

Picie alkoholu przez młodzież w kontekście okresu dojrzewania

Alcohol use in adolescence

**Joanna Sadowska-Mazuryk, Anna Tomczuk-Ismer,
Andrzej Jakubczyk, Marcin Wojnar**

Katedra i Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Abstract – In adolescence teenagers adopt risky behaviours such as drinking alcohol, smoking and drug taking. Both the ESPAD project (2011) and the HBSC research study (2010) prove that alcohol is the most frequently used psychoactive substance by adolescents in Poland. As they grow older, the number of teenagers practicing abstinence in middle and high schools systematically decreases. Surveys indicate that over 70% of seventeen-year-olds had drunk alcohol in the last 30 days before the study, out of which 30% actually became drunk. Drinking has disastrous effects on adolescents' development, their health, social interactions and future career. It is destructive both for the individual and society as a whole.

Key words: adolescence, risky behaviours, adolescent alcohol use, consequences of adolescent alcohol use

Streszczenie – W okresie dojrzewania podejmowane są przez nastolatków zachowania ryzykowne, takie jak spożywanie alkoholu, palenie tytoniu czy używanie narkotyków. Zarówno projekt ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) z 2011 r., jak i badania HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) z 2010 r. potwierdzają, iż alkohol jest najczęściej stosowaną przez polską młodzież substancją psychoaktywną. Ponadto, wraz z wiekiem systematycznie zmniejsza się liczba nastoletnich abstynentów. Dane HBSC z 2010 r. dotyczące spożywania alkoholu w ostatnich 30 dniach przed badaniem przez 17-letnią młodzież wskazują, że ponad siedemdziesiąt procent osób piło alkohol w tym okresie, z czego upiło się ponad trzydzieści procent. Używanie alkoholu przez młodzież wywiera niekorzystny wpływ nie tylko na jej rozwój, ale i na zdrowie, relacje społeczne, a nawet przyszłą karierę zawodową. Może powodować znaczne szkody, nie tylko z perspektywy indywidualnej, ale i społecznej.

Słowa kluczowe: okres dojrzewania, zachowania ryzykowne, spożywanie alkoholu przez młodzież, konsekwencje spożywania alkoholu przez młodzież

Finansowanie/*Financial support.* Praca powstała w ramach działalności statutowej Katedry i Kliniki Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Konflikt interesów nie występuje. *Conflict of interest no declared.*

WPROWADZENIE

Stosowanie środków psychoaktywnych, konflikty z prawem, ucieczki z domu czy wczesne podejmowanie współżycia seksualnego to przykłady z szerokiego spektrum zachowań ryzykownych występujących w okresie dorastania. Wiele czynników składa się na przyczyny tych zjawisk i wynikają one z dojrzewania, okresu intensywnych przemian (psychicznych, fizycznych, społecznych), z chęci eksperymentowania, z wpływu rówieśników, a także z nieprawidłowych relacji z rodzicami (1–5).

Najczęściej stosowanym przez polską młodzież środkiem psychoaktywnym jest alkohol (6). Przeprowadzone badania wskazują, że większość uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych piła alkohol przynajmniej raz w życiu. Wraz z wiekiem zmniejsza się liczba uczniów, którzy nigdy nie próbowali alkoholu i tych, którzy nigdy się nie upili (7). Zjawisko to, jak wykazano, dotyczy zarówno dziewcząt, jak i chłopców.

Celem pracy jest analiza uwarunkowań, rozpowszechnienia (w Polsce oraz na świecie) i skutków zachowań ryzykownych podejmowanych przez nastoletnią młodzież na przykładzie spożywania alkoholu. Autorzy zakładają, że burzliwe przemiany w okresie dorastania oraz wpływ różnych czynników środowiskowych przyczyniają się do picia problemowego. Czy stanowi to jednak problem dla społeczeństwa? Jaki odsetek młodzieży spożywa alkohol i czy picie ma związek z płcią? Jak przedstawiają się wyniki dotyczące picia alkoholu przez młodzież w Polsce w porównaniu z wynikami młodzieży z innych krajów? Kolejnym ważnym zagadnieniem są odległe konsekwencje społeczne, mające odzwierciedlenie w przyszłej karierze zawodowej.

Zagadnienia dotyczące zachowań ryzykownych, w tym spożywania alkoholu przez młodzież, to zjawiska niezmiernie rozległe i stanowią obiekt zainteresowania wielu badaczy.

Autorzy dokonali przeglądu prac zarówno polskich, jak i zagranicznych. Korzystano z baz danych MEDLINE/PubMed oraz WEB OF KNOWLEDGE, zastosowano słowa klucze: *adolescence, adolescent alcohol use, adolescent alcohol abuse, alcohol and young people, teenage drinking, adolescent alcohol problems, adolescent alcohol brain, adolescent binge drinking, adolescent drinking and violence, unemployment and problem drinking, alcohol intoxication among adolescents*. Prace zostały opublikowane w latach 1991–2012. Dodatkowo odwołano się do dwóch pozycji pochodzących z wcześniejszego okresu, które wnoszą istotny wkład w rozwój zagadnienia zachowań ryzykownych u młodzieży.

W artykule uwzględniono prace, które – zdaniem autorów – stanowią rzetelny zbiór informacji o zagadnieniach dotyczących okresu dojrzewania, zachowań ryzykownych (charakterystyka, uwarunkowania, diagnostyka) oraz rozpowszechnienia, dostępności i skutków spożywania alkoholu przez młodzież. Analizę rozpowszechnienia zachowań ryzykownych przeprowadzono na podstawie wyników międzynarodowych badań ESPAD i HBSC, które umożliwiają ocenę picia alkoholu przez młodzież w Polsce i na świecie oraz porównywanie wyników z poszczególnych krajów na przestrzeni lat. Ponadto, omawiając zdrowotne skutki picia, w sposób szczególny

uwzględniono prace dotyczące wpływu alkoholu na OUN (ośrodkowy układ nerwowy). Odnosząc się do konsekwencji społecznych, przytoczono prace, które opisują wpływ spożywania alkoholu na wyniki w nauce i przyszłą pracę zawodową. Ponadto analizowano, jak spożywanie alkoholu wpływa na liczbę hospitalizacji młodzieży w stanie intoksykacji, przedstawiono wybrane badania europejskie prezentujące wyniki na przestrzeni wielu lat.

PICIE ALKOHOLU W ZESPOLE ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH

Aspekt rozwojowy

Okres dorastania, zwany też dojrzewaniem czy inaczej adolescencją, opisywany jest w literaturze w różnych przedziałach wiekowych (1, 2). W poniższej pracy przyjmujemy, że dojrzewanie przypada na wiek między 10 a 20 rokiem życia. Umownie uznaje się, że wiek 16–17 lat dzieli okres dorastania na wczesny i późny (1). W tym czasie zachodzą intensywne i burzliwe zmiany fizjologiczne, psychologiczne i społeczne, które wywierają olbrzymi wpływ na zachowanie dorastającego dziecka (2). Może pojawić się między innymi: silne napięcie, konflikty, negatywizm, krytykanctwo, poczucie niezrozumienia, bunt, a także podejmowanie nowych zachowań, tj. testowanie, eksperymentowanie, próbowanie, czyli działania, które mają zweryfikować własne możliwości i potrzeby (1). Wszelkie próby poszukiwania nowych doświadczeń są wynikiem skomplikowanego procesu mającego na celu zmanifestowanie niezależności i autonomii. Stanowią również naturalny fragment dorastania. Tylko dzięki takim próbom istnieje możliwość uzyskania cennych informacji dotyczących własnej osoby. Tego rodzaju zachowania podejmowane przez nastolatków pełnią ważną funkcję w ich życiu osobistym i społecznym. Często stają się narzędziami w uzyskiwaniu wymiernych celów, tj. szacunku i akceptacji wśród rówieśników, ustanawiania własnej niezależności, uwalniania się spod wpływów rodziców czy radzenia sobie z napięciem i frustracją. Stąd też podejmowanie przez osoby młodociane działań wychodzących poza określone normy jest charakterystyczne dla ich rozwoju psychospołecznego (8).

Zachowania problemowe a zachowania ryzykowne

O ile więc samo eksperymentowanie i poszukiwanie nowych doświadczeń z punktu widzenia rozwoju dziecka jest czymś „normalnym”, o tyle istnieje realne ryzyko, że zostanie przekroczona bezpieczna granica między tym, co uczące a tym, co niebezpieczne. W mediach bardzo często słyszymy o pijanych nastolatkach, łatwym dostępie do narkotyków, narastającej agresji wśród młodzieży oraz innych problemach, które w ciągu ostatnich lat wydają się coraz bardziej rozpowszechniać. Istnieje wiele niebezpiecznych zachowań podejmowanych szczególnie w okresie dojrzewania, np. używanie alkoholu, narkotyków, zachowania agresywne, antyspołeczne, łamanie zasad wynikających z przepisów prawnych, wczesne rozpoczęcie współżycia seksualnego,

zainteresowanie sektami, opuszczanie zajęć szkolnych (9–12). Określamy je mianem zachowań problemowych, czyli takich, „które są niezgodne z oczekiwaniami społecznymi, mają lub mogą mieć negatywne konsekwencje dla zdrowia, jak też naruszają normy społeczne i obyczajowe” (13: 16). Działania te stanowią więc odstępstwo od szeroko pojętej normy postępowania aprobowanych w tym przedziale wiekowym.

Profesor Richard Jessor z Uniwersytetu w Colorado jest twórcą Teorii Zachowań Problemowych (*Problem-Behavior Theory*) (8, 14, 15, 16). W jednej ze swoich prac mówi, że w klasycznym ujęciu epidemiologicznym pojęcie „ryzyka” miało w przeszłości charakter głównie biomedyczny i wiązało się z wpływem pewnych czynników na zachorowanie (8). Prowadzone przez niego badania wykazały, że uwarunkowania środowiskowe oraz podejmowanie zachowań ryzykownych wywiera olbrzymi wpływ na zdrowie. Jessor twierdzi również, że nie powinno się rozważać poszczególnych zachowań problemowych, takich jak picie alkoholu, palenie papierosów, oddzielnie, ale należałoby traktować je jako całość, ponieważ pełnią one *de facto* podobną funkcję (np. chęć usamodzielnienia się, budowania autonomii).

Obecnie w piśmiennictwie znacznie częściej stosowane jest określenie „zachowania ryzykowne” zamiast pojęcia „zachowania problemowe”. Ważniejsze bowiem, niż nieprzestrzeganie ogólnie przyjętych zasad postępowania, są negatywne konsekwencje zachowań ryzykownych dla zdrowia i rozwoju nastolatków (11). „Przez ryzyko określa się różne działania niosące negatywne konsekwencje zarówno dla zdrowia somatycznego, psychicznego, jak i społecznego” (17: 147). Na przykład, w badaniach Bobrowskiego i wsp. (18) stwierdzono, że 52% uczniów z klas pierwszych szkół gimnazjalnych w Warszawie, doświadczało zachowań problemowych, takich jak picie alkoholu, używanie narkotyków, przemoc, konflikty z prawem. Najczęstszym problemem występującym w badanej grupie była agresja, dotycząca przeważnie męskiej grupy ankietowanych. Występowanie zachowań problemowych wiązało się z pogorszeniem zdrowia psychicznego, m.in. z gorszym samopoczuciem i obniżeniem nastroju.

Przyczyny zachowań ryzykownych

Przegląd literatury dotyczącej czynników predysponujących do występowania zachowań ryzykownych wskazuje, iż nie ma jednolitego spojrzenia na to zjawisko. Według Ziółkowskiej czynniki predysponujące możemy podzielić na biologiczne (np. uwarunkowania genetyczne), psychologiczne (np. stres), społeczne (np. niski poziom życia w sferze socjalnej i ekonomicznej) i ekologiczne (np. niekorzystny wpływ środowiska naturalnego, niesprzyjające warunki naturalne) (19).

Z kolei przyczyny picia alkoholu przez młodzież Chassin i DeLucia (20) upatrują w kilku podanych niżej czynnikach.

- 1. Dostępność alkoholu** – ilość spożywanego alkoholu wiąże się bezpośrednio z jego dostępnością i ceną; okazuje się, że wzrost ceny alkoholu przez wprowadzenie akcyzy lub podwyższenie wieku legalnego zakupu powoduje spadek spożycia (21).

2. **Cechy rodziny** – zachowania o charakterze antyspołecznym oraz nadużywanie alkoholu przez rodziców zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia tych zachowań u dzieci (22–25), inne badania dowodzą, że kontrola rodzicielska pozytywnie wpływa na zmniejszenie podejmowania zachowań ryzykownych przez nastolatków (26, 27).
3. **Cechy indywidualne** – cechy osobowości związane ze spożywaniem alkoholu przez młodocianych to m.in. obniżona samokontrola, zachowania agresywne, impulsywność, niskie poczucie własnej wartości.
4. **Cechy środowiska rówieśniczego** – nastolatki pijące alkohol częściej zaprzyjaźniają się z pijącymi kolegami, co przyczynia się do nasilenia tego zachowania (i odwrotnie – młodzi ludzie, którzy nie piją mogą ulegać wpływom pijących rówieśników).
5. **Przekonania normatywne dotyczące alkoholu** – badania dowiodły, że 12- i 14-latkowie, których środowisko akceptowało spożywanie alkoholu, zaczęli pić wcześniej i szybciej zwiększali ilość wypijanego alkoholu, w porównaniu do rówieśników, w których środowisku picie alkoholu nie było akceptowane (28).
6. **Oczekiwania wobec efektów działania alkoholu** – spodziewanie się wystąpienia pozytywnych efektów picia alkoholu sprzyja jego konsumpcji, obecność bardzo nasilonych pozytywnych oczekiwań wobec efektów działania alkoholu prowadzi do zwiększenia ilości wypijanego alkoholu oraz wzrostu częstości picia (29).

Amerykańscy naukowcy, O'Malley, Johnston i Bachman z ośrodka w Michigan, opierając się na wynikach badań MTF (*Monitoring the Future*), wymieniają różne powody, dla których młodzież sięga po alkohol, m.in. picie „w celach towarzyskich” (zaobserwowano zależność między spędzaniem wieczorów poza domem a konsumpcją alkoholu), potrzebę spróbowania alkoholu ze względu na smak, chęć poprawy swojego samopoczucia, odurzenia się czy zrelaksowania (30). Widać wyraźnie, że pijąca młodzież skupia się głównie na przyjemnościach związanych ze spożywaniem alkoholu. Zdecydowanie mniej z nich pije, aby uporać się z problemami czy z negatywnymi emocjami, takimi jak gniew (30).

Stosowanie substancji psychoaktywnych w ujęciu ICD-10 i DSM-IV

Pisząc o problematyce zachowań ryzykownych wśród młodzieży należy zapoznać się z kryteriami podziału zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu. W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 znajdujemy „używanie szkodliwe” i „zespół uzależnienia”, z kolei w amerykańskiej DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) – „nadużywanie alkoholu” i „uzależnienie”. Należy jednak zwrócić uwagę, iż ani kryteria diagnostyczne ICD-10, ani DSM-IV nie różnicują zaburzeń związanych ze stosowaniem środków psychoaktywnych (takich jak alkohol czy narkotyki) na zaburzenia dorosłych i dzieci. Oznacza to, że obie grupy obowiązują te same kryteria diagnostyczne. Ponadto kryteria diagnostyczne DSM-IV, dotyczące zaburzeń związanych z używaniem alkoholu opierają

się przede wszystkim na badaniach osób dorosłych (31). Taka sytuacja rodzi niepewność, w jakim stopniu te kryteria są trafne u dzieci.

Interesujących informacji dostarczyło badanie Lewinsohna i wsp. przeprowadzone na 1507 uczniach w wieku 14–18 lat, oceniające objawy i rozpoznania związane z używaniem alkoholu (32). Okazuje się, że najczęstsze były objawy uzależnienia (a nie nadużywania), tj. wzrost tolerancji, utrata kontroli nad piciem (picie w większych ilościach lub dłużej niż było zamierzone), ograniczenie innych form aktywności na rzecz picia. Znacznie rzadziej obserwowano objawy uzależnienia stosunkowo często występujące u dorosłych, tj. zespół abstynencyjny i inne problemy zdrowotne oraz problemy związane z nadużywaniem alkoholu, np. wchodzenie w konflikty z prawem. Bardzo podobne wnioski dotyczące najczęstszych objawów uzależnienia u młodzieży (wzrost tolerancji, utrata kontroli nad piciem, utrata innych zainteresowań na rzecz picia) przytacza Martin i wsp. (33). Ponadto piszą oni o pięciu często występujących objawach, które nie zostały zawarte w DSM-IV, o palimpsestach, utracie przytomności, ryzykownych zachowaniach seksualnych, głodzie alkoholowym i pogorszeniu osiągnięć w nauce.

Na powyższych przykładach widać, że rozpoznawanie problemów alkoholowych u młodzieży na podstawie kryteriów DSM-IV nie jest do końca trafne. O ile u dorosłych stosunkowo często obserwujemy zespoły abstynencyjne oraz problemy zdrowotne wynikające z wieloletniego picia alkoholu, o tyle nie są one często spotykane u dzieci. Kolejnym ograniczeniem klasyfikacji DSM-IV są tzw. „sieroty diagnostyczne”, czyli te osoby, u których nie można rozpoznać pełnoobjawowych zaburzeń związanych z piciem alkoholu, ponieważ występują u nich pojedyncze objawy (34).

WYNIKI WYBRANYCH BADAŃ O ZASIĘGU MIĘDZYNARODOWYM

Zachowania ryzykowne w badaniach HBSC

Używanie alkoholu przez młodzież stanowi przedmiot zainteresowania badaczy na całym świecie. W 1982 roku naukowcy z Finlandii, Norwegii i Anglii zapoczątkowali badania ankietowe „Zachowania Zdrowotne wśród Młodzieży Szkolnej” (*The Health Behaviour in School-Aged Children*, HBSC) (7). Początkowo zbierane informacje dotyczyły częstości i uwarunkowań palenia tytoniu wśród młodzieży szkolnej. Projekt badawczy zainicjowany w Europie został wkrótce przyjęty przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). W latach 1983/1984 przeprowadzono pierwsze międzynarodowe badanie ankietowe HBSC, następne w latach 1985/1986, a kolejne powtarzają się cyklicznie co 4 lata (<http://www.hbsc.org/>). Lista krajów uczestniczących w tym projekcie systematycznie się wydłuża. Obecnie badania ankietowe HBSC przeprowadzane są w 43 krajach, takich jak USA, Kanada, Rosja oraz w licznych państwach europejskich.

Na przestrzeni prawie trzydziestu lat zakres analizowanych zjawisk systematycznie się zmieniał. Narzędziem badawczym jest – tłumaczony i adaptowany przez kraje

członkowskie – międzynarodowy, standardowy kwestionariusz HBSC. Obecnie pytania zadawane młodzieży dotyczą nie tylko zdrowia i zachowań zdrowotnych, ale również czynników, które na nie wpływają. Badanie obejmuje trzy grupy wiekowe: jedenasto-, trzynasto- i piętnastolatków. Wiek uczniów w Polsce odpowiada kolejno V klasie szkoły podstawowej, I i III klasie gimnazjum. W 2010 roku w Polsce dodatkowo badano poza protokołem populację siedemnastolatków (II klasa ponadgimnazjalna). Stworzenie ujednoczonego protokołu badań oraz kwestionariusza pozwala na porównywanie wyników na przestrzeni lat w wielu krajach. Daje to możliwość rzetelnego i powtarzalnego zestawiania wyników w czasie. Polska przystąpiła do międzynarodowego badania HBSC w roku 1990 i systematycznie uczestniczy w nim co cztery lata. Ostatnia tura badań odbyła się w 2010 roku.

W czterech seriach badań przeprowadzonych w Polsce w latach 1990–2002 udział wzięło od 1540 do 2152 piętnastoletnich uczniów (35). We wszystkich seriach badań oceniano upijanie się młodzieży, zadając następujące pytanie: „Czy wypiliśmy kiedykolwiek tak dużo alkoholu, że czułeś się naprawdę pijany?” (35: 32). Uzyskane wyniki wskazują na systematyczny wzrost często upijających się piętnastolatków (4 i więcej razy w życiu) (z 6,7% w 1990 roku do 14,5% w 2002 r.). Od roku 1990 do 2002 odsetek często upijających się chłopców wzrósł dwukrotnie (z 10% do 20,7%), a dziewcząt ponad trzykrotnie (z 2,8% do 8,8%).

Badanie HBSC w 2006 roku objęło 5489 uczniów pochodzących głównie z miast (62,7% populacji ogólnej); chłopcy stanowili 48,2% populacji (36). Wyniki wykazały, że ponad 90% piętnastolatków próbowało alkoholu, a połowa z nich upiła się przynajmniej raz w życiu. Prawie co dziesiąty uczeń trzeciej klasy gimnazjum upił się ponad 10 razy w życiu. Prawie połowa piętnastolatków (49,1%) piła w okresie 30 dni przed badaniem. Ponad osiemdziesiąt procent badanych piło w ostatnich dwunastu miesiącach, z czego upiła się prawie połowa. Co dziesiąty trzecioklasista z gimnazjum spożywał alkohol ponad 40 razy w czasie ostatniego roku.

W badaniu HBSC przeprowadzonym w Polsce w 2010 roku wzięła udział młodzież ze 152 szkół z ośmiu polskich województw (7). Łącznie do badania zakwalifikowano 6162 osoby, z czego 48,1% stanowili chłopcy. Większość badanych pochodziła z miast (63,3%). Analiza uzyskanych danych pokazała, że ponad połowa piętnastolatków (51%) deklarowała, że piła alkohol w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem. W porównaniu do badań HBSC sprzed czterech lat wzrósł odsetek uczniów III klasy gimnazjum, które upiły się w czasie 30 dni przed badaniem. Dane dotyczące spożywania alkoholu przez 17-letnią młodzież w ostatnich 30 dniach przed badaniem wskazują, że ponad siedemdziesiąt procent z nich piło alkohol w tym okresie, z czego upiło się ponad trzydzieści procent osób.

W badaniu HBSC z 2010 roku oceniano również rozpowszechnienie wczesnego (wiek 13 lat i mniej) upijania się piętnastoletniej młodzieży (37). Polska z wynikiem 5% dziewcząt i 13% chłopców znalazła się poniżej średniej HBSC, która wyniosła 12% dla dziewczynek i 16% dla chłopców. Ponadto wg badania HBSC z 2010 roku, wraz z wiekiem znacznie wzrasta odsetek nastolatków, którzy upili się przynajmniej dwukrotnie w życiu. Powyższe zjawisko widoczne było zarówno w grupie chłopców,

jak i dziewcząt. Wyniki dla Polski były zbliżone do średniej HBSC (29% dziewczyn i 34% chłopców) i wyniosły 27% dziewcząt i 35% chłopców.

Badanie HBSC stanowi niezwykle cenne źródło informacji, z którego czerpią liczni badacze (38, 39, 40). Wyniki HBSC z lat 1997/1998 oraz 2005/2006 umożliwiły Kuntsche i wsp. ocenę częstości upijania się ponad siedemdziesięciu tysięcy piętnastoletnich uczniów z 23 krajów (38). Państwa biorące udział w badaniu podzielono z uwagi na uwarunkowania kulturowe (w tym ekonomiczne i polityczne) na dwie grupy: kraje Europy Wschodniej oraz Zachodniej z Ameryką Północną. We wszystkich siedmiu krajach Europy Wschodniej (Czechy, Estonia, Węgry, Litwa, Łotwa, Polska, Rosja) zaobserwowano wzrost średniej częstości upijania się o ok. 40%. Analiza wyników wykazała, że różnice kulturowe w częstości upijania się piętnastolatków, które były bardzo widoczne w okresie 1997/1998 zmniejszyły się w kolejnych latach (2005/2006). Autorzy dowodzą, że wynika to ze wzrostu częstości upijania się piętnastolatków z krajów Europy Wschodniej (zarówno chłopców, jak i dziewczynek) przy jednoczesnym spadku w krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej (szczególnie chłopców). Kuntsche i wsp. wnioskują, że przyczyniły się do tego polityczne zmiany (w tym otwarcie granic), które miały miejsce w latach 90. ubiegłego wieku w krajach Europy Wschodniej.

Zachowania ryzykowne w badaniach ESPAD

Od 1995 roku Polska stała się członkiem europejskiego programu badawczego *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD). Celem projektu ESPAD jest cykliczne prowadzenie badań ankietowych dotyczących używania substancji psychoaktywnych, a grupą badaną – młodzież, która w chwili wypełniania ankiety ma piętnaście lub szesnaście lat (<http://www.espad.org>). W Polsce w 2007 roku i w 2011 dodatkowo badano osoby w wieku siedemnastu i osiemnastu lat (6, 41). Narzędzie badawcze – przetłumaczona na język polski ankieta ESPAD – zawiera zarówno pytania obowiązkowe, jak i dodatkowe (42, 43). Projekt ESPAD co 4 lata dostarcza dane umożliwiające monitorowanie i porównywanie trendów w używaniu środków psychoaktywnych. Liczba krajów europejskich biorących udział w projekcie systematycznie wzrasta (6). W 1995 roku było ich 26, a w 2011 roku badanie przeprowadzono już w 39 krajach (opublikowane wyniki obejmują 36) (6, 43). Założeniem ostatniej edycji ESPAD było włączenie do badania w każdym kraju przynajmniej 1200 dziewcząt i 1200 chłopców. Łącznie zakwalifikowano do projektu ponad 100.000 uczniów z 36 krajów.

Najnowsza edycja badań ESPAD została przeprowadzona w roku 2011. Wyniki wykazały, że prawie we wszystkich krajach biorących udział w projekcie (poza Islandią) przynajmniej 70% uczniów piło alkohol co najmniej raz w życiu, a średnia wyniosła 87% (43). Ponadto 79% uczniów piło alkohol w czasie dwunastu miesięcy przed badaniem, a 57% – trzydziestu dni przed badaniem. Śledząc wyniki ostatnich trzech edycji badań ESPAD (2003, 2007, 2011) można zaobserwować niewielki spadek konsumpcji alkoholu, należy jednak pamiętać o znacznych różnicach między wynikami

w poszczególnych krajach. Polska z wynikiem 78% rozpoczyna listę krajów, które uzyskały wynik poniżej średniej, czyli 79%. Analiza spożywania alkoholu w ostatnich 30 dniach wykazała, że wyniki są podobne do tych z poprzednich pomiarów. Polska uzyskała wynik 57%, stanowiący średnią spożycia alkoholu w ostatnich 30 dniach. Ponadto średnie wartości spożycia alkoholu w ciągu całego życia, w okresie ostatnich 12 miesięcy i 30 dni przed badaniem (w poszczególnych krajach) są niemal takie same dla chłopców i dla dziewcząt. Jednakże tam, gdzie pojawiają się różnice, prawie zawsze związane jest to ze wzrostem konsumpcji w grupie chłopców. Interesujące zmiany zaobserwowano w kontekście danych dotyczących intensywnego upijania się (*binge drinking/heavy episodic drinking*). W ostatnich latach stwierdzono systematyczny wzrost tego zjawiska, zwłaszcza w grupie dziewcząt. W 1995 roku nadużywało alkoholu 29% dziewczyn, a w 2007 roku – aż 41%. Wśród chłopców wyniki na przestrzeni lat wydają się nieco bardziej zrównoważone. W 1995 roku wyniosły 41%, w 2007 – 45%, a ostatnio odnotowano niewielki spadek do 43%. Powyższe zmiany ponownie wskazują, że systematycznie zacierają się różnice między upijaniem się chłopców i dziewczyn. W 2011 roku badano również problemy wynikające z picia alkoholu przez młodzież w ostatnich 12 miesiącach przed badaniem. Najczęściej notowano złe wyniki w szkole lub pracy oraz poważne konflikty z rodzicami lub znajomymi.

W ostatniej edycji badań ESPAD z 2011 roku w Polsce udział wzięła młodzież z 333 klas szkół gimnazjalnych oraz 342 klas szkół ponadgimnazjalnych (6). W młodszej grupie wiekowej próba ważona wyniosła 2623 piętnasto- i szesnastolatków (51% dziewcząt, 49% chłopców), a w starszej grupie wiekowej 2693 siedemnasto- i osiemnastolatków (51,7% chłopców, 48,3% dziewcząt). Te badania wskazują, że znaczna większość uczniów zarówno trzecich klas gimnazjum (87,3%), jak i drugich klas ponadgimnazjalnych (95,2%) piła już alkohol. W grupie młodszych uczniów zaobserwowano jednak najniższy wynik w historii badań ESPAD. Najwyższy w tym przedziale wiekowym odnotowano w 1995 roku (92,8%). W grupie starszych uczniów najwyższe wyniki (powyżej 96%) odnotowano w pierwszych trzech edycjach badania. W 2007 roku zaobserwowano spadek do 94,8%. Wyniki z 2011 roku świadczą o powolnej stabilizacji powyższego zjawiska. Należy zauważyć, że jeśli chodzi o spożywanie alkoholu kiedykolwiek w życiu, to wyniki między dziewczynkami a chłopcami nie różnią się znacznie.

Analizując bardziej szczegółowo spożywanie alkoholu przez młodzież widzimy, że w ostatnich dwunastu miesiącach przed badaniem piło go aż 91,6% starszych i 78,3% młodszych uczniów. W badaniu ESPAD z 2011 r. zaobserwowano u piętnasto- i szesnastolatków (młodszych uczniów) stabilizację wyników dotyczących tego okresu. Stabilizacja poprzedzona była wzrostem od 1995 do 2003 roku i spadkiem w 2007 roku. Również wśród siedemnasto- i osiemnastolatków (starszych uczniów) stwierdzono stabilizację. W pierwszych dwóch edycjach badania odnotowano wzrost, następnie od 2003 roku początkowo nieznaczny, potem bardziej wyraźny spadek konsumpcji.

Wyniki badania ESPAD z 2011 roku dostarczyły informacji dotyczącej spożywania alkoholu w ciągu 30 dni przed badaniem. Wśród uczniów III klas szkół gimnazjalnych

uzyskano wynik 57,6%, a II klas ponadgimnazjalnych – 80,4%. Zestawienie wyników z poprzednimi (z 2007 roku) wskazują na ich stabilizację, co widoczne jest zarówno w młodszej, jak i w starszej grupie wiekowej. Uczniowie trzeciej klasy gimnazjum piją jednorazowo od 0,5 do 1 litra piwa (29,2% osób) lub mniej niż 0,51 (22,3%). Starsi uczniowie piją najczęściej od 0,5 do 1 litra piwa (37,3% osób). Zjawisko upijania się częściej dotyczy chłopców. Warto zauważyć, że od 1995 roku obserwujemy w grupie piętnasto- i szesnastolatków systematyczny spadek odsetka uczniów potwierdzających upicie się kiedykolwiek w życiu. Wyniki ESPAD z 2011 r. wykazały, że przynajmniej raz w życiu upiło się 48,6% młodszych i 70,3% starszych uczniów. Odsetek upijających się siedemnasto- i osiemnastolatków obecnie jest najniższy spośród wszystkich edycji badania.

Uczniowie zapytani o konsekwencje spożywania alkoholu podkreślają pozytywne efekty jego działania, takie jak poczucie odprężenia, zadowolenia, zapomnienia o problemach, towarzyskość, lepsza zabawa. Powyższe zjawisko obserwujemy w obu grupach wiekowych. Konsekwencje negatywne wymieniane są zdecydowanie rzadziej. Analiza negatywnych konsekwencji picia alkoholu przez gimnazjalistów i uczniów szkół ponadgimnazjalnych wykazała, że najczęstszymi z nich były problemy z rodzicami, gorsze wyniki w nauce, bójkę, konflikty z przyjaciółmi. Wyniki w poszczególnych grupach wiekowych różniły się pod względem ich rozpowszechnienia, np. w młodszej grupie wiekowej na pierwszym miejscu znalazły się problemy z rodzicami, a w starszej – gorsze wyniki w nauce. Należy zauważyć, że na piątym miejscu u siedemnasto- i osiemnastolatków znalazł się seks bez zabezpieczenia, a u gimnazjalistów – wypadki lub uszkodzenia ciała.

DOSTĘPNOŚĆ ALKOHOLU I SKUTKI PICIA

Wyniki badań HBSC i ESPAD potwierdzają, że pomimo jednoznacznych zapisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, na przestrzeni ponad dwudziestu lat w Polsce nadal istnieje problem spożywania alkoholu przez młodzież. W badaniu ankietowym ESPAD przeprowadzonym w 2011 roku zapytano uczniów III klas gimnazjalnych (15/16-latków), jak oceniają dostępność napojów alkoholowych (6). Znaczna część ankietowanych przyznała, że bardzo łatwo jest zdobyć nie tylko piwo (49,3% respondentów), ale też wino (39,5%) i wódkę (33,4%). Wyniki w grupie uczniów starszych (17/18-latków) były, jak można się było spodziewać, znacznie wyższe. Jedynie 3% uczniów młodszych i 1,2% starszych uznało zakup piwa za niemożliwy. Jednakże należy zauważyć, że od 1995 do 2011 roku w grupie piętnasto- i szesnastolatków obserwujemy systematyczny spadek odsetka osób deklarujących dostęp do piwa i wina jako „bardzo łatwy”. W tym przedziale wiekowym od 1995 do 2003 roku widoczny był wzrost dostępności wódki, a od 2007 roku obserwujemy jego spadek. W starszej grupie wiekowej siedemnasto- i osiemnastolatków obserwujemy od 2007 roku stały spadek dostępności piwa, wina i wódki. W poprzednich latach, aż do 2003 roku, dostępność powyższych alkoholi wzrastała. Na podsta-

wie powyższych danych można sądzić, że nadal istnieje poważny problem w polskim społeczeństwie związany z łatwym dostępem młodzieży do alkoholu. Jednakże analiza wyników z poprzednich lat pozwala stwierdzić, że obecnie obserwujemy zmniejszanie się rozpowszechnienia powyższego zjawiska, co może być wynikiem prowadzonych kampanii edukacyjnych i profilaktycznych.

Następstwa picia alkoholu przez nieletnich

Picie alkoholu przez młodzież pozostaje nadal nierozwiązanym problemem, który niesie ze sobą odległe konsekwencje, nie tylko zdrowotne, ale również społeczne i ekonomiczne. Negatywne następstwa picia to problemy zdrowotne, konflikty z prawem, wypadki, urazy, podejmowanie innych zachowań ryzykownych, takich jak wczesne współżycie seksualne, problemy w nauce, nieukończenie szkoły, a w przyszłości – trudności w znalezieniu i utrzymaniu pracy. Alkohol może znacznie utrudniać prawidłowy rozwój fizyczny i psychiczny nastolatków, a także niekorzystnie wpływać na ich przyszłość.

Konsekwencje zdrowotne. Liczne badania naukowe potwierdzają, że alkohol niekorzystnie wpływa na rozwijający się mózg. Długotrwały proces różnicowania się komórek ośrodkowego układu nerwowego – co warto przypomnieć – trwa nieprzerwanie do drugiej dekady życia i polega na „specjalizacji neuronów oraz tworzonych przez nie struktur i połączeń” (44: 225). Okres dorastania jest czasem, w którym mózg podlega dynamicznym zmianom, mającym na celu usprawnienie funkcji ośrodkowego układu nerwowego (45, 46). Dojrzewające połączenia pomiędzy różnymi okolicami mózgu umożliwiają zwiększenie komunikacji neuronalnej i pozwalają tym samym na lepszą integrację ośrodkowego układu nerwowego (46). Guerri i Pascual podkreślają, że dotychczasowe badania w sposób bezsporny dowodzą, iż spożywanie alkoholu przez młodzież wywiera niezwykle negatywny wpływ na strukturę i funkcję ośrodkowego układu nerwowego (46). Przytaczają dowody świadczące o wrażliwości młodego mózgu, a zwłaszcza układu nagrody, na alkohol i tym samym o niebezpieczeństwie związanym z podatnością na uzależnienie.

Alfonso-Loeches i wsp. piszą, że kora przedczołowa, hipokamp, mózdzek, substancja biała mózgu oraz komórki glijowe są szczególnie wrażliwe na działanie etanolu (47). Podczas ontogenezy (rozwoju osobniczego) alkohol powoduje nieodwracalne zmiany w samej strukturze mózgu, jak również zakłóca procesy komórkowe, neurochemiczne i molekularne. Intensywne picie alkoholu w okresie dojrzewania może mieć nie tylko znacząco negatywny wpływ na strukturę i funkcję ośrodkowego układu nerwowego, ale także powodować długo- i krótkotrwałe konsekwencje poznawcze i behawioralne. Jak dodają Guerri i wsp. jest to związane między innymi z przerwaniem prawidłowego procesu dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego przez narażenie struktury mózgu na szkodliwe działanie etanolu (46).

Squeglia i wsp. również uważają, że intensywne picie alkoholu (*binge drinking*) negatywnie wpływa na funkcje poznawcze, zwłaszcza na przestrzenną pamięć operacyjną

(*spatial working memory*) (48). Autorzy opisują badanie, w którym udział wzięła młodzież w wieku od 16 do 19 lat intensywnie pijąca alkohol i młodzież z grupy kontrolnej. Uczestnicy badania odpowiadali na pytania dotyczące spożywania środków psychoaktywnych, rozwiązywali testy neuropsychologiczne oraz wykonywali test oceniający przestrzenną pamięć operacyjną, będąc pod kontrolą rezonansu magnetycznego. Wykazano, że intensywne spożywanie alkoholu przez dziewczęta wpływa na pogorszenie funkcji poznawczych, takich jak operacyjna pamięć przestrzenna i utrzymanie uwagi. U chłopców nie zaobserwowano powyższej zależności. Squeglia i wsp. sugerują, że dziewczęta intensywnie pijące alkohol mogą być bardziej narażone, niż chłopcy, na toksyczny wpływ alkoholu na mózg.

Tapert i wsp. twierdzą, że intensywne i długotrwałe spożywanie alkoholu przez nastoletnią młodzież wiąże się z jego szkodliwym wpływem na mózg, przez zakłócenie prawidłowego rozwoju OUN oraz na funkcje poznawcze (49). Zdaniem autorów szczególnie wrażliwy na uszkodzenia jest hipokamp. Tezę tę potwierdzają Brown i wsp. (50), którzy badali 33 uzależnionych od alkoholu piętnasto- i szesnastolatków oraz 24-osobową grupę kontrolną. Po trzytygodniowym okresie abstynencji badani wypełniali test neuropsychologiczny. Wyniki młodzieży pijącej alkohol wypadły gorzej, niż młodzieży niepijącej, w ocenie pamięci werbalnej i niewerbalnej.

De Bellis i wsp. również piszą o niekorzystnym wpływie alkoholu na hipokamp, który odpowiedzialny jest w głównej mierze za pamięć (51). Naukowcy badali objętość tej struktury u pijącej problemowo (AUD – *Alcohol Use Disorders* definiowane przez DSM-IV jako używanie i nadużywanie alkoholu) i niepijącej młodzieży za pomocą rezonansu magnetycznego. Wyniki wskazują, iż zarówno prawy, jak i lewy hipokamp jest mniejszy u nastolatków uzależnionych lub pijących intensywnie, w porównaniu do grupy kontrolnej. Autorzy zauważyli również, że im wcześniej rozpoczyna się oraz im dłużej trwa szkodliwe spożywanie alkoholu, tym mniejszy staje się hipokamp.

Szereg badań potwierdza szkodliwy wpływ alkoholu na funkcje OUN. W literaturze można spotkać się z terminem „przedwczesnego starzenia się mózgu”. Sanhueza i wsp. przychylają się do tego stwierdzenia (52). Badali oni 91 osób podzielonych na cztery grupy, trzy z tych grup stanowiły osoby młode (średnia wieku 19 lat) nadużywające alkoholu, pijące w sposób umiarkowany oraz te, które nigdy nie piły alkoholu. Czwarta grupa to osoby starsze (średnia wieku 70), niepijące, bez znaczących zaburzeń funkcji poznawczych. Stwierdzono występowanie podobnych zaburzeń funkcji poznawczych (zwłaszcza wykonawczych) u pijących nastolatków i u osób starszych.

Squeglia i wsp. wykazali w swojej pracy, że intensywne picie alkoholu (*binge drinking*) w zróżnicowany sposób wpływa na grubość kory mózgu u nastoletnich dziewcząt i chłopców (53). Autorzy piszą, że spożywanie alkoholu przez młodzież może zakłócać prawidłowy rozwój mózgu, a płeć żeńska jest w szczególności narażona. Za pomocą rezonansu magnetycznego badali grubość kory mózgowej u chłopców i dziewcząt intensywnie pijących alkohol oraz u młodzieży z dwóch grup kontrolnych. Jak wynikało z badań, istnieje związek pomiędzy intensywnym picciem a zmianami w okolicach lewego płata czołowego. W porównaniu do niepijącej grupy

kontrolnej, dziewczynki pijące alkohol miały o ok. 8% **grubszą** korę, co wiązało się z pogorszeniem funkcji wzrokowo-przestrzennych, zaburzeniami uwagi oraz większą impulsywnością. Co zaskakujące, chłopcy pijący intensywnie mieli z kolei **cieńszą** korę w tych okolicach o ok. 7%, w porównaniu z grupą kontrolną, co korelowało z pogorszeniem uwagi. Zagadnienie związków pomiędzy płcią, piciem alkoholu a strukturą istoty szarej pozostaje ciągle niewyjaśnione i wymaga dalszych badań.

Rohde i wsp. zbadali 1507 nastolatków między 14 a 18 rokiem życia podzielonych na kilka grup: abstynentów, osoby eksperymentujące z alkoholem, pijące w towarzystwie, pijące problemowo, nadużywające lub uzależnione od alkoholu (54). Okazało się, że młodzież, która pije duże ilości alkoholu narażona jest na większe ryzyko występowania depresji, zaburzeń zachowania, zaburzeń związanych ze stosowaniem narkotyków oraz codziennego palenia papierosów.

Następstwa społeczne. Nie należy zapominać, że picie alkoholu przez nastoletnią młodzież ma również wymierne konsekwencje społeczne. Green i wsp. wyraźnie wskazują, że częste picie alkoholu (więcej niż 20 razy przed 16 rokiem życia) wiąże się ze zwiększonym ryzykiem stosowania przemocy fizycznej, a zwłaszcza napaści przez młodych na dorosłych (55). Wyniki świadczą o tym, iż zapobieganie częstemu picu u młodzieży mogłyby się przyczynić do zmniejszenia zachowań przestępczych. Praca Xue i wsp. potwierdza powyższą tezę (56). Autorzy zauważają zależności pomiędzy przemocą a używaniem alkoholu w populacji Afroamerykanów. Okazuje się, że wczesne zachowania agresywne sprzyjają późniejszemu picu alkoholu, a wczesne picie alkoholu sprzyja późniejszemu stosowaniu przemocy. We wnioskach tego badania autorzy sugerują, iż redukcja jednego z powyższych czynników korzystnie wpływa na ograniczenie ryzyka drugiego. Ponadto, nastoletnia młodzież używająca alkoholu jest dwukrotnie bardziej narażona na udział w bójkach lub noszenie broni niż ich niepijący rówieśnicy (57).

Kolejnym ważnym aspektem spożywania alkoholu przez młodzież są konsekwencje dotyczące sfery zawodowej. Badania bezspornie dowodzą, iż picie alkoholu w młodym wieku wpływa na pogorszenie funkcji poznawczych, a to z kolei znajduje odzwierciedlenie zarówno w wynikach nauki szkolnej, jak i w dalszej karierze. W różnych pracach (58, 59) wykazano, że nadużywanie alkoholu przez nastoletnią młodzież ma niekorzystny wpływ na ich pracę zawodową. Osoby, które doświadczają problemów alkoholowych przed 18 rokiem życia mają niższe wykształcenie i większe prawdopodobieństwo otrzymywania niższych zarobków w przyszłości, w porównaniu z rówieśnikami, którzy nie mają tego typu problemów. Ponadto picie problemowe wiąże się z ograniczeniami na rynku pracy, a przede wszystkim z większym ryzykiem bezrobocia (59).

Hospitalizacje młodzieży w stanie intoksykacji alkoholem – jako przykład konsekwencji ekonomicznych. Nadmierne picie alkoholu nie jest jedynie problemem indywidualnym poszczególnych nastolatków, ale również obciążeniem ekonomicznym dla państwa. Co roku przybywa młodych pacjentów hospitalizowanych

z powodu zatrucia alkoholowego. Narastającą tendencję opisują autorzy w licznych publikacjach z całej Europy (60–63). Tylko do jednego z niemieckich szpitali w Niemczech (Lipsk) w latach 1998–2004 trafiło 173 dzieci będących pod wpływem alkoholu, z czego aż sześćdziesięcioro dwoje było nieprzytomnych (60). Retrospektywne badania przeprowadzone w Chorwacji oceniały zmieniający się okresie 10 lat (1997–2007) trend w hospitalizacji dzieci będących pod wpływem alkoholu poniżej 18 roku życia (62). Zdecydowaną większość przypadków (82%) stanowiła młodzież w przedziale wiekowym między czternastym a osiemnastym rokiem życia. Autorzy zanotowali zwiększenie liczby hospitalizacji zarówno chłopców, jak i dziewcząt. Analiza retrospektywna przeprowadzona na Słowacji (63) w latach 1996–2005 uwiarydociła podobne tendencje, jak w Chorwacji i Niemczech. Kuzelová i wsp. podają, że z roku na rok zwiększa się liczba hospitalizacji nietrzeźwych nastolatków poniżej 18 roku życia (63).

Przykłady te odzwierciedlają nasilenie problemu, jakim jest nadmierne używanie alkoholu przez młodzież, a następstwa tego zachowania w odczuwalny sposób obciążają budżety poszczególnych państw. W 2008 roku przeprowadzono w Stanach Zjednoczonych badanie, podczas którego oszacowano, że roczny koszt hospitalizacji młodzieży w stanie zatrucia alkoholem wyniósł 755 milionów dolarów (64). O’Keeffe i wsp. również piszą, że leczenie osób będących pod wpływem alkoholu wiąże się z generowaniem wyższych kosztów opieki medycznej, niż osób trzeźwych (65).

PODSUMOWANIE

Picie alkoholu przez młodzież to wynik nakładających się czynników interpersonalnych i środowiskowych, takich jak postawy rodziców i rówieśników wobec konsumpcji alkoholu, przyzwolenie społeczne czy ceny alkoholu (20, 40). Nie pomaga również pozytywne nastawienie młodzieży wobec działania alkoholu, które niestety nie zmienia się w ostatnich latach (6). Pozytywne oczekiwania wobec alkoholu, a także deklarowana przez młodzież łatwa jego dostępność (mimo tendencji spadkowej) sprawia, że od lat utrzymują się wysokie odsetki osób pijących.

Ponadto obserwujemy zmniejszanie się wyraźnych w przeszłości różnic w picu między poszczególnymi krajami Europy, co może wynikać ze zmian systemowych, politycznych i ekonomicznych (38). W Polsce, w porównaniu do poprzednich lat, nastąpiła stabilizacja w zakresie picia alkoholu w ostatnich 12 miesiącach i 30 dniach przed badaniem (6). W porównaniu do innych krajów europejskich, Polska nie charakteryzuje się najwyższym rozpowszechnieniem używania alkoholu (43). Wyniki ostatnich badań HBSC i ESPAD dla Polski różnią się między sobą pod względem spożywania alkoholu w ostatnich 30 dniach (6, 7). Należy jednak zauważyć, że badanie HBSC było realizowane na początku 2010 roku, a ESPAD w maju i czerwcu (2011 roku). Miesiące letnie sprzyjają spożywaniu alkoholu, co znalazło odzwierciedlenie w wynikach dotyczących picia w ostatnich 30 dniach przed badaniem. Wyniki ESPAD są tu nieco wyższe niż HBSC.

Analiza wyników pozwala stwierdzić, że picie alkoholu wśród chłopców jest bardziej rozpowszechnione, od kilku lat obserwuje się jednak stopniowe zacieranie się różnic pod względem płci (38, 39). Szczególnie niepokojące jest zjawisko wzrostu intensywnego upijania się w grupie dziewcząt. Poprzez powstające programy i kampanie edukacyjne należałoby skierować szczególną uwagę na zagrożenia, wynikające z picia alkoholu przez dziewczęta.

Artykuł powstał na podstawie analizy dwóch cyklicznych badań o międzynarodowym zasięgu (HBSC i ESPAD), ich zaletą to duża liczba uczestników oraz możliwość śledzenia dynamiki zmian w zakresie picia alkoholu wśród młodzieży. Z uwagi jednak na ich ankietowy charakter, powyższe badania pozbawione są obiektywnej oceny wiarygodności odpowiedzi. Artykuł zawiera także przegląd licznych polskich i zagranicznych publikacji z zakresu używania alkoholu przez młodzież. Ze względu na bardzo rozległą problematykę powyższego zjawiska, autorzy zmuszeni byli dokonać selekcji zagadnień ujętych w powyższej pracy. Nie zostały poruszone zagadnienia dotyczące przeciwdziałania konsumpcji alkoholu (kampanie profilaktyczno-edukacyjne) i omówiono tylko niektóre konsekwencje zdrowotne picia. Dokonano też jedynie pobieżnego przedstawienia następstw społecznych i ekonomicznych (tych ostatnich na przykładzie hospitalizacji młodzieży z powodu intoksykacji alkoholem), te zagadnienia mogą bowiem stanowić przedmiot oddzielnych prac. Zaprezentowany tu przegląd piśmiennictwa z pewnością nie porusza wszystkich aspektów picia alkoholu przez młodzież, przybliży jednak czytelnikowi najważniejsze problemy z tym związane.

PIŚMIENNICTWO/REFERENCES

1. Bardziejewska M (2005) Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków? W: Brzezińska AI (red.) *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 345–377.
2. Obuchowska I (2005) Adolescencja. W: Harwas-Napierała B, Trempała J (red.) *Psychologia rozwoju człowieka. Tom 2 Charakterystyka okresów życia człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 163–201.
3. Foxcroft DR, Lowe G (1991) Adolescent drinking behavior and family socialization factors: a meta-analysis. *Journal of Adolescence*, 14 (3), 255–273.
4. Sadock BJ, Sadock VA (2009) *Concise textbook of child and adolescent psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, a Wolters Kluwer Business, 171–176.
5. Latendresse SJ, Rose RJ, Viken RJ, Pulkkinen L, Kaprio J, Dick DM (2008) Parenting mechanisms in links between parents' and adolescents' alcohol use behaviors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32 (2), 322–330.
6. Sierosławski J (2011) *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r. ESPAD*. Warszawa: IPiN. <http://www.parpa.pl/images/file/Raport%20ESPAD.pdf> accessed 07.04.2013
7. Mazur J, Małkowska-Szkutnik A (red.) (2011) *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka. http://www.wsse.gda.pl/fileadmin/user_upload/oswiata_5/hbsc_2010.pdf accessed 12.11.2012

8. Jessor R (1991) Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597–605.
9. Spyra A (2008) *Zachowania Ryzykowne Wśród Dzieci i Młodzieży*. Bytom. http://www.dzieci.bytom.pl/pliki/pliki/raport_z_ankiet.doc accessed 18.02.2012.
10. Ostaszewski K (2003) *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
11. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Flint KH, Hawkins J, Harris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Whittle L, Lim C, Wechsler H, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2012) Youth risk behavior surveillance – United States, 2011. *MMWR. Surveillance summaries: Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries/CDC*, 8, 61 (4), 1–162.
12. Szymańska J (2012) *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji. http://www.bc.ore.edu.pl/Content/225/programy_profilaktyczne_2011.pdf accessed 12.11.2012
13. Jarczyńska J (2009) Picie alkoholu przez młodzież w okresie dorastania a wybrane czynniki w środowisku rodzinnym. *Alkohol a Zdrowie*, 32, 9–159.
14. Jessor R, Donovan JE, Costa FM (1991) *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*. New York: Cambridge University Press. http://www.colorado.edu/ibs/jessor/pb_theory.html accessed 12.11.2012
15. Jessor R, Graves TD, Hanson RC, Jessor SL (1968) *Society, personality, and deviant behavior: A study of a tri-ethnic community*. New York: Holt, Rinehart and Winston. http://www.colorado.edu/ibs/jessor/pb_theory.html accessed 12.11.2012
16. Jessor R, Jessor SL (1977) *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press. http://www.colorado.edu/ibs/jessor/pb_theory.html accessed 12.11.2012
17. Wrona-Wolny W, Brudecki J (2006) Zależność pomiędzy podejmowaniem zachowań ryzykownych a wiedzą na ich temat na przykładzie picia alkoholu przez młodzież. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 57 (Suplement 2006), 147–153.
18. Bobrowski KJ, Czabała JC, Brykczyńska C (2005) Zachowania ryzykowne jako wymiar oceny stanu zdrowia psychicznego młodzieży. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14 (4), 285–292.
19. Ziółkowska B (2005) Okres dorastania. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać? W: Brzezińska AI (red.) *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 380–422.
20. Chassin L, DeLucia C (2000) Picie w okresie dojrzewania. *Alkohol a Zdrowie. Picie alkoholu w różnych okresach życia*, 25, 84–100.
21. Grossman M, Chaloupka FJ, Saffer H, Laixuthai A (1994) Effects of Alcohol Price Policy on Youth: A summary of economic research. *Journal of Research on Adolescence*, 2 (2), 347–364.
22. Windle M (2000) Wpływ używania alkoholu przez rodziców na młodocianych. *Alkohol a Zdrowie. Picie alkoholu w różnych okresach życia*, 25, 100–111.
23. Sørensen HJ, Manzardo AM, Knop J, Penick EC, Madarasz W, Nickel EJ, Becker U, Mortensen EL (2011) The contribution of parental alcohol use disorders and other psychiatric illness to the risk of alcohol use disorders in the offspring. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35 (7), 1315–1320.
24. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME (2010) Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: childhood, adolescence and adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, 44 (11), 732–740.
25. Vermeulen-Smit E, Koning IM, Verdurmen JE, Van der Vorst H, Engels RC, Vollebergh WA (2012) The influence of paternal and maternal drinking patterns within two-partner families on the initiation and development of adolescent drinking. *Addictive Behaviors*, 37 (11), 1248–1256.
26. Bargiel-Matusiewicz K, Grzelak S, Węglińska M (2010) Factors protecting against risk behavior concerning the psychoactive substances used by adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22 (4), 503–510.

27. Yang H, Stanton B, Li X, Cottrel L, Galbraith J, Kaljee L (2007) Dynamic association between parental monitoring and communication and adolescent risk involvement among African-American adolescents. *Journal of the National Medical Association*, 99 (5), 517–524.
28. Smith GT, Goldman MS, Greenbaum PE, Christiansen BA (1995) Expectancy for social facilitation from drinking: The divergent paths of high-expectancy and low-expectancy adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (1), 32–40.
29. Okulicz-Kozaryn K, Borucka A (1999) Pozytywne oczekiwania wobec picia alkoholu a konsumpcja alkoholu przez młodzież. Analiza koncepcji i przykłady badań. *Alkoholizm i Narkomania*, 1 (34), 23–42.
30. O'Malley PM, Johnston LD, Bachman JG (2003) Spożycie alkoholu wśród dorastającej młodzieży. *Alkohol a Zdrowie. Alkohol i młodzież*, 29, 9–27.
31. Martin CS, Winters KC (2003) Rozpoznanie i ocena zaburzeń związanych z piciem alkoholu wśród młodocianych. *Alkohol a Zdrowie. Alkohol i młodzież*, 29, 28–50.
32. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR (1996) Alcohol consumption in high school adolescents: frequency of use and dimensional structure of associated problems. *Addiction*, 91 (3), 375–390.
33. Martin CS, Kaczynski NA, Maisto SA, Bukstein OM, Moss HB (1995) Patterns of DSM-IV alcohol abuse and dependence symptoms in adolescent drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 56 (6), 672–680.
34. Littlefield AK, Vergés A, Sher KJ (2010) Three (or more) alcohol-dependence symptoms but not clustered in the same 12 months: diagnostic orphans from a longitudinal perspective. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71 (6), 864–869.
35. Mazur J, Woynarowska B (2004) Współwystępowanie palenia tytoniu i picia alkoholu w zespole zachowań ryzykownych u młodzieży szkolnej; tendencje zmian w latach 1990–2002. *Alkoholizm i Narkomania*, 17, 1/2, 29–43.
36. Mazur J, Woynarowska B, Kołło H (2007) *Zdrowie subiektywne, styl życia i środowisko psychospołeczne młodzieży szkolnej w Polsce. Raport techniczny z badań HBSC 2006*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
37. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, De Looze M, Roberts C, Samdal O, Smith ORF, Barnekow V (2012) *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf accessed 03.04.2013
38. Kuntsche E, Kuntsche S, Knibbe R, Simons-Morton B, Farhat T, Hublet A, Bendtsen P, Godeau E, Demetrovics Z (2011) Cultural and gender convergence in adolescent drunkenness: evidence from 23 European and North American countries. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165 (2), 152–158.
39. Simons-Morton BG, Farhat T, ter Bogt TF, Hublet A, Kuntsche E, Nic Gabhainn S, Godeau E, Kokkevi A, HBSC Risk Behaviour Focus Group (2009) Gender specific trends in alcohol use: cross-cultural comparisons from 1998 to 2006 in 24 countries and regions. *International Journal of Public Health*, 54 Suppl (2), 199–208.
40. Ter Bogt TF, Gabhainn SN, Simons-Morton BG, Ferreira M, Hublet A, Godeau E, Kuntsche E, Richter M, HBSC Risk Behavior and the HBSC Peer Culture Focus Groups (2012) Dance is the new metal: adolescent music preferences and substance use across Europe. *Substance Use and Misuse*, 47 (2), 130–142.
41. Sierosławski J (2007) *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w Poznaniu w 2007 r ESPAD*. Warszawa. <http://www.poznan.pl/mim/public/s8a/documents.html?co=print&id=21029&parent=111&instance=1011&lang=pl&lhs=s8a&rhs=null> – załącznik, accessed 15.11.2012

42. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Krau L (2009) *The 2007 ESPAD Report Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Sztokholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN); EMCDDA; Council of Europe.
43. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L (2012) *The 2011 ESPAD Report Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Sztokholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the authors. Modintryckoffset AB. http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf accessed 04.04.2013
44. Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J (red.) (2011) *Psychiatria kliniczna*. Tom 2. Wydanie II. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 195–267.
45. Clark DB, Thatcher DL, Tapert SF (2008) Alcohol, psychological dysregulation, and adolescent brain development. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32 (3), 375–385.
46. Guerri C, Pascual M (2010) Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence. *Alcohol*, 44 (1), 15–26.
47. Alfonso-Loeches S, Guerri C (2011) Molecular and behavioral aspects of the actions of alcohol on the adult and developing brain. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 48 (1), 19–47.
48. Squeglia LM, Schweinsburg AD, Pulido C, Tapert SF (2011) Adolescent binge drinking linked to abnormal spatial working memory brain activation: differential gender effects. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35 (10), 1831–1841.
49. Tapert SF, Caldwell L, Burke C (2004–2005) Alcohol and the Adolescent Brain: Human Studies. *Alcohol Research and Health*, 28 (4), 205–212.
50. Brown SA, Tapert SF, Granholm E, Delis DC (2000) Neurocognitive functioning of adolescents: Effects of protracted alcohol use. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 164–171.
51. De Bellis MD, Clark DB, Beers SR (2000) Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 737–744.
52. Sanhueza C, García-Moreno LM, Expósito J (2011) Weekend alcoholism in youth and neurocognitive aging. *Psicothema*, 23 (2), 209–214.
53. Squeglia LM, Sorg SF, Schweinsburg AD, Wetherill RR, Pulido C, Tapert SF (2012) Binge drinking differentially affects adolescent male and female brainmorphometry. *Psychopharmacology*, 220 (3), 529–539.
54. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR (1996) Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (1), 101–109.
55. Green KM, Doherty EE, Zembrak KA, Ensminger ME (2011) Association between adolescent drinking and adult violence: evidence from a longitudinal study of urban African Americans. *Journal of Studies of Alcohol and Drugs*, 72 (5), 701–710.
56. Xue Y, Zimmerman MA, Cunningham R (2009) Relationship between alcohol use and violent behavior among urban African American youths from adolescence to emerging adulthood: a longitudinal study. *American Journal of Public Health*, 99 (11), 2041–2048.
57. Melzer-Lange MD (1998) Violence and associated high-risk health behavior in adolescents. Substance abuse, sexually transmitted diseases, and pregnancy of adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 45 (2), 307–317.
58. Roman PM, Johnson JA (2000) Rola jaką odgrywa alkohol przy wchodzeniu na rynek pracy i przechodzeniu na emeryturę. *Alkohol a zdrowie. Picie alkoholu w różnych okresach życia*, 25, 51–59.
59. Mullahy J, Sindelar J (1996) Employment, unemployment, and problem drinking. *Journal of Health Economics*, 15 (4), 409–434.
60. Schöberl S, Nickel P, Schmutzer G, Siekmeyer W, Kiess W (2008) Acute ethanol intoxication among children and adolescents. A retrospective analysis of 173 patients admitted to a university children hospital. *Klinische Pädiatrie*, 220 (4), 253–258.

61. Meyer S, Steiner M, Mueller H, Nunold H, Gottschling S, Gortner L (2008) Recent trends in the burden of alcohol intoxication on pediatric in-patient services in Germany. *Klinische Pädiatrie*, 220 (1), 6–9.
62. Bitunjac K, Saraga M (2009) Alcohol intoxication in pediatric age: ten-year retrospective study. *Croatian Medical Journal*, 50 (2), 151–156.
63. Kuzelová M, Harárová A, Ondriasová E, Wawruch M, Riedel R, Benedeková M, Kovács L, Plaková S (2009) Alcohol intoxication requiring hospital admission in children and adolescents: retrospective analysis at the University Children's Hospital in the Slovak Republic. *Clinical Toxicology (Philadelphia, Pa.)*, 47 (6), 556–561.
64. Kim JY, Asrani SK, Shah ND, Kim WR, Schneekloth TD (2012) Hospitalization for underage drinkers in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 50 (6), 648–650.
65. O'Keeffe T, Shafi S, Sperry JL, Gentilello LM (2009) The implications of alcohol intoxication and the Uniform Policy Provision Law on trauma centers; a national trauma data bank analysis of minimally injured patients. *Journal of Trauma*, 66 (2), 495–498.

Adres do korespondencji
Joanna Sadowska-Mazuryk
Katedra i Klinika Psychiatryczna WUM
ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa
tel. 607-664-914
e-mail: abeje@interia.pl

Otrzymano: 12.01.2013

Przyjęto do druku: 24.05.2013

