

CONSUMUL ȘI ABUZUL DE ALCOOL
CA PROBLEMĂ SOCIALĂ ȘI MEDICALĂ

SORIN M. RĂDULESCU, CRISTINA DÂMBOEANU

ALCOHOL CONSUMPTION AND ABUSE AS A SOCIAL
AND MEDICAL PROBLEM

Dealing with the history of alcohol consumption, the present article emphasizes the main factors that determine the use and abuse of alcohol, their consequences and the representative trends of alcohol in the entire world, including Romania.

Există mai multe criterii de clasificare a drogurilor. Proprietățile lor biochimice constituie numai unul dintre aceste criterii. De exemplu, atât tutunul, cât și alcoolul, prin influențele lor exercitate asupra organismului, sunt substanțe *psih-active*. Iar pentru faptul că sunt folosite tocmai pentru efectele pe care le exercită asupra consumatorilor, ele mai sunt denumite droguri *recreative*.

Denumirea de drog este determinată, în cazul acestor substanțe, de dependența fizică (adicția) și dependența psihică pe care o provoacă. În pofida acestei dependențe, totuși, o mare parte din populație nu consideră alcoolul sau tutunul ca fiind droguri, cel puțin nu în sensul în care heroina sau cocaina, de exemplu, sunt definite ca fiind droguri.

Acesta este și unul dintre motivele pentru care alcoolul și tutunul sunt considerate ca fiind droguri *legale*, adică consumul lor nu este incriminat de legea penală.

1. CONSUMUL ȘI ABUZUL DE ALCOOL

Alcoolul este, probabil, cel mai des consumată, dar și cea mai disponibilă substanță din lume. El a avut un rol important în majoritatea culturilor umane, încă din perioada neolitică (anul 4000 înainte de Cristos). Berea și vinul au fost produse în Persia și în Mediterana, înainte ca istoria să fie înscrisă în documente. Procedul fermentării alcoolului din struguri, fructe și cereale reprezintă, de fapt, unul dintre cele mai vechi descoperiri din istorie. Cu mii de ani în urmă, vinul era nelipsit de la mesele popoarelor mediteranene. În cadrul familiilor ebraice, vinul era o parte importantă a ritualurilor sau ceremonialurilor religioase. Exceptând vinul făcut din struguri, în cursul timpului, diferite popoare au folosit mai multe băuturi alcoolice,

printre care vinul obținut din fermentatarea orezului – în Orient, berea, *whiskey*-ul și cidrul alcoolizat în nordul Europei, vinul de palmier, berea de portocale și alte băuturi cu fermentație rapidă – în cadrul populațiilor tropicale, laptele fermentat de iapă folosit de popoarele nomade (de exemplu, de către mongoli) etc.

Răspândirea consumului de alcool aproape în întreaga lume evidențiază faptul că, în majoritatea culturilor, alcoolul a fost privit ca oferind diferite beneficii și determinând efecte pozitive, fără ca acest lucru să semnifice că, în realitate, alcoolul este, în întregime, benefic pentru organism.

Ca o altă evidență istorică, consumul de alcool a fost, în mod permanent, o activitate socială (și nu individuală), reglementată de anumite norme și valori.

1.1. INFLUENȚELE CULTURALE EXERCITATE ASUPRA CONSUMULUI ȘI ABUZULUI DE ALCOOL

Studiile efectuate în acest domeniu evidențiază faptul că influențele culturale (ale normelor și valorilor specifice unei anumite culturi) exercită o mare influență asupra modului de consum al alcoolului. Comparația făcută, de exemplu, între evreii americani, italienii americani și irlandezii americani¹, a arătat faptul că primele două grupuri etnice beau, de obicei, acasă și în timpul meselor, în timp ce ultimul grup etnic pare să bea mai mult în afara casei și nu în timpul meselor.

În rândul evreilor și italienilor din Statele Unite, consumul de alcool începe în timpul copilăriei, dar alcoolismul este scăzut, în timp ce în rândul irlandezilor americani, consumul de alcool în rândul copilăriei este mai puțin frecvent, dar ratele de alcoolism sunt mai ridicate. *Tendința de alcoolism în rândul irlandezilor americani reflectă atât consumul de alcool în Irlanda, cât și acomodările reciproce între cultura irlandezilor americani și cultura americană dominantă. În Irlanda, băutul cronic în cadrul majorității bărbaților semnalează inițierea într-o existență masculină segregată și celibatară care stimulează supraviețuirea economică. În America, irlandezii și-au dobândit acceptarea culturală începând din 1890, iar „fericitul băutor irlandez” a înlocuit stereotipul negativ al irlandezului bețiv². În felul acesta, băutura care a creat imaginea stereotipă a irlandezilor, a fost transformată într-un semn pozitiv al identității de grup acceptată atât de cultura minoritară, cât și de cultura dominantă.*

Asocierea existentă între alcoolism și *pattern*-urile consumului de alcool în familie pare adevărat și pentru alte grupuri etnice. Astfel, pentru acele grupuri în care tradițiile sau obiceiurile culturale modelează consumul de alcool, excesele sunt mai rare. În schimb, în grupurile care manifestă atitudini ambivalente față de alcool, așa cum este cazul protestanților americani sau al nativilor americani (indienilor), abuzul de alcool este deosebit de pronunțat.

¹ Joseph Julian, William Kornblum, *Social Problems*, fourth edition, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1983, p. 128.

² Joseph Julian, William Kornblum, *ibidem*.

Aceste exemple arată că nu caracteristicile individuale modelează *pattern*-urile de consum al alcoolului, ci normele și valorile specifice unei anumite culturi. Acestea determină chiar nivelul consumului dintr-o anumită țară și proporțiile de consumatori din fiecare categorie socială.

Într-un mod similar, normele culturale care stimulează sau, dimpotrivă, interzic consumul de alcool modelează diverse conduite ale consumatorilor. De exemplu, normele proscriptive care solicită indivizilor să nu bea, așa cum sunt cele ale protestanților, determină conduite de consum excesiv. În schimb, în rândul evreilor, unde consumul de alcool este o parte componentă a ritualurilor religioase, nu există nici abuz de alcool și nici tendințe de alcoolism excesiv³. Religia are, în acest sens, un rol esențial în modelarea conduitelor de consum al alcoolului.

Deși alcoolul are efecte bio-chimice „obiective”, pe termen scurt sau lung, acestea pot fi diminuate sau, dimpotrivă, amplificate de credințele și regulile culturale. Din acest punct de vedere, înseși efectele consumului de alcool asupra conduitei se distribuie, în mod neomogen, în cadrul diferitelor societăți, existând o mare variație culturală în modul în care oamenii se comportă atunci când beau. Constatările diverselor cercetări de antropologie au arătat că efectele alcoolului asupra comportamentului sunt determinate, în mod fundamental, de factori de natură socio-culturală și nu de proprietățile chimice ale alcoolului, ca atare (vezi Caseta 1). Astfel, în unele țări, printre care Statele Unite, Anglia, Australia și Țările Scandinave, alcoolul este asociat cu conduite antisociale și violente, în timp ce în alte țări, cum sunt cele mediteraneene sau cele din America de Sud, consumul de alcool este asociat cu conduite pașnice și armonioase⁴.

CASETA 1

DETERMINĂRI CULTURALE ALE CONSUMULUI DE ALCOOL ȘI PROBLEME LEGATE DE ACESTA

În toate culturile, consumul de alcool este o activitate guvernată de reguli, îngrădită de norme auto-impuse și reglementări cu privire la cine poate bea, cât de mult, când, cum, în ce contexte, cu ce efecte etc.

Deși variațiile în aceste reguli și norme reflectă valorile, atitudinile și credințele caracteristice diferitelor culturi, există similități sau „constante” cultural convergente în regulile nescrise care guvernează consumul de alcool.

Analiza cercetărilor cultural longitudinale relevă patru „constante” relativ universale: (1) proscierea băutului solitar; (2) prescrierea sociabilității; (3) controlul social al consumului și comportamentului; (4) restricțiile asupra consumului de alcool în cazul femeilor și copiilor.

Constatările cercetărilor indică faptul că aceste reguli neoficiale și protocoale auto-impuse ale ritualurilor cu privire la consumul de alcool au mai multe influențe atât asupra nivelelor de consum, cât și asupra comportamentului de consum, decât cele exercitate de controalele „externe” sau legale.

³ Vezi, în acest sens, capitolul 2, subcapitolul 3.5. al acestei lucrări.

⁴ *Social and Cultural Aspects of Drinking. Key Findings*, Social Issues Research Centre Oxford, U.K., 2002, p. 2.

Literatura existentă nu oferă o explicație satisfăcătoare pentru restricțiile relativ universale privind consumul de alcool de către femei, în condițiile în care toți cercetătorii au încercat să explice aceasta în termeni pur culturali. Totuși, prevalența unor asemenea restricții se poate datora unor factori non-culturali, precum sunt diferențele dintre fiziologia bărbatului și a femeii, care se concretizează în efectele mai pronunțate ale alcoolului asupra femeilor.

În timp ce toate culturile contemporane impun anumite restricții asupra consumului de alcool înainte de vârsta legală, atât definițiile „vârstei legale”, cât și natura restricțiilor variază în mod larg (în pofda creșterii uniformității în controalele legale, cu caracter oficial), astfel că există restricții mai rigide în culturile „ambivalente” în ceea ce privește consumul de alcool și abordări mai permissive în culturile „integrate”.

Problemele legate de consumul de alcool sunt asociate cu factori culturali specifici, legate de credințe, atitudini, norme și așteptări despre băutura.

Societățile care au credințe și așteptări pozitive despre alcool (de exemplu, cele „non-temperate” sau mediteraneene) se confruntă cu mai puține probleme legate de consum; credințele și așteptările negative despre alcool (de exemplu, cele bazate pe „temperanță” sau nordice) sunt asociate cu mai multe probleme legate de consumul de alcool.

Credințele și așteptările unei anumite culturi se pot schimba. În multe țări, mai ales din Europa, există semne timpurii ale unei schimbări către credințe mai negative/ambivalente în cadrul culturilor legate de consumul de alcool, culturi anterior pozitive/integrate. Aceasta poate produce o creștere a problemelor legate de alcool.

Deși unele culturi se confruntă cu mai multe probleme legate de alcool, decât alte culturi, consumul de alcool moderat, neproblematic constituie o normă în majoritatea culturilor, în timp ce consumul excesiv sau abținerea sunt conduite anormale.

Majoritatea problemelor legate, în mod „obișnuit” cu consumul de alcool – crimă, violență, accidente, abuzul contra partenerei, boală etc.) sunt corelate, mai degrabă, cu băutura excesivă (anormală), decât cu cea moderată (normală).

(Sursa: *Social and Cultural Aspects of Drinking. Key Findings*, Social Issues Research Centre Oxford, U.K., 2002, p. 2–6).

Indiferent de aceste deosebiri, în toate societățile, alcoolul este asociat cu recreerea și distracția, cu desfășurarea unor sărbători sau a anumitor festivități, existând chiar – așa cum se știe – festivaluri ale berii, ale vinului, ale altor băuturi alcoolice.

În concluzie, se poate spune că alcoolul are o mare importanță în viața socială a oamenilor, contribuind la sociabilitatea umană și la strângerea legăturilor sociale dintre membrii unei anumite societăți. Consumat în exces însă el poate constitui o problemă socială cu implicații grave asupra sănătății indivizilor.

2. MODELE TEORETICE PRINCIPALE CU PRIVIRE LA ABUZUL DE ALCOOL

De-a lungul timpului au fost elaborate mai multe modele teoretice cu privire la abuzul de alcool. O mare parte dintre acestea au fost dezvoltate în Statele Unite, o țară care s-a confruntat de timpuriu cu problema abuzului de alcool. Dintre toate aceste modele teoretice, mai importante sunt următoarele⁵:

⁵ Reid K. Hester, Nancy Sheeby, *The Grand Unification Theory of Alcohol Abuse: It's Time to Stop Fighting Each Other and Start Working Together*, în *Controversies in the Addiction's Field* (Ruth C. Engs – ed.), Dubuque, Kendal-Hunt, 1990, p 2–9.

- (a) Modelul *moral* – pune accentul pe deficiențele în ceea ce privește responsabilitatea personală sau forța spirituală în calitate de cauze principale ale beției sau alcoolismului. Deși teoriile bazate pe acest model au un caracter istoric, ele sunt încă actuale. Conducerea mașinii sub influența alcoolului, de exemplu, este considerată a fi un act mai mult decât imoral, fiind proscrisă de legea penală ca infracțiune. Deși cea mai mare parte dintre actele criminale sunt comise sub influența alcoolului, beția nu este considerată o circumstanță atenuantă, ci agravantă. Sistemul justiției penale pune un mare accent pe *responsabilitatea* (morală) a individului. Un rol important în funcționarea teoriilor morale în viața socială îl are religia care instituie o serie de interdicții asupra consumului excesiv de alcool;
- (b) Modelul „*temperanței*” – a fost dezvoltat, în Statele Unite, la sfârșitul secolului al XVIII-lea și a pus accentul pe consumul moderat de alcool. Fără a se confunda cu modelul moral, modelul temperanței privește alcoolul ca un drog periculos, care trebuie consumat cu precauție. În măsura în care mișcarea către temperanță a câștigat mai multă aderență din partea populației și a dobândit chiar o influență politică, punctul ei de vedere asupra alcoolului a devenit mai sever. În acest sens, alcoolul a început să fie privit ca un drog atât de periculos, încât chiar consumat cu precauție determină ruina organismului și chiar moartea. Bazată pe acest punct de vedere, reprezentanții acestui model „teoretic” susțineau că nu este posibil consumul moderat de alcool și de aceea el trebuie interzis cu desăvârșire. Ca urmare a acestui model, în anul 1919, în Statele Unite, a fost adoptat cel de al 18-lea amendament la Constituția americană, care a inaugurat perioada Prohibiției, care a durat până în anul 1933, nu înainte de a fi dat un impuls deosebit crimei organizate. Dincolo de criticile aduse legii prohibiției, evidențele arată că ea a determinat o reducere semnificativă a consumului de alcool și a problemelor legate de acest consum;
- (c) Modelul *bolii* – presupunerea principală pe care este bazată acest model este aceea conform căreia alcoolismul este o condiție progresivă, cu caracter ireversibil, caracterizată, cu precădere, de pierderea controlului asupra consumului. O asemenea condiție, care intră în perimetrul bolii, nu poate fi ameliorată sau vindecată. Alcoolicii sunt, din punct de vedere constituțional, *diferiți* de non-alcoolici, iar această diferență îi împiedică să bea moderat sau fără să creeze probleme. Negarea bolii (a alcoolismului) este, ea însăși, un simptom semnificativ al bolii. Un asemenea model teoretic, adoptat de comunitatea medicală, îi „avantajează” pe alcoolici, care nu se confruntă cu riscul de a fi arestați sau încarcerați, ci sunt supuși numai tratamentului medical. Modelul implică faptul că agenții cei mai

adecvați în scopul intervenției sunt alcoolicii recuperați, care pot juca un rol important în recuperarea altor alcoolici prin dezbateră împreună a problemelor acestora din urmă. Activitatea de prevenire este, cu precădere, axată pe identificarea timpurie a acelor indivizi aflați în situații ridicate de risc;

- (d) Modelul *educațional* – se bazează pe presupunerea principală conform căreia abuzul de alcool se datorează unui deficit în cunoașterea privind efectele dăunătoare ale alcoolului și alcoolismului. Numai înarmat cu cunoștințe adecvate, individul va înțelege faptul că abuzul de alcool este nociv atât pentru el, cât și pentru familie și societate. Concluzia logică a acestei înțelegeri o constituie abținerea. Intervențiile cele mai potrivite în scopul dobândirii unei asemenea înțelegeri sunt reprezentate de informațiile cu caracter educativ despre efectele dăunătoare ale alcoolului;
- (e) Modelul *characterologic* – se concentrează asupra trăsăturilor psihopatologice sau deficitelor existente în funcționarea personalității – ca reprezentând principalele cauze ale abuzului de alcool. Premisa acestui model o constituie psihanaliza, conform căreia alcoolicii au rămas fixați la un anumit stadiu al dezvoltării personalității lor și, anume, stadiul *oral*. Alte teorii psihanalitice consideră că alcoolismul este o manifestare a conflictelor de sex-rol, a homosexualității latente sau a unei auto-stime scăzute. Date fiind aceste cauze, agentul de intervenție cel mai important în abuzul de alcool este psihoterapeutul orientat de abordarea psihanalitică;
- (f) Modelul *condiționării* – premisa principală a acestui model este reprezentată de ideea conform căreia consumul excesiv de alcool este un *pattern* de comportament învățat, care a fost reîntărit. Un asemenea comportament este supus aceluiași mecanisme de reîntărire ca și alte comportamente. Astfel, el este pasibil de schimbare prin reînvățare și prin *pattern*-uri diferite de reîntărire. Tratamentul alcoolismului este axat, în consecință, pe „contracondiționare”, așa cum este cazul terapiei bazate pe aversiunea față de alcool, pe modificarea condițiilor care permit consumul de alcool și pe reînvățarea unor noi căi de reducere a tensiunilor sau conflictelor care au precipitat consumul cronic de alcool. Eforturile de prevenire bazate pe acest model trebuie să se axeze asupra înlăturării factorilor care creează expectații pozitive cu privire la consumul de alcool (de exemplu, reclamele) sau care încurajează și stimulează abuzul de alcool. Cei mai adecvați agenți de intervenție sunt terapeuții comportamentali;
- (g) Modelul *biologic* – pune accentul pe factorii genetici și fiziologici care produc alcoolismul. Modelele genetice sunt bazate pe evidențe care arată că există niveluri ridicate de alcoolism în rândul descendenților

alcoolicilor. Intervenția principală în acest caz este axată asupra identificării, de către diagnosticieni, a riscurilor existente și avertizării indivizilor aflați în situații de risc în legătură cu pericolele consumului de alcool. Un model biologic distinct îl reprezintă conceptul de „adicție farmacologică”, în cadrul căruia factorul cauzal presupus este alcoolul însuși. Agenții intervenției sunt, în concordanță cu acest model, medicii, iar intervenția este orientată pe tratamentul medical;

- (h) Modelul *învățării sociale* – este un model teoretic mai complex decât cel bazat pe condiționare, deoarece pune un accent deosebit pe contextul social în care apare consumul excesiv de alcool. Dintre factorii cauzali ai alcoolismului, susținuți de acest model, pot fi menționați presiunile anturajului (grupului de prieteni), procesul de socializare în cadrul unor subculturi, așteptările pozitive legate de consumul de alcool și dependența psihică. În legătură cu dependența psihică de alcool, consumul excesiv este privit ca o strategie de modificare a stării psihice a alcoolicului și de confruntare cu această problemă. În modelul învățării sociale, agenții cei mai adecvați de intervenție sunt „modelele de rol” și terapeuții specializați în probleme cognitive și de comportament;
- (i) Modelele *sistemice* – sunt axate pe sistemul social mai larg din care face parte băutorul înveterat. Cel mai adesea, un asemenea sistem social este familia. Factorul cauzal implicat este familia disfuncțională a alcoolicului. Deoarece sistemul familial este orientat, în mod inerent, către menținerea *status-quo*-ului, lipsa de implicare a familiei în susținerea strategiei de combatere a alcoolismului este un factor care contribuie la eșecul acestei strategii. Principalii agenți de intervenție sunt, în concordanță cu acest model, terapeuții specializați în problemele familiale, iar intervenția este orientată, cu precădere, pe terapia familială;
- (j) Modelele *socio-culturale* – pun accentul pe rolul normelor sociale cu privire la consumul de alcool, costul și disponibilitatea alcoolului, natura mediului unde se consumă alcool. Din acest punct de vedere, consumul de alcool pe cap de locuitor este influențat puternic de costuri și disponibilitate. O presupunere importantă pe care se bazează asemenea modele este aceea conform căreia cu cât este mai mare cantitatea de alcool consumată într-o societate, cu atât există mai multe probleme sociale legate de alcool. Pe de altă parte, modelele menționate susțin ideea că însuși mediul în care bea o persoană are o influență importantă asupra cantității de alcool consumate. În concordanță cu aceste modele, legislația și politica socială sunt principalii agenți de intervenție asupra consumului excesiv de alcool, care pot acționa prin intermediul unor reglementări menite să restrângă accesul la alcool și să crească prețul acestuia;

- (k) Modelul *sănătății publice* – constituie un model complex, care integrează toate modelele menționate anterior. Profesioniștii sănătății publice conceptualizează problemele de sănătate în termenii unei interacțiuni între trei factori: agent, gazdă și mediu. În cazul consumului excesiv de alcool, agentul este reprezentat de etanol. Acesta implică acțiunea chimică a alcoolului la nivel celular, impactul său asupra funcțiilor organismului și interacțiunea sa cu boala. Al doilea factor este gazda, care, în calitate element causal, implică luarea în considerare a mai multor variabile biologice, psihologice și sociologice, care influențează comportamentul de consum și mediază efectele acestui consum. Elemente importante asociate gazdei sunt predispozițiile genetice față de efectele alcoolului, tulburările de personalitate și așteptările pozitive în legătură cu consumul de alcool. În ceea ce privește cel de al treilea factor – mediul – acesta include, la rândul lui, variabile sociale, culturale, economice și politice, care afectează consumul de alcool și consecințele sale. Principalele aspecte legate de mediu vizează normele socio-culturale cu privire la consumul de alcool și disponibilitatea alcoolului. Conform modelului sănătății publice, principalii agenți de intervenție sunt specialiștii epidemiologi și reprezentanții sănătății publice, care trebuie să pună accentul pe prevenția primară și secundară, prin identificarea timpurie a tendințelor de consum excesiv, înainte ca acestea să genereze probleme de sănătate ireversibile.

3. EFECTELE CONSUMULUI EXCESIV DE ALCOOL ȘI PRINCIPALELE CRITERII DE EVALUARE A ALCOOLISMULUI

Puterea oricărei băuturi alcoolice⁶ este măsurată prin procentul de alcool pe care îl conține. Alcoolul etilic pur conține 100% alcool, berea – 4%, vinul între 10–13%, *scotch*-ul, vodca, ginul sau romul conțin între 40–50% alcool, dar pot depăși acest procent.

Atunci când intră în corp, alcoolul, consumat într-o anumită cantitate, este convertit în ceea ce se poate denumi *concentrarea de alcool din sânge*, care este un parametru obiectiv – folosit așa cum se știe – în cazul șoferilor care produc accidente sub influența băuturilor alcoolice.

Între nivelul concentrării de alcool din sânge și conduită există o legătură strânsă. Totuși, efectele alcoolului sunt influențate de mai mulți factori printre care greutatea corpului, prezența alimentelor și a apei în stomac, ritmul de administrare a băuturii, prezența carbonatului în băutură, sexul consumatorului (femeile sunt mai sensibile la efectele alcoolului decât bărbații). Toleranța la alcool constă în

⁶ Pentru acest comentariu asupra efectelor alcoolului, vezi Erich Goode, *Drugs in American Society*, fifth edition, Boston, New York, San Francisco, St. Louis, McGraw-Hill College, The McGraw-Hill Companies, Inc., 1999, p. 177–180.

alt factor important: astfel, pentru a obține un anumit efect dat de consumul de alcool, un băutor regulat trebuie să consume mai mult decât un abstinent sau decât un băutor ocazional.

La fel ca și barbituricele și tranchilizantele, alcoolul este un *sedativ*, care calmează, încetinește, întârzie și *calmează* mai multe funcții și activități ale corpului, în special sistemul nervos central. Prin starea de euforie pe care o determină, alcoolul modifică percepția despre lume și despre sine, diminuând capacitatea de control și cea de performanță a băutorului. Diminuarea anxietății, a temerilor și tensiunilor, „eliberarea de inhibiții” și creșterea încrederii în sine sunt efectele cele mai pronunțate ale consumului de alcool.

Consumat în mod excesiv, alcoolul determină numeroase dificultăți în procesul de gândire sau vorbire, în coordonarea mișcărilor și păstrarea echilibrului. Este evident, în acest sens, că alcoolul are un efect toxic asupra organismului.

Specialiștii disting două tipuri de intoxicație cu alcool⁷, care reprezintă consumul unei cantități suficiente de alcool pentru a produce modificări comportamentale maladaptative: intoxicație *ușoară*, în cazul în care persoana este relaxată, vorbărează, euforică și dezinhibată, și intoxicația *severă*, care produce agresivitate, iritabilitate, dispoziții schimbătoare, alterarea judecății, degradarea funcționării sociale și a capacității de muncă, vorbire neclară, lipsă de coordonare (mers instabil), *nistagmus* (mișcări rapide, orizontale sau verticale), tulburarea memoriei etc. În unele cazuri, intoxicația severă poate determina evaziune, lentoare psiho-motorie, *black-out*-uri (amnezii de scurtă durată) putând conduce chiar la comă și deces.

Un consum îndelungat de alcool poate determina dependență, provocând malnutriție și lipsa de vitamina B, împreună cu o serie de boli grave (ale ficatului, inimii, creierului etc.). Deși, dacă este consumat în doze mici, alcoolul funcționează ca un sedativ sau tranchilizant, consumat în doze mari sau de către persoanele neobișnuite cu acest consum, produce tendințe paranoice, suspiciune, neîncredere, anxietate, violență și ostilitate.

Fenomenul de „toleranță”, prin care băutorul necesită, cu timpul, cantități tot mai mari de alcool, dar care produc aceleași efecte, indică, de cele mai multe ori, dezvoltarea fenomenului de dependență față de alcool. Acest fenomen este echivalent cu alcoolismul.

În general, există patru criterii definitorii pentru alcoolism⁸:

- (a) *cantitatea și frecvența* alcoolului consumat. Alcoolicii beau cantități mari de alcool într-o anumită perioadă de timp;
- (b) *dependența psihologică*. O persoană poate fi denumită ca fiind alcoolică dacă „necesită”, din punct de vedere psihologic, alcool, nu

⁷ Conform cu informațiile prezentate pe site-ul <http://www.romedic.ro/boli/psihiatric/alcool.htm>

⁸ Erich Goode, *op. cit.*, p. 193.

poate activa fără să-l consume și suferă senzații pronunțate de disconfort și anxietate dacă, în anumite condiții, este privat de acest alcool;

- (c) *dependența fizică*. Un individ este alcoolic, dacă, odată cu întreruperea consumului de alcool, suferă simptomele abstinentei;
- (d) definirea *problemelor de viață*. Alcoolicii se confruntă, în general, cu serioase probleme de viață, așa cum sunt divorțul, șomajul, riscul de a fi arestat, riscul de a produce și a suferi accidente.

Criteriile menționate suferă de mai multe deficiențe, printre care ambiguitatea și incapacitatea lor de testare.

De exemplu, în legătură cu cantitatea de alcool consumat, aceeași cantitate poate fi benignă pentru unele persoane și nocivă pentru altele. De asemenea, frecvența consumului nu constituie un criteriu adecvat, deoarece unii indivizi pot bea masiv timp de 2–3 săptămâni, apoi se abțin timp de o săptămână și încep, din nou, să bea. Deși consumul mediu anual poate să nu fie excesiv, *pattern*-ul său de consum îl desemnează ca fiind alcoolic.

Criteriul dependenței psihologice pare la fel de deficitar, în special datorită dificultății sale de testare și subiectivității evaluărilor sau autoevaluărilor făcute. În ceea ce privește criteriul dependenței fizice, acesta este prea restrictiv, deoarece mai mulți indivizi care ar putea fi denumiți alcoolici nu sunt dependenți fizic de alcool.

În fine, criteriul definirii problemelor de viață ridică incertitudini, deoarece unele comunități sau culturi tolerează niveluri ridicate de consum de alcool, altele le interzic complet. Astfel, o cantitate moderată de alcool poate produce probleme și dificultăți în acele comunități unde alcoolul este interzis, așa cum este cazul Iranului, de exemplu. Pe de altă parte, există comunități care tolerează un nivel ridicat al consumului și „mușamalizează” eventualele probleme ridicate de conduita consumatorului. Chiar din punct de vedere medical, lucrurile nu sunt foarte clare, deoarece ciroza – ca indiciu medical al alcoolismului – nu caracterizează pe toți alcoolicii. Unii fac, iar alții nu fac ciroză, ceea ce nu înseamnă că nu sunt alcoolici.

Însuși simplul fapt de a bea alcool nu conduce la probleme de alcoolism, după cum nici consumul de alcool la vârste timpurii nu conduce, ulterior, la alcoolism. Mai multe cercetări efectuate în acest domeniu arată că factorul de bază îl constituie procesul de învățare socială, de socializare în cadrul familiei și culturii de apartenență. În grupurile studiate, care au rate scăzute de alcoolism, așa cum sunt cele de italieni, de evrei ortodocși, greci, spanioli, chinezi și libanezi, cercetătorii au constatat următoarele caracteristici ale modului în care copilul învață să abordeze alcoolul, în așa fel încât să elimine alcoolismul⁹:

⁹ James M. Henslin, *op. cit.*, p. 129.

- (a) adulții expun copii la alcool, devreme în viață, dar în cadrul unui grup familial și religios puternic;
- (b) părinții reprezintă un exemplu substanțial de băut moderat;
- (c) băuturile frecvent folosite de alcoolici sunt vinul și berea;
- (d) băutul nu are nicio conotație morală. El nu este considerat nici o virtute, nici un păcat;
- (e) alcoolul este băutura care însoțește hrana, fiind consumat la mese sau în ritualurile religioase;
- (f) băutura nu este considerată ca o dovadă de bărbăție sau virilitate;
- (g) beția este dezaprobată.

Riscul alcoolismului este sporit însă de cazurile în care se bea în situații caracterizate de încărcături emoțională sau în cazurile în care există ambivalență față de alcool.

Exceptând cele patru criterii menționate anterior, alcoolismul este privit de experți ca o *boală*, adică o condiție obiectivă, care există indiferent de evaluările făcute. Un alcoolic – cred ei – este incapabil de a bea în mod cumpătat sau moderat și nu se poate abține de la consum, chiar dacă efectele acestuia sunt distructive. Alți experți cred că alcoolismul nu este o boală, ci o „tulburare de comportament cu caracter reversibil”. Aceasta înseamnă că o anumită proporție de alcoolici (nu se știe *câți*) poate fi învățată să renunțe la consumul de alcool sau, cel puțin, la consumul excesiv. Deoarece nu există statistici clare în acest domeniu, controversele asupra definirii adecvate a alcoolismului continuă să persiste și în prezent.

Oricum, alcoolismul constituie un veritabil flagel, care afectează, anual, sănătatea și viața a milioane de oameni. Efectele consumului excesiv de alcool determină producerea unor probleme sociale de o gravitate deosebită, care afectează viața a numeroși oameni, așa cum sunt accidentele de mașină, sinuciderile sau crimele, traumatismele sau răniile grave. Aceasta, fără a mai vorbi de afecțiunile pancreatice sau cele ale ficatului provocate de consumul de alcool în exces.

4. EVALUĂRI STATISTICE PRIVIND CONSUMUL DE ALCOOL ÎN LUME ȘI ÎN ROMÂNIA

Începând din anul 1996, Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) a dezvoltat o bază de date (*Global Alcohol Database*), care oferă o sursă standardizată de informații pentru monitorizarea problemelor epidemiologice globale legate de consumul de alcool. Un asemenea sistem de monitorizare permite O.M.S. să disemineze date și informații cu privire la tendințele de consum, *pattern*-urile de consum, morbidității și mortalității legate de alcool, inclusiv cu privire la politicile sociale elaborate în diferite țări pentru combaterea alcoolismului. Același sistem oferă posibilitatea efectuării unor comparații între 189 de țări, cu privire la

situația consumului de alcool și problemele legate de acesta. Principalii indicatori ai sistemului de monitorizare menționat sunt următorii: consumul de alcool pe cap de locuitor (cu vârsta peste 15 ani), consum înregistrat (acolo unde este posibil) începând din anul 1961, *pattern*-uri de consum (abțință, consum de risc înalt, consum abuziv de alcool în mod episodic, atât pentru populația generală, cât și pentru cea tânără), ratele de dependență de alcool, băuturi alcoolice tradiționale sau locale, consumul neînregistrat de alcool, mortalitatea datorată alcoolului (patru consecințe cronice și patru consecințe acute), morbiditatea legată de alcool, probleme de sănătate și probleme sociale (inclusiv costurile sociale și economice).

Organizația Mondială a Sănătății estimează, astfel, că aproximativ două miliarde de oameni din întreaga lume consumă alcool, iar 76,3 milioane de oameni sunt caracterizați de diferite tulburări diagnosticate medical, datorate consumului excesiv de alcool¹⁰.

Din punct de vedere al sănătății publice, în majoritatea țărilor lumii, alcoolul amplifică fenomenele de morbiditate și mortalitate. Consecințele consumului de alcool și, mai ales, ale dependenței de alcool sunt extrem de dramatice, în măsura în care numeroase boli cronice îi afectează, în cursul anilor, pe consumatorii înveterați și provoacă nenumărate decese. Experții O.M.S. subliniază că există o relație cauzală între consumul de alcool și peste 60 de boli și afecțiuni. Se estimează că utilizarea excesivă a alcoolului produce între 20–30% din cancerul esofagian, cancerul sau ciroza ficatului, episoade epileptice, accidente de mașină, răniri etc. De asemenea, alcoolul produce 1,8 milioane de decese (3,2% din total) și 58,3% milioane (4% din total) de îmbolnăviri. Numai accidentele neintenționate datorate alcoolului reprezintă o treime din cele 1,8 milioane de decese, iar tulburările neuro-psihiatrice provocate de alcool dețin o pondere din totalul îmbolnăvirilor.

Este de menționat totuși faptul că procente de decese sau îmbolnăvirilor nu au un caracter omogen în cadrul diferitelor țări. Astfel, consumul de alcool reprezintă factorul principal de risc al îmbolnăvirilor în țările în curs de dezvoltare și al treilea factor de risc al îmbolnăvirilor din țările dezvoltate economic. Dacă ne referim numai la Europa, poate fi evidențiat faptul că alcoolul consumat în exces este responsabil pentru producerea a peste 55 000 de decese în rândul populației tinere între 15–29 de ani¹¹.

Statisticile Organizației Mondiale a Sănătății mai arată că, în perioada 1961–1999, pentru toate cele șase regiuni monitorizate, s-a înregistrat o tendință de armonizare, în sensul că regiunile cu cel mai înalt consum au înregistrat o tendință

¹⁰ *Global Status Report on Alcohol 2004*, Geneva, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, 2004, p. 1.

¹¹ Date valabile pentru anul 1999. Conform cu J. Rehm, S. Eschmann, *Global Monitoring of Average Volume of Alcohol Consumption*, în „Sozial und Präventivmedizin”, 2002, nr. 47(1), p. 48–58.

de scădere, iar regiunile cu cel mai scăzut consum au înregistrat o tendință de creștere. Aceste tendințe par să confirme modelul explicativ, în acord cu care în mai multe țări în curs de dezvoltare creșterea nivelului dezvoltării economice este însoțită de creșterea consumului de alcool. Un asemenea model explicativ se aplică și țărilor nordice, printre care și Irlanda.

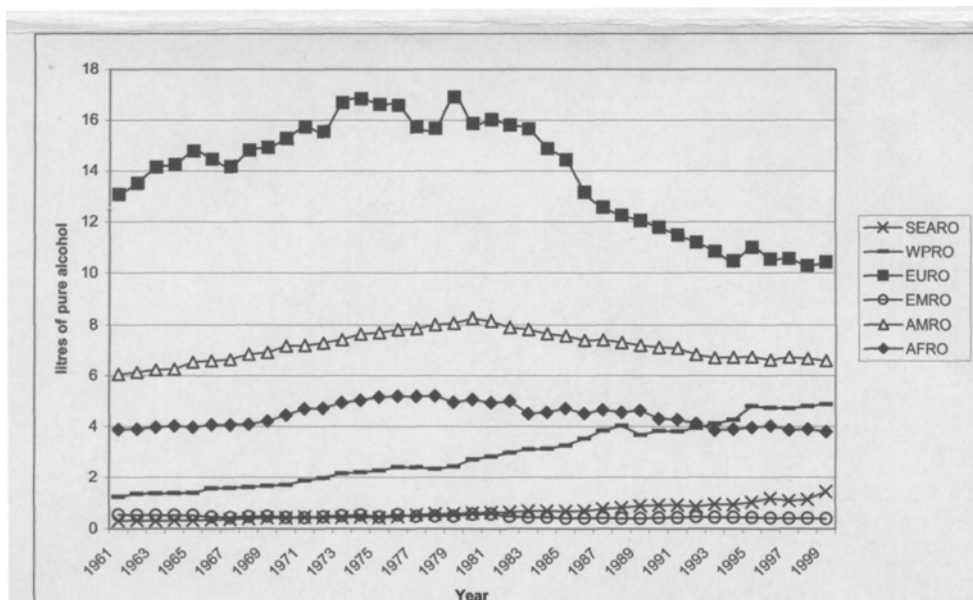
Luând în considerare perioada 1961–1999, Regiunea Europeană (care are cel mai ridicat nivel de consum), Regiunea Africană și Regiunea Americilor au atins cel mai mare consum la începutul deceniului 8. Regiunile care prezintă creșteri continue în nivelul de consum și dincolo de deceniul 8 sunt Regiunea Asiei de Sud-Est și Regiunea Pacificului de Vest. Regiunea Mediteranei de Est a înregistrat cel mai scăzut nivel al consumului de alcool (vezi graficul 1).

În anul 2001, situația consumului de alcool pe cap de locuitor, pentru țările care au prezentat statistici Organizației Mondiale a Sănătății, a fost cea consemnată în tabelul 1 (vezi tabelul 1).

Din tabel, se observă că țările cu cel mai mare consum pe cap de locuitor sunt Uganda, Luxemburg, Republica Cehă, Irlanda, Republica Moldova, Franța și Insulele Réunion. Țările cu cel mai mic consum sau care nu consumă alcool sunt, cum este și firesc, țările islamice. România ocupă o poziție relativ moderată, cu un consum de alcool pe cap de locuitor de 7,63 de litri.

În ceea ce privește distribuția primelor 20 de țări din lume, în funcție de *preferințele* specifice pentru anumite tipuri de băuturi, aceasta este evidențiată în tabelul 2 (vezi tabelul 2). Cei mai mari băutori de bere sunt cehii, irlandezii și locuitorii din Swaziland, cei mai mari consumatori de vin sunt luxemburhezii, francezii și portughezii, iar cei mai mari consumatori de băuturi spirtoase sunt locuitorii Republicii Moldova, ai Insulelor Réunion și ai Federației Ruse. Așa cum se observă, România se situează între primele 20 de țări din lume în ceea ce privește consumul de vin, cu un consum anual pe cap de locuitor (peste 15 ani) de 3,37 de litri, aproape la egalitate cu Germania. Dacă ne referim numai la cazul României, trebuie menționat faptul că, deși statisticile întocmite nu sunt complete și nu au acuratețea celor existente în alte țări, ele oferă totuși o indicație sugestivă a situației existente în țara noastră în acest domeniu. Astfel, în perioada 1998–2002¹², consumul anual de alcool pe cap de locuitor (persoane peste 15 ani) s-a situat în jurul 7,26 de litri. Din această cantitate, berea a reprezentat 3,04 litri (41,9%), vinul – 3,30 litri (45,4%) și diferite băuturi spirtoase – 0,92 litri (12,7%).

¹² Conform cu datele comunicate de România Organizației pentru Hrană și Alimentație de pe lângă Organizația Națiunilor Unite (United Nations Food and Agriculture Organization) și publicației „World Drink Trends”, editată de Produktschap voor Gedistilleerde Dranken (Olanda). Vezi, în acest sens, *site-ul* www.who.int



GRAFICUL 1 – Consumul de alcool pe cap de locuitor (adult), în regiunile monitorizate de Organizația Mondială a Sănătății, în perioada 1961–1999 (Sursa: *Global Status Report on Alcohol 2004*, Geneva, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, 2004, p. 10). (* Legendă: SEARO – Regiunea Asiei de Sud-Est; WPRO – Regiunea Pacificului de Vest; EURO – Regiunea Europeană; EMRO – Regiunea Mediteranei de Est; AMRO – Regiunea Americilor; AFRO – Regiunea Africii).

Aceleași statistici evidențiază faptul că, într-un interval de 24 de ani (perioada 1978–2002), cu unele variații, consumul anual de alcool pe cap de locuitor a înregistrat o tendință de scădere – de la 12,47 litri pe cap de locuitor în anul 1978, la 7,42 litri în anul 2002, adică la un nivel relativ similar cu cel înregistrat în anul 1968. Datele arată, pe de altă parte, că, în anul 1989 și în perioada 1999–2001, s-a înregistrat cel mai mare consum de bere; în perioada 1978–1985, a crescut, comparativ cu alți ani, consumul de vin; iar în perioada 1975–1986, în comparație cu alte perioade, a crescut consumul de băuturi spirtoase (vezi tabelul 3).

Aceste cifre trebuie tratate cu precauție, deoarece – așa cum se știe – statisticile întocmite în perioada regimului comunist sunt mai puțin credibile și nu corespund, întotdeauna, realităților existente din acea perioadă, în care lipseau de pe piață numeroase produse, printre care și cele pe bază de alcool.

În același timp, deși statisticile cu privire la consumul de alcool sunt bazate pe volumul vânzărilor raportate, este necunoscută cantitatea de alcool vândută pe piața neagră sub formă de contrabandă, după cum lipsesc și informațiile cu privire la volumul alcoolului produs în instalațiile artisanale sau cele ale micilor producători.

Dacă punem în paralel statisticile menționate cu cele întocmite în alte țări, se poate observa că țara noastră are un consum anual de alcool pe cap de locuitor apropiat (nu și similar) cu cel al Bulgariei, dar diferă simțitor de cel înregistrat în țări precum Republica Cehă, Croația, Ungaria, Rusia, Austria etc. (vezi Anexa 1).

Ca un alt indicator important, cauzele principale ale mortalității consumatorilor cronici de alcool în România evidențiază că boli precum cardiopatia ischemică, ciroza ficatului, răniurile intenționate și accidentele de circulație se numără printre cele mai frecvente cauze (vezi tabelul 4).

În anul 2004, în România, mortalitatea la 100 000 de locuitori¹³, prin boli ale ficatului, inclusiv ciroză, determinate de consumul de alcool, s-a ridicat la 44,5%, iar cea datorită accidentelor de circulație care au implicat alcoolul a fost numai de 1,39.

Exceptând aceste date statistice, în România există extrem de puține studii cu privire la consumul de alcool raportat de subiecți și la *pattern*-urile de consum ale populației. Un studiu distinct în acest domeniu a fost efectuat, în perioada iunie 2004 – aprilie 2005, de către Agenția Națională Antidrog¹⁴, dar – din păcate – (așa cum este consemnat pe subcoperta studiului), reproducerea parțială sau totală a datelor este „permisă numai în condițiile legii”, fapt de natură să descurajeze orice încercare din partea noastră de a disemina informațiile cuprinse în studiu. Respectând legea, ne mulțumim doar să consemnăm faptul că un capitol aparte al studiului menționat se ocupă de tendințele consumului de alcool în țara noastră, prin determinarea prevalenței și a modelelor de consum. Sunt evidențiate, cu acest prilej, principalele cunoștințe, atitudini și practici ale populației între 15–64 de ani, fiind utilizați ca principali indicatori: sexul, vârsta, mediul de rezidență, regiunea istorică, nivelul de instrucție, venitul, locul unde se consumă alcool, motivațiile consumului, percepția riscurilor acestui consum și atitudinile populației față de consum. Fără a intra în detalii, ceea ce pare surprinzător în legătură cu constatările studiului este faptul că unele informații obținute contrazic statisticile oficiale declarate Organizației Mondiale a Sănătății. De exemplu, conform constatărilor menționate, băuturile „tari” (spirtoase) se află pe locul 2 în preferințele românilor, în timp ce statisticile oficiale plasează aceste băuturi pe locul al treilea.

¹³ Este vorba de așa-numita „rată standardizată a deceselor” (conform cu baza de date a O.M.S.). Vezi *site*-ul www.who.int

¹⁴ (Coordonator: prof. univ. dr. Pavel Abraham), *Prevalența consumului de droguri în România*, București, Agenția Națională Antidrog, 2004.

Tabelul 1

Distribuția consumului de alcool (pur) pe cap de locuitor (peste 15 ani) în funcție de țările monitorizate de O.M.S. (Sursa: Prelucrare după *Global Status Report on Alcohol 2004*, Geneva, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, 2004, p. 11–12)

Peste 14 litri	13–14 litri	11–12 litri (și peste)	9–10 litri (și peste)	7–8 litri (și peste)	5–6 litri (și peste)	3–4 litri (și peste)	1–2 litri (și peste)	sub 1 litru (între 0,01–0,95)	0 litri
Uganda, Luxemburg, Republica Cehă, Irlanda	Republica Moldova, Franța, Reunion	Bermude, Germania, Croația, Austria, Portugalia, Slovacia, Lituania, Spania, Danemarca, Ungaria, Elveția	Federația Rusă, Sfânta Lucia, Finlanda, Anglia, Belgia, Nigeria, Antilele Olandeze, Estonia, Noua Zeelandă, Olanda, Swaziland, Burundi, Letonia, Grecia, Bahamas, Republica Dominicană, Australia, Italia	Venezuela, Polonia, Bosnia și Herțegovina, Argentina, Statele Unite, Canada, Belarus, Gabon, Noua Caledonie, Africa de Sud, Republica Coreeană, Polinezia, Franța, ROMÂNIA, Saint Kitts și Nevis, Grenada, Japonia, Bulgaria	Uruguay, Azerbaidjan, Suedia, Rwanda, Malta, Laos, Barbados, Cipru, Paraguay, Sierra Leone, Saint Vincent și Grenadine, Slovenia, Haiti, Republica Dominicană, Sao Tome și Principe, Panama, Chile, Columbia, Guyana, Surinam, Norvegia, Islanda, Republica Democrată a Coreei, Kyrgystan, Costa Rica, Botswana, Brazilia, Tanzania, Zimbabwe	Peru, Mexic, Guam, Belize, China, Burkina Faso, Antigua și Barbados, Liban, Macedonia, Ucraina, Filipine, Capul Verde, Camerun, Cuba, Seychelles, El Salvador, Bolivia, Jamaica, Trinidad și Tobago, Mauritius, Liberia, Zambia	Angola, Kazahstan, Guineea-Bissau, Emiratele Arabe, Singapore, Bahrein, Nicaragua, Albania, Georgia, Namibia, Congo, Honduras, Gambia, Congo, Ecuador, Israel, Mongolia, Lesotho, Kenya, Maldive, Coasta de Fildeș, Fiji, Mozambic, Kiribati, Republica Africană Centrală, Guatemala, Ghana, Eritrea, Uzbekistan, Turcia, Malawi, Samoa, Madagascar, Vietnam, Oman, Armenia, Benin, Vanuatu, Djibouti, Malaezia, Noua Guinee, Papua,	Togo, Etiopia, Guineea Ecuatorială, Insulele Solomon, India, Turkmenistan, Tunisia, Micronezia, Siria, Bhutan, Brunei, Mali, Senegal, Quatar, Tadjikistan, Maroc, Myanmar, Cambodgia, Sudan, Chad, Iraq, Sri Lanka, Guineea, Iordania, Niger, Egipt, Indonezia, Yemen, Comoros, Nepal, Algeria, Pakistan, Mauritania	Bangladesh, Somalia, Arabia Saudită, Libia, Kuweit, Iran

Tabelul 2

Distribuția consumului unor băuturi alcoolice specifice pe cap de locuitor în 20 de țări cu cel mai înalt consum (Sursa: *Global Status Report on Alcohol 2004*, Geneva, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, 2004, p. 13)

BERE	VIN (fără derivate fermentate)	BĂUTURI SPIRTOASE
Țara Consum/cap l.	Țara Consum/cap l.	Țara Consum/cap l.
Republica Cehă 9,43	Luxemburg 9,43	Republica Moldova 10,94
Irlanda 9,24	Franța 8,38	Réunion 8,67
Swaziland 7,49	Portugalia 7,16	Federația Rusă 7,64
Germania 7,26	Italia 6,99	Santa Lucia 7,27
Austria 6,42	Croația 6,42	Dominicană 7,20
Luxemburg 6,16	Elveția 6,23	Thailanda 7,13
Uganda 6,14	Argentina 5,63	Bahamas 7,05
Danemarca 6,02	Spania 5,07	Letonia 6,62
Anglia 5,97	Bermude 4,95	Haiti 6,46
Belgia 5,90	Grecia 4,78	Belarus 6,34
Venezuela 5,69	Danemarca 4,57	Laos 6,09
Lituania 5,53	Austria 4,47	Bosnia și Herțegovina 6,03
Slovacia 5,34	Ungaria 4,47	Saint Vincent și Grenadine 5,98
Australia 5,20	Uruguay 4,35	Republica Democrată a Coreei 5,48
Croația 5,16	Germania 3,38	Slovacia 5,44
Antilele Olandeze 4,96	ROMÂNIA 3,37	Grenada 5,06
Olanda 4,91	Chile 3,25	Lituania 4,92
Finlanda 4,89	Polinezia Franceză 3,10	Azerbaidjan 4,66
Tanzania 4,85	Bulgaria 3,05	Kyrgystan 4,61
Gabon 4,77	Republica Coreea 2,99	Republica Cehă 4,41

Tabelul 3

Consumul anual de alcool pe cap de locuitor (peste 15 ani)
în România, în perioada 1961–2001 (Sursa: *site-ul www.who.int*)

Anul	Total litri pe cap de locuitor	Bere	Vin	Alte băuturi spirtoase
2002	7,42	2,77	2,69	0,74
2001	7,63	3,39	3,37	0,87
2000	7,53	3,28	3,44	0,82
1999	7,67	3,04	3,59	1,03
1998	7,31	2,72	3,45	1,14

1997	8,84	2,11	4,84	1,89
1996	8,16	2,24	3,92	2,00
1995	8,33	2,46	3,85	2,01
1994	7,95	2,64	3,38	1,93
1993	9,14	2,76	3,99	2,39
1992	8,92	2,79	3,22	2,91
1991	9,03	2,71	3,42	2,90
1990	9,00	2,89	3,25	2,86
1989	10,37	3,16	4,30	2,90
1988	10,28	2,97	4,83	2,47
1987	10,34	2,91	5,30	2,13
1986	11,82	3,00	5,59	3,23
1985	12,34	2,82	6,10	3,42
1984	12,76	2,84	6,62	3,30
1983	12,45	2,90	6,38	3,17
1982	12,76	2,92	6,33	3,50
1981	13,00	2,89	6,21	3,90
1980	12,41	2,97	5,78	3,66
1979	12,54	2,99	5,79	3,76
1978	12,47	2,73	6,24	3,50
1977	11,62	2,47	5,58	3,56
1976	11,70	2,39	5,63	3,68
1975	11,14	2,42	4,87	3,85
1974	10,34	2,06	5,27	3,01
1973	10,21	1,81	5,32	3,08
1972	8,97	1,63	4,35	2,99
1971	8,82	1,63	4,39	2,80
1970	8,55	1,45	4,49	2,60
1969	8,00	1,26	4,37	2,38
1968	7,66	1,21	4,33	2,12
1967	7,12	1,16	3,96	2,00
1966	7,27	1,08	4,37	1,82
1965	7,18	0,98	4,44	1,76
1964	7,03	0,91	4,42	1,70
1963	7,01	0,87	4,49	1,65
1962	6,92	0,84	4,49	1,59
1961	5,70	0,77	3,71	1,22

Tabelul 4

Rata mortalității la 100 000 de locuitori, în România, datorită unor boli acute și cronice, precum și rănilor, produse de consumul excesiv de alcool (anul este neprecizat)-(Sursa: *Global Status Report on Alcohol 2004*, Geneva, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, 2004, p. 56).

Loviri	Răniri intenționate	Accidente de circulație	Intoxicații accidentale	Tulburări psihice	Ciroza ficatului	Cancer faringian și al gurii	Cardiopatie ischemică
5,80	13,75	11,23	5,10	3,38	37,09	5,72	175,06

5. CONSUMUL DE ALCOOL ȘI VIOLENȚA INTERPERSONALĂ

5.1. PRINCIPALELE MECANISME CARE STAU LA BAZA RELAȚIEI DINTRE CONSUMUL DE ALCOOL ȘI VIOLENȚA INTERPERSONALĂ

Alcoolul este substanța psihoactivă cea mai larg acceptată și răspândită din punct de vedere socio-cultural. Consumat în mod excesiv, alcoolul are însă o serie de urmări grave, uneori chiar fatale pentru individ. *Abuzul și dependența de alcool determină numeroase tulburări psihice și somatice și influențează capacitatea unei persoane de a întreține relații sociale adecvate și de a dezvolta un comportament moral și legal corespunzător*¹⁵. Consumul abuziv de alcool conduce la deteriorarea legăturilor sociale și familiale, la pierderea locului de muncă, reduce auto-controlul și provoacă depresii – cauza principală a sinuciderii¹⁶. Pe de altă parte, alcoolismul părinților are consecințe traumatice pentru copii, aceștia căzând, nu o dată, victimele neglijenței și chiar a abuzurilor fizice sau sexuale.

Alcoolul este, în același timp, unul din factorii care potențează și precipită incidentele violente, intenționate sau accidentale. Așa cum indică statisticile diverselor instituții de control social, consumul de alcool este implicat în majoritatea cazurilor de omor, viol, loviri și vătămări corporale grave (vezi Caseta 3).

CASETA 3

- 53% dintre victimele actelor de violență și agresivitate, prezentate la secțiile de urgență ale spitalelor din Norvegia, au apreciat că agresorul lor consumase alcool înainte de producerea incidentului;
- în Federația Rusă, aproape 75% dintre indivizii arestați în anul 1995 pentru comiterea infracțiunii de omor se aflau sub influența alcoolului;
- în perioada 1987–1996, în Finlanda, 62,7% dintre bărbații și 36,8% dintre femeile victime ale infracțiunii de omor au fost testate pozitiv de alcool;
- în Olanda, în intervalul de timp 1970–1998, 36% dintre pacienții care s-au prezentat la diverse centre medicale cu răni produse în urma unor acte de violență au consumat alcool, comparativ cu numai 6,6% dintre pacienții care au suferit răni de pe urma unor accidente;
- în Spania, 36% dintre pacienții care au ajuns la secțiile de urgență ale spitalelor cu răni produse prin violență au consumat alcool cu șase ore înainte de momentul săvârșirii respectivelor acte;
- adolescenții în vârstă de 18–24 de ani din Marea Britanie, care au consumat în mod excesiv băuturi alcoolice (experimentând starea de beție cel puțin o dată pe lună), au o probabilitate de două ori mai mare de a comite, prin violență, o infracțiune, comparativ cu aceia care beau alcool moderat;
- în Estonia, 80% din infracțiunile violente comise de tineri au fost asociate alcoolului, iar în Norvegia comportamentul violent al celor cu vârsta cuprinsă între 12–20 de ani a fost corelată cu consumul de alcool al părinților și al grupului de prieteni din care aceștia fac parte;
- în Germania, 32% dintre infractorii care au săvârșit abuzuri asupra copiilor, în perioada 1985–1990, au consumat alcool înainte de comiterea delictului;

¹⁵ Sorin M. Rădulescu, *Alcoolism*, în *Dicționar Selectiv. 100 de termeni „cheie” în domeniul patologiei sociale, criminologiei și sociologiei devianței*, București, Ed. Lumina Lex, 2004, p. 16.

¹⁶ Nina Rehn, Robin Room, Griffith Edwards, *Alcohol in the European Region – Consumption, Harm and Policies*, World Health Organization, Regional Office for Europe, 2001.

- în Elveția, 33% dintre agresori și 9,5% dintre victimele violenței conjugale consumaseră alcool, iar în Islanda, 71% dintre femeile victime ale violenței partenerului au menționat alcoolul ca principală cauză a agresiunilor la care au fost supuse;
 - în Anglia, 45% dintre cei care au în grijă persoane de vârstă a treia au comis asupra acestora anumite forme de abuz fizic, consumul de alcool fiind un factor de risc în acest sens;
 - în Norvegia, inițierea timpurie în consumul de alcool a fost asociată cu creșterea riscului de victimizare sexuală în rândul adolescentelor, iar 40% dintre victimele violurilor au raportat consumul de alcool înainte de agresiune;
 - în Marea Britanie, 58% dintre bărbații condamnați pentru săvârșirea infracțiunii de viol au menționat consumul de alcool cu șase ore înainte de producerea incidentului, iar 37% au fost diagnosticați ca fiind dependenți de alcool.
- (Sursa: *Alcohol and Interpersonal Violence. Policy Briefing*, World Health Organization, 2005)

Studiile sociologice și criminologice au demonstrat empiric existența unei strânse relații de asociere între consumul și abuzul de alcool, pe de o parte, și activitatea delincventă sau infracțională, pe de altă parte. Rezultatele anchetelor de victimizare sau ale celor efectuate asupra unor loturi de infractori arestați (încarcerați), au indicat prezența unor niveluri foarte ridicate ale consumului de alcool în rândul celor care manifestă comportamente antisociale. Nu numai *frecvența* cu care băutorii, în general, și alcoolicii, în special, săvârșesc diverse fapte penale este mai mare, comparativ cu cea înregistrată la nivelul populației, ci și *gravitatea* actelor pe care aceștia le comit. Diverse cercetări¹⁷ au evidențiat faptul că, din totalul infracțiunilor cu un grad sporit de violență și pericolozitate, o pondere cuprinsă între 50–80% este comisă de cei aflați sub influența alcoolului. Studiile au arătat, de asemenea, că prevalența conduitei infracționale este mai ridicată în rândul dependenților de alcool decât în cel al băutorilor ocazionali sau moderați și că, proporțional cu creșterea volumului de alcool consumat de un individ, crește probabilitatea implicării acestuia în acte de violență și agresivitate.

Deși constatările studiilor care au abordat această problematică au confirmat aproape în unanimitate existența acestei corelații pozitive între consumul de alcool și criminalitate, natura și fundamentele etiologice ale legăturii dintre cele două conduite au constituit subiectul unor numeroase controverse științifice¹⁸. În opinia anumitor specialiști, efectele psihofarmacologice ale intoxicării cu alcool (iritabilitatea, alterarea judecății, tulburările de percepție, deficitul de atenție, reducerea inhibițiilor etc.) dau naștere, în mod direct, tendințelor de agresivitate.

Cei mai mulți autori recunosc însă că relația dintre consumul de alcool și infracționalitate nu este una cauzală, alcoolul având, mai degrabă, un rol agravant sau favorizant și nu unul determinant al violenței. După părerea acestora, influența pe care alcoolul o are asupra comportamentului uman este mediată de diverși

¹⁷ Ann Deeham, *Alcohol and Crime: Taking Stock*, Home Office Policing and Reducing Crime Unit, „Crime Reduction Research Series Paper” 3, 1999, p. 8.

¹⁸ Helen Raskin White, D.M. Gorman, *Dynamics of Drug-Crime Relationship*, National Institute of Justice, 2000; David Best și colab., *Crime and Expenditure Amongst Polydrug Misusers Seeking Treatment*, în „British Journal of Sociology,” 2001, vol. 41, p. 119–126.

factori psihologici și situaționali, dar și de o serie de modele culturale învățate în familie sau în cadrul grupului de prieteni¹⁹.

Pe de altă parte, s-a argumentat că un anumit nivel de delincvență precede consumul de alcool. Unii specialiști au relevat, în acest sens, faptul că indivizii cu comportament antisocial sau infracțional au o probabilitate mai mare, în comparație cu non-delincvenții, *de a selecta acele situații și de a fi „împinși” în acele grupuri sociale, care încurajează consumul de alcool și droguri*²⁰. Alături de stilul de viață „deviant”, un alt factor, care stimulează consumul de alcool, îl constituie experiențele de victimizare. În acest caz, problemele cu alcoolul sunt considerate simptome al stresului post-traumatic sau al tulburărilor emoționale rezultate din experiența unor acte de violență și abuz la care au fost supuși indivizii.

Dintr-o altă perspectivă, s-a susținut că ambele conduite reprezintă, mai degrabă, produsul unui set comun de factori demografici, psihologici și sociali, dintre care cei mai importanți sunt: apartenența la o subcultură deviantă, absența capitalului social și uman, aspectele legate de dobândirea unei identități stradale etc. R. Jessor și S. Jessor²¹ au identificat, în acest sens, *sindromul comportamentului problematic*, care grupează: fumatul, activitatea sexuală precoce, consumul de alcool, marijuana și alte droguri, furtul și agresivitatea. Autorii menționați au arătat că toate aceste conduite pot fi explicate de același ansamblu de variabile, și anume, modelele negative de rol, lipsa controlului parental, o serie de forțe atitudinale și motivaționale interne, cum ar fi: nivelul scăzut al respectului de sine, gradul redus de religiozitate, toleranța față de devianță etc.

Fără îndoială, relațiile dintre alcool și criminalitate sunt complexe și multidimensionale (vezi caseta 4). Nu trebuie, de exemplu, pierdut din vedere, faptul că abuzul de alcool are în sine un caracter victimogen, indivizii aflați în stare de ebrietate fiind ținte mai ușoare ale infracțiunilor de furt sau tâlhărie și că, uneori, asocierea dintre cele două comportamente poate avea un caracter cu totul și cu totul întâmplător. De exemplu, un delincvent poate consuma în mod frecvent alcool, dar acesta să nu îi influențeze în vreun fel activitatea infracțională. De asemenea, există delikte specifice asociate alcoolului (de pildă, comercializarea ilicită a băuturilor alcoolice, consumul lor în locuri publice, conducerea în stare de ebrietate), dar și infracțiuni în care alcoolul este consumat fie în mod premeditat, ca stimulent, pentru a comite mai ușor un act de violență, fie ca pretext sau scuză, pentru motivarea comportamentului agresiv.

¹⁹ Conform cu Sorin M. Rădulescu, *Sociologia violenței intrafamiliale*, București, Ed. Lumina Lex, 2001, p. 84–85.

²⁰ Helen Raskin White, D.M. Gorman, *op. cit.*, p. 174.

²¹ R. Jessor, S. Jessor, *A Social Psychological Framework for Studying Drug Use*, în Lettieri și colab. (ed.), *Theories on Drug Abuse*, Rockville, National Institute of Drug Abuse, Research Monograph 33, 1990, p. 102–109.

CASETA 4

Principalele mecanisme care stau la baza legăturii dintre alcool și violența interpersonală:

- consumul de alcool afectează în mod direct funcționarea fizică și cognitivă normală a organismului, reduce autocontrolul și abilitatea de a procesa informațiile venite de la cei din jur, reduce acuratețea judecării riscurilor (de pildă, cazurile de violență sexuală);
- credințele individuale și societale, conform cărora alcoolul cauzează comportamentul agresiv, îi pot determina pe anumiți indivizi să consume alcool pentru a-și justifica ulterior sau pentru a comite mai ușor actele de violență (de exemplu, violența între partenerii intimi);
- dependența de alcool produce eșecul individului în viața de familie, acesta devine inapt să-și îndeplinească responsabilitățile parentale și se implică în diverse activități infracționale, generatoare de venituri, pentru a-și susține consumul;
- experiența directă sau indirectă a unui act de violență poate înclina o persoană spre consumul de alcool ca mijloc de a face față traumelor produse de agresiune (de exemplu, ca o consecință a abuzului din copilărie);
- locurile aglomerate, neconfortabile, unde se bea alcool, pot spori violența și agresivitatea între consumatori (de pildă, violența adolescenților);
- alcoolul și violența pot fi relaționate prin intermediul unui factor de risc comun (de exemplu, tulburările de personalitate antisocială);
- expunerea prenatală la alcool este asociată cu probleme sociale și de comportament, inclusiv cu delincvența juvenilă, violența sexuală și sinuciderea.

(Sursa: *Alcohol and Interpersonal Violence. Policy Briefing*, World Health Organization, 2005)

5.2. INCIDENȚA ACTELOR DE VIOLENȚĂ SĂVÂRȘITE SUB INFLUENȚA ALCOOLULUI ÎN S.U.A.

Statisticile oficiale, cu privire la amploarea și intensitatea actelor de violență asociate consumului și dependenței de alcool, sunt, în mare parte, incomplete, datorită dificultăților care intervin în stabilirea nivelului de alcool deținut de agresori la momentul săvârșirii faptei penale. Din acest motiv, estimarea gradului de răspândire a acestei forme specifice de violență, a dimensiunilor și tipurilor sale particulare de manifestare se efectuează, de cele mai multe ori, prin intermediul unor anchete sociologice, care constau în chestionarea directă a indivizilor, în legătură cu propriile conduite deviante sau infracționale. Unele dintre acestea se bazează pe eșantioane reprezentative ale populației, altele utilizează loturi de deținuți aflați în arestul poliției sau în penitenciare, ori loturi de alcoolici înscrși în programe de tratament. Fiecare dintre aceste abordări se confruntă, la rândul ei, cu limite metodologice, care pot influența precizia rezultatelor obținute²². Primele, întrucât omit grupul persoanelor instituționalizate, despre care se știe că au un grad ridicat de vulnerabilitate, atât în ceea ce privește consumul de alcool și droguri, cât și din cauza implicării lor în activități delincvente și infracționale, celelalte deoarece, prin focalizarea exclusivă asupra subiecților care manifestă frecvențe înalte ale comportamentelor antisociale, au riscul de a supraestima gradul de asociere dintre alcool și violență²³.

²² Helen Raskin White, D.M. Gorman, *op. cit.*, p. 160–161.

²³ *Ibidem*, p. 161.

Unul dintre cel mai des folosite instrumente de măsurare a ratei de criminalitate, inclusiv a aceleia atribuită consumului de alcool, îl constituie *anchetele de victimizare*. Utilizate în numeroase țări, acest gen de anchete oferă informații cu privire la ponderea și tipurile de acte de agresivitate și violență experimentate de populație, circumstanțele în care s-au produs aceste evenimente și consecințele lor. În ceea ce privește delictele asociate consumului și abuzului de alcool, asemenea studii permit identificarea trăsăturilor agresorului și ale victimei și a *pattern*-urilor specifice unor asemenea incidente.

În S.U.A., ancheta națională asupra victimelor criminalității se realizează, încă din anul 1972, de către Biroul de Statistică Judiciară, asupra unor eșantioane largi, de aproximativ 50 000 de subiecți cu vârsta de 12 ani și peste. Rezultatele anchetelor efectuate în perioada 1993–1998, de exemplu, au fost sintetizate într-un raport publicat în revista „Alcohol Research and Health”²⁴ din anul 2001. Conform constatărilor prezentate în acest raport, numărul victimizărilor violente provocate de consumul și abuzul de alcool, a scăzut cu 34% în intervalul de timp analizat, de la 2,1 milioane de incidente, în anul 1993 la 1,4 milioane, în anul 1998. În schimb, ponderea actelor de violență al căror agresor s-a aflat sub influența drogurilor ilicite a crescut cu 19%. În medie, pentru toată perioada de timp supusă investigației, consumul de alcool a fost implicat în etiologia a peste 25% din totalul incidentelor raportate de victime, consumul de droguri – în 8%, iar uzul ambelor tipuri de substanțe – în 7%. Numărul cel mai mare de infracțiuni asociate alcoolului s-a înregistrat în cazurile în care victima și agresorul erau parteneri de cuplu, rude sau cunoștințe apropiate. Astfel, aproape două treimi dintre autorii incidentelor de violență conjugală au fost, în opinia victimelor, intoxicați cu alcool (beți) în momentul producerii episoadelor respective de violență. În schimb, numai o pondere de circa 29% dintre victimele violenței produse între străini au relatat că infractorul se afla sub influența alcoolului ori a drogurilor ilegale, atunci când a împlănit actul de violență.

Conform celor menționate de victimele intervievate, o treime din violuri și alte agresii de natură sexuală, o pătrime din vătămrile corporale simple sau grave și circa două treimi din totalul lovirilor și altor violențe au fost săvârșite sub influența alcoolului. În combinație cu alte droguri, alcoolul a fost implicat în 18% din cazurile de viol și alte agresii sexuale, în 33% din cazurile de tâlhării, în 26% din cele vătămare corporală gravă și în 16% din cele de vătămare corporală simplă.

Din punct de vedere al împrejurărilor în care s-au produs astfel de delict, datele de anchetă au arătat că cele mai multe agresii asociate consumului și dependenței de băuturile alcoolice s-au produs la sfârșitul săptămânii, seara sau noaptea, în cluburi, baruri sau discotecii, iar în aproximativ 26% din cazuri, s-a recurs chiar la utilizarea unei arme. O treime dintre aceste evenimente s-au soldat

²⁴ Lawrence A. Greenfeld, Maureen Henneberg, *Victim and Offender Self-Reports of Alcohol Involvement in Crime*, în „Alcohol Research and Health”, 2001, nr. 1, vol. 25, p. 20–31.

cu rănirea victimei, pierderile financiare suferite, pentru acoperirea costurilor medicale, a pagubelor produse de furtul sau distrugerea bunurilor personale, ridicându-se, în medie, la aproximativ 400 de milioane de dolari, anual.

Pentru a reda cât mai exact amploarea și caracteristicile violenței asociate abuzului de alcool, rezultatele acestor anchete de victimizare, criticate, de multe ori, pentru imprecizia relatărilor victimelor, au fost coroborate și completate cu constatările unor cercetări întreprinse în rândul infractorilor identificați și sancționați de organele abilitate.

Același Birou de Statistică Judiciară din Statele Unite conduce, periodic, astfel de anchete asupra unor eșantioane reprezentative de infractori condamnați, care își îndeplinesc pedeapsa în închisorile locale și federale sau care sunt încredințați serviciilor de probațiune. În anul 1998, pe baza datelor provenite din cercetări²⁵, s-a estimat un procent de aproximativ 38% al persoanelor condamnate, care consumaseră alcool în momentul comiterii delictului, adică peste 2 milioane de infractori – 1,4 milioane deferiți serviciilor de probațiune, 100 de mii aflați în închisorile locale și 460 de mii în cele federale.

Cei vinovați de tulburarea ordinii publice, conducere prin imprudență, deținere de arme, prostituție, pornografie și jocuri de noroc, dar și cei condamnați pentru săvârșirea unor acte de violență și agresivitate au avut, conform rezultatelor, ratele cele mai ridicate ale consumului de alcool. De exemplu, peste 40% dintre omorurile comise de cei sancționați cu pedeapsa cu închisoarea și aproape jumătate dintre cei condamnați pentru vătămări corporale, aflați în probațiune, băuseră alcool la momentul comiterii infracțiunilor respective.

Anchetele au oferit, de asemenea, informații despre tipul și cantitatea de băuturi alcoolice consumate și timpul alocat consumului. S-a constatat, astfel, că, deși prevalența consumului în cazul deținuților din închisorile federale a fost mai scăzută, față de cea caracteristică acelor care executau o altă sentință, nivelul estimat al intoxicației cu alcool în momentul comiterii infracțiunii a fost mult mai ridicat în rândul acestora. În medie, acești infractori au raportat un consum de peste 9 uncii (o uncie este egală cu 28,3 grame de alcool – *subl. ns.* S.M.R., C.D.) înainte de săvârșirea faptei. Perioada de timp dedicată consumului a fost de 6 ore. Datele au mai evidențiat următoarele: 30% dintre cei trimiși în închisorile federale au băut alcool zilnic în perioada anterioară încarcerării; cei mai mulți au început să consume alcool în adolescența timpurie; jumătate dintre aceștia au participat la diverse programe de tratament; în momentul săvârșirii infracțiunii au avut cel mai înalt nivel de alcoolemie – 0,30g/dl.

În ceea ce-i privește pe acei infractori aflați în probațiune, s-au obținut următoarele rezultate: aproape jumătate au condus, în cursul vieții, sub influența alcoolului, într-o proporție similară au avut conflicte în familie sau cu prietenii în momentul consumării alcoolului, o treime s-au luat la bătaie după ce au consumat alcool, aproape 1 din 12 și-au pierdut slujba din cauza consumului excesiv de alcool.

²⁵ Lawrence A. Greenfeld, *Alcohol and Crime. An Analysis on National Data on Prevalence of Alcohol Involvement in Crime*, Washington, Bureau of Justice Statistics, US Department of Justice, 1998.

5.3. RELAȚIA DINTRE CONSUMUL DE ALCOOL, PROBLEMELE DE COMPORTAMENT ȘI TENDINȚELE DE DELINCVENȚĂ ÎN RÂNDUL TINERILOR

Într-un raport²⁶ publicat recent de Ministerul de Interne al Marii Britanii au fost evidențiate *pattern*-urile de consum de alcool și asocierea acestora cu conduitele infracționale ale tinerilor cu vârsta cuprinsă între 18–24 de ani. Studiul s-a bazat pe analiza secundară a datelor anchetei privind stilurile de viață ale adolescenților (*Youth Lifestyles Survey*), întreprinsă în anul 1999, și pe o serie de interviuri realizate cu adolescenți, considerați a fi consumatori împătimiți de alcool. Următoarele constatări ale studiului sunt cele mai semnificative:

– 97% dintre tinerii intervievați au consumat cel puțin o dată alcool în cursul vieții lor, 95% au consumat băuturi alcoolice în anul anterior efectuării anchetei iar 78% – în săptămâna care a precedat investigația. Dintre cei care au băut alcool în anul dinaintea realizării studiului, o zecime l-au consumat zilnic, iar două treimi l-au consumat cel puțin o dată pe săptămână. Bărbații au avut o frecvență mai ridicată a consumului decât femeile. Băutura cea mai populară în rândul acestei categorii de vârstă o reprezintă berea (79%), urmată de băuturile spirtoase și lichiorurile (55%), pe ultimul loc al opțiunilor situându-se vinul (40%). Aproximativ trei pătrimi au consumat mai multe tipuri de băuturi alcoolice în săptămâna anterioară interviului. 28% dintre bărbații intervievați și 19% dintre femei au băut peste media recomandată de specialiștii din domeniul medical. 12% au experimentat starea de beție cel puțin o dată pe săptămână, iar 29% – cel puțin o dată pe lună. Majoritatea celor care consumă alcool o fac în baruri (79%) sau în cluburi de noapte (35%), împreună cu prietenii sau cu partenerul de cuplu. Tinerii consumă alcool pentru a se simți bine cu prietenii (91%), pentru că le place să frecventeze barurile și cluburile (92%), pentru a se îmbăta (75%), pentru a se relaxa (63%) sau din plictiseală (30%).

În funcție de frecvența și cantitatea de alcool consumat, tinerii au fost clasificați în trei mari grupuri: consumatorii înveterați, care s-au îmbătat cel puțin o dată pe lună – 39%, consumatorii moderați, care au băut alcool cel puțin o dată pe lună, dar s-au îmbătat mai rar – 42% și consumatorii ocazionali – 18%. Aproape 20% dintre tinerii incluși în prima categorie au băut alcool zilnic și au consumat patru sau mai multe tipuri de băuturi alcoolice, adeseori chiar în aceeași sesiune de consum. Frecvența beției s-a asociat cu consumul drogurilor ilicite: 59% dintre mării băutori de alcool au consumat diverse alte droguri, cel mai frecvent – cannabisul, amfetaminele, ecstasy și cocaina – comparativ cu numai 33%, cei care beau alcool în mod regulat.

²⁶ Datele prezentate în acest subcapitol provin din raportul realizat de Anna Richardson, Tracey Budd, *Alcohol, Crime and Disorder: A Study of Young Adults*, Home Office Research Study 263, 2003.

Relația dintre comportamentul infracțional și alcool a fost măsurată prin două modalități: pe de o parte, s-a urmărit identificarea gradului de asociere între consumul de alcool și conduita antisocială și delincventă, în general, pe de altă parte, s-a dorit evidențierea influenței, pe care intoxicarea cu alcool o are asupra agresivității. În primul caz, repondenților li s-a cerut să menționeze tipurile de infracțiuni pe care le-au comis în ultimele 12 luni, în al doilea caz, au fost întrebați dacă și în ce măsură au fost implicați în diverse activități delincvente imediat după ce au consumat alcool. Starea de beție și nu atât consumul de alcool a fost asociat cu comportamentul infracțional. Tinerii definiți ca mari consumatori de alcool au avut o probabilitate de trei ori mai mare, față de cei care beau moderat sau nu beau deloc, de a comite diverse infracțiuni. Această afirmație este valabilă pentru toate tipurile de delict, deși diferențele sunt mai marcante în cazul încăierărilor/bătăilor, unde diferența este de aproape cinci ori mai mare. În ceea ce privește al doilea obiectiv al studiului, s-a arătat că cele mai frecvente acte comise sub influența alcoolului sunt certurile, urmate de bătăi, spargerii și furturi, pattern identic pentru femei și bărbați. Consumatorii împătimiți au avut din nou nivelul cel mai ridicat de implicare în toate aceste activități deviante sau delincvente – 60% au comis cel puțin unul din cele patru comportamente, comparativ cu 25% – băutorii moderați.

5.4. CONSUMUL DE ALCOOL ȘI AGRESIUNILE DE NATURĂ SEXUALĂ²⁷

Estimările diverselor cercetări sugerează că cel puțin 13% dintre femeile americane au fost molestate sau agresate sexual²⁸. O mare parte dintre aceste infracțiuni au fost comise de bărbați alcoolici sau mari consumatori de alcool²⁹.

În ceea ce privește caracteristicile și consecințele violenței de natură sexuală comisă pe fondul consumului de alcool, în general, și alcoolismului, în special, s-a arătat că majoritatea unor asemenea incidente au loc între persoane care se cunosc, în baruri și la petreceri, și mai puțin la domiciliul victimei. De cele mai multe ori, atât agresorul, cât și victima au consumat alcool. Cercetările efectuate în Statele Unite³⁰ au arătat că violurile comise sub influența alcoolului implică o mai mare forță fizică și rănirea mai gravă a victimei, comparativ cu acele violuri în care nici una din părți nu a băut. Alte studii au sugerat că umilința sexuală este mai puternic resimțită de victime atunci când infractorul a consumat alcool și că rata violurilor finalizate este, de asemenea, mai ridicată în aceste cazuri.

²⁷ Informațiile prezentate în acest subcapitol sunt preluate, cu precădere, din articolul publicat de Antonia Abbey, Tina Zawacki, Philip O. Buck, A. Monique Clinton, Pam McAuslan, *Alcohol and Sexual Assault*, în „Alcohol Research and Health”, 2001, nr. 1, vol. 25.

²⁸ N.A. Crowell, A.W. Burgess, *Understanding Violence Against Women*, Washington, National Academy Press, 1996, p. 1.

²⁹ Andrea Finney, *Alcohol and Sexual Violence: Key Findings from the Research*, Home Office Research Findings 215, 2004, p. 2.

³⁰ *Ibidem*, p. 3–4.

Alături de factorii situaționali, explicațiile teoretice ale influenței alcoolului asupra conduitei agresive iau în considerare atât tipul de personalitate al agresorului, caracteristicile sale psihice, motivațiile, atitudinile lui față de femeie, experiențele de viață, dar și pattern-urile de consum de alcool pe termen lung și cariera lui infracțională. Alcoolul este, adeseori, considerat de către agresori un afrodisiac, care sporește dorința sexuală. De aceea, mulți se așteaptă să devină mai puternici și să se simtă mai dezinhibați după ce au consumat anumite băuturi alcoolice³¹. De asemenea, atitudinile față de femeile care consumă alcool le influențează acțiunile și pot fi utilizate ca scuze pentru motivarea agresiunii comise. Bărbații, care au săvârșit astfel de fapte reprobabile, le-au descris, de pildă, pe acele femei care beau alcool în baruri, drept imorale, promiscue, „disponibile” sexual și, în consecință, ținte mai ușoare ale agresiunilor.

5.5. CONSUMUL DE ALCOOL ȘI ABUZUL ASUPRA COPIILOR

Abuzul asupra copiilor constituie una din principalele forme de violență asociate consumului și dependenței de alcool. Studiile de specialitate au indicat existența unei strânse legături între alcoolismul părinților și abuzurile comise de aceștia asupra propriilor copii.

De pildă, într-o cercetare efectuată asupra unui lot de deținuți eliberați condiționat, B. Miller³² a evidențiat că problemele cu alcoolul ale părinților intensifică frecvența și gravitatea actelor de abuz și maltratare la care aceștia își supun copiii. Relația este mai puternică în cazul alcoolismului tatălui, rezultat confirmat de o serie de alte cercetări. Acestea au demonstrat în plus că, în timp ce alcoolismul tatălui constituie un factor de risc pentru ca minorul să fie abuzat de către unul din membrii familiei, alcoolismul mamei se asociază, mai ales, cu abuzurile sexuale comise de către o persoană din afara familiei³³.

Alcoolismul a fost analizat în literatura de specialitate nu numai ca factor *causal*, implicat în etiologia unor asemenea incidente, ci și ca o *consecință* a victimizării din timpul copilăriei. Unii specialiști au investigat relația dintre abuzurile experimentate de către minori și problemele cu alcoolul pe care aceștia le dezvoltă ulterior, în adolescență sau la maturitate. Într-o altă cercetare a sa, B. Miller³⁴ a arătat că femeile aflate în tratament pentru dependența de alcool, spre

³¹ Antonia Abbey, Tina Zawacki, Philip O. Buck, A. Monique Clinton, Pam McAuslan, *op. cit.*, p. 43–51.

³² Brenda A. Miller, *The Interrelationships Between Alcohol and Drugs and Family Violence*, în Mario De La Rosa, Elizabeth Y. Lambert, Bernard Gropper (ed.) *Drugs and Violence: Causes, Correlates and Consequences*, National Institut for Drug Abuse Research Monograph 103, 1990, p. 177–208.

³³ Cathy Spatz Widom, Susanne Hiller-Sturmhöfel, *Alcohol Abuse as a Risk Factor for and Consequence of Child Abuse*, în „Alcohol Research and Health”, 2001, nr. 1, vol. 25, p. 52–57.

³⁴ Brenda A. Miller, *op. cit.*, 189–195.

deosebire de femeile din populația generală, au avut o probabilitate semnificativ mai mare de a se număra printre victimele abuzurilor sexuale, ale agresivității verbale și ale unor forme de violență fizică, moderate sau sporite ca intensitate, exercitate de tată. Niciuna din interacțiunile dintre mamă și fiică nu diferă semnificativ între loturile analizate, ceea ce sugerează, arată autoarea studiului, că experiența violenței comise de tată este mai importantă în dezvoltarea dependenței de alcool.

Specialiștii din domeniu au elaborat diverse ipoteze, cu privire la modul în care abuzul și neglijarea din timpul copilăriei predispun anumite persoane la consumul excesiv de alcool. Majoritatea acestora au subliniat că alcoolul ajută victimele să uite experiențele traumatizante și să le reducă nivelul anxietății și al depresiei generate de aceste experiențe umiltoare. Deoarece alcoolul *nu vindecă problema, ci mai degrabă o ascunde*, nevoia de alcool persistă și se intensifică în timp. Acest mecanism acționează mai frecvent în rândul femeilor decât în cel al bărbaților³⁵.

5.6. CONSUMUL DE ALCOOL ȘI VIOLENȚA CONJUGALĂ

Alături de violența comisă de părinți contra propriilor copii, violența conjugală, respectiv cea care are loc între partenerii intimi, între soți sau concubini este, la rândul său, în mare măsură, asociată consumului și abuzului de alcool. Numeroase incidente se petrec atunci când unul sau ambii parteneri a băut alcool.

Diversele cercetări întreprinse pe plan internațional au indicat că rata abuzului și dependenței de alcool în rândul autorilor violenței domestice este între 2–7 ori mai mare decât cea regăsită la nivelul populației³⁶. În mod complementar, o incidență sporită a cazurilor de violență asupra partenerului este înregistrată în rândul celor care consumă în mod frecvent alcool. Astfel, într-un studiu³⁷ întreprins asupra unui lot de 75 de alcoolici înscriși într-un program de tratament din Statele Unite, 62% au comis acte de agresivitate asupra soțiilor, conform declarațiilor acestora, comparativ cu 12% – procentul înregistrat în rândul unui grup similar de bărbați nealcoolici.

Problemele cu alcoolul sunt frecvente și în rândul victimelor violenței. Anumite studii au demonstrat că alcoolismul sau chiar consumul moderat de alcool al partenerului influențează comportamentul agresorului. *Pattern*-urile distincte de consum de alcool ale celor doi parteneri, ca și insatisfacțiile relației sau problemele cuplului pot constitui surse de conflict, care amplifică violența³⁸. Astfel, abuzul și

³⁵ Cathy Spatz Widom, Susanne Hiller-Sturmhöfel, *op. cit.*, p. 53.

³⁶ Andrea Finney, *Alcohol and Intimate Partner Violence: Key Findings from the Research*, „Home Office Research Findings”, 216, 2004, p. 3.

³⁷ T.J. O’Farrell, V. Van Hutton, C.M. Murphy, *Domestic Violence before and after Alcoholism Treatment: a two-year Longitudinal Study*, în „Journal of Studies on Alcohol” 1999, vol. 60, p. 317–321.

³⁸ Sorin M. Rădulescu, *op. cit.*, 2001, p. 85–86.

dependența de alcool pot conduce la relații conflictuale, care, la rândul lor, sporesc riscul violenței între parteneri. Este cunoscut, de altfel, faptul că alcoolul poate conduce la acte de violență, mai ales în cazurile, în care subiecții consumatori sunt plasați în situații de conflict, amenințătoare sau provocatoare. Alcoolul este însă consumat de victimă și pentru a face față abuzurilor repetate și severe la care este supusă de către agresor.

Așa cum arată cei mai mulți specialiști, alcoolul nu este însă o cauză, ci mai degrabă o *condiție*, care agravează actul respectiv de violență. Unii autori au sugerat, în acest sens, că alcoolul precipită și facilitează escaladarea în intensitate a conflictelor deja existente în cadrul cuplului³⁹. De asemenea, intoxicarea cu alcool poate exacerba emoțiile negative, depresiile, resentimentele, atitudinile asociate, la rândul lor, cu riscul angajării în acte de violență asupra partenerului de viață.

³⁹ *Ibidem*, p. 85.