tom 2, nr 1, 19–28
© Copyright 2005 Via Medica
ISSN 1732–9841

Barbara Stec
Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Białymstoku

Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież

Substance use among adolescents

Abstract
Substance use among adolescents is a significant public health challenge in many countries. Tobacco, marijuana, and alcohol continue to be the most commonly abused drugs by teens and young adults.
The aim of this study was to determine the percentage of contemporary adolescents smoking cigarettes, using alcohol and drugs and also which factors to some degree determine this status and frequency. The results point to a high risk of substance abuse in adolescents what should be a reason for concern. Smoking, drinking and using drugs by adolescents is an indicator of risk for depression, distress and risk-taking health-damaging behaviours. This article is based on available papers about substance use.

***key words**: adolescence, substance use, tobacco, alcohol, drugs*

Wstęp

Używanie substancji psychoaktywnych, w tym tytoniu, alkoholu i narkotyków, stało się jedną z najważniejszych kwestii społecznych i problemem zdrowia publicznego wielu krajów [1]. Zjawisko to ma istotny wpływ na poczucie bezpieczeństwa społecznego, ogólny stan zdrowia młodzieży, zdolność do konkurowania na coraz bardziej wymagającym rynku pracy, a także na relacje interpersonalne z rówieśnikami i w środowisku rodzinnym. Podkreśla się, że początek tych negatywnych zjawisk ma swoje źródła już w okresie dorastania.

Problem używania substancji psychoaktywnych przez nastolatków został zauważony dopiero w drugiej połowie XX wieku. Obecnie młodzież i młodzi dorośli stanowią najliczniejszą grupę osób sięgających po substancje psychoaktywne.

Głównym celem niniejszej pracy jest przedstawienie rozpowszechnienia używania środków psychoaktywnych w populacji młodzieży, jak również przedstawienie najnowszych trendów oraz programów interwencyjnych dotyczących zapobiegania uzależnieniom.

Adres do korespondencji:
lek. Barbara Stec
ul. Okocimska 3/230, 01–114 Warszawa
tel.: 503 471 861, e-mail: b_stec@interia.pl

Przyjmuje się, iż okres dojrzewania obejmuje 10–19 rok życia [1, 2]. Jest to czas przemian biologicznych, psychologicznych i społecznych, które wyzwalają potrzebę niezależności, autonomii, identyfikacji oraz akceptacji środowiska [3, 4]. Czynniki te mogą prowadzić do ryzykownych zachowań młodych ludzi, takich jak używanie substancji psychoaktywnych, co w tym wieku jest szczególnie szkodliwe, a sięganie po środki oddziałujące na ośrodkowy układ nerwowy przed 15. rokiem życia wiąże się z wysokim ryzykiem stałego uzależnienia. W wielu pracach opisano negatywne zjawiska towarzyszące stosowaniu substancji psychoaktywnych, takie jak: rozboje, przemoc i samobójstwa, choroby przenoszone drogą płciową oraz zaburzenia psychiczne [5–8].

Etiologia używania substancji psychoaktywnych jest wieloczynnikowa. Przyczyną sięgania po tego typu środki mogą być problemy w kontaktach społecznych, w szkole oraz w środowisku domowym. W niektórych pracach podkreśla się fakt pojawienia się wielu niekorzystnych zmian w samopoczuciu psychicznym młodzieży. Zwiększył się odsetek młodych osób niezadowolonych ze swojego życia, niewierzących w swoje siły, odczuwających samotność, doświadczających przykrych stanów emocjonalnych i dolegliwości bólowych [9, 10]. Dokładne zrozumienie podłoża tych zaburzeń pozwala zrozumieć i wyjaśnić rozpowszechnienie oraz trendy używania sub-

stancji psychoaktywnych. Charakterystyczne jest podobieństwo opisywanych zjawisk pomiędzy różnymi krajami. Opisywane od 1990 roku trendy ilustrują wielowymiarowość problemu. W ciągu ostatnich 20 lat także w Polsce wzrosło zainteresowanie tym tematem. Zaowocowało to przeprowadzeniem wielu badań ankietowych lokalnych i regionalnych, a także kilku ogólnopolskich. Ze względu na odmienności metodologiczne pojawiły się trudności w ich interpretacji i porównywaniu wyników. Jednak w latach 1995, 1999 i 2003 przeprowadzono ogólnopolskie badanie *European School Survery Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD), co umożliwiło porównanie problemu rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży w Polsce i innych krajach Europy. Konieczny jest większy nacisk na badania epidemiologiczne i regularną ocenę rozpowszechnienia oraz trendów używania substancji, co pozwoli na opracowanie bardziej skutecznych programów zapobiegających stosowaniu środków psychoaktywnych.

Palenie tytoniu

Palenie tytoniu jest głównym czynnikiem powodującym wzrost śmiertelności, a także zwiększenie liczby przedwczesnych zgonów. Według Samochowca i wsp. w krajach rozwiniętych schorzenia tytoniozależne są przyczyną ponad 20% zgonów [11, 12]. U młodzieży palącej tytoń stwierdza się również większe ryzyko zaburzeń zachowania i depresji [13].

Od około 30 lat są inicjowane kampanie społeczne nawołujące do porzucenia tego zgubnego nałogu. W ostatnich latach rzeczywiście obserwuje się zmniejszenie częstości palenia tytoniu wśród dorosłych, jednak zaczyna palić coraz więcej nastolatków w wieku 11––15 lat [14–16]. Kaufman i wsp. zwrócili uwagę na fakt, iż na całym świecie pali 1,2 mld osób powyżej 15 roku życia [17], a 28,9% z nich pali codziennie [18]. Według *World Youth Report* z 2003 roku 37% młodych Europejczyków paliło w ciągu ostatniego miesiąca od momentu przeprowadzenia badania. Na podstawie badań obejmujących swoim zasięgiem Europę można stwierdzić, że najrzadziej młodzież pali na Cyprze (16%), a najwięcej na Grenlandii (67%). W Stanach Zjednoczonych pali 26%, a w Kanadzie 19,2% młodzieży. Dwadzieścia procent nastolatków pali w Kostaryce, Jordanii i południowej Afryce. Najmniej, bo tylko 10% i poniżej, pali w Barbados, Chinach, Sri Lance, Wenezueli i Zimbabwe [19]. W większości krajów chłopcy palą częściej niż dziewczęta, lecz odwrotną sytuację zaobserwowano w Danii, Francji, Irlandii, Norwegii i Wielkiej Brytanii [20].

Z badań Mazur i Woynarowskiej wynika, że w 1998 roku w Polsce 70% chłopców i 60% dziewcząt w wieku 15 lat miało za sobą próby palenia, a okazjonalnie lub regularnie paliło 32% chłopców i 29% dziewcząt [21]. Według Głównego Urzędu Statystycznego 88% młodocianych palaczy po 15. roku życia rozpoczyna regularne palenie [22]. Dąbkowski i wsp. przedstawili wyniki badań przeprowadzonych w Polsce wśród uczniów szkół podstawowych, z których wynika, że paliło 25% populacji dwunastolatków, a pierwszy kontakt z papierosami miały już 5-letnie dzieci [23]. Natomiast z badań przeprowadzonych przez Okulicz-Kozaryn i Pisarską w szkołach ponadpodstawowych w 2000 roku w dzielnicy Mokotów w Warszawie wynika, iż blisko 15% nastolatków pali papierosy i pije alkohol [12]. Podobne wyniki przedstawił Coleman. Według niego w 1988 roku regularnie paliło 8% Anglików w wieku 11–15 lat, w 1996 roku zaobserwowano wzrost liczby palących do 13%, a następnie po 1998 roku spadek do 10% [24]. Podobną tendencję spadkową odnotowuje się w wielu krajach uprzemysłowionych. Według Siqueiry 26% nastolatków w Stanach Zjednoczonych w wieku 12–21 lat pali, a według O'Malleya i wsp. w ostatnim miesiącu paliło aż 36,4% [25, 26]. Natomiast 30% mieszkańców Indii w wieku 15 lat i starszych pali lub żuje tytoń [27]. Najwięcej, bo aż 61% uczniów szkół średnich pali papierosy w Rivers State [28]. Na uwagę zasługuje fakt, iż 80% zaczyna palić przed 20 rokiem życia [29]. Również z badań Woynarowskiej i Mazur dotyczących palenia wśród 15-latków wynika, że 1/3 z nich to potencjalni przyszli, regularni palacze [30].

Regularność palenia zależy w dużej mierze od wieku, w którym dana osoba sięga po raz pierwszy po papierosa — im jest on niższy, tym większe szanse istnieją na to, iż dojdzie do uzależnienia. Według Kostowskiego, który badał zwierzęcy model uzależnienia, nikotyna, podobnie jak inne środki uzależniające, wywołuje reakcje apetencyjne, co staje się wstępem do powstania uzależnienia [31].

Niektórzy badacze uważają, że papierosy są wstępem do sięgnięcia po narkotyki, co określa się jako *gateway drug effect* [32–37]. Potwierdzeniem tego faktu są badania przeprowadzone we Francji. Wynika z nich, że rozpowszechnienie picia i używania substancji psychoaktywnych było 7–10 razy większe u osób palących [38]. Pamiętając o tym, należy wdrożyć odpowiednie programy profilaktyczne.

Alkohol

Alkoholizm jest charakterystyczny dla kultury europejskiej. Pierwsze opisy alkoholizmu jako choroby prze-

wlekłej pochodzą z połowy XIX wieku. Ulegali mu przedstawiciele niemal wszystkich klas społecznych, pili ludzie wykonujący różne zawody, pochodzący z różnych środowisk.

Spożywanie napojów alkoholowych przez młodzież należy do głównych problemów społecznych początku XXI wieku. W krajach rozwijających się młodzież w wieku szkolnym ma już za sobą doświadczenia związane z piciem [39]. Bardzo często alkohol jest pierwszą substancją psychoaktywną, po którą sięgają młodzi ludzie [40, 41]. W północnej Afryce inicjacja alkoholowa ma miejsce już w wieku 15 lat [42].

Według europejskich badań *Heath Behaviour in School-aged Children* (HBSC) ponad 50% 11-latków próbowało już alkoholu, wśród 15-latków liczba ta wzrosła do 90%. Za to największy odsetek abstynentów odnotowano w Izraelu, Norwegii i Szwajcarii.

Według *World Youth Report* z 2003 roku w Europie najrzadziej młodzież pije w Macedonii (36%), a najczęściej w Danii (85%). W Stanach Zjednoczonych spożycie napojów alkoholowych sięga 40%, ale w Kanadzie aż 66,2%. Spośród krajów Ameryki Środkowej i Południowej najmniejszy wynik odnotowano w Republice Dominikany (37,8%), a najwyższy w Brazylii (43,8%). W Afryce tylko 8,8% młodzieży pije w Lesotho, ale w Kenii już 42%. Większe zróżnicowanie dotyczy Azji: 17% dorastającej młodzieży piło w ciągu ostatniego roku — w Japonii było to aż 70% (50% pije regularnie) [43], w Chinach 70–80% [44], a w Tajlandii w ciągu 3 miesięcy poprzedzających badanie piło 92,5% chłopców i 80,5% dziewcząt.

Według badań australijskich w ostatnim tygodniu 51% chłopców i 46% dziewcząt w wieku 17 lat piło alkohol [45]. W Nowej Zelandii częstość nadużywania alkoholu wśród młodzieży ocenia się na 9,3% [46].

Część naukowców zwraca szczególną uwagę na tak zwane zjawisko *binge drinking*, co oznacza spożycie 5 lub więcej drinków podczas jednej sesji picia. Okazuje się, że jest to najczęstsze wśród młodzieży z Wielkiej Brytanii (50% respondentów), a także z Australii, gdzie taki wynik osiągnęło aż 26% chłopców i 20% dziewcząt w wieku 17 lat.

Według Wagenaara i wsp. aż 23% młodych osób prowadziło samochód po wypiciu 5 lub więcej drinków [47–49].

Chociaż wielu młodych ludzi pije mniej regularnie niż dorośli, to coraz częściej zdarza się, iż piją oni większe ilości alkoholu w czasie jednej sesji, nie zwracając uwagi na możliwe późniejsze konsekwencje [50–52]. Okazuje się, że im wcześniej młodzież zaczyna sięgać po alkohol, tym większe jest ryzyko uzależnienia się [53, 54].

Częste upijanie się prowadzi do utraty kontroli nad swoimi reakcjami i zachowaniem, przez co częściej dochodzi do wypadków drogowych, przemocy, samobójstw, a nawet zabójstw [55–61]. Według Escobedo i wsp. 1/3 wypadków, którym ulega młodzież w wieku 15–24 lat, jest spowodowana nadużyciem alkoholu. Niebezpieczeństwo wypadku wzrasta, gdy alkohol jest spożywany z inną substancją psychoaktywną [62].

Wielu badaczy dowodzi, że picie alkoholu jest jednym z powodów niepowodzeń szkolnych, ciąż u nieletnich dziewcząt, chorób przenoszonych drogą płciową, w tym zakażeń wirusem HIV [63–66].

W swojej książce Zakrzewski opisał życiowe losy młodych mężczyzn cierpiących na chorobę alkoholową w latach 70. XX wieku w Polsce. Na podstawie zebranych danych próbował określić sylwetkę młodego człowieka, który poddał się uzależnieniu. Okazało się, iż alkoholikami stawali się ludzie gorzej wykształceni (wykształcenie podstawowe i niepełne podstawowe, niewykwalifikowani), pochodzący z rodzin patologicznych, gdzie również ktoś nadużywał alkoholu. Prace zarobkowe podejmowali na krótki czas, mieli problemy z dyscypliną i utrzymaniem zatrudnienia. Spośród nich 67% bardzo wcześnie zawierało związek małżeński, ale ponad 30% pozostawało w stanie wolnym, będąc na utrzymaniu rodziców. Taka postawa sprzyjała postępującej degradacji społecznej [67].

Rydzyński i Gruszczyński przeprowadzili badania dotyczące populacji łódzkiej, które nie w pełni potwierdziły doniesienia Zakrzewskiego. Wynika z nich, że w rodzinach młodych osób stosujących substancje psychoaktywne sytuacja materialna jest całkiem dobra (59%), a alkoholizm ojca stwierdzono jedynie w 11% rodzin. Natomiast aż 60% nastolatków osiągało zaledwie dostateczne wyniki w nauce, a 23% nie przejawiało żadnej aktywności społecznej [68].

Związek pomiędzy używaniem substancji psychoaktywnych a niskim statusem socjoekonomicznym potwierdziły badania Boyle'a przeprowadzone w Kanadzie [69], a także Laukkanena w Finlandii [70]. Uzależnieniom sprzyjały doświadczenia z używaniem substancji psychoaktywnych przez członka rodziny, przemoc i nadużywanie seksualne [71–75].

Interesujące spostrzeżenia znajdują się w publikacji Engelsa i wsp. Według tych autorów w okresie dorastania relacje społeczne stale się zmieniają. Z początku młodzi ludzie wzorują się na rodzicach i naśladują ich interakcje z innymi ludźmi. Okres dojrzewania to etap nawiązywania związków uczuciowych, zdobywania pierwszych doświadczeń seksualnych oraz prób zażywania środków psychoaktywnych. Z badań wyni-

ka, że picie alkoholu sprzyja zawieraniu znajomości. Może się stać stylem życia, co wiąże się ze spotkaniami w pubach czy dyskotekach z przyjaciółmi, bez kontroli rodziców.

W wieku 17 lat 44% dziewcząt miało partnera, ale tylko 22% chłopców deklarowało posiadanie dziewczyny. Na podstawie badań okazało się, że częste przebywanie w miejscach publicznych połączone z piciem alkoholu wiąże się z posiadaniem partnera. Związki partnerskie zmieniają model picia alkoholu: mężczyźni piją mniej, natomiast u kobiet nie stwierdzono znaczącej różnicy [76–78].

Do innych równie ciekawych wniosków doszli Williams i wsp. Z ich badań wynika, że tylko 39% rodziców zdawało sobie sprawę, że ich dziecko pali papierosy, 34% — że pije alkohol, a 11% — że używa narkotyków [79].

Wiele doniesień na temat spożywania alkoholu wskazuje na różnice dotyczące płci. Zazwyczaj młodzi chłopcy piją więcej i częściej niż dziewczęta, wcześniej także zaczynają sięgać po alkohol [80].

Naukowcy często zastanawiają się nad przyczyną sięgania po alkohol. Część uważa, że jest to skutek wpływu środowiska społecznego, inni podkreślają rolę czynników genetycznych związanych z przemianami serotoniny [81, 82]. Według teorii Dawesa i wsp. używanie substancji psychoaktywnych przez nastolatków wynika z deregulacji afektywnej, poznawczej i behawioralnej mającej miejsce w okresie późnego dzieciństwa [83, 84]. Wielu badaczy podkreśla zależność, że często alkohol jest wstępem do sięgnięcia po inne środki psychoaktywne [85–87].

Alkohol wpływa negatywnie na wiele układów i narządów. Powszechnie opisuje się somatyczne konsekwencje jego używania. Należy jednak zwrócić uwagę na dość częste współwystępowanie picia alkoholu i zaburzeń natury psychicznej. Opisywany jest związek używania środków psychoaktywnych z zaburzeniami lękowymi uogólnionymi, napadami lęku panicznego oraz występowaniem depresji. Spośród osób nadużywających alkoholu u 10–40% występują napady paniki. Zwrócono jednak uwagę na istnienie odwrotnej zależności, to znaczy picie alkoholu przez pacjentów cierpiących z powodu lęku panicznego. Według różnych autorów jej częstość waha się w przedziale 10–83% [88–91]. Potwierdzono także związek pomiędzy piciem alkoholu a występowaniem fobii społecznej [92].

Narkotyki

Media określają narkotyki jako plagę XX i XXI wieku. Jednak historia używania narkotyków sięga starożytności, co wiadomo z przekazów opisujących rytuały magiczne.

Najwięcej dostępnych jest doniesień na temat opium, które otrzymywano z maku już 3 tysiące lat p.n.e. W starożytnym świecie stosowano go jako antidotum na różne choroby, a w Grecji jako dodatek do potraw. Od 4 tysięcy lat p.n.e. do XIX wieku n.e. opium było uważane za środek leczniczy służący uśmierzaniu bólu i poprawiający nastrój. W XIX wieku wyizolowano z niego morfinę, kodeinę i heroinę. Początkowo epidemia opiumizmu objęła Indie, Chiny i Stany Zjednoczone, ale w XX wieku rozpowszechniła się na cały świat.

Obecnie jednak na świecie wśród substancji psychoaktywnych największe znaczenie mają kanabinoidy. Ciekawostką jest fakt, iż koło Berlina znaleziono urnę z prochami zawierającą liście i nasiona konopi indyjskich z około 500 roku p.n.e. Wiadomo także, że w XIII wieku w Europie chętnie noszono ubrania z konopi. Już Herodot pisał, że w V wieku p.n.e. marihuanę uprawiali Scytowie, a ludy znad rzeki Araks odurzały się dymem, wrzucając konopie do ogniska. W Afryce były używane przy porodzie oraz podawano je dzieciom odstawianym od piersi oraz robotnikom. Dopiero od 1920 roku marihuana jest uważana za substancję szkodliwą.

Halucynogeny stosowano długo przed erą chrześcijaństwa. Meskalinę zawartą w kaktusie peyotl znali już Indianie północnoamerykańscy. Stosowano ją jako obronę przed zmęczeniem i głodem, jako lekarstwo niezbędna była przy obrzędach magicznych. Obecnie peyotl jest ważnym elementem obrzędów religijnych Rdzennego Kościoła Amerykańskiego (*American Native Church*), podczas któtych kaktus jest podawany jako sakrament eucharystii.

Tradycja rytuałów spożywania grzybów halucynogennych (zawierających psylocybinę, psylocynę i teonanakatl) sięga 1500 roku p.n.e., a pierwsze doniesienia pochodzą z opisu uroczystości koronacyjnych Montezumy.

Środki wziewne i rozpuszczalniki chemiczne mają o wiele krótszą historię. Ich użycie stało się powszechne dopiero po II wojnie światowej. Jako środki znieczulające były znane znacznie wcześniej (tlenek azotu, eter, chloroform), ale nie były powszechnie dostępne w przeciwieństwie do rozpuszczalników, takich jak benzyna, którą zaczęto się odurzać w latach 50. XX wieku. Natomiast w latach 60. popularne i łatwe do zdobycia stały się aerozole, farby, lakiery, pasty, płyny, środki chemiczne do czyszczenia [93].

Od czasów antycznych do współczesności narkotyki są okazją do ucieczki od rzeczywistego świata, poszu-

kiwania nowych wrażeń, przeżyć i doznań, doświadczenia wizji innego świata i ukrytych wymiarów rzeczywistości. Ze względu na stosunkowo łatwy dostęp do substancji psychoaktywnych, rozpowszechnienie zjawiska i modę na stosowanie tych środków, zwłaszcza przez młodzież, problem ten staje się coraz bardziej niebezpieczny i szkodliwy społecznie. Lansowany styl życia to wieczna młodość, witalność i atrakcyjność. Narkotyki pozwalają uciec w świat fantazji i poczuć się kimś innym. Dlatego wielu młodych ludzi za kilka chwil przebywania w stanie zmienionej świadomości jest gotowych zapłacić ogromną cenę, a konsekwencje tego ponoszą czasem nawet przez całe życie [5, 94].

Dokonując przeglądu literatury, można stwierdzić brak danych na temat używania substancji psychoaktywnych przez młodzież w okresie międzywojennym. Narkomania była wówczas napiętnowana, a handel środkami psychoaktywnymi zakazany. Problem używania dotyczył głównie środowisk elitarnych (artyści, lekarze).

W okresie po wojnie spotyka się opisy uzależnień od środków stosowanych w warunkach polowych do znieczulenia ogólnego i uśmierzania bólu, podczas terapii i operacji. Jednak od 1960 roku wzrasta liczba rozpoznanych przypadków narkomanii. Używano klejów, rozpuszczalników, haszyszu i leków (Parkopan). Istniała wręcz moda na politoksykomanię. Było to zjawisko rozwijające się dynamicznie i związane z ryzykiem, ponieważ młodzież przyjmowała środki o bliżej nieokreślonym pochodzeniu i składzie, tak więc łatwo dochodziło do ich przedawkowania, zatrucia i śmierci. Pierwsze użycie było często ostatnim. Od 1973 roku datuje się wzrost spożycia środków opiumowych. Natomiast lata 80. ubiegłego wieku to okres toksykomanii butaprenowej, popularnej wśród uczniów 10–16-letnich. Osoby poniżej 17 roku życia stanowiły aż 65% ogólnej liczby narkomanów. Wraz z odnotowaniem podwójnego wzrostu liczby nałogowych narkomanów zarejestrowano również zwiększenie liczby zgonów, a także wzrost przestępczości. Zwrócono uwagę na następstwa społeczne, ponieważ narkotyzująca się młodzież porzucała naukę i pracę [94].

Według danych Ministerstwa Edukacji Narodowej z 1989 roku 75% pierwszych kontaktów z narkotykiem miało miejsce pomiędzy 15 a 17 rokiem życia. Odnotowano wzrost częstości używania substancji psychoaktywnych do 1983 roku, a w latach 1986–1988 nieznaczny jej spadek. Do 1984 roku uzależnieni stanowili 8% populacji młodzieży, ale w 1985 roku stwierdzono spadek do 7,9%, w 1986 roku — 6,7%, w 1987 roku — 5,4%, a w 1988 roku tylko 2,4% [95].

Obecnie najczęściej używane są kanabinoidy [96, 97]. Jak wynika z *World Youth Report* z 2003 roku, stanowią one 90% wszystkich używanych narkotyków w Stanach Zjednoczonych i Australii oraz w krajach Europy.

W Australii, Kanadzie, Francji, Irlandii, Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych stosowanie kanabinoidów nie jest czymś niezwykłym, uważa się je wręcz za zjawisko normalne. Aż 25% uczniów przyznaje, że w ostatnim roku sięgało po tego typu substancje.

Największa rozpiętość dotyczy Europy i waha się od 1% w Rumunii do 31% we Francji. Najmniej badań pochodzi z Azji, a nieliczne doniesienia wskazują na rozpowszechnienie w granicach 4,5–6%. Inne substancje psychoaktywne są bardziej rozpowszechnione w północnej Afryce (23%) niż w Europie (6%).

Następne miejsce po kanabinoidach zajmuje amfetamina i jej pochodne. Rozpowszechnienie używania w ciągu całego życia sięga ponad 10%. Według doniesień 29% młodzieży w Tajlandii używa amfetaminy.

Rozpowszechnienie zażywania kokainy w ostatnim roku wyniosło 7% w Kanadzie i 5% w Stanach Zjednoczonych.

Spożycie heroiny jest niskie, według danych nie przekracza 2%. Wyniki badań w Australii wykazały, że 4,3% młodocianych używa opiatów. Najwyższy wynik stwierdzono na Litwie, w Polsce i w Rumunii: 5–8%.

Młodzi chłopcy, którzy dążą do tego, by uzyskać sylwetkę kulturysty w jak najkrótszym czasie i przy minimum wysiłku fizycznego, decydują się na przyjmowanie środków o działaniu anabolicznym. Nie jest to zjawisko bardzo częste, jednak około 3% młodych chłopców w Australii i Stanach Zjednoczonych używa steroidów anabolicznych, nie zważając na konsekwencje medyczne.

Niestety wciąż popularne jest stosowanie środków wziewnych, takich jak: kleje, lakiery, farby, benzyna, rozpuszczalniki chemiczne. Są one łatwo dostępne, a efekty są podobne do stanu upojenia alkoholowego. Nieletni bezdomni oszukują w ten sposób głód i uczucie zimna. Badania przeprowadzone w 40 krajach wykazały, iż rozpowszechnienie środków wziewnych w 16 krajach jest mniejsze od 5%, w 15 państwach wynosi 5–10%, a w 10 sięga 10–20%. Okazuje się, że spośród nastolatków w wieku 9–18 lat środków wziewnych próbowało w Brazylii 24% i aż 60% młodych Kanadyjczyków i Amerykanów.

W Afryce inhalanty są często używane razem z kanabinoidami.

Young i wsp. wykazali, iż 20% młodzieży w Kolorado spełnia kryteria uzależnienia, a 25% nadużywa substancji psychoaktywnych. Zaskakujące okazało się spo-

strzeżenie, że chociaż najczęściej spożywany jest alkohol, to jednak więcej nastolatków spełnia kryteria uzależnienia od marihuany (4,3%) niż od alkoholu (3,5%). Ponadto chłopcy są częściej uzależnieni od marihuany i alkoholu, a dziewczęta od nikotyny [98]. Wu i wsp. przedstawili interesujące zestawienie, z którego wynika, iż 16,7% nastolatków stosowało narkotyki, a wśród młodzieży pracującej liczba ta wzrasta do 38,1% [99].

W Anglii 14,5% 16-latków używa nielegalnych środków psychoaktywnych [100], ale aż 43% chłopców i 38% dziewcząt próbowało kanabinoidów [101].

Z badań Ostaszewskiego wynika, że w 2000 roku w Polsce 6% uczniów z I klas szkół ponadpodstawowych należało do grupy dużego ryzyka uzależnienia, ale aż 20% eksperymentowało z nielegalnymi środkami psychoaktywnymi [102–105].

Podobne są wyniki pracy Kokkeviego dotyczącej nastolatków w wieku 14–18 lat w Grecji. Do stosowania narkotyków w 1993 roku przyznało się 6,6% respondentów [106], choć w 1998 roku było ich już 13,7% [107].

Używanie substancji psychoaktywnych nie pozostaje bez wpływu na stan zdrowia i funkcjonowanie całego organizmu. Nawet u młodych osób można zauważyć objawy pewnych zaburzeń. Jerez i wsp. skupili się na opisie wzrostu ciśnienia tętniczego u młodzieży pijącej alkohol. Osoby takie stają się grupą podwyższonego ryzyka zachorowania na choroby układu krążenia [108].

Istnieją doniesienia dotyczące współistnienia używania substancji psychoaktywnych z zaburzeniami odżywiania, zwłaszcza o typie bulimicznym. Być może zjawisko to ma związek także z zaburzeniami osobowości [109–111].

Opisuje się również obecność zaburzeń psychotycznych, lękowych i depresji z używaniem substancji psychoaktywnych, choć badacze zastanawiają się, czy zaburzenia nastroju predysponują do eksperymentowania ze środkami działającymi na ośrodkowy układ nerwowy, czy też są tego skutkiem [112–122].

Profilaktyka

Badający rozpowszechnienie danego zjawiska zastanawiają się nad jego przyczynami i skutkami, stawiają także pytanie, w jaki sposób można je zredukować. Ze względu na korzyści płynące ze stosowania środków prewencyjnych już od wielu lat propaguje się profilaktykę i edukację młodzieży. Powstają nowe programy do walki z uzależnieniami. Promowany jest prozdrowotny styl życia, moda na niepalenie, imprezy bezalkoholowe, reklamy społeczne zniechęcające do używania narkotyków. Dużą rolę odgrywają media, które docierają do szerokich warstw społecznych i kształtują opinię publiczną, nie jest to jednak rola jednoznaczna. Nie należy bowiem zapominać, że tuż obok programów propagujących zdrowy styl życia obecne są także reklamy alkoholu, a po godzinie 23, kiedy są one emitowane, młodzi ludzie nadal oglądają telewizję.

Oryginalne są wnioski wynikające z pracy węgierskich badaczy, którzy skoncentrowali się na rozważaniach na temat roli religii w zapobieganiu używania substancji psychoaktywnych [123].

Jednak największe doświadczenie z profilaktyką prowadzoną wśród młodzieży mają instytucje związane z oświatą i to właśnie tu powstało najwięcej programów profilaktycznych dotyczących psychoedukacji, zapobiegania uzależnieniom i promocji zdrowia (tab. 1).

Tabela 1. Programy profilaktyczne dotyczące psychoedukacji, zapobiegania uzależnieniom i promocji zdrowia realizowane w Polsce
Table I. *Anti-drug abuse programmes conducted in Poland*

Lp.	Nazwa programu
1.	Tak czy nie
2.	Debata
3.	NOE*
4.	Odczuwaj, ufaj, mów
5.	Nasze spotkania
6.	Program rówieśniczego doradztwa
7.	Program aktywizacji samorządów uczniowskich
8.	Śnieżna kula
9.	Program aktywizacji profesjonalnej nauczycieli wychowawców
10.	Trzy koła
11.	Współczesna profilaktyka uzależnień
12.	Przygotowanie do profilaktyki domowej
13.	Szkoła dla rodziców i wychowawców
14.	Odlot
15.	Jak radzić sobie z trudnymi zachowaniami u dzieci
16.	Jak żyć z ludźmi
17.	Spójrz inaczej
18.	Nasze spotkania
19.	Podaj dłoń
20.	Dziękuję, nie
21.	Zanim spróbujesz
22.	Zanim nie jest za późno
23.	Drugi elementarz, czyli program dwunastu kroków

*NOE — program profilaktyczny zalecany przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA)

Podsumowanie

W ostatnich latach nastąpił wzrost liczby doniesień naukowych na temat epidemiologii i profilaktyki uzależnień. Pozytywny jest fakt większego zainteresowania mediów tym tematem. Odbywa się również coraz więcej wystąpień podczas konferencji naukowych, które często tworzą odrębne cykle doniesień na temat epidemiologii zaburzeń psychicznych. Optymizmem napawa fakt, że od lat 90. XX wieku stwierdza się spadek częstości używania substancji psychoaktywnych. Nie można jednak być w pełni usatysfakcjonowanym z zakresu badań epidemiologicznych. Brakuje doniesień z wielu rejonów, wciąż mały nacisk kładzie się na środowiska małomiasteczkowe i wiejskie. Odczuwalny jest niedosyt porównywalnych badań systematycznych, a te, które są prowadzone, opierają się na metodologii dostosowanej do potrzeb i warunków. W prezentowanych pracach istnieją luki dotyczące charakterystyki badanej populacji, kryteria doboru próby często są niejasne. Stosuje się odmienne kwestionariusze, co stwarza istotne różnice w uzyskiwanych wynikach. Powyższe problemy badawcze utrudniają rzetelną analizę porównawczą. Jednak dokonując szerokiego przeglądu literatury, można dostrzec pewien zarys rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych i zagrożeń z tym związanych.

Należy wciąż przeprowadzać dalsze systematyczne badania obejmujące coraz liczniejsze grupy młodzieży.

Streszczenie

Używanie substancji wśród młodzieży jest ważnym wyzwaniem zdrowia publicznego w wielu krajach. Nikotyna, marihuana i alkohol należą do używek najczęściej stosowanych przez nastolatków i młodych dorosłych.

Celem niniejszej pracy było określenie na podstawie piśmiennictwa odsetka współczesnej młodzieży palącej tytoń, pijącej alkohol i zażywającej narkotyki oraz czynników, jakie w pewnym stopniu wpływają na ten stan. Wyniki wskazują na wysokie ryzyko uzależnienia od substancji psychoaktywnych, co powinno być powodem do niepokoju. Palenie tytoniu, picie alkoholu i zażywanie narkotyków przez młodzież wpływa na wzrost ryzyka występowania depresji, poczucia dyskomfortu oraz podejmowania ryzykownych czynności mających szkodliwy wpływ na zdrowie.

W niniejszej pracy przedstawiono dane z piśmiennictwa dotyczące używania substancji.

słowa kluczowe: *adolescencja, używanie substancji, nikotyna, alkohol, narkotyki*

Piśmiennictwo

1. Habrat B. Uzależnieniowa wizja świata. Post. Psychiat. i Neurol. 2000; 9: 491–493.
2. Weiner J.B. Zaburzenia psychiczne w wieku dorastania. PWN, Warszawa 1977; 25–28.
3. Popielarska M. Rozwój procesów psychicznych u dzieci. W: Popielarska A., Popielarska M. (red.). Psychiatria wieku rozwojowego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000; 22.
4. Podgórecki A. Patologia życia społecznego. PWN, Warszawa 1969.
5. Kotański M. Ty zaraziłeś ich narkomanią. PZWL, Warszawa 1984.
6. Porter-Efron R.T., Porter-Efron P.S. Złość a alkoholizm i inne uzależnienia. Teoria i praktyka terapii. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 1994.
7. Wells C.W., Blum R.W. Morbidity and mortality among US adolescents: An overview of data and trends, Am. J. Public Health 1996; 86: 513–519.
8. Gmitrowicz A., Dietrich-Muszalska A., Gaszyńska S. Współwystępowanie używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń psychicznych u młodzieży. Post. Psychiat. i Neurol. 2001; 10: 353–358.
9. Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990–1998. Warszawa 2000; http://www.parpa.pl.
10. Roberts R.E., Attkisson C.C., Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. Am. J. Psychiatry 1998; 155: 715–725.
11. Samochowiec J., Rogoziński D., Hajduk A., Skrzypińska A., Arentowicz G. Diagnostyka, mechanizm uzależnienia i metody leczenia uzależnienia od nikotyny. Alkoholizm i Narkomania 2001; 14: 323–340.
12. Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. Poczucie własnej skuteczności a używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież. Badanie pilotażowe. Alkoholizm i Narkomania 2001; 14: 565––577.
13. Jarvelaid M. Adolescent tobacco smoking and associated psychosocial health risk factors. Scand. J. Prim. Health Care 2004; 22: 50–53.
14. Yu J., Williford W.R. The age of alcohol onset and alcohol, cigarette, and marijuana use patterns: an analysis of drug use progression of young adults in New York State. Int. J. Addict. 1992; 27: 1313–1323.
15. Warren C.W., Riley L., Asma S. i wsp. Tobacco use by youtch: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey Prosect. Bulletin of the WHO 2000; 78: 868–876.
16. Burns D.M., Johnston L.D. Overview of recent changes in adolescent smoking behavior. In National Cancer Institute. Changing adolescent smoking behavior: Where it is and why. Smoking and Tobacco Control Monograph. Bethesda, MD: National Cancer Institute 2001; 14: 1–8.
17. Kaufman N., Yach D. Tobacco control — challenges and prospects. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78: 867.
18. An L.C., O'Malley P.M., Schulenberg J.E., Bachman J.G., Johnston L.D. Changes at the high end of risk in cigarette smoking among U.S. high school seniors, 1976–1995. Am. J. Public Health 1999; 89: 699–705.
19. Youth and Drugs. W: Word Youth Report 2003: The Global Situation of Young People. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat 2004; 6.
20. Pedersen J.M. Substance abuse among Greenlandic School children. Arctic. Med. Res. 1992; 51: 67–71.

21. Mazur J., Woynarowska B. Palenie tytoniu wśród młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach w latach 1990–1998. Zdrowie Publiczne 1999; 109: 312–319.
22. Główny Urząd Statystyczny: Stan zdrowia ludności Polski w 1996 r. GUS, Warszawa 1997.
23. Dąbkowski M., Wodniak J., Klimarczyk M. Rozpowszechnienie i częstość używania substancji uzależniających wśród uczniów klas piątych wielkomiejskich szkół podstawowych. W: Namysłowska J. (red.). Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej 2000; 171–175.
24. Coleman T. Special groups of smokers. BMJ 2004; 328: 575––577.
25. Siqueira L.M., Rolnitzky L.M., Rickert V.J. Smoking cessation in adolescents. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2001; 155: 489–495.
26. O'Malley P.M., Bachman J.G., Johnston L.D. Period, age, and cohort effects on substance use among young Americans: A decade of change, 1976–1986. Am. J. Public Health 1988; 78: 1315–1321.
27. Rani M., Bonu S., Iha P., Nguyen S.N., Iamjouni L. Tobacco use in India: prevalence and predictors of smoking and chewing in a national cross sectional household survey. Tobacco Control 2003; 12: 4.
28. Enah A.U., Stanley P.C. Pattern of substance use among secondary school students in Rivers State. Niger J. Med. 2004; 13: 36–39.
29. Jarvis M.J. Why people smoke. BMJ 2004; 328: 277–279.
30. Woynarowska B., Mazur J. Intencje palenia tytoniu w niedalekiej przyszłości u młodzieży 15-letniej i ich niektóre uwarunkowania. Alkoholizm i Narkomania 2002; 15 (1).
31. Kostowski W. Współczesna farmakoterapia uzależnienia od nikotyny. Alkoholizm i Narkomania 2001; 14 (2).
32. Guerra L., Romano P.S., Samuels S.J., Kass P.H. Ethnic differences in adolescent substance initiation sequences. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2000; 154: 1089–1095.
33. McArdle P. Substance abuse by children and young people. Archives of Disease in Childhood 2004; 89: 701–704.
34. Torabi M.R., Bailey W.J., Majd-Jabbari M. Cigarette smoking as a predictor of alkohol and other drug use by children and adolescents: evidence of the 'Gateway Drug Effect'. J. School Health 1993; 63: 302–306.
35. Schorling J.B., Gutgesell M., Klas P., Smith D., Keller A. Tobacco, alcohol and other drug use among college students. J. Subst. Abuse 1994;6: 105–115.
36. Wetzels J.J., Kremers S.P., Vitoria P.D., de Vries H. The alcohol--tobacco relationship: a prospective study among adolescents in six European countries. Addiction 2003; 98: 1755–1763.
37. Sneed C.D., Morisky D.E., Rotheram-Borus M.J., Ebin V.J., Malotte C.K. Patterns of adolescent alcohol, cigarette, and marijuana use over a 6-month period. Add. Behav. 2001; 26: 415––423.
38. Challier B., Chau N., Predine R., Choquet M., Legras B. Associations of family environment and individual factors with tobacco, alcohol, and illicit drug use in adolescents. Eur. J. Epidemiol. 2000; 16: 33–42.
39. Prendergast M.L. Substance use and abuse among college students: a review of recent literature. J. Am. Coll. Health. 1994; 43: 99–113.
40. Andrews J.A., Hops H., Ary D., Lichtenstein E., Tildesley E. The construction, validation and useof a Guttman scale of adolescent substance use: An investigation of family relationships. J. Drug Issues 1991; 21: 557–572.
41. Kandel D.B., Yamaguchi K., Chen K. Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidencefor the gateway theory. J. Stud. Alcohol 1992; 53: 447––457.
42. Madu S.N., Matla M.Q. Illicit drug use, cigarette smoking and alcohol drinking behaviour among a sample of high school adolescents in the Pietersburg area of the Northern Province, South Africa. J. Adolesc. 2003; 26: 121–136.
43. Matsushita S., Suzuki K., Higuchi S., Takeda A., Takagi S., Hayashida M. Alcohol and substance use among Japanese high school students. Alcohol Clin. Exp. Res. 1996; 20: 379–383.
44. Li X., Fang X., Stanton B., Feigelman S., Dong Q. The rate and pattern of alcohol consumption among Chinese adolescents. J. Adolesc. Health 1996; 19: 353–361.
45. Hill D.J., White V.M., Williams R.M., Gardner G.J. Tobacco and alcohol use among Australian secondary school students in 1990. Med. J. Aust. 1993; 158: 228–234.
46. Fergusson D.M., Horwood L.J., Lynskey M.T. The prevalence and risk factors associated with abusive or hazardous alcohol consumption in 16-year-olds. Addiction. 1995; 90: 935–946.
47. Wagenaar A.C., O'Malley P.M., LaFond C. Lowered legal blood alcohol limits for young drivers: Effectson drinking, driving, and driving-after-drinking behaviors in 30 states. Am. J. Public Health 2001; 91: 801–804.
48. O'Malley P.M., Johnston L.D. Drinking and driving among U.S. high school seniors: 1984–1997. Am. J. Public Health 1999; 89: 678–684.
49. Windle M. Alcohol use among adolescents and young adults. Alcohol Res. Health 2003; 27: 79–85.
50. Duncan S.C., Alpert A., Duncan T.E., Hops H. Adolescent alcohol use development and young adults outcomes. Drug Alcohol Depend. 1997; 49: 39–48.
51. Clark D.B., Kirisci L., Tarter R.E. Adolescent versus adult onset and the development of substance use disorders in males. Drug Alcohol Depend. 1998; 49: 115–121.
52. Kingree J.B., Betz H. Risky sexual behavior in relation to marijuana and alcohol use among African-American, male adolescent detainees and their female partners. Drug Alcohol Depend. 2003; 72: 197–203.
53. Hingson R.W., Assailly J.P., Williams A.F. Underage drinking: frequency, consequences, and interventions. Traffic Inj. Prev. 2004; 5: 228–236.
54. Andersen A., Due P., Holstein B.E., Iversen L. Tracking drinking behaviour from age 15–19 years. Addiction 2003; 98: 1505––1511.
55. King C.A., Ghaziuddin N., McGovern L., Brandt E., Hill E., Naylor M. Predictors of comorbid alcohol and substance abuse in depressed adolescents. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996; 35: 743–751.
56. Jernigan D.H. Global status report: alcohol and young people. Geneva WHO. Mental Health Bulletin 2001; 11.
57. Kelly T.M., Cornelius J.R., Clark D.B. Psychiatric disorders and attempted suicide among adolescents with substance use disorders. Drug Alcohol Depend. 2004; 73: 87–97.
58. McKinnon S.A., O'Rourke K.M., Thompson S.E., Berumen J.H. Alcohol use and abuse by adolescents: the impact of living in a border community. J. Adolesc. Health 2004; 34: 88–93.
59. Skiba D., Monroe J., Wodarski J.S. Adolescent substance use: reviewing the effectiveness of prevention strategies. Soc. Work. 2004; 49: 343–353.
60. Dukarm C.P., Byrd R.S., Auinger P., Weitzman M. Illicit substance use, gender, and the risk of violent behavior among adolescents. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 1996; 150: 797–801.
61. Fergusson D.M., Lynskey M.T., Horwood L.J. Alcohol consumption and associated problems in a birth cohort of 15 year olds. N. Z. Med. J. 1994; 107: 167–170.
62. Escobedo L.G., Chorba T.L., Waxweiler R. Patterns of alcohol use and the risk of drinking and driving among US high school students. Am. J. Public Health 1995; 85: 976–978.
63. Lowry R., Holtzman D., Truman B.J., Kann L., Collins J.L., Kolbe L.J. Substance use and HIV-related sexual behaviors among US high school students: are they related? Am. J. Public Health 1994; 84: 1116–1120.
64. Shrier L.A., Emans S.J., Woods E.R., DuRant R.H. The association of sexual risk behaviors in high school students. J. Adolesc. Health 1996; 20: 377–383.
65. Levy S.R., Handler A.S., Weeks K. i wsp. Correlates of HIV risk among young adolescents in a large metropolitan Midwestern epicenter. J. Sch. Health 1995; 65: 28–32.
66. Hanna E.Z., Yi H.Y., Dufour M.C., Whitmore C.C. The relationship of early-onset regular smoking to alcohol use, depression, illicit drug use, and other risky behaviors during early adolescence: results from the youth supplement to the third national health and nutrition examination survey. J. Subst. Abuse 2001; 13: 265–282.
67. Zakrzewski P. Losy życiowe i przestępczość młodych alkoholików. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977.
68. Rydzyński Z., Gruszczyński W. Problematyka alkoholu i innych środków uzależniających w środowisku dzieci i młodzieży woje-

województwa łódzkiego w latach 1980–1992 w świetle badań epidemiologicznych IHP WAM. Psychiat. Pol. 1993; 27: 521–534.
69. Boyle M.H., Offord D.R. Smoking, drinking and use of illicit drugs among adolescents in Ontario: prevalence, patterns of use and sociodemographic correlates. CMAJ 1986; 135: 1113–1121.
70. Laukkanen E.R., Shemeikka S.L., Viinamaki H.T., Polkki P.L., Lehtonen J.O. Heavy drinking is associated with more severe psychosocial dysfunction among girls than boys in Finland. J. Adolesc Health. 2001; 28: 270–277.
71. Simantov E., Schoen C., Klein J.D. Health-compromising behaviors: why do adolescents smoke or drink? Identifying underlying risk and protective factors. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2000; 154: 1025–1033.
72. Swahn M., Hammig B. Prevalence of youth access to alcohol, guns, illegal drugs, or cigarettes in the home and association with health-risk behaviors. Ann. Epidemiol. 2000; 10: 452.
73. Felton G.M., Parsons M.A., Pate R.R. i wsp. Predictors of alcohol use among rural adolescents. J. Rural Health. 1996; 12: 378––385.
74. Moss H.B., Bonicatto S., Kirisci L., Girardelli A.M., Murrelle L. Substance abuse and associated psychosocial problems among Argentina adolescents: sex heterogeneity and familial transmission. Drug Alcohol Depend. 1998; 52: 221–230.
75. Hoffmann J.P., Cerbone F.G. Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: and event history analysis. Drug Alcohol Depend. 2002; 66: 255–264.
76. Engels R.C., Knibbe R.A. Alcohol use and intimate relationships in adolescence: when love comes to town. Add. Behaviors 2000; 25: 735–739.
77. Simons-Morton B., Haynie D.L., Crump A.D., Eitel S.P., Saylor K.E. Peer and parent influences on smoking and drinking among early adolescents. Health Educ. Behav. 2001; 28: 95–107.
78. Miller P. Family structure, personality, drinking, smoking and illicit drug use: a study of UK teenagers. Drug Alcohol Depend. 1997; 45: 121–129.
79. Williams R.J., McDermitt D.R., Bertrand L.D., Davis R.M. Parental awareness of adolescent substance use. Addict. Behav. 2003; 28: 803–809.
80. Maney D.W., Higham-Gardill D.A., Mahoney B.S. The alcohol--related psychosocial and behavioral risks of a nationally representative sample of adolescents. J. Sch. Health. 2002; 72: 157–163.
81. Barr C.S., Schwandt M.J., Newman T.K., Higley J.D. The Use of Adolescent Nonhuman Primates to Model Human Alcohol Intake: Neurobiological, Genetic, and Psychological Variables. Ann. N. Y. Acad. Sci. 2004; 1021: 221–233.
82. McGue M., Elkins I., Iacono W.G. Genetic and environmental influences on adolescent substance use and abuse. Am. J. Med. Genet. 2000; 96: 671–677.
83. Dawes M.A., Antelman S.M., Vanyukov M.M. i wsp. Developmental sources of variation in liability to adolescent substance use disorders. Drug Alcohol Depend. 2000; 61: 3–14.
84. Swadi H. Individual risk factors for adolescent substance use. Drug Alcohol Depend. 1999; 55: 209–224.
85. Parry C.D., Myers B., Morojele N.K. i wsp. Trends in adolescent alcohol and other drug use: gindings from three sentinel sites in South Africa (1997–2001). J. Adolesc. 2004; 27: 429–440.
86. Sutherland I., Willner P. Patterns of alcohol, cigarette and illicit drug use in English adolescents. Addiction 1998; 93: 1199––1208.
87. Best D., Rawaf S., Rowley J., Floyd K., Manning V., Strang J. Drinking and smoking as concurrent predictors of illicit drug use and positive drug attitudes in adolescents. Drug Alcohol Depend. 2000; 60: 319–321.
88. Valentiner D.P., Mounts N.S., Deacon B.J. Panic attacks, depression and anxiety symptoms, and substance use behaviors during late adolescence. J. Anxiety Disord. 2004; 18: 573–585.
89. Deacon B.J., Valentiner D.P. Substance use and non-clinical panic attacks in a youth adult sample. J. Subst. Abuse 2004; 11: 7–15.
90. Cox B.J., Norton G.R., Dorward J., Fergusson P.A. The relationship between panic attacks and chemical dependencies. Addict. Behav. 1989; 14: 53–60.
91. Clark D.B., DeBellis M.D., Lynch K.G., Cornelius J.R., Martin C.S. Physical and sexual abuse, depression and alcohol use disorders in adolescents: onsets and outcomes. Drug Alcohol Depend. 2003; 69: 51–60.
92. Crum R.M., Pratt L.A. Risk of Heavy Drinking and Alcohol Use Disorders in Social Phobia: A prospective Analysis. Am. J. Psychiatry 2001; 158: 1693–1700.
93. Frieske K., Sobiech R. Narkomania. Interpretacje problemu społecznego. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych. Warszawa 1987: 33–63.
94. Cekiera C. Toksykomania. PWN, Warszawa 1985.
95. Problemy zagrożenia młodzieży uzależnieniem. Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego MEN, Warszawa 1989.
96. Hall W., Solowij N. Adverse effects of cannabis. Lancet 1998; 352: 1611–1616.
97. Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Aalto-Setälä T., Marttunen M., Anttila T., Lönnqvist J. Correlates of initiation to cannabis use: a 5-year follow-up of 15–19-year-old adolescents. Drug Alcohol Depend. 2001; 62: 175–180.
98. Young S.E., Corley R.P., Stallings M.C., Rhee S.H., Crowley T.J., Hewitt J.K. Substance use, abuse and dependence in adolescence: prevalence, symptom profiles and correlates. Drug Alcohol Depend. 2002; 68: 309–322.
99. Wu L.T., Schlenger W.E., Galvin D.M. The relationship between employment and substance use among students aged 12 to 17. J. Adolesc. Health. 2003; 32: 5–15.
100. Sutherland I., Shepherd J.P. The prevalence of alcohol, cigarette and illicit drug use in a stratified sample of English adolescents. Addiction 2001; 96: 637–640.
101. Miller P.M., Plant M. Drinking, smoking, and illicit drug use among 15 and 16 year olds in the United Kingdom. BMJ 1996; 313: 394–397.
102. Ostaszewski K. Trendy w używaniu przez młodzież substancji psychoaktywnych. Badania mokotowskie — kontynuacja. Alkoholizm i Narkomania 2001; 14: 387–406.
103. Stępień E. Czynniki ryzyka kontaktów z narkotykami w okresie od dorastania do wczesnej dorosłości (badania katamnestyczne). Alkoholizm i Narkomania 2001; 14: 407–419.
104. Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. Poczucie własnej skuteczności a używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież. Badania pilotażowe. Alkoholizm i Narkomania 2001; 14 (4).
105. Stępień E. Rówieśniczy kontekst używania środków odurzających od dorastania do wczesnej dorosłości. Alkoholizm i Narkomania 2001; 14 (4).
106. Kokkevi A., Stefanis C. The epidemiology of licit and illicit substance use among high school students in Greece. Am. J. Public Health. 1991; 81: 48–52.
107. Kokkevi A., Terzidou M., Politikou K., Stefanis C. Substance use among high school students in Greece: outburst of illicit drug use in a society under change. Drug Alcohol Depend. 2000; 58: 181––188.
108. Jerez S.J., Coviello A. Alcohol Drinking and Blood Pressure Among Adolescents. Alcohol 1998; 16: 1–5.
109. Field A.E., Austin S.B., Frazier A.L., Gillman M.W., Camargo C.A. Jr, Colditz G.A. Smoking, getting drunk, and engaging in bulimic behaviors: in which order are the behaviors adopted? J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2002; 41: 846–853.
110. Grilo C.M., Levy K.N., Becker D.F., Edell W.S., McGlashan T.H. Eating disorders in female inpatiens with versus without substance use disorders. Add. Behaviors 1995; 20: 255–260.
111. Isralowitz R.E., Trostler N. Substance use: toward an understanding of its relation to nutrition-related attitudes and behavior among Israeli high school youth. J. Adoles. Health 1996; 19: 184––189.
112. Kandel D.B., Johnson J.G., Bird H.R. i wsp. Psychiatric disorders associated with substance use among children and adolescents: findings from the Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study. J. Abnorm. Child Psychol. 1997; 25: 121–132.
113. Kushner M.G., Sher K.J., Erickson D.J. Prospective analysis of the relations between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders. Am. J. Psychiatry 1999; 156: 723–732.
114. Wadsworth E.J., Moss S.C. Simps Factors associated with recreational drug use on SA, Smith A.P. J. Psychopharmacol. 2004; 18: 238–248.
115. Toros F., Bilgin N. G., Sasmaz T., Bugdayci R., Camdeviren H.

Suicide attempts and risk factors among children and adolescents. Yonsei Med. J. 2004; 45: 367–374.
116. Verdoux H., Tournier M. Cannabis use and risk of psychosis: an etiological link? Epidemiol. Psychiatr. Soc. 2004; 13: 113–119.
117. Hall W., Degenhasrdt L. Cannabis use and psychosis: a review of clinical and epidemiological evidence. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2004; 34: 26–34.
118. Patton G.C., Coffey C., Carlin J.B., Degenhardt L., Lynskey M., Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. BMJ 2002; 325: 1195–1198.
119. Arseneault L., Cannon M., Poulton R., Murray R., Caspi A., Moffit T. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. BMJ 2002; 325: 1212–1213.
120. Zeitlin H. psychiatric comorbidity with substance misuse in children and teenagers. Drug Alcohol Depend. 1999; 55: 225––234.
121. Fried P., Watkinson B., James D., Gray R. Current and former marijuana use: preminary findings of a longitudinal study of effects on IQ in young adults. CMAJ 2002; 166: 887–891.
122. Kandel D.B., Johnson J.G., Bird H.R. i wsp. Psychiatric Comorbidity Among Adolescents With Substance use Disorders: Findings From the MECA Study. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1999; 38: 693–699.
123. Piko B.F., Fitzpatrick K.M. Substance use, religiosity, and other protective factors among Hungarian adolescents. Addict. Behav. 2004; 29: 1095–1107.