzn i 7,5 litra w przypadku kobiet. Badania prowadzone przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów

<sup>6</sup> I. Pospiszyl, *Patologie społeczne*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2008, s. 136–137.

<sup>7</sup> [www.eid.edu.pl/archiwum/.../przyczyny\\_siegania\\_po\\_alkohol,2045.htm](http://www.eid.edu.pl/archiwum/.../przyczyny_siegania_po_alkohol,2045.htm) (dostęp: 17.02.2014).

<sup>8</sup> A. Strychowska, *Przyczyny sięgania po alkohol*, „Edukacja i Dialog” 2006, nr 10, s. 30–31.

Alkoholowych wykazały, że w Polsce powyżej tego progu w 2003 roku znalazło się 10% konsumentów napojów alkoholowych, czyli blisko 2.5 miliona ludzi.

Diagnoza problemów związanych z alkoholem i problemami alkoholowymi w Polsce w 2002 roku pozwala na stwierdzenie, że osoby pijące w ilościach stwarzających szczególnie wysokie ryzyko powstania szkód zdrowotnych spotyka się prawie pięć razy częściej u mężczyzn (14,4%) niż u kobiet (3,8%). Odsetek należących do grup ryzyka ludzi młodych (18–29 lat) oraz w średnim wieku (30–39 lat i 40–49 lat) jest podobny i wynosi odpowiednio 9,7%, 10,7% i 10,6%. Znacznie spada dopiero powyżej 50. roku życia i dla osób w wieku 50–64 lata stanowi 8,7%, a ponad 65 lat – 3%. Najwięcej osób pijących na poziomie zwiększonego ryzyka można znaleźć wśród czterdziestoletnich mężczyzn (17,2%) i kobiet o 10 lat młodszych (5,8%). Również stan cywilny różnicuje badanych: więcej pijących ryzykownie pojawia się wśród osób stanu wolnego – u mężczyzn 16,8%, u kobiet 6,2% – niż wśród pozostających w stałych związkach. U osób bezdzietnych proporcje pijących w ryzykowny sposób są wyraźnie wyższe (11,5%) niż u posiadających dzieci (7,8%). Wśród bezrobotnych picie ryzykowne jest częstsze niż wśród zatrudnionych i wynosi 15,9%, a jego najwyższy poziom charakteryzuje bezrobotnych mężczyzn – 24,7%. Wśród osób wierzących i praktykujących pijący ryzykownie występują dwa razy rzadziej (6,8%) niż wśród pozostałych (14,3%)<sup>9</sup>.

Komenda Główna Policji w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych zbiera dane statystyczne dotyczące zamachów samobójczych popełnianych pod wpływem alkoholu. Wynika z nich, że w Polsce w roku 2003 dokonano ogółem 5467 zamachów samobójczych, z których 4634 zakończyło się zgonem. Wśród nich 1069 osób było pod wpływem alkoholu, 988 nadużywało alkoholu, a 259 leczyło się wcześniej z powodu alkoholizmu (w przypadku pozostałych osób brakuje danych dotyczących alkoholu)<sup>10</sup>.

Badania wskazują, że na poziom picia alkoholu przez kobiety ma wpływ zachowanie partnera, ilość wypijanego przez niego alkoholu i wzór picia (picie z partnerem nierzadko spowodowane jest także uległością kobiety, chęcią niedopuszczenia, żeby partner się upił itp.). Pijący mężowie (partnerzy) mają większy wpływ na poziom spożycia alkoholu przez żony, niż pijące żony mężów. Zdaniem badaczy zależność ta wynika ze skłonności kobiet do naśladowania zachowań związanych z piciem mężczyzny zajmującego „wyższą pozycję” zarówno w domu, jak i w miejscu pracy. Stwierdzono również, że mężowie kobiet alkoholiczek mają

<sup>9</sup> [http://www.parpa.pl/download/rozdzialII\\_2002.pdf](http://www.parpa.pl/download/rozdzialII_2002.pdf) (dostęp: 17.02.2014).

<sup>10</sup> B. Karwat, *Samobójstwa jako zjawiska społeczne szczególnej wagi*, online: <http://www.stricte.free.ngo.pl/samob.pdf> (dostęp: 21.07.2014).

częściej problemy alkoholowe w porównaniu z populacją ogólną; gorzej też sobie z nimi radzą niż żony mężów alkoholików. Jak podaje Bogdan T. Woronowicz (*Bez tajemnic o uzależnieniach i leczeniu*, 2001) – na 10 żonatyh mężczyzn leczących się z powodu alkoholizmu, małżeństwo jednego z nich kończy się rozwodem. W przypadku leczących się kobiet tylko jedno małżeństwo nie ulega rozkładowi. Udowodniono także, że picie alkoholu przez kobietę z partnerem jak i bez partnera, prowadzi do nasilenia przemocy zarówno ze strony kobiety, jak i w stosunku do niej<sup>11</sup>.

Jolanta Jarczyńska przeprowadziła badania dotyczące związku pomiędzy wybranymi czynnikami występującymi w środowisku rodzinnym gimnazjalistów, a piciem przez nich alkoholu. Badania zostały wykonane w 2003 roku na losowo wybranej 838 osobowej próbie badawczej młodzieży gimnazjalnej w wieku 13-15 lat z miasta Bydgoszczy i powiatu bydgoskiego, która stanowiła próbę reprezentatywną dla populacji gimnazjalistów z tego terenu<sup>12</sup>.

Zgodnie z badaniami z 2003r. zleconymi przez ESPAD (Europejskiego Programu Badań Ankietyowych w Szkołach na temat Używania Alkoholów i Narkotyków) aż 92% uczniów gimnazjów przyznaje się do picia alkoholu. Taki stan nie powinien dziwić po przeanalizowaniu wskaźnika częstości konsumpcji, którym jest spożycie alkoholu w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie. Uśrednione spożycie alkoholu w tym czasie obejmuje 76% uczniów i 62% uczennic III klas gimnazjów. Bardziej przerażające wyniki zawierają procentową ilość uczniów, którzy upili się w czasie ostatniego roku poprzedzającego badanie. Do takiej sytuacji przyznaje się prawie połowa piętnastolatków (58% chłopców, 40% dziewcząt). Nie powinno więc dziwić, że do podobnej sytuacji mającej miejsce w ciągu 30 dni poprzedzających badanie przyznaje się 38,1% uczniów i 26,5% uczennic III klas gimnazjów<sup>13</sup>. Obecnie młodzi sięgają po alkohol znacznie wcześniej niż ich rówieśnicy w latach 60., 70. i 80. dwudziestego wieku; wówczas do spożywania napojów wysokowych przyznawało się 50% piętnastolatków, dziś kontakt z trunkiem ma aż 98% uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Mało tego, w niektórych badaniach np. ESPAD 2005 zauważono spadek ogólnego spożycia alkoholu w populacji 15 i 17 latków. Niestety, co bardzo niepokojące wzrosła liczba pijących dziewcząt. Po raz pierwszy także w badaniach mokotowskich z 2004 roku

<sup>11</sup> J. Węgrzecka-Giluń, *ABC alkoholu*, „Remedium” 2002, nr 6, s. 4–5.

<sup>12</sup> J. Jarczyńska, *Postawy rodziców wobec picia alkoholu przez dorastające dzieci*, „Remedium” 2006, nr 11, s. 28.

<sup>13</sup> [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=89&Itemid=107](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=89&Itemid=107) (dostęp: 13.12.2013).



wskaźniki picia dla dziewcząt – 53,90%, były wyższe od wskaźników dla chłopców – 45,30%. Z przeprowadzonych w Polsce badań wynika, że konsumpcja alkoholu kształtuje się na średnim poziomie w porównaniu z resztą Europy. Około 30% nastolatków przyznaje się do regularnego spożywania alkoholu, 28% młodzieży 17-letniej upiło się w ciągu 30 dni poprzedzających badanie, a tylko 4% deklaruje się jako osoby niepijące. Zjawisko to jest bardziej rozpowszechnione w większych miastach, mniej powszechne natomiast w małych miejscowościach. Na te różnicowania nakładają się też różnicowania regionalne.

Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi w 2006 roku na grupie młodzieży 15-letniej można powiedzieć, że poczucie własnej skuteczności ma ochronny wpływ na młodzież przed używkami. Badania te wykazały, że niska samoocena połączona z przeświadczeniem o upijaniu się większości kolegów sprzyja zachowaniom ryzykownym związanym z alkoholem. W grupie chłopców postrzegających rówieśników jako osoby często upijające się aż 100% o niskim poczuciu własnej skuteczności przyznało się do przynajmniej czterech epizodów upojenia alkoholowego. W tej samej grupie przynajmniej cztery razy upiło się 41,7% chłopców o wysokim poczuciu własnej skuteczności. Rezultatem tych badań był wniosek, że wśród nastolatków czynnikami sprzyjającymi upijaniu się są: płęć męska, traktowanie picia alkoholu jako normy w grupie rówieśniczej i właśnie niska samoocena wynikająca z niskiego poczucia własnej skuteczności.

Europejskie Badanie w Szkołach Temat Używania Alkoholu i Narkotyków (ESPAD) z 2007<sup>14</sup> wykazało, że do konsumentów napojów alkoholowych (czyli osób, które spożywały dowolny jego rodzaj w ciągu ostatnich 12 miesięcy) zalicza się 79% młodzieży w wieku 15–16 lat oraz 92% 16–17 latków. Z kolei do osób pijących często (przynajmniej raz w miesiącu poprzedzającym badanie) zaliczono 57,3% młodzieży młodszej i 79,5% młodzieży starszej. W klasyfikacji ogólnej stwierdzono spadek odsetka sięgających po alkohol gimnazjalistów w porównaniu z latami ubiegłymi, wzrost zanotowano jedynie w przypadku starszych dziewcząt.

Przywykliśmy niestety do mitu, że alkohol mniej szkodzi mężczyznom niż kobietom, że mężczyźni mogą więcej tego alkoholu wypić oraz że mężczyźni także lepiej trawią alkohol. Jest to niestety największy z mitów, jakie dotyczą picia alkoholu, który powoduje dodatkowo największe szkody, bo często niestety panowie próbują popisać się i piją ambicjonalnie, nieproporcjonalnie do swoich

---

<sup>14</sup> J. Sierostwaski, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w Poznaniu w 2007 r.*, PARPA, Warszawa 2007.



możliwości. Negatywnie na pewno odbija się to na ich zdrowiu. Jest rzeczywiście tak, że jeśli kobieta i mężczyzna wypiją w tym samym czasie te same ilości alkoholu, to więcej go będzie jednak w organizmie kobiety, bo kobiety mają naturalnie bardziej rozbudowaną tkankę tłuszczową, jednak nie oznacza to, że picia alkoholu przez mężczyznę może odbywać się po niższych kosztach niż u kobiety. Wypicie tej samej ilości alkoholu będzie skutkowało tymi samymi efektami zdrowotnymi, mimo że mężczyzna szybciej wytrzeźwieje, czy szybciej pozbędzie się tego alkoholu ze krwi. Ponadto wyżej wymieniony fakt nie oznacza, że mężczyźni rzadziej i mniej łagodniej chorują po alkoholu. „Prowadzone przez 10 lat badania prospektywne obejmujące 453 mężczyzn ocenianych początkowo w wieku 20 lat wykazało, że synowie alkoholików cechowali się relatywnie niższym poziomem odpowiedzi na alkohol, w tym mniej intensywnym subiektywnym uczuciem upojenia, słabszym nasileniem wywoływanych przez alkohol nieprawidłowości w testach funkcji poznawczych i psychomotorycznych oraz mniej nasilonym wpływem etanolu na wydzielanie prolaktyny i kortyzolu. Mała wrażliwość na działanie alkoholu w wieku około 20 lat była silnym czynnikiem wskazującym na pojawienie się alkoholizmu 10 lat później”<sup>15</sup>.

W społeczeństwie funkcjonuje mit, że alkoholikami są mężczyźni, a porządne kobiety nie piją alkoholu. Jest to jednak nieprawda. W wyniku przeobrażeń kulturowych i społecznych, jakie zachodzących w ostatnich latach coraz więcej osób sięga po (zależność alkoholowa lub nadużywanie alkoholu). Piętno tej choroby jest dla kobiet szczególnie dotkliwe, dlatego też sięgają one po alkohol w samotności, znacznie trudniej jest im także zwrócić się o pomoc. Alkohol czyni większe szkody w tkance mózgowej kobiet z uwagi na większą jej wrażliwość na alkohol niż u mężczyzn, stąd też kobiety szybciej się upijają i mają mniejszą tolerancję na alkohol, a ponadto szybciej wywołuje on u nich uzależnienie. Kobiety piją mimo tego, że są świadome konsekwencji rodzinnych, społecznych, łącznie z utratą pracy, co jest dla nich większym problemem niż objawy somatyczne. Nawet jeśli podejmują leczenie, to ich terapia jest utrudniona, gdyż często towarzyszą kobietom zaburzenia depresyjne i traktują one alkohol jako poprawiacz samopoczucia. Chwilowo alkohol faktycznie tak działa, ale są to złudne – „dobre” – strony spożywania alkoholu. Wśród kobiet występuje zróżnicowanie w zachowaniach związanych z piciem alkoholu w zależności od wieku, pełnionych ról życiowych oraz stanu cywilnego. Na ogół kobiety, które piją, spożywają mniej alkoholu i mają mniej problemów związanych z alkoholem oraz objawów uzależnienia niż

---

<sup>15</sup> *Interna Harrisona*, praca zbiorowa, t. 2, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001.

mężczyźni, ale wśród najintensywniej pijących, kobiety dorównują mężczyznom lub przewyższają ich pod względem liczby problemów powstałych w wyniku picia. Wbrew panującej powszechnie opinii kobiety, które pełnią wiele ról (np. mężatki pracujące poza domem, matki), mogą doświadczać mniej problemów z alkoholem niż te, które nie pełnią tylu ról. Pozbawienie możliwości pełnienia roli życiowej (np. roli żony, matki lub pracownika) może spowodować wzrost ryzyka nadużywania alkoholu. Czas pojawienia się pierwszych problemów z alkoholem a rozpoczęciem leczenia jest krótszy u kobiet niż u mężczyzn. Badania kobiet-alkoholiczek w trakcie leczenia wskazują, że często doświadczają one silniejszych fizjologicznie zaburzeń we wczesnym okresie picia, pomimo iż spożywają mniej alkoholu niż mężczyźni. Wyniki wskazują, że konsekwencje związane z intensywnym pićem u kobiet mogą pojawić się wcześniej lub być silniejsze. Przewlekłe nadużywanie alkoholu zbiera większe żniwo ofiar śmiertelnych wśród kobiet niż u mężczyzn. Wskaźnik umieralności alkoholiczek jest wyższy aż od 50 do 100% w porównaniu do wskaźnika umieralności uzależnionych mężczyzn. Coraz więcej dowodów wskazuje, że wpływ alkoholu na wątrobę jest silniejszy u kobiet niż u mężczyzn, szczególnie alkoholowa marskość wątroby oraz zapalenie wątroby następuje po stosunkowo krótkim okresie intensywnego picia. Powtarzające się spożycie dużych ilości alkoholu może wywołać u kobiet zanik miesiączki, zmniejszenie wielkości jajników, zanik ciałek żółtych z towarzyszącą niepłodnością oraz samoistne poronienia, może stanowić również o zwiększonym ryzyku wystąpienia raka piersi. Dalsze picie może prowadzić do wczesnego wystąpienia menopauzy. Nie należy zapominać, że spożywanie alkoholu przez kobiety odbija się negatywnie na ich kondycji w okresie macierzyństwa. Dodatkowo spożywanie alkoholu w czasie ciąży szkodzi nie tylko kobiecie, ale przede wszystkim zagraża rozwijającemu się płodowi, prowadząc do szeregu zaburzeń jego późniejszego funkcjonowania. Zjawisko to, a właściwie choroba dzieci, znana jest dziś pod nazwą Alkoholowy Zespół Płodu (z ang. FAS – *Fetal Alchole Syndrome*) i dotyczy znacznej części dzieci, których matki w okresie ciąży piły alkohol.

Zgodnie ze społecznym zdefiniowaniem płci, opartym o wzory aktywności, zachowań, sposobów zaspokajania potrzeb, realizacji celów i pełnienia ról społecznych, nasza kultura za normę przyjmuje większe spożycie alkoholu wśród płci męskiej niż żeńskiej. Sytuacja ta jest również widoczna wśród gimnazjalistów. Innymi słowy, gimnazjaliści charakteryzują się większym zainteresowaniem alkoholem, niż ich rówieśniczki. Szokujący jest fakt przyzwolenia rodziców na pewien rodzaj spożycia alkoholu przez ich dzieci. Wielu z nich wydaje się mieć opinię, że 18 urodziny są magiczną granicą, po przekroczeniu, której alkohol

przestaje mieć negatywny wpływ na organizm młodego człowieka. Badania dowodzą, że większość młodzieży spożywa alkohol w swoim domu lub w domu znajomych przy częściowym przyzwoleniu rodziców. Na następnym miejscu znajdują się otwarte przestrzenie takie jak parki, plaże, okolice bloków i sklepów. Stanowi to częstą przyczynę problemów z miejskimi służbami porządkowymi. Dalej znajdują się popularne, wśród coraz młodszej społeczności, dyskoteki i inne ciężkie do zidentyfikowania miejsca, takie jak opuszczone budynki, ruiny, stare place budowy, itp.

Zdaniem specjalistów, picie alkoholu przez nastolatków jest bardziej ryzykowne niż przez osoby dorosłe. Powodów wymienić można tu wiele. Wczesna inicjacja alkoholowa jest jedną z przyczyn późniejszych problemów alkoholowych ludzi dorosłych. Szybkość powstawania uzależnienia zależy bowiem od stopnia dojrzałości organizmu, szczególnie ośrodkowego układu nerwowego, tolerancji na alkohol, oraz właśnie wieku, w którym rozpoczyna się intensywne picie. Pijąc intensywnie przed 20 rokiem życia można uzależnić się już po kilku miesiącach, między 20 a 25 rokiem życia potrzeba na to około 3–4 lat, a po 25 roku życia okres uzależniania się trwa od kilku do kilkunastu lat<sup>16</sup>.

W roku 2005 Agata Strychowska przeprowadziła badania wśród 54 uczniów liceum i 58 technikum związane z picciem alkoholu (wiek 16–19 lat). Wyniki okazały się alarmujące: 86,78% licealistów i 93,03% uczniów technikum sięga po alkohol, w tym 79,24% uczniów liceum pije alkohol co najmniej raz w tygodniu, a 7,54% – kilka razy w tygodniu. Systematycznie spożywa alkohol 81,03% słuchaczy technikum, 10,34% – kilka razy w tygodniu, a 1,72% pije codziennie. Na pytanie o przyczyny sięgania po trunki ankietowani odpowiadali najczęściej, że z ciekawości dotyczącej skutków picia (72%), z chęci przypodobania się rówieśnikom (28%), część z nich podaje równocześnie jako powód problemy rodzinne (20%), niektórzy sięganie po kieliszek tłumacza niepowodzeniami w życiu szkolnym lub osobistym. Najczęściej inicjacji dokonują pod wpływem namowy kolegów, podszepu rodzeństwa, a – zdarza się –i nakłaniania przez rodziców; uważają, że do picia zachęcają obrazy telewizyjne i kolorowe czasopisma. Najczęściej wymienianymi miejscami spożywania alkoholu są mieszkania kolegów podczas prywatek, dyskoteki, kawiarnie i puby, a także miejsca koncertów rockowych. Sprzyja temu możliwość dość łatwego zaopatrzenia się w alkohol<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> M. Kostka, *Młodzież i alkohol*, „Przyjaciel Dziecka” 2000, nr 4–6, s. 8.

<sup>17</sup> A. Strychowska, *Przyczyny sięgania po alkohol*, „Edukacja i Dialog” 2006, nr 10, s. 30–31.

Młodzież pochodząca z rodzin, w których nadużywa się alkoholu, jest szczególnie narażona na popadnięcie w nałóg. Chłopcy i dziewczęta z takich domów piją częściej i więcej niż dzieci z innych rodzin, wcześniej też mają kontakt z alkoholem, a pierwszy wypity kieliszek podany bywa często przez pijącego rodzica. Dzieci alkoholików piją z innych powodów niż ich rówieśnicy z normalnych domów: piją, bo „chcą oderwać się od rzeczywistości”, bo „nie widzą przed sobą żadnych perspektyw” (31% chłopców, 41% dziewcząt), podczas gdy dzieci z innych domów najczęściej piją z okazji imienin, urodzin czy świąt, a motyw odehrwania się od rzeczywistości pojawia się u nich znacznie rzadziej.<sup>18</sup>

Dzieci wychowujące się w rodzinie z problemem alkoholowym odróżnia od innych obraz własnej rodziny, ludzi i świata. Różnice te dają świadectwo głębokości wpływu, jaki na osobowość dziecka wywiera doświadczenie biograficzne. B. Bernaś-Mizgalska<sup>19</sup> zajęła się badaniem trzech aspektów obrazu świata u dzieci alkoholików – wyobrażeń dotyczących rodziny, przekonań moralnych oraz elementów ogólnej filozofii życiowej. Tym, co najsilniej odróżniało dzieci alkoholików od innych, okazał się obraz rodzinny – w tym zarówno wizje idealne, jak i opis stanu rzeczywistego. Problemy rodzinne angażują większość uczuć, pragnień i lęków dzieci z domów z problemem alkoholowym, podczas gdy dla dzieci z grupy kontrolnej sprawy rodzinne stanowiły tylko jeden z wielu zajmujących ich uwagę problemów.

Pierwsze martwią się sytuacją domową, nałogiem ojca, brakiem pieniędzy; marzą o spokoju, względnym dostatku i o tym, żeby ojciec nie pił. Drugie snują marzenia o ukończeniu szkoły, studiach wyższych, podróżach, posiadaniu sympatii, o ładnych ubraniach. Na pytanie „czego się boisz” pierwsze odpowiadają: „pijaków”, „nienawiści”, „gdy rodzice krzyczą”, drugie boją się „psa”, „żaby” i „bomby atomowej”. Przepaść pomiędzy obiema grupami znalazła najbardziej wymowny wyraz w takich dwóch wypowiedziach: „Moim największym pragnieniem jest spokój w domu” (mówi dziecko alkoholika); „Moim największym marzeniem jest dostać od rodziców wranglery” (mówi dziecko z grupy kontrolnej). Wyobrażenia te cechuje czasem swoisty minimalizm – w przeciwieństwie do innych dzieci.

Znacznie gorsze warunki materialne dzieci i młodzieży z rodzin nadużywających alkoholu powodują, że dziecko często bywa głodne, nie jest właściwie

<sup>18</sup> M. Ochmański, *Sytuacja psychospołeczna młodzieży z rodzin alkoholicznych*, Wydawnictwo Naukowe UMCS, Lublin 1985, s. 18–19.

<sup>19</sup> B. Bernaś-Mizgalska, *Obraz świata u dzieci nałogowych alkoholików*, „Zagadnienia wychowawcze a zdrowie psychiczne”, 1975, nr 3.

ubrane, jest podatne na różnego rodzaju choroby, co pociąga za sobą długie okresy nieobecności w szkole. Okazuje się, że badana w 1983 roku młodzież pochodząca z rodzin nadużywających alkoholu w liczbie 136 osób, w 3,67% przerwała naukę w szkole podstawowej już w klasach III–IV, po wielokrotnym ich powtarzaniu, i w 16,7% w klasach V–VII. Szkoły podstawowej w ogóle nie ukończyło 28,68% badanej młodzieży z tych rodzin, podczas gdy z rodzin normalnych tylko 10,64%<sup>20</sup>.

W jednym z najnowszych badań zjawiska alkoholizowania się młodzieży w Polsce z roku 2011 zrealizowanego w ramach Europejskiego Programu Badań Szkolnych na Temat Alkoholu i Innych Narkotyków – ESPAD, w trzech klasach szkół gimnazjalnych oraz drugich klasach szkół ponadpodstawowych (grupa 15/16-latków oraz 17/18-latków) koordynowanych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii stwierdzono następujące fakty: po pierwsze: napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną używaną przez młodzież. Do picia napojów alkoholowych przyznaje się ponad 87% uczniów III klas gimnazjalnych i ponad 95% uczniów II klas szkół średnich. Najczęściej spożywanym napojem alkoholowym jest piwo. Niestety rosną również wskaźniki spożycia napojów wysokoprocentowych; po drugie utrzymuje się liczba abstynentów, zmniejsza się powoli również częstość picia oraz ilość jednorazowo wypijanego alkoholu przez młodzież. Jako wskaźnik częstej konsumpcji traktowane jest picie alkoholu w ciągu ostatniego miesiąca poprzedzającego badanie. Ponad 60% chłopców oraz ponad połowa dziewcząt (53%) uczących się w III klasach gimnazjalnych (15/16-latków) piła alkohol w tym okresie; po trzecie: do upicia się w czasie ostatniego roku przyznało się niemal 50% piętnastolatków (49% chłopców i 48% dziewcząt) i około 70% siedemnastolatków (76% chłopców i 64% dziewcząt). Na miesiąc przed badaniami upił się co czwarty 15/16-letni chłopiec (23,6%) i co piąta 15/16-letnia dziewczynka (19,4%); po czwarte: spada odsetek młodych ludzi, którzy oceniają dostępność alkoholu dla nieletnich jako łatwą, ale nadal jest on bardzo wysoki (w przypadku piwa: 80% 15-latków i ponad 90% 17-latków)<sup>21</sup>.

„Według raportu technicznego z badań HSBC 2006, IMiD 2007 pt. *Zdrowie subiektywne, style życia i środowisko psycho-społeczne młodzieży szkolnej w Polsce*, dziewięciu na dziesięciu uczniów w wieku 15–16 lat ma już za sobą doświadczenia

<sup>20</sup> M. Ochmański, *Sytuacja...* dz. cyt., s. 131.

<sup>21</sup> [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=89&Itemid=12](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=89&Itemid=12) (dostęp: 15.09.2014).

z pić procentowych napojów, większość z nich nawet na długo przed piętnastymi urodzinami. Blisko 22% z nich pierwszy raz sięgnęło po alkohol w wieku jedenastu lat lub nawet mniej, natomiast 15% – mając tylko dwanaście lat<sup>22</sup>. Ciekawym uzupełnieniem obrazu spożywania alkoholu przez młodzież mogą być najważniejsze wyniki z badań międzynarodowych HBSC (*Health Behaviour In School-aged Children*)<sup>23</sup>. Badania przeprowadzane są co cztery lata, a ostatnia edycja została zrealizowana w 2010 roku. Badania ankietowe obejmują uczniów w wieku 11, 13 i 15 lat, a więc grupę nieco młodszą w stosunku do badań ESPAD. Najważniejsze wnioski płynące z tych badań wskazują, że w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem do spożywania jakiegokolwiek napoju alkoholowego przyznało się: 11% 11-latków; 27% 13-latków, w tym 10% więcej niż 1–2 razy; 51% 15-latków, w tym 24% więcej niż 1–2 razy. Natomiast w ciągu ostatniego miesiąca przed badaniem do upicia się przyznało się: 11% 13-latków, w tym 4% więcej niż raz; 18% 15-latków, w tym 6% więcej niż raz. Kolejny wniosek to fakt, że 30% 15-latków pierwszy raz piło alkohol przed ukończeniem 13. roku życia (w tym 16,5% pierwszy raz wypilo alkohol w wieku 11 lat lub mniej, natomiast 13,5% zrobiło to pierwszy raz, mając 12 lat), oraz blisko 10% 15-latków upiło się pierwszy raz, mając mniej niż 14 lat<sup>24</sup>.

Ostatnimi laty problem alkoholizowania się młodzieży w skali kraju wydaje się wymykać spod kontroli. Spożywanie alkoholu staje się coraz popularniejszą rozrywką wśród młodzieży. W związku z powyższym różnorodne instytucje monitorują na bieżąco to negatywne zjawisko.

Badania pokazały, iż gimnazjaliści niezależnie od stopnia intensywności picia alkoholu u swoich matek, spostrzegają nieco większą dezaprobatę dla picia przez siebie alkoholu niż u ojców. Analizując średnie wartości arytmetyczne uzyskane przez badanych na skali spostrzeganej postawy matki i ojca zauważyła, iż zarówno gimnazjaliści, którzy w czasie ostatnich sześciu miesięcy poprzedzających badanie pili alkohol, jak i ci, którzy go nie spożywali, u swych matek i ojców najczęściej spostrzegali postawę częściowo dezaprobowującą picie przez nich alkoholu. Ten typ postawy badani częściej spostrzegali u swych matek niż u ojców. Kolejnym typem postawy rodziców najczęściej występującym w percepcji młodzieży pijącej alkohol była postawa obojętna wobec picia przez nich alkoholu. Ten typ postawy nieco częściej spostrzegali badani u swych ojców niż u matek.

<sup>22</sup> <http://www.narkotyki.pl/wokol-alkoholu/lkoholwrdplskiejmodziezy/> (dostęp: 22.08.2014).

<sup>23</sup> *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.

<sup>24</sup> [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=89&Itemid=12](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=89&Itemid=12) (dostęp: 15.09.2014).



Na ten typ postawy rodziców wskazywał znacznie mniejszy odsetek badanych abstynentów, niż odsetek osób pijących alkohol w czasie sześciu miesięcy poprzedzających badanie. Następnym typem postawy, znacznie rzadziej jawiącym się w percepcji badanych, była postawa w pełni dezaprobująca picie alkoholu. Ten typ postawy częściej dostrzegali badani u swych matek niż u ojców.

Najrzadziej występującym w percepcji badanych abstynentów typem postawy była postawa częściowo aprobująca picie alkoholu przez badanych. Podkreślenia wymaga fakt, iż badani gimnazjaliści u swych matek i ojców nie dostrzegli postawy w pełni aprobującej picie alkoholu.

Abstynenci najczęściej u swych rodziców spostrzegali postawę częściowo dezaprobującą picie przez nich alkoholu oraz postawę w pełni dezaprobującą jego używanie<sup>25</sup>.

Konfrontując uzyskane wyniki z wynikami badań z lat 1990. nad postawami Polaków wobec alkoholu można zauważyć, iż nastrojały one pesymistycznie. Otóż wyniki badań wskazywały na faktyczną zmianę nastawienia rodziców nastoletnich dzieci, którzy byli skłonni bardziej niż dawniej, godzić się na picie przez nich alkoholu. Wskazywały one również na tendencję do przyzwolenia na inicjację alkoholową przed osiągnięciem pełnoletniości przez ich dzieci. Od początku lat 1990. spora grupa badanych skłania się do uznania wieku poniżej 18 roku życia za normę inicjacji alkoholowej. Szczególny niepokój budziło wykryte w badaniach zjawisko, jakim było przyzwolenie matek dla picia alkoholu przez nieletnie córki<sup>26</sup>.

Badania prowadzone przez Mariana Ochmańskiego w latach 1982–1984 dotyczące genetyki zaburzeń rozwoju emocjonalnego i społecznego dzieci alkoholików, przynoszą także nowe informacje na temat etiologii i fenomenologii zjawiska, między innymi o przejmowaniu wzorów picia oraz społecznym osamotnieniu dzieci alkoholików.

Jak wynika z analizy M. Ochmańskiego, dzieci alkoholików wyrastają w atmosferze lęku i obcości psychicznej, nasilonej jeszcze przez krzywdy moralne i fizyczne ze strony pijącego ojca i przez brak dostatecznego oparcia w matce. W efekcie – jak pokazały badania – są bardziej niż inne dzieci neurotyczne i chwiejne emocjonalnie. Typowe skargi to: niepokój, rozdrażnienie, przygnębienie, stany lękowe, natrętne myśli, które nie pozwalają zasnąć ani odpocząć, dolegliwości psychosomatyczne – bóle głowy, bóle serca, bolesne skurcze jelit.

---

<sup>25</sup> Tamże, s. 29.

<sup>26</sup> Tamże.

Młodzież pochodząca z rodzin, w których nadużywa się alkoholu, jest szczególnie narażona na popadnięcie w nałóg. Chłopcy i dziewczęta z takich domów piją częściej i więcej niż dzieci z innych rodzin, wcześniej też mają kontakt z alkoholem, a pierwszy wypity kieliszek podany bywa często przez pijącego rodzica. Dzieci alkoholików piją z innych powodów niż ich rówieśnicy z normalnych domów: piją, bo „chcą oderwać się od rzeczywistości”, bo „nie widzą przed sobą żadnych perspektyw” (31% chłopców, 41% dziewcząt), podczas gdy dzieci z innych domów najczęściej piją z okazji imienin, urodzin czy świąt, a motyw odezwania się od rzeczywistości pojawia się u nich znacznie rzadziej<sup>27</sup>.

Marian Ochmański<sup>28</sup> prowadząc w 1975 roku badania inteligencji testem Wechslera wśród 300 uczniów szkoły podstawowej (w tym 150 z rodzin nadużywających alkoholu) w wieku 7 do 12 lat stwierdził, że ogólny iloraz inteligencji dzieci ojców-alkoholików jest statystycznie bardzo istotnie niższy niż dzieci pochodzących z rodzin normalnych. Dzieci z rodzin nadużywających alkoholu słabiej mają rozwinięte zdolności słowne i bezsłowne, zdolność myślenia na konkretnych i kojarzenia faktów przedstawionych graficznie. Przyczyną takiego stanu rzeczy mógł być osłabiony układ nerwowy dziecka, zaburzenia emocjonalne, niski kulturowo poziom środowiska rodzinnego, z jakiego pochodziły, zaniedbania pedagogiczne, a także takie cechy osobowości, jak: brak wytrwałości, brak ambicji, wiary we własne siły, mała odporność na niepowodzenia w pracy, nadpobudliwość, zahamowania itp.

Dzieci wychowujące się w rodzinie z problemem alkoholowym odróżniają od innych obraz własnej rodziny, ludzi i świata. Różnice te dają świadectwo głębokości wpływu, jaki na osobowość dziecka wywiera doświadczenie biograficzne. Bronisława Bernaś-Mizgalska<sup>29</sup> zajęła się badaniem trzech aspektów obrazu świata u dzieci alkoholików – wyobrażeń dotyczących rodziny, przekonań moralnych oraz elementów ogólnej filozofii życiowej. Tym, co najsilniej odróżniało dzieci alkoholików od innych, okazał się obraz rodzinny – w tym zarówno wizje idealne, jak i opis stanu rzeczywistego. Problemy rodzinne angażują większość uczuć, pragnień i lęków dzieci z domów z problemem alkoholowym, podczas gdy dla dzieci z grupy kontrolnej sprawy rodzinne stanowiły tylko jeden z wielu zajmujących ich uwagę problemów.

<sup>27</sup> M. Ochmański, *Sytuacja...*, dz. cyt., s. 18–19.

<sup>28</sup> M. Ochmański, *Wpływ alkoholizmu rodziców na poziom inteligencji i przystosowanie ich dzieci do nauki szkolnej*, PZWL, Warszawa 1981, s. 63.

<sup>29</sup> B. Bernaś-Mizgalska, *Obraz świata u dzieci nałogowych alkoholików*, „Zagadnienia wychowawcze a zdrowie psychiczne”, 1975, nr 3.



Pierwsze martwią się sytuacją domową, nałogiem ojca, brakiem pieniędzy; marzą o spokoju, względnym dostatku i o tym, żeby ojciec nie pił. Drugie snują marzenia o ukończeniu szkoły, studiach wyższych, podróżach, posiadaniu sympatii, o ładnych ubraniach. Na pytanie „czego się boisz” pierwsze odpowiadają: „pijaków”, „nienawiści”, „gdy rodzice krzyczą”, drugie boją się „psa”, „żaby” i „bomby atomowej”. Przepaść pomiędzy obiema grupami znalazła najbardziej wymowny wyraz w takich dwóch wypowiedziach:

„Moim największym pragnieniem jest spokój w domu”  
(mówi dziecko alkoholika).

„Moim największym marzeniem jest dostać od rodziców wranglery”  
(mówi dziecko z grupy kontrolnej).

Idealna rodzina w oczach dzieci alkoholików to dokładna odwrotność ich rodziny realnej. W idealnej rodzinie panuje bowiem „pokój”, „zgodność”, „dzieci czują szacunek do rodziców” a cała rodzina może być dla innych przykładem zgodnego współżycia. Idealny rodzic nie pije, nie karze bez powodu, jest kochający i dobry, jest wzorem dla dzieci. Wyobrażenia te cechuje czasem swoisty minimalizm – w przeciwieństwie do innych dzieci nie oczekują one „rozumienia”, „przyjaźni”, „gotowości do szczyrych rozmów”, wystarcza im ojciec, który nie pije i nie bije.

Życie dzieci ojców nadużywających alkoholu to niejednokrotnie tragiczne pasmo straszliwych dni i o wiele okropniejszych nocy. Od najmłodszych lat spotykają się one z wulgarnym słownictwem, rękoczynami, bójkami i innymi aktami przemocy. Przeprowadzone przez Janusza Łopuskiego badania dzieci 200 ojców nadużywających alkoholu wykazały, że 90% tych dzieci chorowało na nerwice, występowały u nich lęki nocne, szybkie męczenie się i nadmierna płaczliwość<sup>30</sup>.

Znacznie gorsze warunki materialne dzieci i młodzieży z rodzin nadużywających alkoholu powodują, że dziecko często bywa głodne, nie jest właściwie ubrane, jest podatne na różnego rodzaju choroby, co pociąga za sobą długie okresy nieobecności w szkole. Okazuje się, że badana w 1983 roku młodzież pochodząca z rodzin nadużywających alkoholu w liczbie 136 osób, w 3,67% przerwała naukę w szkole podstawowej już w klasach III–IV, po wielokrotnym ich powtarzaniu, i w 16,7% w klasach V–VII. Szkoły podstawowej w ogóle nie ukończyło 28,68% badanej młodzieży z tych rodzin, podczas gdy z rodzin normalnych tylko 10,64%<sup>31</sup>.

<sup>30</sup> M. Ochmański, *Wpływ...*, dz. cyt., s. 43.

<sup>31</sup> M. Ochmański, *Sytuacja...* dz. cyt., s. 131.

Ogólnopolskie badania socjologiczne pokazują także, iż w ciągu ostatnich lat zwiększyła się liczba pijącej i upijającej się młodzieży, w szczególności dziewcząt. Z badań przeprowadzonych w 1995 i powtórzonych w czerwcu 1999 roku wynika, że 68% 15-letnich chłopców i 54 proc. 15-letnich dziewcząt piło alkohol w ciągu ostatniego miesiąca. 58% 15-latków i 43% 15-latek w ciągu ostatniego roku upiło się.

Zdaniem specjalistów, picie alkoholu przez nastolatków jest bardziej ryzykowne niż przez osoby dorosłe. Powodów wymienić można tu wiele. Wczesna inicjacja alkoholowa jest jedną z przyczyn późniejszych problemów alkoholowych ludzi dorosłych. Szybkość powstawania uzależnienia zależy bowiem od stopnia dojrzałości organizmu, szczególnie ośrodkowego układu nerwowego, tolerancji na alkohol, oraz właśnie wieku, w którym rozpoczyna się intensywne picie. Pijąc intensywnie przed 20 rokiem życia można uzależnić się już po kilku miesiącach, między 20 a 25 rokiem życia potrzeba na to około 3–4 lat, a po 25 roku życia okres uzależniania się trwa od kilku do kilkunastu lat<sup>32</sup>.

Problem picia młodzieży jest zagrożeniem społecznym. Wymaga współpracy wychowawców, nauczycieli, terapeutów, psychologów, pedagogów na rzecz trzeźwego dojrzwania. To szereg zajęć i działań profilaktycznych skierowanych do młodego człowieka w celu zapewnienia mu lepszej przyszłości, wolnej od uzależnień. Dla uczniów ważne jest poszukiwanie odpowiedzi na pytania: Dlaczego sięgam po alkohol? Do czego jest mi potrzebny? Co mi rekompensuje? Od czego uciekam? Rodzina i szkoła powinna dawać przykład i nie przyzwalać na spożywanie alkoholu. Wskazywać drogę pomocy i terapii oraz motywacji do pracy nad sobą<sup>33</sup>. Nie jest to łatwe zadanie, o czym przekonują wyniki badań prowadzonych w Polsce, a dotyczące spożywania alkoholu przez młodzież w różnym wieku, od młodzieży gimnazjalnej począwszy, przez badania młodzieży szkół ponadgimnazjalnych, na studentach kończąc. Wskaźniki spożywania alkoholu w świetle różnych badań pozostają ciągle na bardzo wysokim poziomie.

Dla porównania warto przytoczyć także badania dotyczące picia alkoholu przez osoby dorosłe. Na szczególną uwagę zasługuje badanie wzorów konsumpcji alkoholu w Polsce, zrealizowane w 2008 roku przez Centrum Badania Opinii Społecznej na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na reprezentatywnej próbie 1075 osób dorosłych. Celem było poznanie wzorców spożywania napojów alkoholowych oraz postaw badanych

<sup>32</sup> M. Kostka, *Młodzież i alkohol*, „Przyjaciel Dziecka” 2000, nr 4–6, s. 8.

<sup>33</sup> A. Łukaszewicz, B. Ułanowicz-Pęcherczyk, *Nauczyciel potrzebny od zaraz. Publikacja dla nauczycieli i wychowawców*, MAC EDUKACJA, Kielce 2010, s. 14.

wobec alkoholu i różnego rodzaju problemów będących następstwem picia alkoholu.

Wnioski z tych badań przedstawiają się następująco:

- Odnotowano wysoki (28%) odsetek osób deklarujących abstynencję rozumianą jako niepicie w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. Wynik jest zbliżony z wynikiem badań podjętym przez TNS OBOP na zlecenie Komisji Europejskiej w 2007 roku (28% abstynentów w Polsce przy średniej wynoszącej 25% dla Unii Europejskiej), jednak jest on zdecydowanie wyższy niż w badaniu przeprowadzonym w 2005 roku (17%).
- Odsetek osób informujących o swojej inicjacji alkoholowej przed 18 rokiem życia jest niższy w porównaniu do 2005, zarówno w grupie kobiet (odpowiednio 22% do 28%) jak i w grupie mężczyzn (46% do 52%). Średni deklarowany wiek inicjacji alkoholowej to 17,9 lat. W przypadku kobiet nieco wyższy – 18,9 lat, w przypadku mężczyzn niższy 17,6 lat. Kobiety najczęściej rozpoczynały kontakty z alkoholem winem, mężczyźni piwem.
- Zmieniły się wielkości grup konsumentów poszczególnych rodzajów alkoholu. 69% deklaruje picie wódki (w 2005 r. odpowiednio 73%), 64% picie wina (w 2005 r. – 80%), a 75% piwa (78 w 2005 r.)
- Największe spożycie alkoholu występuje w grupie mężczyzn mających 30–39 lat i 40–49lat, wykształcenie zawodowe, bezrobotnych, zajmujących stanowiska szeregowe, będących robotnikami niewykwalifikowanymi, mieszkającymi w miastach o wielkości 50–500 tys. mieszkańców, wśród rozwiedzionych, gorzej oceniających swoją sytuację materialną.
- Największe spożycie alkoholu występuje w grupie kobiet, które mają 18–29 lat i 30–39 lat, w grupie panien, wśród kobiet mających wyższe wykształcenie, mieszkanki miast powyżej 50 tys. mieszkańców, będących gospodyniami domowymi, wśród zatrudnionych jako pracownice umysłowe bez wyższego wykształcenia, a także wśród kobiet zajmujących stanowiska samodzielne, nie deklarujących się jako wierzące i praktykujące, lepiej oceniających swoją sytuację materialną<sup>34</sup>.
- W kwietniu 2009 roku Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przeprowadził badania „Studenci 2000” dotyczące używania alkoholu i innych środków psychoaktywnych przez polskich

<sup>34</sup> Opracowano na podstawie: [http://www.parpa.pl/dowland/wyniki%20badania%20wzory%20konsumpcji%202008\\_%202%20metody\\_poprMFdoc.pdf](http://www.parpa.pl/dowland/wyniki%20badania%20wzory%20konsumpcji%202008_%202%20metody_poprMFdoc.pdf) (dostęp: 16.09.2013).

studentów. Są to w miarę aktualne badania, których wyniki przedstawiają alkoholowy obraz naszych młodzieżowych elit intelektualnych. W badaniu wzięło udział 9372 studentów pierwszych i trzecich lat 40 różnych uczelni z największych ośrodków akademickich Polski.

Tabela poniżej określa częstotliwość picia alkoholu przed badaniem. W badaniach wzięło udział 48% mężczyzn i 52% kobiet. W świetle wyników 75% studentów piło przynajmniej raz w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie. 44% spośród nich piło co najmniej co dziesiąty dzień lub częściej, aczkolwiek dotyczy to w większym stopniu mężczyzn niż kobiet. Niestety nie znaczy to, że osoby deklarujące abstynencję na miesiąc przed badaniem nie piły alkoholu w ogóle.

Tabela 1. Częstość spożycia alkoholu w ciągu 30 dni przed badaniem

Częstość picia	Procent badanych		
	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Ani razu	30,75	18,85	25
1 do 2 razy	34,69	26,1	30,61
3 lub więcej razy	34,2	54,87	44,04

Około 25% badanych upiło się w ciągu 30 dni przed badaniem, w tym 6,5% trzy lub więcej razy. Oczywiście mężczyźni upijają się znacznie częściej od kobiet. Jeżeli chodzi o motywy najczęściej skłaniające do sięgania po alkohol, to w grupie bardzo ważnych i ważnych najwyżej plasują się następujące: uczczenie ważnych okazji – 69,61%, alkohol powoduje rozluźnienie i poprawia samopoczucie – 48,37, alkohol mi smakuje – 47,06 oraz picie dla towarzystwa – 46,56<sup>35</sup>.

Tabela 2. Upijanie się w ciągu 30 dni przed badaniem

Częstotliwość upijania się	Procent badanych		
	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Ani razu	84,05	64	74,44
1-2 razy	12,33	24,65	18,12
3 lub więcej razy	2,57	10,63	6,45

<sup>35</sup> [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=127&Itemid=179](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=127&Itemid=179), (dostęp: 21.07.2014).

Po uwzględnieniu podziału na płeć wyniki wyglądają podobnie w obu grupach dominuje motyw – uczczenie ważnych okazji, odpowiednio 69,13% dla kobiet i 73,26 dla mężczyzn. Motyw picia dla towarzystwa ważniejszy jest w grupie mężczyzn 54,74% niż w grupie kobiet – 41,12. Z kolei u kobiet na drugim miejscu pojawił się motyw – alkohol mi smakuje – 47,35%, u mężczyzn odpowiednio – 47,06, ale jest to w tej grupie dopiero czwarty wynik. Równie ważnym czynnikiem, zajmującym w hierarchii u kobiet (45,49%) i u mężczyzn (54%) trzecią lokatę jest motyw rozluźnienia i poprawy samopoczucia.

Porównując te dane z danymi GUS dotyczącymi średniego spożycia czystego alkoholu na jednego mieszkańca Polski zauważamy od 2002 roku systematyczny wzrost. I tak w 2002 spożywaliśmy średnio 6,93 litra czystego alkoholu na jednego mieszkańca. W 2003 r. już 7,86l, 2004 – 8,28l, i choć w 2005 nastąpił niewielki spadek do 7,97l to już w 2006 osiągnęliśmy poziom 8,79l zaś w 2007 – 9,21, 2008-9,58l<sup>36</sup>. Rok 2011 zamknie się poziomem 10,1 w tym zestawieniu najwyższym, ale niższym niż średnia europejska, która za 2011 rok wynosi 10,7l na mieszkańca. W roku 2012 nastąpił spadek spożycia alkoholu na poziom 9,25 L<sup>37</sup>. Taki poziom spożycia alkoholu plasuje nas na średnio-niskim poziomie europejskim.

---

<sup>36</sup> [ww2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/streszczenie\\_salkoholi\\_28122009.pdf](http://ww2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/streszczenie_salkoholi_28122009.pdf) (dostęp: 21.07.2014).

<sup>37</sup> <http://www.tnsglobal.pl/jakpijapolacy/pdf/raport.pdf> (dostęp: 21.07.2014).



## Spożywanie alkoholu przez młodzież – badania własne autorów

Jak w kontekście tych przytoczonych badań przedstawiają się wyniki badań prowadzonych przez studentów w latach 2012–2014 pod kierunkiem naukowym Marka Banacha i Ireneusza Kowalewskiego?

Tendencje te znajdują odzwierciedlenie w badaniach prowadzonych przez studentów krakowskich uczelni w ramach prac magisterskich czy licencjackich. Dla przykładu Mariola Wątorek w przeprowadzonych w 2008 roku badaniach wśród młodzieży gimnazjalnej z klas drugich stwierdziła, że kiedykolwiek w życiu alkohol piło 59% badanej młodzieży w tym odpowiednio 66% chłopców i 56% dziewcząt. Najczęściej spożywanym alkoholem było piwo (38%). Wśród chłopców trunk ten preferowało 45% respondentów, wśród dziewcząt 33%. Bardzo niepokojący jest fakt, że zarówno w grupie chłopców jak i dziewcząt, wskaźnik picia wódki przekroczył próg 20%. Znacznym problemem jest także częstotliwość picia alkoholu. W grupie dziewcząt dominuje picie raz w miesiącu – 82%, w grupie chłopców także – 42%, ale fakt że spora część z nich pije codziennie (27%) budzi niepokój<sup>1</sup>. W podobnych badaniach Paweł Żbik uzyskał następujące wyniki: 65% młodzieży gimnazjalnej ma za sobą inicjację alkoholową, 54% z nich spożywa alkohol średnio raz w miesiącu, 14% kilka razy w miesiącu, pozostali (9%) kilka razy w tygodniu. Jeżeli chodzi o abstynencję to zauważyć można sporą różnicę

---

<sup>1</sup> Opracowano na podstawie pracy magisterskiej Monika Wątorek, *Zjawisko alkoholizowania się wśród młodzieży gimnazjalnej*, napisanej pod kierunkiem naukowym dr. Marka Banacha, Kraków 2008r., s. 85–109.

między dziewczętami a chłopcami. Nie pije bowiem 19% dziewcząt, podczas gdy chłopców tylko 5%. W grupie licealistów odsetek niepijących chłopców równy jest 0%, natomiast wśród dziewcząt wynosi on 20%. Częstotliwość picia alkoholu jest też większa w porównaniu z grupą gimnazjalistów. Tu dominują wyniki: w grupie chłopców – kilka razy w tygodniu oraz kilka razy w miesiącu ten sam wskaźnik po 36%, dalej raz w miesiącu – 29%. w grupie dziewcząt odpowiednio najczęściej wskazywana odpowiedź to kilka razy w miesiącu 50%, oraz po 16% na wskaźniki raz w miesiącu i kilka razy na tydzień. Alkoholem jaki dominuje wśród badanej młodzieży zarówno gimnazjalnej (43% wyborów) jak i licealnej (80% wyborów) jest piwo.

Na drugiej pozycji jeżeli chodzi o korzystanie z alkoholu jest wódka, w przypadku gimnazjalistów z 22% wskazań, a u licealistów z 52%<sup>2</sup>.

Warto w tym miejscu odnieść się bardziej szczegółowo do kolejnych prowadzonych przez studentów badań<sup>3</sup>. Badania prowadzone były wśród młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej z różnych środowisk i miejscowości. Badania prowadzone były w Andrychowie, Nowym Targu, Mszanie Dolnej, Trzebini, Jaworznie i Krakowie. Poniższy wykres obrazuje strukturę płci, szkoły i miejsca zamieszkania respondentów.

W przeprowadzonych badaniach wzięła udział grupa 523 uczniów, co obrazuje zamieszczony powyżej wykres. Jak widać liczba dziewcząt jest nieco wyższa od liczby ankietowanych chłopców i wynosi 269 dziewcząt (51,43%) oraz 254 chłopców (48,56%). Na podstawie wykresu można odczytać, iż większość osób biorących udział w ankiecie uczęszcza do szkół gimnazjalnych 286 (54,68%). Pozostali to uczniowie liceów ogólnokształcących w liczbie 122 (23,33%) oraz techników i szkół zawodowych 115 (21,99%). Zdecydowana większość badanych mieszka

---

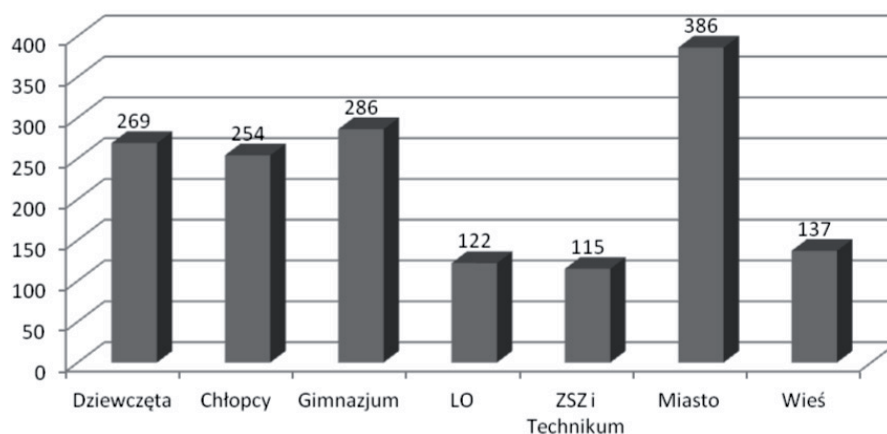
<sup>2</sup> Opracowano na podstawie pracy magisterskiej Paweł Żbik, *Zjawisko alkoholizowania się młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej*, napisanej pod kierunkiem naukowym dr. Marka Banacha, Kraków 2008r., s. 46–76

<sup>3</sup> Opracowano na podstawie prac magisterskich i dyplomowych studentów: Magdalena Brońska, *Zjawisko alkoholizowania się młodzieży gimnazjalnej*, Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków 2014; Beata Tendaj, *Problem alkoholowy wśród młodzieży gimnazjalnej na terenie miasta Jaworzno*, Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków 2012; Bernadetta Głowacz-Pyzio, *Postawy młodzieży gimnazjalnej wobec zjawiska alkoholizmu*, Akademia Ignatianum, Kraków 2012; Katarzyna Grzybacz, *Środowisko rodzinne a sięganie przez młodzież po alkohol*, WSiFiP „Ignatianum”, Kraków 2010, Marta Gąsienica Skoczeń, *Pedagogiczna analiza problemów alkoholowych na terenie Nowego Targu*, WSiFiP „Ignatianum”, Kraków 2009; Ewa Bańdur, *Problemy związane z nadużywaniem alkoholu w opiniach młodzieży gimnazjalnej*, Akademia Pedagogiczna, Kraków 2008; Magdalena Brońska, *Postawy młodzieży wobec alkoholu*, WSiFiP „Ignatianum”, Kraków 2007.



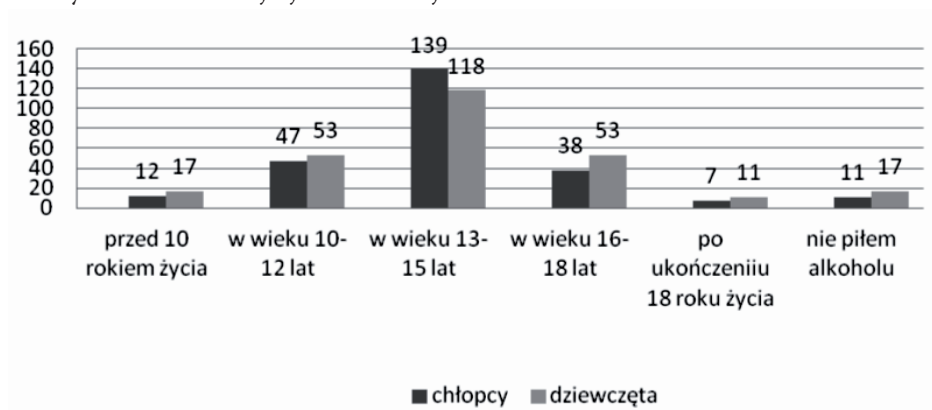
w mieście, bo aż 386 osób (73,80%), mniejsza ilość na wsi tj. 137 (26,2%). W badaniu wzięli udział uczniowie w przedziale wiekowym od 15 do 19 lat.

Wykres 1. Charakterystyka badanej grupy



Niewątpliwie najważniejszym elementem związanym ze spożywaniem alkoholu jest fakt inicjacji alkoholowej. W badaniach przeprowadzonych w latach 2008–2014 średni wiek inicjacji alkoholowej to czas pomiędzy 13 a 15 rokiem życia.

Wykres 2. Wiek inicjacji alkoholowej



W tym okresie zdecydowanie największa liczba respondentów (49,14%) sięgnęła po raz pierwszy po alkohol. Niepokój budzi fakt, że poniżej tego wieku po

alkohol sięgało już 24,66% respondentów, co daje łączną liczbę prawie 65 % młodzieży pijącej alkohol przed 16 rokiem życia. Faktu nie spożywania do momentu badania alkoholu deklaruje zaledwie 5,35% badanej młodzieży. Z analizy danych zawartych w powyższym wykresie wynika, że młodzi ludzie bardzo wcześnie rozpoczynają picie alkoholu. Ogromna większość młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej ma już za sobą inicjację alkoholową (91,20%). W grupie dziewcząt odsetek ten wynosi 89,59% natomiast w grupie chłopców 92, 91%. Zaskakujące jest też to, iż nie ma wyraźnej różnicy pomiędzy grupą chłopców i grupą badanych dziewcząt w tym aspekcie.

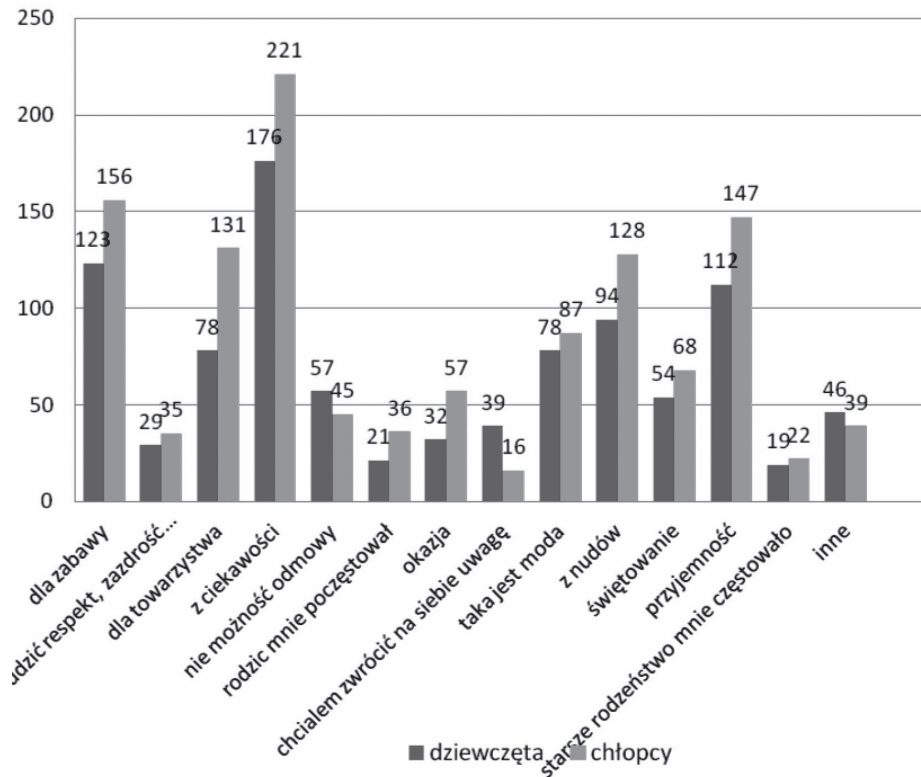
Powyższe wyniki budzą niepokój. Jak widać utrzymuje się tendencja obniżania granicy wieku, w którym młodzi ludzie mają pierwszy kontakt z alkoholem. Tak wczesna inicjacja alkoholowa wpływa na wiele nieprawidłowości rozwojowych. Działanie alkoholu na młody organizm jest niezwykle szkodliwe. Młodzi ludzie uzależniają się znacznie szybciej niż osoby dorosłe. Toksyczne działanie alkoholu na nie w pełni ukształtowany organizm młodego człowieka niewątpliwie powoduje wiele zaburzeń rozwojowych, zarówno fizycznych jak i psychicznych. Trafnym wydaje się być pogląd, iż inicjacja alkoholowa w młodym wieku staje się coraz bardziej powszechna. Istnieje również niebezpieczeństwo, że taki trend może być kontynuowany w następnych latach. Powyższe wyniki potwierdzają konieczność podejmowania stosownych działań o charakterze profilaktycznym, które miałyby na celu zwiększać świadomość młodzieży o szkodliwym działaniu alkoholu na rozwijający się organizm ludzki. Niezbędnym w tej sytuacji jest wdrażanie odpowiednio skonstruowanych programów profilaktycznych już nawet w szkole podstawowej, aby naświetlić i ukazać groźne konsekwencje upijania się młodzieży.

Ważnym aspektem są powody sięgania po alkohol. Pytana na ten temat młodzież udzielała różnych odpowiedzi.

Zamieszczone w wykresie 3 wyniki nie sumują się do stu procent z uwagi na fakt, że badana młodzież wypowiadała się hipotetycznie na ten temat mając do wyboru szereg kategorii i prośbę o zaznaczenie najczęściej ich zadaniem występujących przyczyn tego faktu.

Powody pierwszego sięgnięcia po alkohol, jakie w przeprowadzanych badaniach podają respondenci, są różnorodne. Zdecydowanie dominuje w nich ciekawość (75,91%) zarówno w grupie dziewcząt (65,43%) jak i chłopców (87%). Kolejne powody podawane przez młodych ludzi to przyjemność (45,52%), zabawa (48,75%), nuda (42,45%), towarzystwo (39,96%), moda (31,55%), świętowanie (23,33%), brak możliwości odmowy, przymus ze strony koleżanek i kolegów

Wykres 3. Powód pierwszego sięgnięcia po alkohol



(19,50%), okazja (17,02%), wzbudzenie respektu wśród rówieśników (12,24%), poczęstował mnie rodzic (10,90%), chęć zwrócenia na siebie uwagi (10,51%), poczęstował mnie ktoś ze starszego rodzeństwa (7,84%). Pojawiały się też inne rzadziej występujące wypowiedzi np.: dla szpanu, chciałem zrobić na złość rodzicom, bezradność, przeżyta porażka, ucieczka od problemów, atmosfera domowa. Łącznie 16,25 % odpowiedzi.

Jak wynika z rozkładu odpowiedzi chłopcy zdecydowanie częściej i w większej liczbie wskazywali na różne przyczyny pierwszego sięgnięcia po alkohol. Tylko w kategoriach chciałam/chciałem zwrócić na siebie uwagę oraz w kategorii nie mogłam/mogłam odmówić większą liczbę odpowiedzi udzieliły dziewczęta. Zwłaszcza liczba odpowiedzi w tej drugiej kategorii związanej z poczuciem asertywności jest w swojej wymowie zaskakująca, ponieważ wydawałoby się naturalnym, że to właśnie dziewczęta w tym wieku częściej potrafią sprzeciwić się presji środowiska czy rówieśników.

W świetle wyników przeprowadzonych badań niepokój budzi fakt spożywania alkoholu w rodzinach osób badanych oraz na co niestety wskazują sami respondenci inicjowanie spożywania alkoholu przez młodzież ze strony ich najbliższych, czyli rodziców i starszego rodzeństwa. Jeżeli spojrzymy na dane zawarte w powyższym wykresie to zauważymy, że fakt inicjowania picia alkoholu przez członków rodziny to w sumie ponad osiemnastoprocentowy wskaźnik. W znacznym stopniu wynika to z faktu picia alkoholu przez rodziców badanych osób. Alkoholizm rodziców jest czynnikiem, który bardzo wyraźnie wpływa na psychikę dziecka. Przede wszystkim alkoholizowanie się rodziców destabilizuje życie rodzinne i pozbawia członków rodziny poczucia bezpieczeństwa; może powodować zaburzenia w rozwoju oraz inne nieprawidłowości. Trudna atmosfera w domu, konflikty, ciągły lęk i niepokój, ale przede wszystkim postawy rodziców mogą rzutować na postawy dzieci i ich wybory, w tym również decyzje dotyczące sięgania po alkohol. W tym kontekście inicjacja alkoholowa, jaka ma miejsce w domu rodzinnym, to efekt przyzwalającej postawy rodziców, którzy mają błędną nadzieję, że dzięki temu nauczą dzieci kulturalnego i bezpiecznego spożywania napojów alkoholowych, przy okazji niejako będąc pewnymi ograniczenia ryzyka sięgania przez nie po alkohol poza domem.

Respondenci bardzo wyraźnie wskazali na istnienie zależności pomiędzy pićciem alkoholu przez rodziców a alkoholizowaniem się młodzieży. Może to oznaczać, iż respondenci zdają sobie sprawę z tego jak silnie na młodego człowieka działa środowisko rodzinne, zwłaszcza rodzice. Atmosfera panująca w środowisku, gdzie nadużywa się alkoholu jest nerwowa, pojawiają się konflikty, nieporozumienia i awantury, które burzą równowagę członków rodziny, zwłaszcza dzieci i młodzieży, które pozbawione poczucia bezpieczeństwa żyją w ciągłym lęku i napięciu. Często młodzież z rodzin alkoholowych ma poważne trudności życiowe związane z określaniem celów i priorytetów oraz w precyzowaniu hierarchii wartości. Mają oni znaczną trudność w opanowaniu agresji wynikającej z trudnej sytuacji życiowej, co powoduje, że częściej sięgają po alkohol i inne używki. Wynika to z faktu, że alkohol jest szybkim i skutecznym (w ich mniemaniu) środkiem rozładowania stresu i nadmiernego napięcia wynikającego z sytuacji panującej w domu rodzinnym, wywołanej przez uzależnionych od alkoholu rodziców. Większość z badanych osób – bo aż 84,01% dziewcząt i 76,77% chłopców – wskazało, iż nadmierne spożywanie alkoholu wpływa negatywnie na życie rodzinne. Odmiennego zdania było tylko 7,06% dziewcząt i 5,9% chłopców. Fakt, iż tak znaczny odsetek badanych wskazało na negatywny wpływ nadmiernego spożywania alkoholu na życie rodzinne świadczy o dużej wiedzy młodzieży,

dotyczącej relacji wewnątrzrodzinnych i wszelkich wynikających z nich zakłóceń funkcjonowania systemu rodzinnego. Alkoholizm tylko jednego członka rodziny, np. ojca, zaburza cały system. Wywołuje współzależnienie pozostałych członków rodziny, powoduje stres, niepewność, często prowadzi do biedy i ubóstwa, w skrajnych wypadkach do marginalizacji i wykluczenia społecznego (często ojciec alkoholik traci pracę, ponieważ nie wywiązuje się należycie ze swoich pracowniczych obowiązków). Konsekwencjami takiego zachowania obarczone są całe rodziny, a nie tylko „sprawca”.

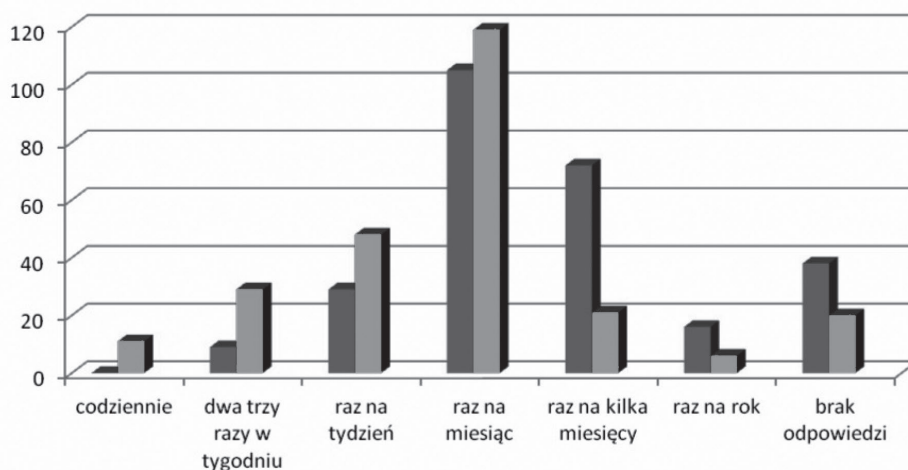
W prowadzonych badaniach ważnym elementem było określenie miejsca i okoliczności przeżycia inicjacji alkoholowej. Tym miejsce gdzie najczęściej dochodzi do inicjacji jest dom rodzinny (53,92%). Młodzież przyznaje, że w ich przypadku związane to było z ważnymi wydarzeniami rodzinnymi np. imieniny, narodziny dziecka, urodziny, przyjęcia weselnego lub inne tego typu imprezy, w czasie świąt, bądź też w czasie domowych imprez z udziałem rówieśników. Spożywanie przez młodzież alkoholu w domu, na uroczystościach rodzinnych, u znajomych, może świadczyć o braku zainteresowania lub całkowitej ignorancji tego problemu ze strony rodziców. Imprezy domowe, na które uczęszcza młodzież to miejsca i czas, gdzie młodzi ludzie mogą poczuć się wolni, swobodni, bardziej dorośli. Kolejnym miejscem są puby, bary, kawiarnie czy dyskoteki, a więc miejsca często i chętnie odwiedzane przez młodzież (34,61%). Tam często świętują sukcesy, pija dla towarzystwa, lub dla zapomnienia o przykrościach porażki. W tym zestawieniu pojawia się również szkoła lub wycieczki szkolne (7,46%) jako kolejne miejsce inicjacji alkoholowej. Spożywanie alkoholu w środowisku szkolnym związane jest z głównie z presją koleżanek i kolegów w czasie wycieczek, dyskotek czy imprez szkolnych.

Ważnym elementem badań jest określenie częstotliwości spożywania alkoholu przez badaną młodzież. Poniższy wykres prezentuje dane dotyczące tego faktu. Dane w kolumnie czerwone dotyczą chłopców, natomiast w niebieskiej dziewcząt.

Jak wynika z analizy przedstawionych danych dziewczęta spożywają alkohol w przeważającej mierze raz na miesiąc (43,87%) lub raz na kilka miesięcy (18,96%). Natomiast problemem może być o wiele większa częstotliwość spożywania alkoholu przez męską młodzież. W kategoriach codziennie (4,33%), dwa, trzy razy w tygodniu (9,66%) czy raz na tydzień (16,54%) zdecydowanie dominują nad swoimi rówieśniczkami (odpowiednio 0%, 2,6% i 8,55%). Niezależnie od częstotliwości spożywania alkoholu przez młodzież, powyższe wyniki są wysoce niepokojące, biorąc pod uwagę wiek młodzieży gimnazjalnej. Fakt ten wymaga

gruntownej analizy przyczyn oraz intensywnych poszukiwań konstruktywnych rozwiązań. Szczególnie ważnym działaniem o charakterze profilaktycznym będzie odpowiednie planowanie i organizacja czasu wolnego młodzieży, a także wskazanie na możliwości tkwiące w innych alternatywnych formach rozrywki, które nie wymuszają konieczności czy po prostu nie stwarzają warunków do spożywania napojów alkoholowych przez młodzież.

Wykres 4. Częstotliwość spożywania alkoholu



W grupie ankietowanej młodzieży 14,15% osób (74) stwierdziło, że zdarzyło się im upić alkoholem. W zdecydowanej większości są to chłopcy – 72,65%, przy 27,44% dziewcząt.

Niewątpliwie ważną kwestią jest popularność napojów alkoholowych wśród badanej młodzieży. Poniższa tabela zestawia wyniki uzyskane w tym zakresie.

Tabela 2. Alkohol najczęściej spożywany przez młodzież

Rodzaj alkoholu:	Dziewczęta		Chłopcy		Ogółem	
	L = 269	%	L = 254	%	L = 523	%
<b>Wino</b>	113	42,02	43	16,93	156	29,83
<b>Piwo</b>	97	36,06	108	42,52	205	39,20
<b>Wódka</b>	21	7,80	72	28,35	93	17,78
<b>Nalewki</b>	12	4,46	7	2,75	19	3,63
<b>Szampan</b>	17	6,32	11	4,33	28	5,35
<b>Inne / brak odpowiedzi</b>	9	3,34	13	5,12	22	4,21
<b>Razem</b>	269	100,00	254	100,00	523	100,00

Na podstawie analizy danych zawartych w powyższej tabeli wynika, że respondenci najczęściej spożywają piwo, taką opcję odpowiedzi wybrała prawie połowa pytanym – 39,20% osób. Kolejnymi odpowiedziami według częstotliwości wyboru wśród pytanym jest wino, które wskazało 29,83% osób, na następnym miejscu uplasowała się wódka, którą w ankiecie zaznaczyło 17,78% osób. Pozostałe wyniki oscylują wokół kilku procent. Wyniki w odniesieniu do płci badanych dostarczają już nieco bardziej zróżnicowanych danych. I tak dziewczęta najczęściej sięgają po wino 42,02%, potem piwo – 36,06%, oraz w znacznie mniejszym stopniu na wódkę 7,80% i szampana 6,32%. Z kolei wśród chłopców najczęściej pojawiającą się odpowiedzią jest zdecydowanie piwo – 42,52% odpowiedzi, dalej wódka z 28,35% odpowiedzi, następnie wino, które wybrało 29,83% chłopców. Najbardziej spożywanymi alkoholami zarówno przez chłopców jak i dziewczęta są nalewki i szampany, a odpowiedzi takiej udzieliło w sumie 8,98% osób. Młodzież sięga po różnego rodzaju napoje alkoholowe. Ich popularność pokrywa się ogólnymi tendencjami występującymi w tym zakresie w skali całego kraju. Przeważa spożycie piwa, które jest jednym z najpopularniejszych trunków alkoholowych w opinii respondentów. Wiąże się to

z liberalnym podejściem, w kwestii dostępności piwa oraz jego spożywania przez nieletnich. Często nawet dorośli nie traktują piwa, jako prawdziwego alkoholu, a przecież w wielu przypadkach jego picie prowadzi do uzależnienia. Zbytnią pobłażliwość rodziców, wychowawców, opiekunów czy nauczycieli w sytuacji, kiedy młodzież spożywa ten alkohol przyczynia się do obniżenia wieku inicjacji alkoholowej. Niepojęty jednak jest fakt, iż młodzi ludzie blisko w 20% udzielonych odpowiedzi wskazywali, iż najczęściej piją wódkę. Dotyczy to w szczególności młodzieży męskiej (28,35%), którzy zdecydowanie częściej aniżeli dziewczęta (7,80%) sięgają po ten wysokoprocentowy trunek.

Kolejnym zagadnieniem związane z postawą młodzieży wobec alkoholu to wiedza na temat wpływu alkoholu na organizm człowieka. Wyniki prowadzonych badań jednoznacznie wskazują, że młodzież ma ograniczoną zdolność analizowania szkód i ograniczeń, jakie niesie ze sobą spożywanie alkoholu. W wypowiedziach respondentów pojawiają się zarówno pozytywne i negatywne strony tego zjawiska. Obserwujemy swoistą ambiwalencję w ocenie tego faktu.

Z jednej strony wskazując pozytywne strony spożywania alkoholu podają najczęściej takie argumenty jak (w kolejności łącznej liczby wyborów dziewcząt i chłopców): nabranie odwagi (62,14%), ułatwienie nawiązywania kontaktów towarzyskich i zyskiwanie nowych przyjaciół (55,26%), bycie duszą towarzystwa (50,67%), uczucie odprężenia i luzu (44,74%), radość i zadowolenie (39,58%),



subiektywne odczucie braku problemów (37,67%), wzmocnienie wiary i poczucia pewności siebie (24,09%), uznanie u innych (21,99%). Te kategorie udzielonych odpowiedzi obrazują pozornie „pozytywny” wpływ alkoholu, a więc uwolnienie, spontaniczność, odwagę, pokonanie nieśmiałości, pozorne „uwolnienie” się od napięć, frustracji i problemów. Młodzi ludzie często utożsamiają alkohol z „dobrą” zabawą, z czymś, co przybliży ich do dorosłości. Alkohol jako tzw. „zakazany owoc” staje się atrakcyjnym i zazwyczaj niezbędnym dodatkiem do wielu spotkań w gronie rówieśników. Jednak w rzeczywistości wskazane odczucia i zachowanie młodzieży będącej pod wpływem alkoholu jest iluzją, powoduje zniekształcenie postrzegania realnego świata, obniżenie krytycyzmu wobec samego siebie, własnego zachowania oraz zachowania innych, a także podejmowanie decyzji, które często mogą zaważyć na całym przyszłym życiu młodego człowieka.

Z drugiej strony szereg wypowiedzi młodzieży sugeruje też inny obraz wiedzy o skutkach picia alkoholu. W świetle wyników przeprowadzonych badań rysuje się obraz świadomej i odpowiedzialnej grupy, która doskonale zdaje sobie sprawę z ograniczeń i niebezpieczeństw, jakie niesie ze sobą alkohol.

Respondenci wskazują także na fakt, że spożywanie alkoholu wpływa zdecydowanie na wzrost zachowań agresywnych. Jest to kategoria najczęściej kojarzona z negatywnymi skutkami picia. Odpowiedziało w ten sposób aż 77,82% dziewcząt oraz 81,83% chłopców. Z danych uzyskanych w badaniach wynika, że ponad połowa badanych (51,82%) jako skutek picia alkoholu wskazuje utratę zdrowia (60,99%), złe samopoczucie, na które składa się zły stan psychiczny i fizyczny organizmu. Spora grupa badanych sądzi, iż skutkiem nadużywania alkoholu są problemy szkolne w tym problemy z nauką (49,52%) oraz problemy w domu rodzinnym (40,92%). Znaczna grupa respondentów upatruje w spożywaniu alkoholu problemów generujących konflikty o różnym charakterze (33,84%). Są to konflikty (27,91%) pojawiające się wśród samej młodzieży oraz konflikty z Policją i Strażą Miejską. Skutkiem tych ostatnich może być fakt wejścia na drogę przestępczą, o czym świadczą wypowiedzi młodzieży na ten temat (18,35%). Badani wskazali, iż spożywanie alkoholu może wiązać się z rozwojem uzależnienia od alkoholu (16,82%) lub innych uzależnień np. narkomanii (10,90% wskazań). Pojawiło się też szereg innych skutków zgłaszanych przez młodych ludzi w mniejszej skali, ale często bardzo wymownych np.: niebezpieczeństwo utraty życia np. w pracy, jazda samochodem pod wpływem alkoholu, przedawkowanie, typowo somatyczne chorobowe objawy jak: zanik szarych komórek, zawroty

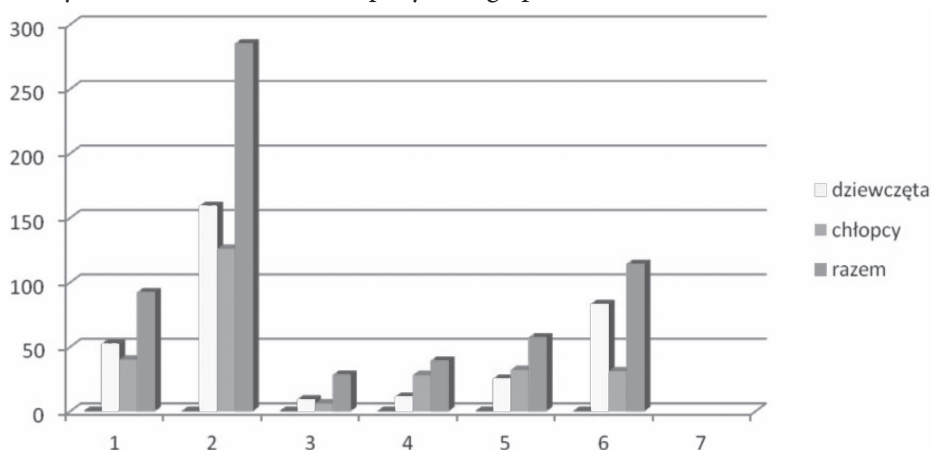


głowy, mdłości, dolegliwości żołądkowe, „kac”, uszkodzenie narządów wewnętrznych np. wątroby, serca, czy wreszcie choroby układu krążenia, pokarmowego.

Można stwierdzić, iż picie alkoholu w świadomości młodzieży wiąże się z przykrymi konsekwencjami: problemy w nauce, w rodzinie, konflikty z prawem, dyskomfort psychiczny i fizyczny. Świadczy to o tym, że młodzież jest świadoma konsekwencji związanych z piciem alkoholu, oraz wie, że picie alkoholu powoduje niekorzystne reakcje młodego organizmu. Picie i upijanie się młodzieży może powodować wiele chorób somatycznych, psychicznych. A zatem, jeżeli młodzież posiada wiedzę na temat złego samopoczucia i innych problemów poalkoholowych, to być może jest to element, który będzie determinował ich wybory, spowoduje, że najpierw pomyślą, zrobią swoisty bilans zysków i strat zanim sięgną po alkohol.

Skąd pochodzi, jak młodzież zdobywa spożywany przez siebie alkohol? Wyniki dotyczące tej kwestii zebrano w poniższym wykresie.

Wykres 5. Źródło alkoholu spożywanego przez młodzież



Pod kolejnymi numerami na wykresie kryją się następujące kategorie odpowiedzi dotyczące źródła pochodzenia spożywanego przez respondentów alkoholu:

1. sam/a go kupuję,
2. kupuje mi go starsza koleżanka lub starszy kolega,
3. produkuję go samodzielnie,
4. zabieram z domu, taki, jaki akurat jest,
5. proszę o kupienie alkoholu przypadkowa pełnoletnią osobę,
6. brak odpowiedzi.

Jak wynika z załączonego wykresu najczęstszym sposobem zdobycia alkoholu jest jego zakup przez starszą koleżankę lub starszego kolegę (54,49% odpowiedzi). W dalszej kupują sami (17,59%) lub proszą o zakup inne pełnoletnie osoby (10,90%), zabierają z domu (7,45%) lub w ostateczności sami go na własne potrzeby produkują (5,35%).

Bardzo niepokojącym zjawiskiem jest fakt nabywania alkoholu przez często niepełnoletnią jeszcze młodzież samodzielnie. Świadczy to o stosunkowo łatwej dostępności alkoholu, pomimo stosownych zakazów prawnych. Znaczna część młodzieży uważa, że zdobycie alkoholu jest łatwe - 66,54%. Odmiennego zdania jest 33,46% respondentów.

Powyższe wyniki – w kontekście ustawowego zakazu sprzedaży alkoholu osobom poniżej 18 roku życia – budzą zaniepokojenie. Prawny zakaz sprzedaży alkoholu osobom nieletnim bardzo często nie jest respektowany. Wyniki powyższe pokazują, że sprzedaż alkoholu osobom nieletnim to wciąż zjawisko powszechne. Przyczyn takiego stanu rzeczy może być wiele, np. sytuacja gospodarczo-ekonomiczna kraju, którą sprzedawcy uzasadniają fakt, iż sprzedają alkohol młodzieży bez kontrolowania wieku potencjalnych klientów. Innym powodem może być reklama alkoholu, która nie pokazuje prawdziwych zagrożeń związanych z alkoholizowaniem się, a która skupia się tylko na sukcesie komercyjnym. Zbyt liberalne i pobłażliwe podejście rodziców do tego zjawiska to jednak najpoważniejszy problem.

Ostatnim elementem prowadzonej analizy badań jest zagadnienie odnoszące się do źródła wiedzy o alkoholu i alkoholizmie. Jak wynika to z analizy danych zdecydowana większość badanych osób czerpie wiedzę na ten temat z mass mediów – 46,46%, a konkretnie w kolejności wskazywanej przez badane osoby z Internetu, telewizji i radia. Znaczna część młodzieży zdobywa wiedzę i informacje o alkoholu i alkoholizmie w szkole – 31,54%. Istotną rolę odgrywają tutaj też rówieśnicy, ponieważ 19,88% badanych właśnie od nich zdobywa wiedzę na temat alkoholu i jego skutków. Niewielki odsetek badanych, jako źródło wiedzy, podaje swoje doświadczenie, rodziców lub starsze rodzeństwo. To, że zdecydowanym liderem w dostarczaniu wiedzy na ten temat są media wzbudza poczucie niepokoję. Mamy świadomość, że media bardzo silnie oddziałują na psychikę młodego człowieka, dlatego korzystanie z nich przez młodzież powinno być w większym stopniu kontrolowane. Warto także zastanowić się nad częstszym wykorzystaniem środków masowej komunikacji dla celów profilaktycznych w tym profilaktyki uzależnień, oraz uświadamiać młodych ludzi, poprzez wskazywanie zagrożeń związanych z łatwością wejścia w uzależnienie, i to nie tylko od alkoholu.

## Leczenie, praca terapeutyczna i profilaktyka

Podstawowym problemem osób nadużywających alkoholu oraz uzależnionych, które podejmują decyzje o leczeniu, nie jest to jak przestać pić, lecz jak wytrwać w całkowitej abstynencji. Uzależnienie od alkoholu jest skomplikowanym procesem biologiczno-psychicznym, dlatego leczenie wymaga różnorodnych działań wielodyscyplinarnych oraz udziału środowiska, w których chory funkcjonuje. W leczeniu odwykowym, które ma na celu powstrzymanie się pacjenta od używania alkoholu i jego powrót do prawidłowego funkcjonowania w otoczeniu, określone role pełnią przedstawiciele różnych specjalności zawodowych, wykonując zadania w zespole opieki odwykowej, we współpracy ze środowiskiem pacjenta<sup>1</sup>.

Leczenie uzależnienia od alkoholu można podzielić na dwa etapy:

- Medyczny – działania lekarskie, kliniczne, wstępne, szybkie oddziaływanie zawierające ustalenie rozpoznania oraz leczenie farmakologiczne,
- Psychologiczno-resocjalizacyjny – działania wielodyscyplinarne realizowane w dłuższym okresie czasu, często przez cały dalszy okres życia pacjenta.

Leczenie farmakologiczne w pierwszym okresie leczenia ma na celu odtrucie pacjenta oraz zmniejszenie nasilenia objawów zespołu abstynencyjnego. Kliniczne uzupełnia się zaburzenia elektrolitowe, stabilizuje się na poziomie prawidłowym

---

<sup>1</sup> C. Godwod-Sikorska, *Postępowanie medyczne w zespole uzależnienia od alkoholu*, w: *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, I. Wald (red.), PWN, Warszawa 1986, s. 294.

ph organizmu, wyrównuje się niedobory witaminowe, mikroelementów, stosuje się leki przeciwdrżenne oraz przeciwłękowe i/lub antydepresyjne.

O ostrym zatruciu alkoholem mówi się wówczas, gdy człowiek wypije zbyt dużo w bardzo szybkim tempie, w sytuacjach małej odporności na alkohol (np. zmęczenia, wyczerpania, lub spożywania alkoholu bez jedzenia), co częściej zdarza się u osób uzależnionych w porównaniu do np. nadużywających. Osoby w stanie ostrego zatrucia alkoholem z objawami głębokiego zaburzenia przytomności (również śpiączki) wymagają natychmiastowego leczenia na oddziale intensywnej terapii, gdyż znajdują się w stanie zagrażającym życiu. Ogromne znaczenie ma tu ustalenie, czy ciężkie zaburzenia są na pewno wywołane zatruciem alkoholem, ponieważ pomaga to dobrać odpowiednią terapię. Ważne jest również ustalenie poziomu alkoholu we krwi. Generalną zasadą leczenia wszelkich zatruc alkoholem jest przede wszystkim odstawienie alkoholu. W warunkach szpitalnych, zależnie od stanu chorego, ogólne zasady leczenia prowadzą do unormowania działania układu sercowo-naczyniowego i układu oddechowego poprzez podawanie odpowiednich leków i stosowanie oddechu wspomagane<sup>2</sup>.

Odstawienie alkoholu u osoby uzależnionej wywołuje szereg, przykrych objawów psychicznych i fizycznych, nazywanych zespołem abstynencyjnym lub odstawiennym. Sposób leczenia zespołu odstawiennego zależy od nasilenia jego objawów. Taki sposób postępowania nazywany jest leczeniem objawowym. Nie leczymy konkretnej choroby, tylko staramy się osłabić lub całkowicie zniwelować dokuczliwe, niekiedy bardzo ostro występujące dolegliwości o charakterze psycho-fizycznym. W przypadku objawów słabo manifestujących się u pacjenta wystarczającym działaniem jest odstawienie alkoholu oraz nawadnianie chorego, drogą doustną, często wspomagane dostarczeniem elektrolitów. Przy objawach zespołu odstawiennego bardziej nasilonych w przypadku których u pacjenta występują nudności, wymioty, biegunka, odwodnienie, drżenia mięśniowe, kołatania serca, pojawiający się strach przed śmiercią rutynowo występują wskazania do infuzji dożylnych, płynów wieloelektrolitowych, roztworu glukozy, witamin szczególnie z grupy B. Szczególną uwagę zwraca się na wyrównanie niedoboru potasu oraz sodu i chlorków. Celem uspokojenia pacjenta, szczególnie zminimalizowania odczucia lęku, podaje się najczęściej pochodne benzodwiazepiny. Leki te stosowane są krótko, maksymalnie dwa tygodnie, ze względu na silne uzależniające działanie tych preparatów. Tego typu leczenie często wykonywane jest ambulatoryjnie. Jeżeli w zespole abstynencyjnym występują: utraty przytomności,

---

<sup>2</sup> Tamże, s. 297.

gromadne napady drgawkowe, krótkie napady częstoskurczu komorowego, epizody migotania komór, migotanie przedsionków, ostre psychozy z objawami psychotycznymi, należy pacjenta w trybie natychmiastowym hospitalizować.

Po leczeniu stabilizującym stan ogólny pacjenta, odtruciu, usunięciu ostrych objawów odstawiennych, chory podejmuje dalsze wielospecjalistyczne leczenie mające na celu umotywowanie do zaprzestania używania alkoholu. W tym okresie szczególna rola przypada psychoterapii, chociaż i w tym okresie stosowna bywa farmakologia jako leczenie wspomagające.

Podczas psychoterapii pacjent ma możliwość uświadomienia sobie rozmiaru wyrządzonych poprzez picie alkoholu szkód na różnych płaszczyznach swojego życia. Buduje przez to motywację do dokonywania zmian w swoim życiu. Realizacja tego celu rozpoczyna się w momencie podpisania kontraktu terapeutycznego i początkowo polega na wstrzeźliwości w picie alkoholu, a później na wypracowaniu nowych wzorców zachowań i sposobów reagowania, ich systematycznym ćwiczeniu oraz na nauce samokontroli. Dokładne przyjrzenie się swojemu funkcjonowaniu emocjonalnemu daje szansę na weryfikację systemu wartości i ustalenie nowej hierarchii wartości, a także na nadanie swojemu życiu nowego sensu. Dalej przychodzi czas na stabilizację potrzeb, norm, wartości i zachowań. W końcu przychodzi czas na utrwalenie dotychczasowych osiągnięć i na dalszy duchowy rozwój. Szczególne miejsce zajmuje wtedy prawda, uczciwość i przyjaźń. W związku z tym relacje z innymi ludźmi stają się bardziej dojrzałe. Opisany tu proces zdrowienia może być przyspieszony poprzez uczestniczenie w profesjonalnym programie psychoterapii uzależnienia Anonimowych Alkoholików<sup>3</sup>.

Coraz więcej młodych ludzi popada w uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Picie alkoholu stało się problemem nie tylko w Polsce ale również w całej Europie. Zgodnie z Europejską Deklaracją w sprawie Młodzieży i Alkoholu z 2001 roku, miały by zrealizowane przez państwa europejskie określone cele dotyczące zmniejszenia spożywania alkoholu przez młodzież. Cele te, czyli: podniesienie granicy wieku inicjacji alkoholowej, ograniczenie częstotliwości związanych z piciem alkoholu i upijaniem się oraz ryzykownym zachowaniem nastolatków nie zostały jednak zrealizowane<sup>4</sup>.

Jak uważa B. Woronowicz: „Przystępując do pracy terapeutycznej z młodzieżą pijącą szkodliwie alkohol lub demonstrującą już objawy uzależnienia, należy postępować nieco inaczej niż podczas pracy z osobami dorosłymi. Należy pamiętać,

<sup>3</sup> B.T. Woronowicz, *Uzależnienia...*, dz. cyt., s. 185.

<sup>4</sup> Tamże, s. 201.

że to nie są już dzieci, bowiem pomimo młodego wieku ich doświadczenia życiowe są często bogatsze od doświadczeń osób dużo od nich starszych (mają za sobą np. takie doświadczenia jak przerwanie nauki, noce spędzone poza domem, udział w bójkach, konflikty z prawem czy przypadkowe ciężę). Nie są też dorośli, bo są na utrzymaniu rodziców i zwykle chodzą jeszcze do szkoły. Często czują się niezrozumiani, winni i skrzywdzeni przez dorosłych lub przez „zły los”. Większość młodych ludzi decydujących się na terapię nie ma po niej dokąd wrócić i dlatego należy pamiętać, że konieczne jest znalezienie lub zbudowanie wokół placówki terapeutycznej alternatywnego środowiska, w którym młody człowiek będzie mógł realizować, w warunkach bezpiecznych, swoje potrzeby w zakresie kontaktów społecznych. Niezwykle ważnym elementem terapii jest współpraca z najbliższą rodziną, w której wiele stosowanych dotychczas zasad powinno podczas terapii ulec skorygowaniu. Należy sobie uświadomić, że rodzina uczestnicząca w terapii razem ze swoim dzieckiem przechodzi przez kolejne fazy zdrowienia. Zaczyna od fazy niedowierzania, poprzez fazę obwiniania siebie za zaistniałą sytuację, do fazy przystosowania się, polegającej na pogodzeniu się z faktem uzależnienia dziecka, zaprzestaniu oczekiwania na cudowne uzdrowienie, wyrażonym złagodzeniu poczucia winy i konstruktywnej współpracy<sup>5</sup>.

Jeszcze kilka lat temu trudno było znaleźć dobrą placówkę profesjonalnie pomagającą pijącym dzieciom i młodzieży, gdyż było ich stanowczo za mało a problem narastał. W tej chwili jest wiele możliwości leczenia młodych ludzi dotkniętych uzależnieniem od alkoholu. Są to grupy samopomocy, wzajemnej pomocy, które dają ogromną korzyść swoim członkom i umożliwiają im:

- społeczne i emocjonalne oparcie i zrozumienie;
- akceptację problemu;
- opanowanie urazu będącego skutkiem zaistniałego problemu;
- poszerzenie wiedzy o wspólnym problemie i uzyskanie pomocy w jego lepszym zrozumieniu;
- rozbudzenie terapeutycznych możliwości członków poprzez poznanie praktycznych sposobów radzenia sobie z problemem;
- zapanowanie nad losem, co jest wynikiem wzajemnego wspierania się i zaspokajania zbliżonych potrzeb;
- osiągnięcie, poprzez kontakt i wspólne działania z osobami mającymi ten sam problem psychospołecznego zamiennika tego co się utraciło;
- stworzenie nowego układu stosunków i nowego sposobu życia<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Tamże, s. 203.

<sup>6</sup> B. T. Woronowicz, *Alkoholizm jest chorobą*, PARPA, Warszawa 1998, s. 104.

Członkowie grupy samopomocy uczestniczą w zajęciach dobrowolnie. Obowiązuje w nich zasada równości. Każdy, kto przystępuje do grupy czuje się w niej bezpiecznie, gdyż omawiane sprawy i poruszane problemy nie „wychodzą” poza grupę.

Do najbardziej znanych grup samopomocy osób związanych z problemem alkoholowym należą:

**Anonimowi Alkoholicy (AA)** – głównym i jedynym celem grup AA jest: „trwanie w trzeźwości i pomaganie w utrzymaniu trzeźwości innym alkoholikom. Grupy te skupiają wyłącznie ludzi uzależnionych od alkoholu. Podstawą działania tych klubów jest całkowita anonimowość. Grupy, w jakich spotykają się alkoholicy, mają różną liczebność, od kilkunastu do kilkudziesięciu osób. W czasie zajęć grup anonimowych alkoholików jest realizowany program zawierający się w 2 regułach: 12 krokach i 12 tradycjach. 12 kroków to suma etycznych zasad pozwalających wyzwolić się z nałogu poprzez rezygnację z egoistycznego sposobu myślenia i funkcjonowanie na rzecz rozwijania prospołecznych cech. 12 tradycji to organizacyjne zasady stowarzyszenia. Spotkania grup AA mają charakter terapeutyczny w tym sensie, że wyzwalają atmosferę szczerości, co z kolei sprzyja swobodzie przedstawiania swoich problemów”<sup>7</sup>.

**Grupy Rodzinne Al-Anon** – program tej grupy opiera się na programie Anonimowych Alkoholików i również wykorzystuje 12 kroków i 12 tradycji. W Polsce grupa ta pojawiła się w 1980 roku w Poznaniu pod nazwą „Ariadna”. Liczba grup Al - Anon to obecnie 372 grupy zarejestrowanych w Polsce. Do tych grup należą głównie rodziny alkoholików oraz osoby, które stykają się z alkoholikami lub w ich rodzinie występuje ten problem<sup>8</sup>.

**Alateen, Alatot, Grupy DDA** – grupy te, a w szczególności Alateen, przeznaczone są głównie dla młodzieży, która nie ukończyła 18 roku życia<sup>9</sup>. „Do Alateen należą dzieci, nastolatki i młodzież, których rodzic, obydwójce rodzice lub inna bliska osoba jest uzależniona od alkoholu. Członkowie Alateen spotykają się na mityngach, żeby pomóc sobie w rozwiązywaniu problemów, jakie są im wspólne. Wspierają się wzajemnie, dzielą się doświadczeniem, uczą się o alkoholizmie jako o chorobie rodziny i koncentrują się na osobistym rozwoju, aby zmniejszyć działanie skutków alkoholizmu na swoje życie”<sup>10</sup>. Wspólnota Alatot powstała z myślą o małych dzieciach alkoholików w wieku 7 do 12 lat. W kraju funkcjonują rów-

<sup>7</sup> I. Wald, *Alkohol...*, dz. cyt., s. 318–319.

<sup>8</sup> B. T. Woronowicz, *Alkoholizm jest chorobą*, dz. cyt., s. 110.

<sup>9</sup> Tamże.

<sup>10</sup> [www.al-anon.org.pl](http://www.al-anon.org.pl), dostęp z dnia 18.05.2012 r.



niez grupy Dorosłych Dzieci Alkoholików, które pracują w oparciu o program Dwunastu Kroków<sup>11</sup>. Polskie grupy posiadają swoje strony internetowe, które można znaleźć w każdej przeglądarce.

**Kluby Abstynenta** – nazywane również klubami wzajemnej pomocy, wspomagają abstynencję pacjentów, „poprawiają ich funkcjonowanie w rolach życiowych, uczą samodzielnego rozwiązywania problemów, integrują rodziny itd. W klubach mniejszą rolę odgrywają zajęcia ściśle terapeutyczne niż różne oddziaływania socjoterapeutyczne: spotkania towarzyskie, dyskusje, nie tylko o sprawach związanych z uzależnieniem, wspólne wycieczki itp. prowadzą do utworzenia specyficznego środowiska. Ważny jest klimat klubu, panująca tam atmosfera, powodująca to, że pacjenci nazywają go swoim drugim domem”<sup>12</sup>.

Do grup samopomocy należą również inne ośrodki pomocy nieletnim z problemem alkoholowym, takie jak:

- kliniki leczenia otwartego, poradnie i prywatne gabinety oferujące terapię grupową i indywidualną;
- wszechstronne ośrodki otwartego leczenia uzależnień, gdzie dziecko spędza dni i wieczory, choć nadal mieszka w domu;
- wszechstronne ośrodki zamkniętego leczenia uzależnień, w których dziecko spędza od czterech do sześciu tygodni;
- ośrodki rehabilitacji, gdzie można spędzić trzy do dwunastu miesięcy po pobycie w zamkniętej klinice odwykowej;
- szpitale psychiatryczne, które mają specjalne oddziały dla młodzieży uzależnionej cierpiącej na choroby psychiczne<sup>13</sup>.

Różne są sposoby i metody leczenia ale jedynym sposobem ratunku dla osoby uzależnionej od alkoholu jest abstynencja od alkoholu.

Ważnym elementem przeciwdziałania negatywnym i niepożądanym skutkom alkoholizowania się grup młodzieży jest profilaktyka. Z dawien dawna wiadomo że lepiej jest przeciwdziałać niż leczyć. Prawda ta ma szczególnie wyjątkowy wydźwięk w kontekście problemów alkoholowych.

Dlatego dużym optymizmem napawa fakt, że profilaktyka alkoholizmu wreszcie zaczyna zajmować ważne miejsce, jako centralny element programów wychowawczych pojawiający się nie tylko w szkole ale także w postaci ogólnopolskich kampanii społecznych.

<sup>11</sup> B. T. Woronowicz, *Uzależnienie. Geneza...*, dz. cyt., s. 301.

<sup>12</sup> I. Wald, *Alkohol...*, dz. cyt., s. 316.

<sup>13</sup> R. Maxwell, *Jak wybrać odpowiedni sposób leczenia*, w: R. Maxwell, *Dzieci, alkohol, narkotyki*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000, s. 114–119.



Obowiązujące w Polsce regulacje prawne dotyczące zjawisk związanych z alkoholizmem pozwalają na przyjęcie szeroko rozumianych działań profilaktycznych. Są to między innymi takie dokumenty jak:

- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. 1982 nr 35 poz. 230;
- Ustawa z dnia 4 stycznia 2013 r. o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. 2013 poz. 1563;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całonocne oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi, Dz.U. 2012 poz. 734;
- Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 2006–2010;
- Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 2011–2015.

Podstawową ustawą regulującą kwestie związane z alkoholizmem jest Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi zmieniona i zaktualizowana w 2013 roku ustawą o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Ustawa wskazuje, podmioty odpowiedzialne za przeciwdziałanie alkoholizmowi i określa szereg zadań a także wskazuje instytucje, z którymi należy współdziałać i współpracować przy realizacji programów profilaktycznych. Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych jest celem działania Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Wiele zadań przekazano do kompetencji organów samorządu terytorialnego. Ustawa zobowiązała organy władzy i administracji państwowej oraz samorządu terytorialnego do popierania tworzenia i rozwoju organizacji społecznych, których celem jest krzewienie trzeźwości i abstynencji, oddziaływanie na osoby nadużywające alkoholu oraz udzielanie pomocy ich rodzinom, jak również zapewniają warunki sprzyjające działaniom tych organizacji oraz do współdziałania z Kościołem Katolickim i innymi kościołami oraz związkami wyznaniowymi w zakresie wychowania w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, art. 1, pkt. 2, Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz.1231.

Wyżej wymieniona ustawa wykonuje zadania związane z przeciwdziałaniem alkoholizmowi poprzez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej w szczególności:

1. tworzenie warunków sprzyjających realizacji potrzeb, których zaspokajanie motywuje powstrzymanie się od spożywania alkoholu,
2. działalność wychowawczą i informacyjną,
3. ustalanie odpowiedniego poziomu i właściwej struktury produkcji napojów alkoholowych przeznaczanych do spożycia w kraju,
4. ograniczanie dostępności alkoholu,
5. leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych od alkoholu,
6. zapobieganie negatywnym następstwom nadużywania alkoholu i ich usuwanie,
7. przeciwdziałanie przemocy w rodzinie,
8. wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez finansowanie centrów integracji społecznej<sup>15</sup>.

Ustawa wskazuje, że życie obywateli w trzeźwości jest warunkiem moralnego i materialnego dobra Narodu. Zadania związane z przeciwdziałaniem alkoholizmowi należy uwzględnić w założeniach polityki społeczno-gospodarczej w postaci Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych zajmuje się Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Agencja podlega Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej. Do zadań Agencji należy w szczególności:

- 1) przygotowywanie projektu Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz projektu podziału środków na jego realizację,
- 2) opiniowanie i przygotowywanie projektów aktów prawnych oraz planów działań w zakresie polityki dotyczącej alkoholu i problemów alkoholowych,
- 3) prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej, opracowywanie ekspertyz oraz opracowywanie i wdrażanie nowych metod profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych,
- 4) udzielanie merytorycznej pomocy samorządom, instytucjom, stowarzyszeniom i osobom fizycznym, realizującym zadania związane

---

<sup>15</sup> Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, art. 2, Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz.1231.

- z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, oraz zlecenie i finansowanie realizacji tych zadań,
- 5) współpraca z organami samorządu województw i pełnomocnikami,
  - 6) koordynacja i inicjowanie działań zwiększających skuteczność i dostępność leczenia odwykowego,
  - 7) zlecenie i finansowanie zadań związanych z rozwiązywaniem problemów alkoholowych,
  - 8) współpraca z organizacjami i instytucjami międzynarodowymi prowadzącymi działalność w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych<sup>16</sup>.

Zadania związane z problemami alkoholizmu realizowane są również na szczeblu wojewódzkim. Jak stanowi artykuł 4 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi Samorząd województwa realizuje te zadania, tworząc wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, który stanowi część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej. Zarząd województwa jest odpowiedzialny za koordynację przygotowania i realizację wyżej wskazanego programu, jest zobowiązany udzielać pomocy merytorycznej instytucjom i osobom fizycznym realizującym zadania objęte tym programem oraz powinien współdziałać z innymi organami administracji publicznej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych. Wojewoda musi także zapewnić środki finansowe na realizację opracowanego programu<sup>17</sup>.

Profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych Ustawa powierzyła gminom, zaliczając je do zadań własnych gminy. Są to między innymi zadania, które obejmują:

- 1) zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu,
- 2) udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie,
- 3) prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania

---

<sup>16</sup> Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, art. 3, Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz.1231.

<sup>17</sup> Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, art. 4. Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz.1231.

dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych,

- 4) wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych,
- 5) wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.

Zadania powyższe są realizowane w postaci gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiącego część strategii rozwiązywania problemów społecznych, uchwalanego corocznie przez radę gminy. Program jest realizowany przez ośrodek pomocy społecznej, lub inną jednostkę wskazaną w programie. Powoływane są też gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, podejmujące czynności zmierzające np. do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego<sup>18</sup>. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi określa również postępowania w stosunku do osób nadużywających alkoholu. Wskazuje metody i formy pomocy dla tych osób, a także określa podmioty zobowiązane do świadczenia takiej pomocy. Pomoc, o której mowa musi być bezwzględnie świadczona z poszanowaniem godności i dóbr osobistych. Ustawa zawiera także przepisy karne związane z ograniczeniami wprowadzania do obrotu i dostępności napojów alkoholowych oraz określa sankcje za naruszanie wymienionych zakazów<sup>19</sup>.

Ustawa, o której mowa, zawiera wiele istotnych rozwiązań w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi. Trudność w realizacji omówionych wyżej zadań wynika z braku dostatecznych środków finansowych, niewłaściwej koordynacji między np. wojewodą a gminami oraz braku wykwalifikowanej kadry specjalistów niezbędnych do niwelowania skutków nadużywania alkoholu wdrażania opracowywanych programów profilaktycznych. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi była przez szereg lat nowelizowana i zmieniana w taki sposób, aby dostosować jej przepisy do zmieniających się warunków politycznych, społecznych, gospodarczych, a przede wszystkim ustrojowych.

Oprócz działań profilaktycznych podejmowanych na poziomie lokalnych samorządów i realizowanych przez Pełnomocników Gmin, Miast do spraw Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, ważnym ogniwem są zlokalizowane w środowisku miejscowym szkoły.

<sup>18</sup> Tamże, art. 4.1

<sup>19</sup> Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz.1231.

Na przestrzeni ostatnich lat środowisko szkolne zostało objęte szerokimi oddziaływaniami profilaktycznymi. Do szkół zaczęto wprowadzać różnorodne modele i technologie pracy. Programy te mają na celu podnoszenie funkcjonowania szkoły jako systemu edukacyjnego i wychowawczego oraz jako środowiska społecznego, którego istotą jest inicjowanie wśród uczniów różnorodnych procesów rozwojowych i poznawczych<sup>20</sup>.

Celami profilaktyki jest zapobieganie uzależnieniom przez redukcję dostępności i zapotrzebowania. Ważna jest inicjacja aktywności społeczeństwa, ujawnianie nielegalnego odurzania się. Istotnym elementem jest wyciąganie konsekwencji prawnych i społecznych, rozpowszechnienie abstynencji jako społecznie akceptowany wzorzec, zapobieganie rozwijaniu się problemów związanych z używaniem środków odurzających. Należy wspomagać rozwój, wzbogacać i rozwijać środowisko sprzyjające zachowaniu abstynencji, ważne są także działania wspierające osobisty rozwój jednostek, przeciwdziałanie szkodliwym wpływom: stres, ryzyko utraty zdrowia, bezpieczeństwa, izolacja społeczna, przemoc itp.<sup>21</sup>.

Termin „profilaktyka” pochodzi z języka greckiego i oznacza zapobieganie. Zgodnie z definicją słownika wyrazów obcych, profilaktyka to zapobieganie chorobom i niepożądanym zjawiskom społecznym, wypadkom, itd.<sup>22</sup>. Pojęcie profilaktyka pojawia się i jest definiowane w obszarze wielu nauk: psychologii, socjologii medycynie czy prawie. Przechodziło z czasem wiele przeobrażeń i często oznaczało się różną specyfiką podejmowanych działań. W obszarze pedagogiki, a zatem w aspekcie wychowania młodego pokolenia, nabrało szczególnego znaczenia, bowiem wiązało się z kształtowaniem różnych sfer osobowości jednostki. Początkowo definiowanie tego pojęcia w pedagogice nawiązywało wzorców zaczerpniętych z medycyny i dotyczyło dwóch najważniejszych komponentów tj. diagnozy i kompensacji. Tak profilaktykę ujmowała pionierka takiego podejścia w Polsce Helena Radlińska, która definiowała ją jako: „działanie obejmujące zapobieganie klęskom społecznym i wykołajeniom takim jak pijaństwo, nierząd, przestępczość, bezdomność, analfabetyzm oraz kompensację jako podstawowy sposób naprawy wykołajenia, zapewnienia tego wszystkiego, co jest niezbędne do normalnego rozwoju fizycznego i kulturalnego jednostki i grupy”<sup>23</sup>. Myśl H. Radlińskiej rozwijali kolejni pedagodzy społeczni: Aleksander Kamiński i Ryszard Wroczyński nawiązując w mniejszym lub większym stopniu

<sup>20</sup> Tamże, s.35.

<sup>21</sup> Z. B. Gaś, *Profilaktyka uzależnień*, Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1993.

<sup>22</sup> A. Markowski, R. Pawelec, *Słownik wyrazów obcych i trudnych*, PWN, Warszawa 2003, s. 707.

<sup>23</sup> H. Radlińska, *Pisma pedagogiczne*, Ossolineum, Wrocław 1961, s. XXXIV.

do jej koncepcji. Na gruncie pedagogiki problematyka profilaktyki pojawia się także szczególnie silnie w pedagogice resocjalizacyjnej. Stanisław Górski definiował profilaktykę społeczną jako „zapobieganie niepożądanym procesom i zjawiskom określanym jako przejawy patologii życia społecznego, do których zalicza się m. in. Przystępczość, narkomanię, samobójstwa, prostytutkę itp. Do zjawisk patologicznych należy także wykołajenie społeczne dzieci i młodzieży we wszystkich jego przejawach”<sup>24</sup>. Czesław Czapów poruszając problematykę profilaktyki nawiązuje do działalności o charakterze resocjalizacyjnym i wydziela dwa jej zakresy tj. działalność aktualną tj. sensu stricto resocjalizację, oraz działalność resocjalizującą potencjalnie czyli profilaktykę. Wyróżnia też w swojej koncepcji trzy wymiary – odmiany profilaktyki tj. powstrzymującą, uprzedzającą i objawową. W literaturze pedagogicznej najczęściej definiuje się profilaktykę określając ją jako działania podejmowane w celu zapobiegania pojawieniu się i/lub rozwojowi niepożądanych zachowań, stanów lub zjawisk w danej społeczności. Istotą tych zabiegów jest przeciwdziałanie zagrożeniom, których wystąpienie lub nasilenie się w przyszłości jest prawdopodobne. Działania profilaktyczne mają zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia tych zagrożeń i służyć utrzymaniu stanu dotychczasowego *status quo*<sup>25</sup>. Profilaktyka może również polegać na wskazywaniu zachowań i zjawisk alternatywnych do tych, którym chcemy zapobiegać<sup>26</sup>. Według Wincentego Okonia profilaktyka to ogół działań zapobiegających niepożądanym zjawiskom rozwoju i zachowania się ludzi. W pedagogice chodzi zwłaszcza o zapobieganie wykształceniu się u dzieci i młodzieży niepożądanych przyzwyczajzeń i postaw czy błędów w uczeniu się<sup>27</sup>.

O profilaktyce, można mówić w szerokim znaczeniu, jako o czynnościach naukowo-badawczych, które poznają ogólne prawa i formułują twierdzenia, jak również w znaczeniu wąskim – praktycznym. Odnosi się to wówczas do działań podejmowanych przez osoby wychowujące<sup>28</sup>.

Zdaniem Mirosławy Wieczorek-Stachowicz, profilaktykę należy rozumieć, jako wzmacnianie czynników chroniących i eliminację lub redukcję czynników

---

<sup>24</sup> S. Górski, *Metodyka resocjalizacji*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1985, s. 216

<sup>25</sup> *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, pod red. T. Pilcha, tom IV, s. 943.

<sup>26</sup> Tamże, s. 944.

<sup>27</sup> *Nowy słownik pedagogiczny*, W. Okoń (red.), Wydawnictwo Żak, Warszawa 2001, s. 228.

<sup>28</sup> M. Szpringer, *Profilaktyka społeczna. Rodzina. Szkoła. Środowisko lokalne*, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy w Kielcach, Kielce 2004, s. 64.

ryzyka a interwencje profilaktyczne powinny być skierowane na najważniejsze z nich i tkwiące zarówno w samej jednostce, jak i w jej otoczeniu społecznym<sup>29</sup>.

Na uwagę zasługuje również definicja Brunona Hołysta, który profilaktykę społeczną określa jako system metod i środków mających na celu usuwanie przyczyn ujemnych zjawisk społecznych i stwarzanie warunków prawidłowego funkcjonowania i rozwoju jednostek oraz grup społecznych. Najbardziej rozpozszechnionymi działaniami profilaktycznymi są te, które mają za zadanie przeciwdziałać uzależnieniom<sup>30</sup>.

W świetle przytoczonych definicji można zatem powiedzieć że profilaktyka stanowi działania które mają na celu ochronę człowieka, dziecka, ucznia, wychowanka przed różnego rodzaju, szeroko pojętymi zakłóceniami rozwoju<sup>31</sup>. Warto podkreślić także drugi aspekt profilaktyki, czyli koncentrację na rozwoju, kreacji, stwarzaniu możliwości do przyjmowania postawy twórczej, aktywnej ukierunkowanej na kształtowaniu pożądaných form zachowań. Zachowań interpretowanych jako wzorcowe, godne pożądanía, wprowadzające w świat wartości i akceptowanych społecznie norm i zasad funkcjonowania.

Dlatego działania profilaktyki ujmuje się w dwóch aspektach: destrukcyjnym i konstruktywnym. Zadania destrukcyjne niszczą przyczyny powstawania negatywnych zjawisk. Konstruktywne natomiast polegają na takim oddziaływaniu, by w ich wyniku obiekt zyskał jakieś pożądané przez działającego cechy, których nie posiadał wcześniej<sup>32</sup>. Można zatem profilaktykę ujmować jako proces prowadzący z jednej strony do redukcji lub eliminacji występowania niepożądaných zjawisk, z drugiej zaś jako czynnik wspierający właściwy rozwój jednostki we wszelkich aspektach.

Do bardzo istotnych działań profilaktycznych, z punktu widzenia zastosowania skutecznej strategii pomocowych, zaliczyć należy działanie polegające na wyodrębnieniu grup o specyficznym poziomie ryzyka. Określa się je rozpoznając czynniki ryzyka i czynniki chroniące w danym środowisku. Te grupy to: grupa niskiego ryzyka – dzieci i młodzież nie podejmujące jeszcze żadnych zachowań ryzykownych; grupa podwyższonego ryzyka – osoby które podjęły choć jedno

---

<sup>29</sup> M. Wieczorek-Stachowicz, *Nastolatki i alkohol. Strategie profilaktyczne w szkole*, Parpamedia Warszawa 2007, s. 19.

<sup>30</sup> Tamże, s. 64.

<sup>31</sup> M. Simm, E. Węgrzyn-Jonek, *Budowanie szkolnego programu profilaktyki*, Rubikon, Kraków 2002, s. 8.

<sup>32</sup> J. Kwaśniewski, *Profilaktyka społeczna: związki ze stylami polityki społecznej oraz implikacje dla nauki*, w: *Prace IPSiR UW*, 1979, t. 3: *Zachowania dewiacyjne i kierunki oddziaływania*, s. 106.



zachowanie ryzykowne (eksperymentatorzy); grupa wysokiego ryzyka – osoby, u których zachowania ryzykowne są utrwalone i które odczuwają negatywne konsekwencje tych zachowań<sup>33</sup>.

Ze względu na adresata działań profilaktycznych w literaturze rozróżniamy trzy poziomy profilaktyki:

Profilaktyka pierwszego stopnia – odpowiadająca profilaktyce powstrzymującej w koncepcji Czesława Czapówa i polegająca na podejmowaniu działań uniemożliwiających wystąpienie sytuacji, w których czynniki ryzyka doprowadzą do wystąpienia niepożądanych form zachowań o charakterze destrukcyjnym, kryminogennym czy antyzdrowotnym. Z drugiej strony będą to także działania wspierające ogólny poziom życia, zdrowotność zarówno w kontekście fizycznym jak i psychicznym oraz sposób społecznego funkcjonowania jednostki, grupy czy społeczeństwa.

Profilaktyka drugiego stopnia – odpowiadająca profilaktyce uprzedzającej a polegająca na ujawnianiu i eliminowaniu wszelkich czynników ryzyka i ich skutków przejawiających się w niedostosowaniu społecznym, patologii społecznej czy podejmowaniu działań przestępczych.

Profilaktyka trzeciego stopnia – czyli odpowiednik profilaktyki objawowej to działania polegające na interwencji i oddziaływaniach wychowawczo resocjalizacyjnych skierowanych do osób przejawiających symptomy niedostosowania, uzależnienia czy przestępczości.

W kontekście profilaktyki uzależnień pojawiają się podobne podziały oddziaływań profilaktycznych, czyli:

- Profilaktyka pierwszorzędowa, skierowana do grupy niskiego ryzyka. Ma charakter proaktywny i przedterapeutyczny. Polega na promowaniu zdrowego stylu życia.
- Profilaktyka drugorzędowa, skierowana do grupy podwyższonego ryzyka. Ma charakter reaktywny i terapeutyczny. Polega na hamowaniu rozwoju zachowań ryzykownych i zachęcaniu do wycofania się z nich.
- Profilaktyka trzeciorzędowa ma również charakter reaktywny i terapeutyczny. Skoncentrowana jest na budowaniu zdrowego środowiska i wspomaganiu ucznia, który dzięki pomocy profesjonalnej wycofał się z zachowań dysfunkcyjnych, aby po powrocie do naturalnego środowiska

---

<sup>33</sup> J. Szymańska, *Programy profilaktyczne. Podstawy [rofesjonalnej profilaktyki]*, CMPPP, Warszawa 2002, s. 31.



prowadził zdrowy styl życia i nie wracał do wcześniej występujących zaburzeń w zachowaniu<sup>34</sup>.

Niezależnie od swojej specyfiki, wszystkie działania profilaktyczne mają wspólny cel, jest to osłabianie czynników ryzyka i wzmacnianie czynników chroniących. Odbywa się to za pomocą konkretnych działań. Działania te to m. in.: rozpowszechnianie prawdziwych i rzetelnych informacji o zjawisku, którego profilaktyka dotyczy, kształtowanie świadomych wzorców konsumpcyjnych, kształtowanie umiejętności intrapersonalnych, a w szczególności: samoświadomości, samooceny i samodyscypliny, kształtowanie umiejętności interpersonalnych, a w szczególności: umiejętności empatycznych, współpracy, komunikowania się oraz rozwiązywania konfliktów, rozwijanie umiejętności podejmowania decyzji oraz rozwiązywania problemów, obejmujące między innymi zdolności do wybierania pozytywnych a nie negatywnych stylów życia, rozwijanie związków z grupą społeczną i poczucia odpowiedzialności za grupę, do której jednostka należy, rozwijanie dojrzałej odpowiedzialności, jako właściwego wzorca ról do naśladowania przez innych (obejmuje między innymi: styl życia, postawy wobec używania środków psychoaktywnych), podejmowanie decyzji, rozwijanie środowiska rodzinnego, społecznego i środowiska pracy, które podnosiłyby jakość życia wszystkich jego członków, kształtowanie reguł prawnych i publicznych w taki sposób, aby były zgodne z ludzkimi potrzebami i wspierały pozytywne style życia, umożliwianie wczesnego rozpoznawania, diagnozowania zagrożeń oraz rozwijania strategii przeciwdziałania, bazujących na znajomości przyczyn szkodliwych uwarunkowań<sup>35</sup>.

Wszyscy specjaliści są zgodni co do faktu że, aby profilaktyka była skuteczna musi nosić cechy całościowości. Na jej kompleksowość składają się: ustalenie etiologii danego zjawiska patologicznego, prawidłowości jego rozwoju, określenie istoty zmian i na koniec poszukanie sposobów likwidacji przyczyn. Ważne jest również oszacowanie zasięgu występowania lub możliwości występowania niekorzystnych zjawisk, jak również zdiagnozowanie owego zjawiska w jak najwcześniejszym stadium, co zwiększa szanse na powodzenie wdrożonych zabiegów profilaktycznych<sup>36</sup>.

Zgodnie z definicjami zawartymi w słownikach „profilaktyka” to działania służące ochronie przed zagrożeniami. Wychowanie natomiast to świadomie

---

<sup>34</sup> Z.B. Gaś, *Profilaktyka w szkole*, w: *Profilaktyka w szkole. Poradnik dla nauczyciela*, M. Wieczorek-Stachowicz, PARPA, Warszawa 2000, s. 16.

<sup>35</sup> Z.B. Gaś, *Profilaktyka uzależnień*, WSiP, Warszawa 1993, s. 14.

<sup>36</sup> M. Szpringer, *Profilaktyka społeczna*, dz.cyt., s. 66.

organizowana działalność społeczna, oparta na stosunku wychowawczym między wychowankiem a wychowawcą, której celem jest wywołanie zamierzonych zmian w osobowości wychowanka. Zmiany te obejmują zarówno stronę poznawczo-instrumentalną, związaną z poznaniem rzeczywistości i umiejętnością oddziaływania na nią, jak i stronę emocjonalno-motywacyjną, która polega na kształtowaniu stosunku człowieka do świata i ludzi, jego przekonań i postaw, układu wartości i celu życia<sup>37</sup>. Tak rozumiane pojęcie wychowania zakłada traktowanie go jako czynności - świadomej działalności, wpływu otoczenia, urabia- nia, oddziaływania, współdziałania, kształtowania osobowości, procesu nadawa- nia i odbioru, porozumiewania się, wrastania jednostki w grupę społeczną, itp. Skuteczność tych zabiegów wyraża się w dochodzeniu przez podmiot wychowa- nia do własnej osobowej tożsamości i prowadzi do osiągnięcia dojrzałości przez wychowanka<sup>38</sup>. Można zatem powiedzieć że dojrzałość jest wynikiem prawidłowych działań wychowawczych.

Jeden z najwybitniejszych psychologów o orientacji humanistycznej Abraham H. Maslow twierdzi, że istotą dojrzałości jest samoaktualizacja. Według tego au- tora człowiek dojrzały ujawnia poczucie bezpieczeństwa, czuje się członkiem wspólnoty, w której żyje i czuje się przez nią akceptowany, posiada realistycz- ny obraz siebie - zna swoje możliwości, mocne i słabe strony, prawdziwe moty- wy działania oraz obszary działań kompensacyjnych, jego reakcje emocjonalne są adekwatne do bodźców, kontroluje swoje uczucia a także potrafi okazać lu- dziom sympatię, życzliwość, miłość i zaufanie, w relacjach z ludźmi jest naturalny i spontaniczny, ma poczucie rzeczywistości, nie poddaje się tyranii grupy kul- turowo-społecznej, chociaż liczy się ze społecznymi wymaganiami i standarda- mi, ujawnia poczucie odpowiedzialności i patriotyzmu, interesuje się problemami współczesnego świata, jest lojalny wobec grupy do której należy, jego system wartości oraz normy moralne są stabilne a styl i linia życia odznaczają się cią- głością<sup>39</sup>.

Oprócz wyżej wymienionych wskaźników dojrzałości, wynikających z po- trzeb psychicznych i społecznych człowieka, na uwagę zasługuje również sfera zachowań wychowanka. Inny myśliciel zajmujący się kwestią dojrzałości Marie Jahoda mówi o kryteriach optymalnego funkcjonowania człowieka. Zalicza do nich: pozytywne nastawienie do siebie, przejawiające się w akceptacji siebie ta- kiego, jakim jest (z własnymi możliwościami i ograniczeniami), wzrost i rozwój

<sup>37</sup> W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Żak, Warszawa 2001, s. 319.

<sup>38</sup> *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, pod red. T. Pilcha, tom VII, s. 320.

<sup>39</sup> Z.B. Gaś, *Profilaktyka w szkole*, WSiP, Warszawa 2006, s. 21.

osobisty rozumiane jako dążenie do samorealizacji oraz stawianie sobie odległych i konstruktywnych celów, autonomia rozumiana jako względna niezależność od innych i umiejętność kierowania się w życiu własnymi wewnętrznymi standardami, wynikającymi z posiadanego systemu wartości, adekwatne postrzeganie rzeczywistości, polegające na umiejętności konfrontowania własnych spostrzeżeń i ocen z nowymi faktami oraz zmieniania w efekcie swoich poglądów, kompetencja w działaniu rozumiana przede wszystkim jako wywiązywanie się z pełnionych ról społecznych, pozytywne relacje interpersonalne, polegające na partnerskiej wymianie wzajemnego zrozumienia, szacunku, pozytywnych emocji itd.<sup>40</sup>. Na podstawie tych dwu przykładowych wzorców dojrzałego człowieka można powiedzieć, że celem wychowania jest osiągnięcie dojrzałości w czterech sferach: fizycznej, psychicznej, społecznej i duchowej<sup>41</sup>.

Na ukształtowanie się dojrzałej osobowości ma wpływ wiele zjawisk i działań społecznych. Dokonują się one w różnych uwarunkowaniach sytuacyjnych i środowiskowych, co sprawia, że efekty działań wychowawczych zarówno świadomie aranżowanych jak i tych nie zamierzonych, nie przynoszą oczekiwanych efektów. A zdarza się często, że wiele z nich stanowi realne zagrożenie dla rozwoju dziecka. I tutaj pojawia się miejsce na profilaktykę<sup>42</sup>.

A zatem, na podstawie krótkiej analizy obu tych obszarów działań pedagogicznych możemy przyjąć, iż profilaktyka to wieloaspektowa interwencja korygująca niedostatki wychowawcze, obejmująca równoległe trzy nurty działania:

wspomaganie ucznia w radzeniu sobie z trudnościami zagrażającymi prawidłowemu rozwojowi i zdrowemu życiu, ograniczenie i likwidowanie czynników ryzyka, które zaburzają prawidłowy rozwój i dezorganizują zdrowy styl życia,

inicjowanie i wzmacnianie czynników chroniących, które sprzyjają prawidłowemu rozwojowi i zdrowemu życiu<sup>43</sup>.

W kontekście działań wychowawczych możemy przyjąć że „profilaktyka” to proces który wspiera zdrowie przez umożliwianie ludziom uzyskiwania pomocy potrzebnej im do konfrontacji ze złożonymi, stresującymi warunkami życia oraz przez umożliwianie jednostkom osiągnięcia subiektywnie satysfakcjonującego, społecznie akceptowanego, bogatego życia<sup>44</sup>. Tak rozumiana profilaktyka jest procesem różnym od wychowania. Różnica tkwi w celach obu tych aktywności wy-

---

<sup>40</sup> Tamże, s. 22.

<sup>41</sup> Tamże.

<sup>42</sup> Tamże, s. 22–24.

<sup>43</sup> Z.B. Gaś, *Profilaktyka w szkole...*, dz. cyt., s. 14.

<sup>44</sup> Tamże, s. 71.

chowanawczych. Cel wychowania to dojrzały człowiek, cel profilaktyki natomiast to kompensacja niedostatków wychowanawczych. Oba te procesy są ze sobą ściśle powiązane, ponieważ wychowanie pełni rolę nadrzędną, nadającą profilaktyce sens. Profilaktyka z kolei, tworzy dogodne warunki do sprawnego przebiegu procesu wychowanawczego i umożliwia realizację celów wychowanawczych<sup>45</sup>. Dodać należy, że oba te procesy mają wspólny obszar - to profilaktyka pierwszorzędowa będąca wzbogaceniem działań wychowanawczych.

We współczesnym podejściu do profilaktyki programy profilaktyczne mogą być nakierowane na wszystkie zachowania problemowe (np. picie alkoholu, palenie papierosów, używanie narkotyków, wagary, kradzieże, itp.) lub na specyficznie występujące w dużym nasileniu wśród młodzieży, do której są kierowane<sup>46</sup>.

Programy profilaktyczne, zdaniem Jerzego Melibrudy, realizują cele zmierzające do zmian funkcjonowania dzieci i młodzieży na poziomach:

- wiedzy i informacji o źródłach zagrożenia,
- uwagi i świadomości o przedmiocie zagrożenia,
- postaw i wartości, których to poziom jest, uwieńczeniem wszystkich poprzednich<sup>47</sup>.

Biorąc powyższe założenia za podstawę opracowywane są różnorodne koncepcje profilaktyki uzależnień bazujące na strategii informacyjnej wykorzystującej dostarczanie wiedzy stosunkowo dużej liczbie osób np. młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych, jako potencjalnie zainteresowanej tymi informacjami grupie. Zakłada się przy tym, że właśnie kilkunastoletnia młodzież rozpoczynająca swoje dorosłe życie, będzie najlepszą grupą docelową dla realizowanych treści związanych z problematyką alkoholową. W okresie dojrzewania krystalizuje się bowiem nowa specyficzna postawa życiowa młodych ludzi, pojawiają się podstawy nowego wartościowania i postrzegania świata. U znacznej części młodych osób działania te zachodzą w sposób naturalny spokojny, z pełną świadomością i kontrolą. Niestety spora część zaczyna eksperymentować ze sobą, wykorzystując do tego własne ciało (ryzykowne zachowania seksualne, wczesne rozpoczynanie współżycia seksualnego, ciążę nieletnich) czy szeroko dostępne środki psychoaktywne (alkohol, narkotyki, dopalacze, leki). W tym kontekście ważne są działania mające na celu ochronę zdrowia młodych ludzi a także budowanie postawy zdrowego i bezpiecznego życia dla siebie i innych.

---

<sup>45</sup> Tamże, s. 33.

<sup>46</sup> Tamże, s. 5.

<sup>47</sup> J. Melibruda, *Perspektywy profilaktyki polskiej-wyzwania i nadzieje*, „Remedium” 1996, nr.1, s. 17.

Warto także wrócić uwagę na licznie realizowane programy profilaktyczne dla młodzieży poruszające problematykę kontaktu z różnorodnymi używkami, podejmowaniem przez młodzież zachowań seksualnych oraz innych wpływających na jakość ich funkcjonowania. Anatol Bodanko<sup>48</sup> w zwraca uwagę na konieczność wspomagania procesu wychowawczego programami profilaktyczno-edukacyjnymi pozwalającymi młodzieży dokonywać w swoim życiu właściwych wyborów. Programy te dotyczą aspektów związanych z funkcjonowaniem młodzieży na różnych poziomach społecznych od rodziny począwszy przez szkołę, grupę rówieśniczą, po szeroko rozumiane środowisko społeczne. W ramach projektu profilaktycznego w gminie Żory opracowano mapę problemów i zastosowano adekwatnie do nich szereg działań uwzględniających specyfikę gminy.

Do najważniejszych i najpopularniejszych programów profilaktycznych stosowanych w polskich szkołach zalicza się następujące programy:

- „Drugi elementarz, czyli program siedmiu kroków”, którego celem jest dostarczenie młodym ludziom wiedzy na temat środków odurzających i mechanizmów powstawania uzależnień. Został opracowany przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- „Noe” autorstwa Krzysztofa Wojcieszka, którego celem jest zmiana niewłaściwych postaw wobec alkoholu wśród dzieci i młodzieży. Może być wykorzystany jako wstęp do długofalowych działań profilaktycznych. Zawiera niekonwencjonalną formułę przekazywania młodzieży najistotniejszych informacji o istocie uzależnienia. Zawiera duży ładunek emocjonalny, prowokuje do myślenia.
- „Debata” program profilaktyczny dla szkół gimnazjalnych realizowany w cyklu trzech godzin przez dwie przygotowane do tego osoby. Autorem programu jest Krzysztof Wojcieszek. Zawiera element o dużej skuteczności profilaktycznej – pracę nad przekonaniami normatywnymi uczniów. Poprzedzony jest ankietą, a w trakcie zajęć wykorzystuje się film „Złoty środek”.
- „Dziękuję – Nie” program opracowany przez zespół Uniwersytetu Warszawskiego i Ośrodka Informacji o Alkoholu i Narkotykach ADIC w składzie Stefan Mieszalski, Jacek Morawski, Ewa Sobczyk, Mirosław Szymański. Adresowany jest dla uczniów szkół gimnazjalnych. Dostarcza wiedzy na temat używek, promuje zdrowy styl życia, uczy podejmowania racjonalnych wyborów.

---

<sup>48</sup> A. Bodanko, *Wspomaganie procesu wychowawczego programami profilaktyczno-edukacyjnymi*, Impuls, Kraków 1999.

- „Tak czy Nie” program profilaktyczny Witolda Skrzypczyka to kolejny program z zakresu profilaktyki uzależnień, do wykorzystania w gimnazjum i w szkołach ponadgimnazjalnych. Dostarcza wiedzy o wpływie alkoholu na rodzinę, kształci postawy sprzyjające podejmowaniu racjonalnych decyzji związanych z używkami nabycie praktycznych umiejętności umożliwiających samostanowienie i obronę własnych praw.
- „Zanim spróbujesz”, którego celem jest rozwijanie u nastolatków umiejętności psychologicznych, których brak może owocować większą podatnością na uzależnienie. Przekazuje wiedzę o alkoholu i innych środkach uzależniających oraz mechanizmach rozwoju uzależnienia. Obejmuje kilka bloków tematycznych: podejmowanie racjonalnych wyborów, odreagowywanie napięć, rozwiązywanie konfliktów, kształtowanie wzorców zdrowego stylu życia. Opracowany przez Barbarę Jakubowską, Zofię Sobolewską i Alinę Pacewicz dla uczniów szkół gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych. Aktualnie realizowany przez Centrum Profilaktyki i Psychoedukacji Szkolnej Maciej Barczyński pod nazwą „Kierunek rozwój”.
- „Spójrz inaczej” zawierający scenariusze grupowych zajęć wychowawczo-profilaktycznych dla uczniów szkoły podstawowej oraz gimnazjum. Autorami programu są Andrzej Kołodziejczyk, Tomasz Kołodziejczyk oraz Ewa Czermierowska. Zawiera treści związane z ważnymi umiejętnościami psychologicznymi takimi jak: rozpoznawanie, wyrażanie i akceptowanie uczuć swoich i cudzych, kształtowanie poczucia własnej wartości, umiejętność pracy w grupie, rozwiązywanie problemów, odpowiedzialność za własne zdrowie, problematyka uzależnień.
- „Jak żyć z ludźmi” australijski program profilaktyczny zaadoptowany do polskich warunków przez Andrzeja Kobiałkę. Można go wykorzystać w pracy z młodzieżą gimnazjalną oraz w szkołach ponadgimnazjalnych. Celem jest rozwinięcie umiejętności interpersonalnych: komunikowania się z ludźmi, podejmowania decyzji, chronienia siebie w sytuacji presji, radzenia ze stresem, budowania autonomii, otwartości i empatii.

Pojawiają się nowe programy poruszające problematykę uzależnień, zdrowego wolnego od nałogów życia np. „Ars czyli jak dbać o miłość” – program opracowany przez Krzysztofa Wojcieszka. Program, w którym zasadnicze miejsce zajmują treści związane budowanie postawy odpowiedzialności za siebie i innych. Jego celem jest dotarcie do uczniów szkół ponadgimnazjalnych i ograniczenie skutków zdrowotnych używania substancji psychoaktywnych. Wyjątkowość

programu polega na nowoczesnym podejściu do profilaktyki uzależnień opartym o wartości uznawane przez młodych ludzi.

Warto sięgnąć po program „W trosce o zdrowie Twoje i dziecka” z zakresu profilaktyki Alkoholowego Zespołu Płodu opracowany przez Marka Banacha, który porusza najważniejsze treści związane z konsekwencjami picia alkoholu przez kobiety w czasie ciąży. Przybliża zagadnienia związane z rozwojem prenatalnym dziecka, negatywnymi skutkami spożywania alkoholu, mechanizmami prenatalnej ekspozycji na alkohol, problemami związanymi z funkcjonowaniem dziecka z FAS.

Systemowe podejście do profilaktyki uwzględniające środowisko, w którym przebywa dziecko jest związane z czynnikami ryzyka oraz czynnikami chroniącymi<sup>49</sup>. Pierwsze z nich to słaba więź ze szkołą, rodziną, kościołem, niepowodzenia szkolne, przynależność do problemowych grup rówieśniczych, spostrzeżenie aprobaty dla zachowań problemowych ze strony rówieśników i dorosłych. Czynnikiem chroniącym może być natomiast czynne uczestnictwo w życiu szkoły, rodziny, kościoła lub instytucji prospołecznych, właściwa kontrola ze strony rodziców, brak akceptacji dla norm odbiegających od norm społecznych.

Odziaływaniami profilaktycznymi powinni być objęci zarówno uczniowie, rodzice jak i nauczyciele. Schematyczna i konsekwentna praca z uczniami, zarówno zbiorowa jak i indywidualna jest bardzo ważnym kierunkiem profilaktyki uzależnienia. W momencie, gdy wychowawca zauważy oznaki niebezpieczeństwa uzależnienia od alkoholu ucznia, interwencja powinna być natychmiastowa. Wychowawca powinien zarówno sam pracować z uczniem jak i poprosić o pomoc pedagoga, a w razie konieczności wyspecjalizowanego psychologa. Równie istotna, jak praca z dziećmi, jest praca z rodzicami. Dotyczy to zarówno tych rodziców, u których dzieci wykazują objawy zagrożenia, jak i u tych, które nie wykazują niepokojących zachowań. Szkoła powinna uświadamiać rodzicom przyczyny skłaniające młodego człowieka do sięgania po alkohol oraz dać im narzędzia do pracy z dzieckiem.

Przy analizie problematyki postaw młodzieży wobec zjawiska alkoholizmu istotne znaczenie ma tematyka profilaktyki, w tym profilaktyki uzależnień. Profilaktyka jako np. promocja zdrowego stylu życia, uświadamianie młodych ludzi o skutkach picia alkoholu jak i działania mające na celu minimalizowanie negatywnych konsekwencji używania alkoholu przez młodzież. Jednym z założeń w tym aspekcie było poznanie świadomości uczniów gimnazjum na temat profilaktyki uzależnień.

---

<sup>49</sup> M. Wieczorek-Stachowicz, *Nastolatki...*, dz. cyt., s. 5.



Istnieje zatem paląca potrzeba zintensyfikowania szeroko pojętych działań profilaktycznych na terenie szkoły. Organizacja pomocy psychologiczno-pedagogicznej, organizowanie zajęć pozalekcyjnych, pomoc materialna dla uczniom to tylko kilka przykładów takiej działalności. Najwyższa Izba Kontroli po przeprowadzonej w szkołach kontroli w 2000r. stwierdziła m.in., że konieczne jest rozpoznawanie w szkołach zagrożeń patologiami oraz, że minister edukacji powinien wydać niezbędne akty wykonawcze do ustawy o systemie oświaty i przeciwdziałaniu narkomanii, organy powiatów powinny opracować powiatowe strategie rozwiązywania problemów społecznych<sup>50</sup>. Szkoły zostały zobligowane do tworzenia szkolnych programów profilaktycznych. Podstawą prawną tego typu programów jest:

- Rozporządzenie MEN z dn. 9.02.2007 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola oraz publicznych szkół (Dz. U. z 2007 r. Nr 35, poz. 222).
- Rozporządzenie MEN z dn. 23.VIII.2007 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z 2007 r. Nr 157, poz. 1100) oraz rozp. MEN z dn. 23 grudnia 2008 r. (Dz. U. z 2009 r. Nr 4, poz. 17).
- Ustawa z dn. 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2005 r., Nr 179, poz.1485).
- Ustawa z dn. 7.01.1993 r. o planowaniu rodziny (Dz. U. Nr 17, poz. 78).
- Rozporządzenie MENiS z dn. 19.07.2002 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz. U. z 1998 r. Nr 67, poz. 756 oraz zmian Dz. U. z 2001 r. Nr 79, poz. 845, Dz. U. z 2002 r. Nr 121, poz. 1037, Dz. U. z 2009 r. Nr 131, poz. 1079).
- Rozporządzenie MEN z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. Nr 228, poz. 1487).
- Rozporządzenie MENiS z dn. 31.01.2003 r. w sprawie szczegółowych form działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem (Dz. U. Nr 26, poz. 226).

---

<sup>50</sup> S. Kubowicz i in., *Profilaktyka. Porady praktyczne dla nauczycieli*, WIPN, Gdańsk 2005, s. 5.

Zgodnie z obowiązującym prawem oświatowym szkoły zobowiązane są do opracowania i wdrożenia szkolnego programu profilaktyki nie poprzestając na jednorazowej, okazjonalnej interwencji. Na podstawie dotychczasowych rozważań można stwierdzić, że profilaktyka szkolna polegająca na zapobieganiu zachowaniom problemowym dzieci i młodzieży wynika ze świadomości zagrożeń, dotyczy tak wychowanka jaki i wychowawcy, dokonuje się na różnych poziomach, uwzględnia różne strategie oraz obejmuje działania ewaluacyjne. Ważnym zadaniem szkoły jest tworzenie odpowiedniego kontekstu wychowawczego polegającego na konstruktywnym i odpowiedzialnym kontakcie wychowanków z rzeczywistością. W tej sytuacji szkoła, która pragnie chronić swoich uczniów przed konsekwencjami zachowań ryzykownych powinna opracować program wychowawczy pomagający wychowankom w realistyczny i pogłębiony sposób rozumieć nie tylko otaczającą rzeczywistość, ale i siebie oraz te wartości, które umożliwiają życie w wolności i radości.

W Polsce, oprócz szkół, profilaktyką zajmuje się wiele podmiotów. Organizacje pozarządowe tj. stowarzyszenia, fundacje i inne, instytucje rządowe i pozarządowe oraz profesjonaliści czyli psychologowie, pedagodzy, psychiatry itp. Wszyscy oni zauważają, że zajmowanie się patologiami jest zajęciem niebezpiecznym, stresującym, zajmującym dużo czasu i źle opłacanym<sup>51</sup>. Działania te są rozproszone i z obserwacji życia szkoły wynika, że często nie przynoszą oczekiwanych rezultatów. Potrzebny jest w związku z tym zintegrowany system oddziaływań profilaktycznych. Dobrym do tego miejscem jest szkoła jako instytucja, w której dzieci i młodzież spędzają najwięcej czasu. Ponad to znajdują tu odzwierciedlenie założenia wyjściowe koncepcji reformy oświatowej podkreślające, że wychowanie i kształcenie powinno stanowić w pracy szkoły integralną całość. Równowaga między przekazem informacji a rozwijaniem umiejętności i wychowaniem jest ważnym czynnikiem wspierającym rozwój młodych ludzi. Warto tutaj przypomnieć, że wychowanie to proces wspomagania dziecka w rozwoju, ukierunkowanym na osiągnięcie pełnej dojrzałości w czterech obszarach: fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym. Profilaktyka natomiast to proces wspomagania człowieka w radzeniu sobie z trudnościami zagrażającymi prawidłowemu rozwojowi i zdrowemu życiu a także ograniczanie i likwidowanie czynników, które blokują prawidłowy rozwój i zaburzają zdrowy styl życia<sup>52</sup>.

---

<sup>51</sup> Tamże, s. 7–8.

<sup>52</sup> Z. Gaś, *Profilaktyka w zreformowanej szkole*, „Remedium” nr 6, 2001, s. 3.

Według Zbigniewa Gaśa istnieje prawidłowość polegająca na tym, że im bardziej dysfunkcjonalne środowisko – tym silniejszy opór przed profilaktyką. Dlatego też konieczne są celowe i długofalowe działania, realizowane w środowisku szkolnym, które prowadzą do budowania postaw i zachowań promujących zdrowy styl życia oraz aktywnie niwelują czynniki zagrażające prawidłowemu rozwojowi i życiu<sup>53</sup>. Działania te należy konstruować w oparciu o solidne podstawy teoretyczne wypracowane przez specjalistów zajmujących się tą dziedziną. W planowaniu zabiegów profilaktycznych należy zapoznać się z warunkami skutecznej profilaktyki szkolnej, które odnoszą się do czterech zasad, są to:

**Zasada 1.** Podstawą programu działań profilaktycznych w szkole powinny być wyniki obiektywnych badań dotyczących zachowań dysfunkcyjnych w środowisku szkolnym i otaczającym szkołę,

**Zasada 2.** Zaplanowane w ten sposób działania profilaktyczne powinny być na mierzalne cele i zadania,

**Zasada 3.** Planowane i wdrażane działania profilaktyczne powinny wynikać z wcześniejszych doświadczeń lub badań ewaluacyjnych wykazujących, że wykorzystywane strategie rzeczywiście zapobiegają lub redukują dysfunkcjonalność dzieci i młodzieży,

**Zasada 4.** Programy działań profilaktycznych w szkole powinny być systematycznie ewaluowane w zakresie osiągnięcia zakładanych celów, a wyniki ewaluacji powinny być wykorzystywane do modyfikacji, wzbogacania i rozwijania programu oraz w razie konieczności do modyfikacji celów i zadań<sup>54</sup>.

Badania ewaluacyjne prowadzone w środowiskach szkolnych wskazują na ogromne znaczenie czynników wiążących się z jakością funkcjonowania dorosłych osób znaczących, a przede wszystkim: kierownictwa szkoły, nauczycieli, szkolnego specjalisty oraz rodziców. Świadomość ważności powyższych czynników powinna być punktem wyjścia dla działań podejmowanych w szkole. Ich inicjatorem może być zarówno zewnętrzny specjalista, jak i pedagog czy psycholog szkolny.

Zbigniew Gaś za innymi specjalistami wyróżnia osiem zaleceń strategicznych, które należy uwzględnić w działaniach specjalistów w obszarze profilaktyki, na terenie szkoły. Należą do nich:

---

<sup>53</sup> Tamże, s. 4.

<sup>54</sup> Z. Gaś, *Profilaktyka w szkole...*, dz. cyt., s. 49.

- Identyfikacja szkolnego lidera profilaktyki. To osoba ciesząca się autorytetem w zespole pedagogicznym i zaufaniem uczniów, zainteresowana działaniami profilaktycznymi. Musi również posiadać odpowiednie kompetencje i przygotowanie merytoryczne i decyzyjne. Jej zadaniem jest inicjowanie i koordynowanie działań skierowanych na przygotowanie środowiska szkolnego do opracowania, wdrożenia i realizacji szkolnego programu profilaktyki.
- Pozyskanie grupy współpracowników. Grupa ta powinna być złożona w zależności od wielkości szkoły z 6 do 15 osób reprezentujących różne grupy środowiskowe (dyrekcja, nauczyciele, rodzice, uczniowie, sponsorzy). To ludzie o różnym potencjale decyzyjnym, pozycji społecznej i doświadczeniach życiowych, zainteresowani propagowaniem idei profilaktycznych. Będą oni odpowiedzialni za opracowanie szkolnego programu profilaktyki oraz motywowanie nauczycieli, rodziców i uczniów do uczestnictwa w tych działaniach.
- Zapewnienie warunków do wspólnej integracji. Wstępem do działania takiego zespołu musi być spotkanie o charakterze integracyjnym, gdzie wszyscy uczestnicy będą mogli się poznać, przedstawić swoje atuty i ograniczenia (w kontekście profilaktyki), zwerbalizować swoje potrzeby rozwojowe w tym zakresie oraz osiągnąć porozumienie w sprawie istoty profilaktyki szkolnej.
- Ustalenie zasad współdziałania zespołu. Warunkiem skutecznego współdziałania jest ustalenie zasad współpracy całego zespołu. Szczególne znaczenie mają tutaj: zasada wzajemnego zaufania, poszanowania odmienności, aktywnego działania oraz osobistej odpowiedzialności.
- Możliwość poszerzania wiedzy. Lider jest zobowiązany do zapewnienia możliwości poszerzania wiedzy, adekwatnie do podejmowanych działań.
- Możliwość doskonalenia umiejętności. Szkolny lider profilaktyki zobowiązany jest do tworzenia warunków umożliwiających członkom zespołu rozwijanie umiejętności współdziałania zadaniowego w opracowywaniu, wdrażaniu i ewaluacji szkolnego programu profilaktyki.
- Wzmacnianie pozytywnej samooceny członków zespołu. Dobre samopoczucie i pozytywny obraz siebie jest niezbędny do skutecznego funkcjonowania człowieka. Dlatego też lider ma również zadanie tworzyć okazje do budowania dobrego samopoczucia i pozytywnej samooceny a tym samym podtrzymywania entuzjazmu w działaniach profilaktycznych.

- Permanentny rozwój osobowy i zawodowy członków zespołu. Dzięki temu członkowie zespołu mogą doświadczać, iż nabywana wiedza i doskonałone umiejętności dają się zastosować w różnych obszarach życia osobistego i zawodowego. Satysfakcja z rozwoju osobistego jest ważniejsza niż z rozwoju profesjonalnego<sup>55</sup>.

Zrealizowanie powyższych zaleceń strategicznych ma za zadanie sprawić, iż środowisko szkolne zostanie przygotowane do opracowania i wdrożenia szkolnego programu profilaktyki.

Odwołując się do przytaczanej już definicji profilaktyki, jej realizacja w szkole polega na profesjonalnych działaniach skierowanych na przeciwdziałanie zachowaniom problemowym dzieci i młodzieży. Działania te inicjowane i przeprowadzane w szkole swoimi pozytywnymi skutkami powinny sięgać pozostałych obszarów życia społecznego wychowanków/uczniów oraz wpływać na dalsze ich życie.

Spożywanie alkoholu przez dzieci i młodzież prowadzi do zaburzenia procesów socjalizacji i przyczynia się do tego, że mają oni trudność ze zrozumieniem relacji interpersonalnych, międzyludzkich, gorzej funkcjonują w społeczeństwie. Powoduje to wybór stylu życia, opartego na „zakrapianiu” alkoholem wszystkich okoliczności i wydarzeń pojawiających się w życiu młodego człowieka. Powszechne przyzwolenie na tego typu praktyki oraz brak stosownych oddziaływań profilaktycznych ze strony odpowiednich organów prowadzi do destrukcji i popadania w coraz większe konflikty, napięcia, poczucie niezrozumienia, braku celu i sensu życia. Warto w tym temacie podjąć się edukacji nie tylko dzieci i młodzieży, ale również rodziców i opiekunów. To właśnie rodzice i inne osoby znaczące powinni dostarczać dzieciom pozytywnych wzorców, kształtować prawidłowe postawy, zanim dziecko znajdzie inny punkt odniesienia w postaci grupy rówieśniczej, często o charakterze subkultury, gdzie zachowania aspołeczne i picie alkoholu są normą. Rodzina, szkoła, instytucje pozaszkolne, samorządowe, pozarządowe powinny wyposażyć młodego człowieka w takie mechanizmy, aby świadomie dokonywał właściwych i odpowiedzialnych wyborów. Właśnie takim mechanizmem powinna być profilaktyka zjawiska alkoholizmu wśród młodzieży. Osobami, odpowiadającymi za działania profilaktyczne są nauczyciele, miejscowe władze, media, policja, kościół oraz rodzice. Wszystkie wymienionej wyżej instytucje powinny ze sobą współpracować tworząc zdrową atmosferę wokół młodego człowieka opartą na zrozumieniu i akceptacji. Mogą to osiągnąć

---

<sup>55</sup> Z. Gaś, *Profilaktyka w zreformowanej szkole...*, dz. cyt., s. 5–6.

podnosząc poziom wiedzy i umiejętności wychowawczych rodziców, racjonalnie gospodarując w środowisku czasem wolnym młodzieży – organizując zajęcia, które będą atrakcyjną alternatywą dla zachowań niepożądanych, tworząc i promując miejsca, gdzie można atrakcyjnie spędzić czas wolny, rozwijając zainteresowania młodzieży, promując zajęcia rekreacyjne i turystyczne, zabezpieczając warunki do rozwoju dzieciom i młodzieży z środowisk dysfunkcyjnych, organizując szeroko rozumianą opiekę i pomoc w tym psychologiczną, intensyfikując działania prewencyjne policji, współpracując z kościołem, który może mieć wpływ na kształtowanie właściwych postawy młodzieży w oparciu o pozytywne wartości.

Warto zadać sobie pytanie – co zrobić, aby wyeliminować zjawisko alkoholizowania się młodzieży? Decydującą rolę w tym zakresie mają do spełnienia rodzice. Rolą rodzica jest otoczenie młodego człowieka troską i opieką, utrwalanie prawidłowych postaw, dawanie dobrego przykładu całym swoim życiem, organizowanie czasu wolnego oraz zaangażowanie w problemy i kłopoty własnego dziecka. Kolejne odpowiedzialne środowisko to szkoła. Zadania szkoły związane ze zjawiskiem alkoholizmu wśród młodzieży powinny polegać na realizacji zadań wychowawczych i profilaktycznych oraz zapewnieniu szerokiej oferty zajęć pozalekcyjnych. Wiąże się to z koniecznością sensownego i pożytecznego zaraniem, zagospodarowania czasu wolnego młodzieży. Najważniejsze jednak jest, aby szkoła aktywnie wdrażała programy edukacyjne i profilaktyczne dotyczące używek, uzależnień i tematyki anty-alkoholowej. Rolą szkoły jest dbać o odpowiednie przygotowanie merytoryczne osób, które będą takie akcje przeprowadzać, uświadamiać młodzież różnymi sposobami o szkodliwości alkoholu. Profilaktyka alkoholowa to także domena policji. Oprócz działań edukacyjnych związanych z programami profilaktycznymi, policja powinna monitorować miejsca spotkań młodych ludzi, jak również skutecznie sprawdzać sklepy i punkty sprzedaży alkoholu, pod kątem przestrzegania przepisów prawa w zakresie ustawowego zakazu sprzedaży alkoholu osobom poniżej 18 roku życia. Władze miasta we współpracy ze szkołą, rodzicami i policją powinny organizować zajęcia sportowe, stworzyć i zwiększyć dostępność obiektów sportowych w mieście, podejmować działania mające nas celu zwiększeniu nacisku na rozwój sportu. Dużą rolę odgrywają pracownicy ośrodków kultury, ośrodków pomocy społecznej, powiatowych centrów pomocy rodzinie, komisji ds. rozwiązywania problemów alkoholowych, poradni pedagogiczno-psychologicznych chociażby z racji realizacji zadań statutowych przypisanych tym instytucjom.

Powyższe propozycje nie wyczerpują wszystkich możliwości i sposobów ograniczania i eliminacji zjawiska spożywania alkoholu przez młodzież. Najważniejszym jest budowanie, kształtowanie od najmłodszych lat postawy trzeźwości oraz propagowanie wiedzy o zagrożeniach związanych z nadużywaniem alkoholu. Istotną kwestią jest kształtowanie wartości takich jak: przyjaźń, uczciwość, rzetelność, odpowiedzialność, miłość bliźniego, podmiotowość, religijność, wolność, tolerancja, altruizm, godność, sprawiedliwość. Służą one wzrastaniu i rozwojowi człowieka. Dają też człowiekowi poczucie bezpieczeństwa i mogą stanowić istotne podstawy trzeźwości.



## Zakończenie

W literaturze przedmiotu spotykamy się z różnymi ujęciami definicyjnymi uzależnienia od alkoholu. Wspólnym elementem większości definicji jest zwrócenie uwagi na przymus fizyczny, psychiczny lub społeczny spożywania alkoholu. Większość naukowców zwraca uwagę na nieodwracalne skutki uzależnienia ze śmiercią włącznie. Pojęcie to najczęściej rozumiane jest jako konieczność przyjmowania konkretnego związku chemicznego, w tym przypadku substancji chemicznej o wzorze  $C_2H_5OH$  czyli alkoholu. Wpływa on na zmianę sposobu myślenia, a także na przeżywane przez każdego spożywającego stany emocjonalne. Alkohol wprowadza w świat złudzeń i iluzji, któremu człowiek bardzo łatwo się podporządkowuje. Sięganie po alkohol, a zwłaszcza jego nadużywanie jest łatwym sposobem ucieczki od rzeczywistości, często prowadzące do choroby alkoholowej. Zniewolenie może doprowadzić do wielu powikłań zdrowotnych oraz zakłócić normalne tj. fizyczne, społeczne i psychiczne funkcjonowanie jednostki – człowieka – w środowisku rodzinnym, zawodowym, lokalnym.

Wydają się niezwykle istotnym przestrzeganie i mówienie o zagrożeniach wynikających z nadużywania alkoholu. Istotnym faktem jest uświadamianie młodzieży i dorosłym, iż uzależnić można się już od niewielkiej, ale systematycznie spożywanej ilości alkoholu. To niebezpieczeństwo jest tym większe im niższy jest wiek inicjacji alkoholowej. Ważnym zadaniem w tym kontekście jest przygotowanie młodych ludzi do radzenia sobie w sytuacji presji, kształtowanie właściwych postaw względem alkoholu, budowanie pozytywnego obrazu samego

siebie. Warto kształtować umiejętności związane z właściwym przebiegiem procesów decyzyjnych, umiejętności wyboru optymalnych dla siebie rozwiązań, czy bycia asertywnym. Działania takie należy podejmować jak najwcześniej, bowiem jak wynika z przytoczonych wyników różnych badań, wiek inicjacji alkoholowej znacznie w ostatnich kilkudziesięciu latach się obniżył. Także, co należy odnotować zmieniają się powody spożywania alkoholu przez młodych ludzi. To, co szczególnie niebezpieczne, to coraz częściej występujące przyzwolenie ze strony dorosłych, w tym rodziców, na spożywanie alkoholu. Badania wskazują, że uczniowie eksperymentują z alkoholem, chcąc przekonać się jak właściwie działa na ich organizm. W wypowiedziach wielu młodych ludzi coraz częściej pojawia się argument, że alkohol spożywany w małych dawkach jest nieszkodliwy, a wręcz przeciwnie może przynieść określone pozytywne skutki. Młodzież nie wiąże alkoholu z negatywnymi, niepożądanymi formami zachowań. Jego obecność w swoim życiu traktują, jako kulturową i społeczną normalność.

W konkluzji należy stwierdzić, że:

Młodzież posiada dużą wiedzę na temat alkoholu i związanych z nim zagrożeń. Jest ona świadoma skutków używania alkoholu oraz konsekwencji, jakie zachowanie uwarunkowane pić alkoholu może wywołać. Mają świadomość chorób i zaburzeń, jakie może wywołać spożywanie napojów alkoholowych. Zdają sobie również sprawę, że niekontrolowane i systematyczne picie alkoholu może prowadzić do uzależnienia, nałogowego picia. Gimnazjaliści wiedzą, że alkoholizm jest chorobą wymagającą leczenia. Nie znają jednak w większości specyfiki działań i procedur związanych z podjętym leczeniem. Ze względu na niską wiedzę biologiczną dotyczącą własnego organizmu nie do końca są świadomi toksycznego wpływu alkoholu na poziom swojego zdrowia.

Zdecydowana większość młodzieży stwierdza, iż spożywanie alkoholu przez kobietę będącą w ciąży wpływa negatywnie na rozwój płodu. Mają świadomość, że aby urodzić zdrowe dziecko kobieta musi wystrzegać się w tym okresie alkoholu. Warto przybliżyć uczniom już na poziomie gimnazjalnym problematykę Alkoholowego Zespołu Płodu.

Wydaje się, że świadomość, tego, jak trudna jest walka z alkoholizmem może stanowić barierę i hamulec przed zbyt pochopnym podejmowaniem ryzykownych decyzji związanych z inicjacją, a następnie z używaniem alkoholu przez młodych ludzi. Uczniowie i uczennice gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych, jako powody sięgania po alkohol wskazywali najczęściej wpływ rówieśników, ciekawość, chęć zwrócenia na siebie uwagi i bycia docenionym. Częstym motywem

jest też fakt spożywania alkoholu przez ich rodziców. Alkoholizm rodziców jest czynnikiem, który bardzo wyraźnie wpływa na psychikę dziecka, destabilizuje życie rodzinne i pozbawia członków rodziny poczucia bezpieczeństwa. Młodzież ma świadomość, że nadmierne spożywanie alkoholu ma negatywny wpływ na życie rodzinne.

Analizując alkoholowe zachowania młodzieży w pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na wiek inicjacji alkoholowej młodzieży. Zdecydowana większość gimnazjalistów ma już za sobą to doświadczenie, i co warto podkreślić dotyczy to zarówno chłopców jak i dziewcząt. Wiek inicjacji to najczęściej przedział pomiędzy 12 a 15 rokiem życia. Zauważyć możemy utrzymującą się tendencję do obniżania wieku pierwszego kontaktu z alkoholem.

Młodzież pije, ponieważ zdobycie alkoholu nie sprawi im większych trudności. Fakt ten w kontekście zakazu sprzedaży napojów alkoholowych osobom poniżej 18 roku życia budzi znaczne obawy. Świadczy o nieprzestrzeganiu i naruszaniu tego przepisu. Gimnazjaliści i starsza młodzież sięga po różnorodne napoje alkoholowe. Wśród spożywanych alkoholi dominuje piwo (najbardziej popularne wśród chłopców) i wino (bardziej popularne w grupie dziewcząt), ale nie znaczy to, że młodzież nie sięga po wysokoprocentowe alkohole. Miejsce i okoliczności spożywania alkoholu są różne. Najczęściej ma to miejsce w czasie spotkań towarzyskich w gronie rówieśniczym, imprez rodzinnych, szkolnych i pozaszkolnych. W pubach, restauracjach, kawiarniach, dyskotekach, parkach, skwerach i innych mniej przystępnych miejscach. Szczególnie niepojące jest to, iż dom rodzinny często jest miejscem inicjacji lub spożywania alkoholu przez młodzież, przy niestety biernej akceptacji i przyzwoleniu ze strony rodziców lub opiekunów.

Młodzież pije z uwagi na zły stan psychiczny czy fizyczny, problemy w szkole, w rodzinie, konflikty z rówieśnikami, prawem. Popularność trunków alkoholowych, jego powszechność i łatwa dostępność napawa niepokojem. Dzieje się tak między innymi dlatego, że młodzież gimnazjalna a probuje picie alkoholu przez swoje koleżanki i kolegów. Traktują go jak coś normalnego, coś, co ma poprawić humor, rozładować negatywne emocje, wyzwolić miłą atmosferę, pewniej się poczuć. Zaskakujące jest to, iż zaledwie co piąty badany gimnazjalista deklaruje, iż ma negatywny stosunek do alkoholu, a zatem nie piją i nie tolerują picia alkoholu przez inne osoby.

Zespół uzależnienia od alkoholu jest chorobą społeczną dotyczącą wszystkich grup wiekowych, niemowlęctwa, wieku rozwojowego, dorosłych oraz starości. Smutkiem napawa fakt oraz niezbyt dobrze świadczy o społeczeństwie i Państwie,

że nie jesteśmy w stanie powstrzymać używania napojów alkoholowych wśród dzieci i młodzieży. Kończąc monografię autorzy ku przestrodze władzom, politykom, nauczycielom, pedagogom, lekarzom, rodzicom, wszystkim tym dla których ważne jest zdrowie społeczeństwa polskiego, zacytują przesłanie autorstwa Gabrieli Mistral – laureatki nagrody Nobla.

*Na wiele potrzebnych nam rzeczy możemy poczekać.*

*Dziecko nie może.*

*Właśnie teraz formują się jego kości, tworzy się krew, rozwija umysł.*

*Nie możemy mu powiedzieć jutro, jego imię brzmi dzisiaj.*

# Bibliografia

## Literatura przedmiotu

Druki zwarte:

- Aase J.M., *Kliniczne rozpoznawanie alkoholowego Zespołu Płodowego (FAS). Trudności w wykrywaniu i diagnostyce*, w: *Alkohol i Zdrowie*, M. Ślósarska (red.), PARPA, Warszawa 1998.
- Alkohol a zachowania problemowe młodzieży. Opinie i badania*, (praca zbiorowa) PARPA, Warszawa 2004.
- Babik M., *Agresja seksualna uczniów na terenie szkoły oraz Wulgaryzmy przejawem agresji seksualnej uczniów*, w: *Zachowania seksualne uczniów na terenie szkoły*, M. Babik (red.), Wydawnictwo WAM, Kraków 2009.
- Banach M., *Alkoholowy zespół płodu. Teoria, diagnoza, praktyka*, Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna „Ignatianum”, Wyd. WAM.
- Bartosik, *Alkohol a zdrowie. Picie alkoholu w różnych okresach życia*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2000.
- Behrman (red.), *Podręcznik Pediatrii*, PWN, Warszawa 1996.
- Behrman R.E., (NELSON), *Podręcznik Pediatrii*, Warszawa 2002.
- Berkow, *MSD Manual, Podręcznik terapii i diagnostyki*, Wydawnictwo Urban &Partner, Wrocław 2005.
- Biblia Tysiąclecia*, Wydawnictwo Pallotinum, Poznań 2003.
- Bielatowicz A., Moskalewicz I., *Historia społeczno-kulturowa alkoholu*, w: I. Wald (red.), *Alkohol i związane z nim problemy zdrowotne i społeczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1986
- Bielicki E., *Z problematyki resocjalizacji*, Wydawnictwo KPSW, Bydgoszcz 2005.

- Bieńkowska I. (red.), *W kręgu resocjalizacji i wybranych zagadnień opiekuńczo-wychowawczych*, t. 1, Wydawnictwo „scriptum”, Kraków 2009.
- Błachut J., Gaberle A., Krajewski K., *Kryminologia*, Arche s.c., Gdańsk 2006.
- Bodanko A., *Wspomaganie procesu wychowawczego programami profilaktyczno-edukacyjnymi*, Impuls, Kraków 1999.
- Borowski M., Kłosowska E., *Alkoholizm jako rodzaj patologii społecznej*, Wydawnictwo Naukowe NOVUM, Płock-Wyszaków 2010.
- Brągiel J., Janke A., Kawula S., *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, wyd. Adam Marszałek, Toruń 2007.
- Cekiera Cz., *Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1993.
- Cekiera Cz., *Ryzyko uzależnień*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1994.
- Cekiera Cz., *Uzależnienia – alkoholizm, narkomania, palenie tytoniu. Profilaktyka, terapia, resocjalizacja*, w: *Resocjalizacja. Teoria i praktyka pedagogiczna*, t. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Chassin L., DeLucia Ch., *Picie w okresie dojrzewania*, w: *Alkohol a zdrowie*, PARPA, Warszawa 2001.
- Cierpiałowska L., *Alkoholizm. Przyczyny, leczenie, profilaktyka*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza, Poznań 2001.
- Crisp R. J., Turner R.N., *Psychologia społeczna*, Wyd. PWN, Warszawa 2008
- Curtis G.B., *Twoja cięża od A do Z*, Wydawnictwo Amber, Warszawa 2004.
- Dworkin P.H., *Pediatrics*, PZWL, Wrocław 1993.
- Dworkin, *Pediatrics*, Wydawnictwo Urban&Partner, Wrocław 1993.
- Dziewiecki M., *Nowoczesna profilaktyka uzależnień*, Wyd. Jedność, Kielce 2000.
- Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku*, t. I, Wydawnictwo Akademickie „ŻAK”, Warszawa 2003.
- Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku*, t. IV, Wydawnictwo Akademickie „ŻAK”, Warszawa 2007.
- Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku*, t. V, Wydawnictwo Akademickie „ŻAK”, Warszawa 2006.
- Falewicz J., *ABC problemów alkoholowych*, wyd. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1993.
- Friedman, F. J. Dill, M. R. Hayden, B. C. McGillivray, *Genetyka*, Wydawnictwo Urban &Partner, Wrocław 2000.
- Fudała J., *Rozpoznawanie osób pijących alkohol w sposób ryzykowny i szkodliwy*, w: *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*, B. Bętkowska-Korpała (red.), Wydawnictw Edukacyjne PAMPEDIA, Warszawa, 2009.
- Gaś Z., *Profilaktyka uzależnień*, WSiP, Warszawa 1993.
- Gaś Z., *Psychoprofilaktyka*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1998.
- Gaś Z., *Rodzina a uzależnienia*, wyd. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1994.
- Gaś Z., *Profilaktyka w szkole*, w: *Profilaktyka w szkole. Poradnik dla nauczyciela*, M. Wieczorek-Stachowicz, PARPA Warszawa 2000.

- Geldard K., Geldard D., *Jak pracować z dziecięcymi grupami terapeutycznymi*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- Godwod-Sikorska C., *Postępowanie medyczne w zespole uzależnienia od alkoholu*, w: I. Wald (red.), *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Warszawa 1986.
- Górnicki, B. Dębiec, *Pediatrics*, t. 1, PZWL, Warszawa 2004.
- Górski S., *Metodyka resocjalizacji*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1985.
- Ilendo-Milewska A., *Dysfunkcjonalność uczniów gimnazjum*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2009.
- Interna Harrisona*, praca zbiorowa, t. 2, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001.
- Izdebska H., *Przygotowanie do życia w rodzinie*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1972.
- Jarczyńska J., *Picie alkoholu przez młodzież w okresie dorastania a wybrane czynniki w środowisku rodzinnym*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa, 2009.
- Jopkiewicz A., Suliga E., *Biologiczne podstawy rozwoju człowieka*, Jedność, Kielce 2000.
- Kałowska A., *Postawy dzieci i młodzieży wychowywanej w domu dziecka wobec osób uzależnionych od alkoholu*, w: *Zjawiska patologii społeczne. Uwarunkowania, rozmiary, profilaktyka, prognozy*, T. Sołtysiak (red.), Wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Bydgoszczy, Bydgoszcz 1995.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Rodziny. Kontekst zdrowia i choroby*, PWN, Warszawa 1995.
- Klecka M., *4-stopniowa skala diagnostyczna, referat wygłoszony podczas konferencji naukowej „FASD jakowyżwanie dla rodziny, profesjonalistów, społeczeństwa” IX światowy dzień FAS, Łędziny 9.09.2009.*
- Klecka M., *FAScynujące dzieci*, Wyd. Św. Stanisława BM, Kraków 2007.
- Klecka M., Janas-Kozik M., *Dziecko z FASD Rozpoznania różnicowe i podstawy terapii*, PARPA, Warszawa 2009.
- Klecka M., *Problemy alkoholowe w rodzinie: Cięża i alkohol w trosce o twoje dziecko*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2007.
- Konopczyński M., Pospiszyl I., *Resocjalizacja – w stronę środowiska otwartego*, Wydawnictwo PEDAGOGIUM, Warszawa 2007.
- Kozak S., *Patologie wśród dzieci i młodzieży. Leczenie i profilaktyka*, wyd. Difin, Warszawa 2007.
- Krupka-Matuszczyk I., Matuszczyk M. (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice 2007.
- Krzyżak-Szymańska E., Szymański A. (red), *Bezpieczeństwo dzieci i młodzieży – zagrożenia cywilizacyjne w aspektach: pedagogicznym, instytucjonalnym i legislacyjnym*, Mysłowice 2004.
- Kubowicz S. i in., *Profilaktyka. Porady praktyczne dla nauczycieli*, WIPN, Gdańsk 2005.
- Kulisiewicz T., *Alkohol a młodzież*, w: *Bądźmy trzeźwi*, T. Kulisiewicz (red.), PAX, Warszawa 1982.



- Kwaśniewski J., *Profilaktyka społeczna: związki ze stylami polityki społecznej oraz implikacje dla nauki*, Prace IPSiR UW, 1979, tom 3: *Zachowania dewiacyjne i kierunki oddziaływania*.
- Lowe G., Foxcroft D.R., Sibley D., *Picie młodzieży a style życia w rodzinie*, Wydawnictwo PARPA, Warszawa 2000.
- Łakomski M., *Dlaczego integralny program profilaktyczny w szkole*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2004.
- Łakomski M., *Pomóż uzależnionym!*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2007.
- Łobocki M., *Wartości tworzywem wychowania*, w: *Wychowanie chrześcijańskie a kultura*, M. Nowak, T. Ożóg (red.), Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 2000.
- Łukaszewicz A., Ułanowicz-Pęcherczyk B., *Nauczyciel potrzebny od zaraz. Publikacja dla nauczycieli i wychowawców*, MAC EDUKACJA, Kielce 2010.
- Łuszczynska A., *Zmiana zachowań zdrowotnych*, GWP, Gdańsk 2004.
- Marek Z., Madej-Babula M., *(Bez)radność wychowania...?*, Wyd. WAM, Kraków, 2007.
- Margasiński A. Zajęcka B. (red.), *Psychopatologia i psychoprofilaktyka*, Impuls, Kraków 2000.
- Markowski A., Pawelec R., *Słownik wyrazów obcych i trudnych*, PWN, Warszawa 2003.
- Marzec H., Pindera M., *Problemy Rodziny na początku Trzeciego Tysiąclecia*, Piotrków Trybunalski 2007.
- Maxwell R., *Jak wybrać odpowiedni sposób leczenia*, w: R. Maxwell, *Dzieci, alkohol, narkotyki. Przewodnik dla rodziców*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
- Maxwell R., *Dzieci, alkohol, narkotyki. Przewodnik dla rodziców*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
- Mellibruda J., *Tajemnice Etoh, czyli alkohol i nasze życie*, wyd. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1995.
- Migdał J., *Problemy przeciwdziałania alkoholizmowi nieletnich*, Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy, Kraków, 1988.
- Mika S., *Psychologia Społeczna*, PWN, Warszawa 1984.
- Minirth, F. Meier P., Arterburm S., *W stronę wartości*, Wydawnictwo Świat Książki, Warszawa, 1998.
- Najda Z., *Co się psuje od alkoholu?*, wyd. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1998.
- Nakoneczna D., *Klasy autorskie w szkołach twórczych*, Wydawnictwo Ostoja, Warszawa 1993.
- Niemiec K. i wsp., *Oznaczenie aktywności beta-heksozoaminidazy oraz  $\gamma$ -glutamylotranspeptydazy w moczu jako markerów spożycia alkoholu przez kobiety ciężarne - doniesienia wstępne*, „Medycyna wieku rozwojowego”, 2003, t. VII, część II.
- Niewiadomska I., Sikorska-Głodowicz M., *Alkohol, z cyklu: Uzależnienia. Fakty i mity*, *Gaudium*, KUL, Lublin 2004.
- Okoń W., *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 2001.
- Ochmański M., *Losy młodzieży z rodzin alkoholycznych i jej charakterystyka psychospołeczna*, wyd. Ciechanowskie Towarzystwo Naukowe, Ciechanów 1987.

- Ochmański M., *Wpływ alkoholizmu rodziców na poziom inteligencji i przystosowanie ich dzieci do nauki szkolnej*, PZWL, Warszawa 1981.
- Ochmański M., *Sytuacja psychospołeczna młodzieży z rodzin alkoholicznych*, Wydawnictwo Naukowe UMCS, Lublin 1985.
- Okoń W., *Słownik pedagogiczny*, wyd. PWN, Warszawa 1987.
- Olearczyk T., *Sieroctwo i osamotnienie*, wyd. WAM, Kraków 2008.
- Ostrowski K., *Embriologia człowieka*, PZWL, Warszawa 2000.
- Pacewicz A., *Jak pomóc dziecku nie pić*, PARPA, Warszawa 1997.
- Pełnomocnik rządu do spraw rodziny, *Raport o sytuacji polskich rodzin*, 1998.
- Porzak R., *Podejścia rówieśnicze w pracy z młodzieżą*, w: *Alkohol a zachowania problemowe młodzieży*, Wydawnictwo PARPA, Warszawa 2004.
- Pospiszyl I., *Patologie społeczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Pospiszyl K., Żabczyńska E., *Psychologia dziecka niedostosowanego społecznie*, PWN, Warszawa 1985.
- Raczyński P., *Materiały Informacyjne o Płodowym Zespole Alkoholowym FAS dla lekarzy*, PARPA, Warszawa 2007.
- Radlińska H., *Pisma pedagogiczne*, Ossolineum, Wrocław 1961, s. XXXIV.
- Rembowski J., *Więzi uczuciowe w rodzinie. Studium psychologiczne*, wyd. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1972.
- Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*, GUS, Warszawa 2004.
- Rudkowska G., *Opinie młodzieży o przyczynach brania substancji psychoaktywnych oraz jej wiedza o ich działaniu i mechanizmach uzależnienia*, w: *Psychopatologia i psychoprofilaktyka*, Margasiński A., Zajęcka B. (red.), Impuls, Kraków 2000.
- Rutyna R., *Czy alkohol szkodzi zdrowiu?*, w: *Alkohol, alkoholizm i ja*, I. Niewiadomska i inni, pr. zb. Wydawnictwo PILIHYMNIA, 2005
- Rybczyńska D., *Ciągłość i zmiana w obszarze profilaktyki społecznej i resocjalizacji*, Impuls, Kraków 2003.
- Sierosławski J., Zieliński A., Prajsner, *Alkohol i narkotyki w życiu polskiej młodzieży – dylematy profilaktyki.*, PARPA, Warszawa 2002.
- Sierosławski J., *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w Poznaniu w 2007 r.*, PARPA, Warszawa 2007.
- Simm M., Węgrzyn-Jonek E., *Budowanie szkolnego programu profilaktyki*, Rubikon, Kraków 2002.
- Sołtysiak T., Cekiera Cz., *Niektóre zagrożenia współczesnej młodzieży*, w: *Zjawiska patologii społecznej. Uwarunkowania, rozmiary, profilaktyka, prognozy*, T. Sołtysiak (red.), Wyd. Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Bydgoszczy, Bydgoszcz 1995.
- Sołtysiak T., *Zagrożenia w wychowaniu i socjalizacji młodzieży oraz możliwości ich przezwyciężania*, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2005.
- Stasiak H., *Kształty i wnętrza rodziny*, wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1975.
- Stępień E., *Alkohol a polska młodzież*, PARPA, Warszawa, 1995.
- Sudar-Malukiewicz J., Bukowski W., *Alkoholizm kobiet – niektóre przyczyny i skutki*, w: *Zagrożenia w wychowaniu i socjalizacji młodzieży oraz możliwości ich*

- przewycięzania*, T. Sołtysiak (red.), Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2005.
- Szpringer M., *Profilaktyka społeczna. Rodzina. Szkoła. Środowisko lokalne*, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy w Kielcach, Kielce 2004.
- Sztander W., *Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym*, wyd. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1995.
- Sztander W., *Rodzina z problemem alkoholowym*, wyd. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1993.
- Szymańska J., *Programy profilaktyczne. Podstawy Profesjonalnej profilaktyki*, CMPPP, Warszawa 2002.
- Szymczak M. (red.), *Słownik Języka Polskiego*, Warszawa 1982.
- Ślósarska M. (red.), *Alkohol a zdrowie: Kobiety a alkohol*, PARPA, Warszawa 1997.
- Ślósarska M. (red.), *Alkohol a zdrowie: Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem*, PARPA, Warszawa 1998.
- Urban B., *Dewiacje wśród młodzieży. Uwarunkowania i profilaktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- Urban B., Stanik J. (red.), *Resocjalizacja*, t. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Ustawa o wychowaniu w trzeźwości, DzU nr 127, poz. 593, 1982.
- Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz.1231.
- Vogler R.E., Bartz W.R., *Nastolatki i alkohol*, Wydawnictwo PARPA, Warszawa 1999.
- Wald I. (red.), *Alkohol i związane z nim problemy zdrowotne i społeczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1986.
- Wieczorek-Stachowicz M., *Nastolatki i alkohol. Strategie profilaktyczne w szkole*, Parpamedia Warszawa 2007.
- Wilczyńska-Kwiatek A., Bargiel-Matusiewicz K., *Młodzież w obliczu zagrożeń społecznych*, w: *Przestępczość nieletnich*, pr. zb. pod red. B. Gulla, M. Wysocka-Pleczyk, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2009.
- Wilk J., *Pedagogika rodziny*, wyd. Poligrafia Salezjańska, Lublin 2002.
- Wolański N., *Rozwój biologiczny człowieka. Podstawy auksologii, gerontologii i promocji zdrowia*, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Woronowicz B., *Specyficzne grupy pacjentów*, w: *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, B. Woronowicz (red.), Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2009.
- Woronowicz B., *Alkoholizm jest chorobą*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1998.
- Woronowicz B., *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Media Rodzina. Parpamedia, Warszawa 2009.
- Woynarowska B., *Profilaktyka w pediatrii*, PZWL, Warszawa 1998.
- Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.
- Zaborowski Z., *Rodzina jako grupa społeczno-wychowawcza*, wyd. Nasza Księgarnia, Warszawa 1980.

- Zajączkowski K., *Nikotyna, alkohol, narkotyki. Profilaktyka uzależnień*, wyd. Rubikon, Kraków 2001.
- Zieliński A., *Ewolucja wzorów używania alkoholu wśród dorastającej młodzieży w Polsce w XX wieku*, Wydawnictw PARPA, Warszawa 2006.
- Zieliński A., *Normy społeczne związane z alkoholem*, maszynopis, Instytut Neuropsychologiczny, Warszawa 1986.
- Ziemska M., *Rodzina a osobowość*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1986

Artykuły z czasopism:

- Bajek A., Galewska I., Marcinkowski J., *Odpowiedzialni rodzice*, „Wychowawca”, Nr 10 (202), 2009.
- Benton S. A., *Ten ostatni kieliszek*, „Charaktery”, Nr 1 (168)/2011.
- Bernaś-Mizgalska B., *Obraz świata u dzieci nałogowych alkoholików*, „Zagadnienia wychowawcze a zdrowie psychiczne”, 1975, Nr 3.
- Bębas S., *Alkoholizm jako przyczyna patologii życia rodzinnego*, „Wychowanie na co dzień”, Nr 10–11/2008.
- Boćwińska-Kiluk B., *Picie problemowe alkoholu a zadania rozwojowe wieku dorastania*, „Opieka Wychowanie Terapia” 2006 Nr 1–2.
- Bonda K., *Na szklance szminki ślad*, „Newseek” 2004, Nr 47/04.
- Bugajny W., *Niedocenianie wagi problemu*, „Problemy Alkoholizmu” 1997, Nr 10–12.
- Chodkiewicz J., *Sytuacje wysokiego ryzyka u osób uzależnionych od alkoholu*, „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia”, Nr 3 (48)/2006.
- Chojak M., *Rodzina z problemem alkoholowym*, „Wychowawca” Nr 2 (182), 2008.
- Durka G., W. Czarnik, *Świadomość uczniów o szkodliwości picia alkoholu*, „Problemy Alkoholizmu” 1998, nr 3.
- Famuła A., Jurczak L., *Alkohol w życiu gimnazjalistów*, „Wychowanie Na Co Dzień” Nr 10–11/2008.
- Fudała J., *Sądowe zobowiązania do podjęcia leczenia odwykowego*, „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia”, Nr 3/2008 (Rok XI).
- Gaś Z., *Profilaktyka w zreformowanej szkole*, „Remedium”, Nr 6, 2001.
- Gnoiński S., *O alkoholizmie wśród dzieci szkół powszechnych Wilna (Badania statystyczne)*, „Trzeźwość” 1938, Nr 11–12.
- Hupkova I., *Je alkohol droga cislo jeden na Slovensku?*, „Socialna Prevencia” 3/2009.
- Ilnicka R., *Sytuacja dziecka w rodzinie z problemem alkoholowym*, „Praca Socjalna”, 5/2008.
- Jarczyńska J., *Postawy rodziców wobec picia alkoholu przez dorastające dzieci*, „Remedium” 2006, Nr 11.
- Jurczak L., *Alkohol w życiu gimnazjalistów*, „Wychowanie Na Co Dzień” 2008, Nr 10–11.
- Kałdon B., *Predyspozycje nastolatków do alkoholizmu*, „Problemy Alkoholizmu” 2006, Nr 2.
- Kobrzyńska T., *Profilaktyka rodzinna*, „Profilaktyk”, Nr 1 (8)/2002.

- Kołoło H., *Poczucie własnej skuteczności a picie alkoholu przez młodzież*, „Remedium” 2007, Nr 11.
- Komorowska M., *Diagnoza FAS w praktyce*, „Remedium”, Nr 11(177)/2007.
- Kostka M., *Młodzież i alkohol*, „Przyjaciel Dziecka” 2000, Nr 4–6.
- Kozak S., *Narkomania – choroba duszy i emocji*, „Edukacja i dialog”, 2007.
- Łukasik J., *Współczesna młodzież a używanie alkoholu*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2007, Nr 6.
- Mazur J., *Picie napojów alkoholowych przez dorastającą młodzież*, „Remedium” 2004, Nr 1.
- Mazur J., *Zamieszkanie, klimat szkoły a upijanie się 15-latków*, „Remedium” 2007, Nr 11.
- Melibruda J., *Perspektywy profilaktyki polskiej – wyzwania i nadzieje*, „Remedium” 1996, Nr 1.
- Mrozek, *Młodzież a alkohol*, „Wychowawca” 2003 nr 12.
- Neczaj-Hruzewicz J., *Alkoholizm i eterizm wśród dzieci szkół powszechnych*, „Trzeźwość” 1987, Nr 6.
- Pluskota K., *Praca z młodzieżą nadużywającą alkoholu. Wybrane aspekty teoretyczne i praktyczne*, „Wychowanie na co dzień”, Nr 10–11/2006.
- Prajsner B., *Postawy Polaków wobec picia alkoholu przez młodzież – w świetle wyników badań Ośrodka Badania Opinii Publicznej*, „Remedium” 1999, Nr 11.
- Prajsner B., *Europejskie badania w lokalnej perspektywie*, „Remedium”, Nr 5(183)/2008.
- Przybylski P., *Młodsza wódka*, „Profilaktyk”, 1 (2) / 2001.
- Rudzińska Z., *Niebezpieczeństwo – alkohol*, „Edukacja i Dialog”, Nr 2 (135)/2002.
- Schlack R., *C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH czyli alkohol*, „Profilaktyk”, Nr 1 (2) / 2001.
- Schlack R., *Nie mów!*, „Profilaktyk”, Nr 6 (7) / 2001.
- Skoczylas P., Binczycka-Anholcer B., *Alkoholizm wśród dzieci i młodzieży*, „Problemy Alkoholizmu” 2006/1.
- Skrzypczyk W., *Młodociani alkoholicy czy nadmiernie pijąca młodzież*, „Problem” 1996, nr 9.
- Strychowska A., *Przyczyny sięgania po alkohol*, „Edukacja i Dialog” 10 (183)/2006).
- Szymańska M., *Samoocena młodzieży mającej kontakt z alkoholem*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, 4/2008.
- Ślaski S., Jastrzębski J., *Czynniki chroniące dzieci z rodzin z problemem alkoholowym*, „Remedium” 4(182)/2008.
- Tatała M., *Czynniki psychospołeczne w kształtowaniu postawy trzeźwości u młodzieży*, „Kwartalnik Pedagogiczny”, 9 (194)/2004.
- Tomaszewska M., *Alkohol – klucz do dorosłości?*, „Wychowanie Na Co Dzień” 2005/10–11.
- Węgrzecka-Gilun , *ABC alkoholu*, „Remedium” 2002, nr 6.
- Wojcieszek K., *Przyczyny problemów alkoholowych młodzieży*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1995, nr 3.
- Zamarlik-Mazurek M., *Alkoholizm chorobą rodzinną*, „Wychowawca”, Nr 11 (191), 2008.

## Netografia:

- [http://fas.edu.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1&Itemid=35](http://fas.edu.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=35).
- [http://www.ciazabezalkoholu.pl/fas\\_objawy.html/](http://www.ciazabezalkoholu.pl/fas_objawy.html/) dostęp z dnia 11.
- [http://www.ciazabezalkoholu.pl/fas\\_skala\\_wystepowania.html/](http://www.ciazabezalkoholu.pl/fas_skala_wystepowania.html/).
- <http://www.dromader.igabinet.pl/a1192709786pol-Specyfika-picia-kobiet.html/>
- <http://www.narkotyki.pl/wokol-alkoholu/lkoholwrpolskiejmodziey/>.
- [http://www.parpa.pl/download/wyniki%20badania%20wzory%20konsumpcji%202008\\_%202%20metody\\_poprMFdoc.pdf](http://www.parpa.pl/download/wyniki%20badania%20wzory%20konsumpcji%202008_%202%20metody_poprMFdoc.pdf).
- [http://www.parpa.pl/download/rozdzialII\\_2002.pdf](http://www.parpa.pl/download/rozdzialII_2002.pdf).
- <http://www.parpa.pl/download/wzory%202008%20wnioski%20.pdf>.
- [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id&Itemid](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id&Itemid).
- [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=119&Itemid=115](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=119&Itemid=115).
- [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=119&Itemid=115](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=119&Itemid=115),
- [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=127&Itemid=179](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=127&Itemid=179).
- [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=156&Itemid=16](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=156&Itemid=16),
- [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=44&Itemid=8](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=44&Itemid=8).
- [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=89&Itemid=107](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=89&Itemid=107).
- [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=89&Itemid=12](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=89&Itemid=12).
- [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=89&Itemid=12](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=89&Itemid=12).
- <http://www.stricte.free.ngo.pl/samob.pdf>.
- <http://www.tnsglobal.pl/jakpijapolacy/pdf/raport.pdf>.
- International Statistical Calcification of Diseases end Related Health Problems 10<sup>th</sup> Revision Version for 2007 online: <http://www.srisangworn.go.th/icd10tm/icd10tm>.
- Karwat B., Samobójstwa jako zjawiska społeczne szczególnej wagi, online: <http://www.stricte.free.ngo.pl/samob.pdf>.
- Otfinowska A., Polacy o picciu alkoholu przez kobiety w ciąży, [online] <http://www.ipsos.pl/picie-alkoholukobiety-w-ciazy>.
- [www.al-anon.org.pl](http://www.al-anon.org.pl).
- [www.eid.edu.pl/archiwum/.../przyczyny\\_siegania\\_po\\_alkohol,2045.htm](http://www.eid.edu.pl/archiwum/.../przyczyny_siegania_po_alkohol,2045.htm).
- [www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/streszczenie\\_salkoholi\\_28122009.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/streszczenie_salkoholi_28122009.pdf)

