

# Używanie alkoholu przez młodzież z perspektywy lekarza pediatri

Komisja ds. Nadużywania  
Substancji Psychoaktywnych

American  
Academy of  
Pediatrics



Zasady organizacji opieki  
zdrowotnej oraz poprawy  
stanu zdrowia dzieci

## Streszczenie

Używanie alkoholu od okresu przed dojrzewaniem do wczesnej dorosłości pozostaje ważnym problemem w Stanach Zjednoczonych. Wyniki ostatnich badań neurobiologicznych potwierdziły szkodliwy wpływ alkoholu na rozwój mózgu u nastolatków i dostarczyły kolejnych dowodów na poparcie inicjatyw zmierzających do zapobiegania i ograniczania picia alkoholu przez nieletnich. Pediatrzy powinni posiadać wiedzę na temat nadużywania substancji psychoaktywnych, aby móc rozpoznać czynniki ryzyka, które sprzyjają nadużywaniu alkoholu i innych substancji odurzających przez młodzież, przeprowadzać odpowiednie badania przesiewowe w tym kierunku, stosować właściwie dobrane, doraźne interwencje terapeutyczne oraz kierować na badania specjalistyczne. Pediatrzy i inni pracownicy opieki zdrowotnej powinni zadbać o włączenie programów profilaktyki przeciwalkoholowej do działań na poziomie lokalnym oraz systemu edukacji w szkołach podstawowych i średnich. Pediatrzy powinni popierać odpowiedzialną postawę mediów polegającą na prezentowaniu rzeczywistych konsekwencji spożycia alkoholu. Poprawa standardów praktyki opartej na dowodach naukowych wymaga jednak dodatkowych badań z zakresu profilaktyki, badań przesiewowych i diagnostyki oraz doraźnych interwencji terapeutycznych, jak również metod postępowania i leczenia w przypadku młodzieży używającej alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych.

## Słowa kluczowe

alkohol, nadużywanie substancji psychoaktywnych, rozwój mózgu u nastolatków

## Skróty

**DSM-IV-TR** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision

**ADHD** – zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

Niniejszy dokument jest chroniony prawem autorskim i stanowi własność American Academy of Pediatrics i jej Rady Naczelnej. Wszyscy autorzy przedstawili American Academy of Pediatrics oświadczenia w sprawie konfliktu interesów. Wszelkie przypadki konfliktu interesów zostały rozwiązane za zgodą Rady Naczelnej AAP. American Academy of Pediatrics nie zwracała się ani nie wyrażała zgody na jakikolwiek udział podmiotów komercyjnych w tworzeniu treści niniejszej publikacji.

Wszystkie zalecenia American Academy of Pediatrics tracą ważność automatycznie po upływie 5 lat od publikacji, o ile nie zostaną ponownie potwierdzone, zweryfikowane lub wycofane w tym czasie lub przed jego upływem.

## Wprowadzenie

Używanie alkoholu i picie nałogowe są częstymi zjawiskami wśród nastolatków i młodych dorosłych, mimo że w całych Stanach Zjednoczonych minimalny wiek dozwolonego prawnie spożywania alkoholu wynosi 21 lat. W niektórych przypadkach ryzykowne spożywanie alkoholu może rozpoczynać się wcześniej, już w dzieciństwie. Stale wzrasta rozpowszechnienie nałogowego używania alkoholu w przedziale wiekowym 18-20 lat. Picie alkoholu przez uczniów nadal jest istotnym problemem. Spożywanie alkoholu przez młodocianych jest dużo poważniejszym zagadnieniem zdrowotnym w pediatrii, niż sądzono do tej pory, ponieważ wyniki ostatnich badań wykazują, że rozwój mózgu postępuje aż do wieku wczesnej dorosłości<sup>1</sup> i spożycie alkoholu może zakłócać jego przebieg.<sup>2,3</sup>

Używanie alkoholu w młodym wieku wiąże się z występowaniem problemów alkoholowych w przyszłości.<sup>4,6</sup> Dane National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Study<sup>4</sup> pokazały, że rozpowszechnienie uzależnienia od alkoholu i nadużywania alkoholu w ciągu całego życia zmniejsza się zdecydowanie wraz z opóźnieniem wieku rozpoczęcia picia. W przypadku dzieci sięgających po alkohol po raz pierwszy w wieku 12 lat lub wcześniej rozpowszechnienie uzależnienia od alkoholu w ciągu całego życia wynosiło 40,6%, natomiast wśród osób, które rozpoczęły spożywanie alkoholu w wieku 18 lat wynosiło ono 16,6%, a 10,6% wśród rozpoczynających picie alkoholu po 21 roku życia. Podobnie kształtowało się rozpowszechnienie nadużywania alkoholu w ciągu całego życia: 8,3% wśród spożywających alkohol po raz pierwszy w wieku 12 lat lub wcześniej, 7,8%, jeśli wiek rozpoczęcia picia alkoholu wynosił 18 lat i 4,8%, jeśli wynosił 21 lat. Wpływ wieku rozpoczęcia picia na prawdopodobieństwo wystąpienia zespołu uzależnienia i nadużywania alkoholu nie wykazywał istotnych różnic w zależności od płci i podgrupy rasowej w omawianym badaniu. Wczesne rozpoczęcie picia wiązało się z częstszym występowaniem ryzykownych zachowań seksualnych (stosunki płciowe bez zabezpieczenia, z wieloma partnerami, stan upojenia alkoholowego lub odurzenia narkotykowego podczas stosunku oraz ciąży),<sup>7</sup> problemów w nauce, używaniem innych substancji psychoaktywnych oraz zachowaniami przestępczymi w środkowym i późnym okresie dojrzewania.<sup>8</sup> We wczesnej dorosłości młody wiek rozpoczęcia picia alkoholu wiązał się z problemami z zatrudnieniem, używaniem innych substancji psychoaktywnych oraz zachowaniami przestępczymi i agresywnymi.<sup>9</sup> Niezależnie od ryzyka genetycznego narażenie na zaburzenia związane z używaniem alkoholu lub innych środków odurzających przez rodziców jest czynnikiem prognostycznym dla występowania takich zaburzeń u dzieci.<sup>9</sup>

## Używanie, szkodliwe używanie i nadużywanie alkoholu oraz uzależnienie

Zachowania nastolatków związane z piciem alkoholu obejmują cały zakres od pierwotnej abstynencji do uzależnienia. Manual and Mental Disorders, 4th Edition, Text Revi-

sion (DSM-IV-TR)<sup>10</sup> definiuje nadużywanie alkoholu jako nieprawidłowy wzorzec picia prowadzący do klinicznie istotnych zaburzeń somatycznych lub psychicznych, objawiający się występowaniem 1 lub więcej z wymienionych objawów w ciągu ostatnich 12 miesięcy:

- powtarzające się picie alkoholu, które powoduje niemożność wypełniania ważnych zadań związanych z rolą społeczną w pracy, w szkole lub w domu,
- powtarzające się picie alkoholu w sytuacjach, w których wiąże się to z zagrożeniem fizycznym,
- powtarzające się problemy prawne związane z alkoholem,
- utrzymujące się picie alkoholu mimo trwałych lub powtarzających się problemów społecznych lub interpersonalnych, które są spowodowane lub się nasilają pod wpływem alkoholu oraz
- do chwili obecnej objawy nie spełniają kryteriów uzależnienia od alkoholu.

Uzależnienie od alkoholu definiowane jest jako nieprawidłowy wzorzec picia prowadzący do klinicznie istotnych zaburzeń somatycznych lub psychicznych, objawiający się przynajmniej trzema z niżej wymienionych objawów występujących w ciągu ostatnich 12 miesięcy:

- tolerancja,
- objawy abstynencyjne,
- częste picie alkoholu w większych ilościach lub dłużej, niż zamierzano,
- uporczywa chęć lub nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania picia,
- przeznaczanie znacznej ilości czasu na zdobycie alkoholu, picie lub dochodzenie do siebie po picciu,
- porzucanie lub ograniczanie ważnych form aktywności społecznej, zawodowej lub rekreacyjnej z powodu picia,
- kontynuowanie picia mimo świadomości, że trwałe lub powtarzające się problemy somatyczne lub psychologiczne mogą być wywoływane lub zaostrzane przez spożycie alkoholu.

Ponieważ opisane kryteria diagnostyczne zostały opracowane w dużej mierze na podstawie badań naukowych i pracy klinicznej z dorosłymi, powyższe definicje mają ograniczone zastosowanie w klasyfikacji wzorców picia alkoholu i związanych z tym zagrożeń u młodzieży.<sup>11-13</sup> Nadużywanie alkoholu lub uzależnienie, definiowane zgodnie z DSM-IV-TR, mogły nie zdążyć się w pełni rozwinąć u nastolatka, szczególnie młodszego, który mimo to angażuje się w bardzo ryzykowne zachowania. Potencjalnym ograniczeniem dla zastosowania powyższej definicji może być fakt, że wiele kryteriów, takich jak zespół odstawienny, nie jest zjawiskiem typowym u młodzieży, a inne kryteria, np. tolerancja, wykazują małą swoistość. Tolerancję można rozpatrywać jako proces rozwojowy, który z upływem czasu pojawi się u większości pijących nastolatków.<sup>11</sup>

Szkodliwe używanie alkoholu można zdefiniować jako „zaburzenia zachowania, choroby lub inne następstwa związane z piciem alkoholu, które mogą powodować szkody

dla osoby pijącej, jej rodziny lub społeczeństwa obecnie lub w przyszłości”.<sup>14</sup> Ponieważ określenie „szkodliwe używanie alkoholu” obejmuje wcześniejsze stadia problemowego spożywania alkoholu, jak również uzależnienie od alkoholu, które nie spełniają kryteriów diagnostycznych, może być bardziej przydatnym pojęciem klinicznym w pediatrii oraz w opracowywaniu programów pierwotnej profilaktyki przeciwalkoholowej u młodzieży.

Analizując używanie substancji psychoaktywnych przez amerykańską młodzież, doroczne badanie Monitoring the Future Study (finansowane przez National Institute on Drug Abuse i realizowane przez University of Michigan)<sup>15</sup> systematycznie wykazuje, że substancją najczęściej nadużywaną przez młodzież jest alkohol – jego spożycie wyprzedza używanie wyrobów tytoniowych i narkotyków. Ankieta przeprowadzona w 2009 r. wśród ponad 46 000 uczniów klas 8, 10 i 12 z ponad 380 szkół w całym kraju wykazała, że częstość spożycia alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni zmniejszyła się o więcej niż jedną trzecią od czasu ostatnio zarejestrowanego maksymalnego wzrostu w 1996 r., ale ten spadek był mniejszy wśród starszych uczniów. Częstość upijania się co najmniej raz w ciągu ostatniego miesiąca wynosiła 5,4% w przypadku uczniów klasy 8, 15,5% klasy 10 i 27,4% klasy 12. Częstość spożycia stosunkowo nowego, aromatyzowanego napoju alkoholowego, znanego pod nazwą „alcopop” lub „malternative” w ciągu ostatnich 30 dni zmniejszyła się nieco od 2004 r., kiedy został on po raz pierwszy uwzględniony w omawianej ankiecie. W 2009 r. spożycie napojów typu „alcopop” w ciągu ostatnich 30 dni zgłaszało 9,5% uczniów klas 8, 19,0% klas 10 i 27,4% klas 12. Liczba epizodów upijania się, definiowanych jako spożycie 5 lub więcej drinków pod rząd przy co najmniej jednej okazji w ciągu ostatnich 2 tygodni, pozostaje na względnie stałym poziomie: 7,8% wśród uczniów klas 8, 17,5% klas 10 i 25,2% klas 12 (wśród młodzieży zgłaszającej aktywność tego rodzaju). Od początku obecnego stulecia ponad 90% uczniów klas 12 stwierdzało, że alkohol jest „dość łatwo” lub „bardzo łatwo” dostępny. Podobnie twierdziło więcej niż 60% ośmioklasistów. Potwierdzeniem podanych statystyk epidemiologicznych są dane pochodzące z dwóch innych dużych badań ankietowych dotyczących używania alkoholu przez młodzież w Stanach Zjednoczonych: Youth Risk Behavior Survey<sup>16</sup> (ankieta przeprowadzona przez Centers for Disease Control and Prevention) oraz National Survey on Drug Use & Health (wcześniejsza nazwa: National Household Survey).<sup>17</sup>

## Zagrożenia związane z używaniem alkoholu

W porównaniu z dorosłymi picie alkoholu przez młodzież znacznie częściej ma charakter incydentalny i wiąże się ze spożyciem znacznych jego ilości, co sprawia, że picie alkoholu w tej grupie wiekowej jest szczególnie niebezpieczne. Szybkie wypijanie dużych ilości alkoholu, być

może na skutek zakładu lub prowokacji, naraża nastolatka na jeszcze większe ryzyko przedawkowania lub zatrucia alkoholem zagrażające zgonem w wyniku zahamowania odruchu gardłowego i ośrodka oddechowego. Definicja incydentalnego upijania się w odniesieniu do dorosłych mówi o spożyciu więcej niż 5 drinków pod rząd w ciągu około 2 godzin. Jest ona często stosowana w opisywaniu wzorca picia u nastolatków lub młodych dorosłych. Najnowsze piśmiennictwo sugeruje jednak, że w przypadku dzieci w wieku 9-13 lat oraz dziewcząt w wieku 14-17 lat incydentalne upijanie się należy definiować jako wypicie 3 lub więcej drinków. W odniesieniu do chłopców incydentalne upijanie się powinno być definiowane liczbą 4 lub więcej drinków w grupie wiekowej 14-15 lat oraz 5 drinków u 16-17-latków.<sup>18</sup>

W Stanach Zjednoczonych spożywanie alkoholu jest główną przyczyną pośrednią zgonów wśród młodzieży (tj. wypadki komunikacyjne, zabójstwo i samobójstwo).<sup>19</sup> Wypadki komunikacyjne zajmują pierwsze miejsce wśród przyczyn zgonu amerykańskich nastolatków i młodych dorosłych. Ankieta oceniająca zachowania ryzykowne u młodzieży (Youth Risk Behavior Survey), przeprowadzona w 2007 r., wykazała, że w ciągu 30 dni poprzedzających ankietę 29,1% uczniów w całym kraju co najmniej raz jechało samochodem lub inny pojazdem kierowanym przez osobę, która wcześniej piła alkohol, a 10,5% co najmniej raz prowadziło samochód lub inny pojazd po wypiciu alkoholu. Uderzającą zależność między spożyciem alkoholu a wypadkami komunikacyjnymi z udziałem młodzieży podkreśla również fakt, że po wprowadzeniu jednolitej zmiany prawnie określonej granicy wieku 21 lat dla spożywania alkoholu w całym Stanach Zjednoczonych liczba zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych wśród osób poniżej 21 roku życia znacznie się zmniejszyła.<sup>20</sup> Nastolatki piją alkohol i kierują pojazdami rzadziej niż dorośli, ale ryzyko wypadków komunikacyjnych po spożyciu alkoholu jest większe, szczególnie w przypadku małych lub średnich stężeń alkoholu we krwi.<sup>21</sup>

Obniżenie granicy wieku dla legalnego spożycia alkoholu w Stanach Zjednoczonych wiąże się także z większym odsetkiem samobójstw wśród młodzieży.<sup>22</sup> Piśmiennictwo naukowe systematycznie wskazuje na zależność między używaniem lub nadużywaniem alkoholu a innymi zachowaniami ryzykownymi, takimi jak napaść, ryzykowne zachowania seksualne i używanie innych substancji psychoaktywnych.<sup>12,13,23,24</sup> Z tego względu używanie alkoholu przez młodzież nie jest bezpieczne nawet wtedy, gdy nie wchodzi w grę prowadzenie pojazdów.

Zaburzeniom związanym z używaniem lub nadużywaniem alkoholu przez młodzież towarzyszy wiele schorzeń psychicznych i somatycznych. Zaburzenia związane z używaniem alkoholu są czynnikiem ryzyka prób samobójczych.<sup>25</sup> Do zaburzeń psychicznych, które najczęściej współwystępują z naużywaniem alkoholu, należą zmiany nastroju, szczególnie depresja, zaburzenia lękowe,

zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), zaburzenia zachowania, bulimia i schizofrenia.<sup>23</sup> Towarzyszące problemy somatyczne obejmują następstwa urazów,<sup>26</sup> zaburzenia snu, nieznacznie zwiększoną aktywność enzymów wątrobowych oraz nieprawidłowości dotyczące uzębienia i stanu jamy ustnej,<sup>27</sup> jednak tylko nieliczne odchylenia są widoczne w badaniu przedmiotowym.<sup>27,28</sup>

## Czynniki sprzyjające ryzykownemu używaniu alkoholu

### CZYNNIKI GENETYCZNE I RODZINNE

Badania bliźniąt w populacjach dorosłych systematycznie wykazują istnienie wpływów genetycznych w odniesieniu do używania lub nadużywania alkoholu,<sup>29-31</sup> natomiast mniej liczne są badania oceniające rolę czynników genetycznych w wieku dorastania.<sup>32-34</sup> W badaniu dotyczącym rodzeństwa, bliźniąt i adopcji Rhee i wsp.<sup>35</sup> analizowali względny udział czynników genetycznych i środowiska w rozpoczynaniu i używaniu problemowym substancji psychoaktywnych. Wyniki tego badania wykazały, że w porównaniu z obserwacjami uzyskanymi w badaniu dorosłych bliźniąt, u młodzieży wpływ czynników genetycznych był większy, a wspólne oddziaływania środowiskowe miały mniejsze znaczenie w kwestii problemowego używania alkoholu lub narkotyków niż w odniesieniu do inicjacji tych zachowań.

Rodziny odgrywają ważną rolę w powstawaniu problemów związanych z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży. Używanie narkotyków przez rodziców lub starsze rodzeństwo oraz przyzwalająca postawa rodziców wobec ich stosowania przez młodzież pozwala przewidywać większe ryzyko używania narkotyków i alkoholu przez młodocianych.<sup>36,37</sup> W powstrzymaniu młodzieży przed piciem pomagają zarówno nadzór rodziców nad używaniem substancji psychoaktywnych przez młodzież, jak i przekonujące wpajanie zasad dotyczących spożywania alkoholu w domu rodzinnym.<sup>38,39</sup> W Stanach Zjednoczonych 7 milionów dzieci w wieku poniżej 18 lat ma rodziców alkoholików. Dzieci osób nadużywających alkoholu są narażone na większe ryzyko występowania licznych problemów behawioralnych i somatycznych, m.in. zachowań przestępczych, zaburzeń uczenia się, ADHD, dolegliwości psychosomatycznych i picia problemowego lub alkoholizmu w wieku dorosłym.<sup>40</sup>

### INNE CZYNNIKI

Posiadanie przyjaciół, którzy używają alkoholu, tytoniu lub innych substancji, jest jednym z najsilniejszych czynników predykcyjnych stosowania substancji psychoaktywnych u młodzieży. Wzorce używania tych substancji w danym środowisku również pozwalają przewidywać indywidualne zachowania w tym zakresie. Wskaźniki używania są więk-

sze w środowiskach, w których alkohol i inne substancje psychoaktywne są mniej kosztowne i łatwo osiągalne. Do innych czynników ryzyka należą słabe wyniki w nauce, nieliczne ADHD i zaburzenia zachowania.<sup>36</sup>

Media mają istotny wpływ na picie alkoholu przez młodych ludzi. Jernigan i wsp.<sup>41</sup> badali oddziaływanie reklam alkoholu w czasopiśmie na chłopców i dziewczęta w porównaniu z pełnoletnimi dorosłymi. Stwierdzili, że osoby nieletnie oglądały o 45% więcej reklam piwa i jego odmian (ale), o 12% więcej reklam napojów spirytusowych i o 65% więcej reklam niskalkoholowych napojów orzeźwiających (typu alcopop lub lemoniady, mrożonej herbaty i napojów owocowych z dodatkiem alkoholu), a także o 69% mniej reklam wina w porównaniu z osobami w wieku 21 lat lub starszymi. Kontakt z reklamami alkoholu był większy w przypadku dziewcząt niż chłopców. Wiadomo również, że inne media, takie jak telewizja, kino, uliczne bilbordy i Internet mają duży udział w promowaniu spożycia alkoholu przez atrakcyjny sposób prezentowania picia bez pokazywania związanych z nim skutków. Duża część badań wskazuje, że kontakt z przekazem medialnym może zwiększać prawdopodobieństwo eksperymentowania z alkoholem przez dzieci i młodzież.<sup>42,43</sup>

## Czynniki rozwojowe i neurobiologiczne charakterystyczne dla wieku dorastania

W ostatnim dziesięcioleciu dokonał się wielki postęp w zrozumieniu neurobiologicznych podstaw uzależnienia. Badania dotyczące prawidłowego rozwoju mózgu dostarczyły danych, które wyjaśniają wpływ alkoholu i innych substancji psychoaktywnych na mózg w okresie dorastania. Sowell i wsp.<sup>44</sup> przedstawiają podsumowanie, z którego na podstawie badań autopsyjnych wynika, że proces mielinizacji (dojrzwiania na poziomie komórkowym lipidowo-białkowych osłonek włókien nerwowych) rozpoczyna się pod koniec drugiego trymestru życia płodowego i trwa do dwudziestego roku życia, a nawet dłużej. Wyniki badań pośmiertnych wykazują występowanie regularnej sekwencji zarówno czasowej, jak i przestrzennej: mielinizacja postępuje od dolnych do górnych obszarów mózgu i od tylnych do przednich. Kolejność ta powoduje, że początkowa mielinizacja następuje w okolicy pnia mózgu i mózdzku, natomiast mielinizacja półkul mózgowych i płatów czołowych następuje jako ostatnia. Zbieżne dane z badań elektrofizjologicznych i badań dotyczących metabolizmu glukozy w tkance mózgowej wykazują stosunkowo późne dojrzwianie płatów czołowych, a z badań neurofizjologicznych wynika, że sprawność w rozwiązywaniu zadań wymagających udziału płata czołowego nadal zwiększa się w okresie dorastania.

Sowell i wsp.<sup>44</sup> wykazali zmniejszenie ilości istoty szarej w obszarach kory czołowej od okresu dojrzwiania do dorosłości, co prawdopodobnie wynika z większego stopnia mielinizacji w obszarach obwodowych kory. Zanik istoty

szarej wraz z ograniczeniem i eliminacją połączeń nerwowych w toku prawidłowego rozwoju w okresie dorastania wydaje się odzwierciedlać proces przekształcania mózgu niedojrzałego w dojrzały.<sup>45</sup> Uważa się, że te zmiany sprzyjają lepszemu przetwarzaniu poznawczemu w wieku dorosłym. Wyniki badań neuropsychologicznych wykazały, że płaty czołowe odgrywają zasadniczą rolę w takich czynnościach, jak hamowanie reakcji, regulacja emocjonalna, planowanie i organizacja, które nadal się mogą rozwijać w wieku nastoletnim do wczesnej dorosłości. W przeciwieństwie do tego procesy dojrzewania w obrębie płatów ciemieniowych, skroniowych i potylicznych wykazują niewielkie zmiany w tym okresie. Obszary kojarzeniowe płata ciemieniowego biorą udział w ocenie zależności przestrzennych i funkcjach sensorycznych, natomiast boczne obszary płatów skroniowych wiążą się z przetwarzaniem bodźców słuchowych i językowych, które w znacznym stopniu są już dojrzałe w okresie dojrzewania. Obserwowane wzorce zmian związanych z dojrzewaniem mózgu są zgodne z przebiegiem rozwoju poznawczego.<sup>44</sup> W okresie dojrzewania połączenia nerwowe są precyzyjnie dostosowywane, z ograniczeniem nadliczbowych synaps i wzmocnieniem odpowiednich połączeń, wraz z postępem rozwoju i doświadczenia. Możliwe, że dalszy rozwój kory przedczołowej pomaga przesiewać informacje i hamować niewłaściwe działania.<sup>45</sup>

Skutki działania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych na mózg w okresie dorastania są prawdopodobnie wielorakie, ponieważ niedojrzałość lub plastyczność procesów rozwojowych mózgowia może warunkować większą podatność zarówno na działania toksyczne, jak i uzależniające substancji psychoaktywnych, a samo ich używanie może mieć bezpośredni wpływ na rozwój mózgu. Używanie alkoholu i substancji psychoaktywnych we wczesnym okresie dorastania, w połączeniu z genetycznie uwarunkowaną skłonnością do nadużywania substancji i rozwoju uzależnienia, może nasilać tendencje do zachowań ryzykownych. Wszystkie substancje psychoaktywne prowadzące do uzależnienia mają dwie wspólne cechy: po odstawieniu dochodzi do zmniejszenia liczby receptorów dopaminowych 2 ( $D_2$ ) (co może prowadzić do powstania tolerancji) i osłabienia czynności kory przedczołowej. Oddziaływanie narkotyków i alkoholu na niedojrzałą korę przedczołową może zwiększać tendencję do poszukiwania środków odurzających, szczególnie w celu zniesienia skutków odczuwanych w okresie odstawienia.<sup>46,47</sup> Dalsze używanie tych substancji może zaburzać czynność niedojrzałej kory przedczołowej i jeszcze silniej wpływać na procesy decyzyjne po rozpoczęciu regularnego ich przyjmowania.

Wyniki badań oceniających wpływ alkoholu na mózg młodocianych z perspektywy rozwojowej zaczynają wykazywać, że młodzież z problemem alkoholowym stosuje mniej liczne strategie przyswajania nowych informacji i wykazuje znacząco słabsze zdolności pamięciowe, które się pogarszają w przypadku kontynuacji picia. W ba-

daniach neuroobrazowych u pacjentów z problemem alkoholowym rozpoczynającym się w okresie dorastania stwierdzono zmniejszoną objętość hipokampa i subtelne nieprawidłowości w obrębie istoty białej.<sup>3</sup> Prowadzone są dalsze badania nad tymi procesami rozwojowymi w obrębie mózgowia, które mogą przyczyniać się do zwiększenia podatności na działanie uzależniające substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu.<sup>2</sup>

## Ogólnokrajowy apel w sprawie zapobiegania i ograniczania picia alkoholu przez nieletnich

W 2007 r. został wydany w Stanach Zjednoczonych The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Reduce Underage Drinking.<sup>48</sup> Apel został opracowany we współpracy z National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) oraz Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). W tym apelu wyodrębniono 6 celów:

- Promowanie takich zmian w społeczeństwie amerykańskim, które będą sprzyjały zdrowemu rozwojowi młodzieży oraz zapobieganiu i ograniczaniu picia alkoholu przez nieletnich.
- Zaangażowanie rodziców i opiekunów, szkoły, środowisk lokalnych, wszystkich poziomów administracji państwowej, wszystkich systemów społecznych mających kontakt z młodzieżą, a także samej młodzieży, w podjęcie skoordynowanych wysiłków w skali całego kraju w celu zapobiegania i ograniczania picia alkoholu przez nieletnich i wynikających z tego konsekwencji.
- Promowanie wiedzy na temat spożywania alkoholu przez nieletnich w kontekście rozwoju i dojrzewania człowieka, z uwzględnieniem indywidualnych cech dorastającej młodzieży oraz różnic środowiskowych, etnicznych, kulturowych i związanych z płcią.
- Przeprowadzenie dodatkowych badań dotyczących używania alkoholu przez młodzież oraz wpływu tego zjawiska na rozwój.
- Praca na rzecz poprawy kontroli publicznej służby zdrowia nad piciem alkoholu przez nieletnich i nad populacyjnymi czynnikami ryzyka warunkującymi to zachowanie.
- Praca nad zapewnieniem zgodności polityki prowadzonej na wszystkich szczeblach z ogólnokrajowym zadaniem zapobiegania i ograniczania picia alkoholu przez nieletnich.

Raport Naczelnego Lekarza Stanów Zjednoczonych wytyczył specjalne strategie realizacji tych zadań, z uwzględnieniem zaleceń dla rodziców i opiekunów, szkół różnych szczebli (w tym liceów i uniwersytetów), środowisk lokalnych, systemu prawa karnego i sądów ds. nieletnich oraz służb ochrony porządku publicznego, przemysłu rozrywkowego i środków przekazu, systemu opieki zdrowotnej, organizacji zawodowych pracowników służby zdrowia oraz administracji rządowej i ustawodawczej.

## Rola pediatry

Pediatrzy i inni pracownicy opieki zdrowotnej pracujący z dziećmi i młodzieżą powinni pomagać w zapobieganiu, rozpoznawaniu i leczeniu używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez młodocianych. Wytyczne American Academy of Pediatrics dotyczące opieki zdrowotnej obejmującej dzieci i młodzież zalecają, aby pediatrzy rozmawiali o używaniu substancji psychoaktywnych w ramach poradnictwa profilaktycznego i opieki prewencyjnej.<sup>49</sup> Dzięki znajomości dynamiki relacji rodzinnych i długotrwałych kontaktów z rodzinami pacjentów pediatrzy są w stanie rozpoznać, w których rodzinach występuje nadużywanie substancji psychoaktywnych i ułatwić objęcie ich opieką.<sup>50</sup> Pediatrzy mogą angażować się w profilaktykę pierwotną szkodliwego używania alkoholu przez młodzież przez działania edukacyjne i psychologiczne. Wprawdzie ocena funkcjonowania programów tego typu wykazała wiele niedociągnięć metodologicznych, istnieją dane potwierdzające skuteczność programów prewencyjnych skoncentrowanych na rodzinie oraz dostosowanego kulturowo treningu umiejętności w długofalowym zapobieganiu szkodliwemu używaniu alkoholu przez młodzież.<sup>14</sup> Pediatrzy powinni wspierać programy o udokumentowanej skuteczności w zakresie zapobiegania i ograniczania używania substancji psychoaktywnych

przez młodzież. Programy o największej skuteczności podkreślają rolę aktywnego zaangażowania rodziców i uwzględniają elementy promujące rozwój umiejętności społecznych oraz kształtujące poczucie osobistej odpowiedzialności u młodych ludzi, obok poruszania kwestii związanych z konsekwencjami nadużywania substancji psychoaktywnych.<sup>51</sup> Pediatrzy mają również do odegrania ważną rolę jako rzecznicy zmian w systemach opieki zdrowotnej i inicjatywach ustawodawczych, takich jak zwiększenie podatków od napojów alkoholowych,<sup>52</sup> sprzeciw wobec starań o złagodzenie przepisów dotyczących granicy wieku legalnie dopuszczalnego spożywania alkoholu oraz poparcie dla wprowadzenia stopniowanego prawa jazdy.<sup>21</sup> Niedawno opublikowany przegląd Cochrane wykazał, że wprowadzenie stopniowanego prawa jazdy skutecznie zmniejsza częstość wypadków samochodowych powodowanych przez młodych kierowców, a szczególnie wypadków związanych ze spożyciem alkoholu, co wykazują badania w Stanach Zjednoczonych i na całym świecie.<sup>53</sup>

American Academy of Pediatrics zaleca, aby pediatrzy rutynowo przeprowadzali badania przesiewowe i ocenę stanu zdrowia młodzieży pod kątem używania substancji psychoaktywnych, a także wdrażali odpowiednie działania w ramach swojej praktyki lub kierowali do leczenia specjalistycznego w przypadku stwierdzenia używania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych.<sup>49</sup> Wytyczne American Medical Association (Guidelines for Adolescent Preventive Services, GAPS)<sup>54</sup> oraz American Academy of Pediatrics (Bright Futures)<sup>55</sup> zalecają, aby pediatrzy i inni pracownicy służby zdrowia pracujący z dziećmi i młodzieżą przeprowadzali rutynowe, coroczne badania przesiewowe pod kątem używania substancji psychoaktywnych u wszystkich nastolatków, a jeśli jest to wskazane, stosowali techniki doraźnych interwencji terapeutycznych. Ponadto zalecane jest, aby pediatrzy zaznajomili się z możliwościami pomocy w lokalnym środowisku i kierowali na leczenie pacjentów z problemowym spożywaniem alkoholu lub zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych.<sup>56</sup> Mimo tych zaleceń lekarze podstawowej opieki zdrowotnej zgłaszają liczne przeszkody w realizacji rutynowych badań przesiewowych w kierunku używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Te przeszkody obejmują brak dostatecznej ilości czasu, brak wykszolenia dotyczącego postępowania z wynikiem dodatnim testu przesiewowego, konieczność wyboru między konkurującymi ze sobą problemami medycznymi, brak możliwości leczenia, upór rodziców, którzy nie chcą opuścić pokoju badań, oraz nieznamość narzędzi stosowanych w badaniach przesiewowych.<sup>57</sup>

Dostępne są krótkie ankiety przesiewowe służące do badań nad używaniem substancji psychoaktywnych przez młodzież. Należą do nich: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), opracowany przez Światową

### TABELA. Kwestionariusz CRAFFT: krótki test przesiewowy badający nadużywanie substancji psychoaktywnych u młodzieży

Czy kiedykolwiek zdarzyło ci się:

- Jechać samochodem, którym kierowała osoba (albo ty sam/a) w stanie odurzenia („na haju”) lub po użyciu alkoholu czy narkotyków?
- Używać alkoholu lub narkotyków, aby się zrelaksować, lepiej poczuć się we własnej skórze lub czuć się częścią grupy?
- Używać alkoholu lub narkotyków, kiedy jesteś sam/a, nie w towarzystwie?
- Zapomnieć, co robiłeś/aś po użyciu alkoholu lub narkotyków?
- Aby rodzina lub znajomi mówili ci, że musisz ograniczyć alkohol lub narkotyki?
- Wpaść w kłopoty podczas używania alkoholu lub narkotyków?

Dwie lub więcej odpowiedzi twierdzących wskazuje na występowanie istotnego problemu związanego z używaniem, nadużywaniem lub uzależnieniem od substancji psychoaktywnej. Kwestionariusz CRAFFT został opracowany przy wsparciu finansowym następujących instytucji: Robert Wood Johnson Foundation, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism oraz Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

(CRAFFT jest skrótem mnemotechnicznym w angielskiej wersji testu – przyp. tłum.)

Organizację Zdrowia,<sup>58</sup> Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) – skala dotycząca używania i nadużywania substancji psychoaktywnych opracowana przez National Institute on Drug Abuse<sup>59</sup> oraz CRAFFT – instrument przesiewowy składający się z 6 pytań dostosowanych do etapu rozwojowego, opracowany przez Knighta i wsp. (tabela).<sup>60</sup> Wszystkie 3 narzędzia charakteryzują się akceptowalną czułością w rozpoznawaniu problemów lub zaburzeń alkoholowych u młodzieży w wieku 14-18 lat,<sup>61</sup> ale CRAFFT okazał się szybkim, sprawdzonym, wiarygodnym i łatwym w użyciu narzędziem przesiewowym, które można zastosować w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Może on być używany w formie ustnej lub pisemnej i ma odpowiednie właściwości różnicujące, które pozwalają na rozpoznanie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych u młodzieży.<sup>62</sup> Wykazano, że rzetelność wyniku uzyskanego na podstawie powtórnego pomiaru dla testu CRAFFT jest duża, szczególnie, jeśli pytania zadawane podczas badania przesiewowego przeprowadzanego w gabinecie lekarskim były poprzedzone zwrotem „w ostatnim roku”.<sup>63</sup> W ostatnim czasie instrument CRAFFT został włączony do algorytmu oceny używania substancji psychoaktywnych przez młodzież, który obejmuje badanie przesiewowe, doraźną interwencję i skierowanie na leczenie specjalistyczne oraz zestaw narzędzi, dzięki którym pediatrzy będą mogli pewniej i skuteczniej reagować w przypadku dodatniego wyniku badania przesiewowego.<sup>64</sup>

Potrzebne są dalsze badania umożliwiające opracowanie metod doraźnej interwencji (np. krótkie, skuteczne techniki do wykorzystania w gabinecie lekarskim), które mogą być wykorzystywane przez pracowników opieki zdrowotnej pracujących z młodzieżą w celu wykrycia szkodliwego używania alkoholu i podjęcia odpowiednich działań. Jedną z najbardziej obiecujących metod doraźnej interwencji, która może być zastosowana w gabinecie lekarskim, jest wywiad motywacyjny.<sup>65</sup> Jest on ukierunkowanym na pacjenta, dyrektywnym rodzajem poradnictwa, które wykorzystuje wewnętrzną motywację danej osoby. Podczas przeprowadzania tego rodzaju wywiadu pediatra lub doradca tworzy relację partnerską z młodym pacjentem w celu zbadania i wyeliminowania ambiwalentnego nastawienia wobec zmiany zachowania. Wywiad motywacyjny często kojarzony jest z modelem transteoretycznym (Prochaska i DiClemente'a). Jego autorzy wyróżnili tzw. stadia zmiany, które tworzą continuum gotowości do podjęcia zmiany zachowania. W tym modelu zmianę ułatwia dopasowanie strategii poradnictwa do stadium gotowości pacjenta do tej zmiany. Główna myśl wywiadu motywacyjnego opiera się na trzech elementach: współpracy, czyli tworzenia partnerskiej relacji z pacjentem, przypomnieniu, czyli stosowaniu pytań otwartych i przemyśleń, aby pomóc pacjentowi w ocenie własnej motywacji do zmiany, oraz autonomii, czyli zaakceptowaniu faktu, że odpowiedzialność za zmianę

zachowania i decydowanie o tym, w jaki sposób zmiana ta ma się dokonać, należą do pacjenta i że jest mało prawdopodobne, aby bezpośrednia perswazja ze strony pediatry lub doradcy była skuteczna. Wyrażanie empatii, pokazywanie rozbieżności między celami a obecnym zachowaniem, „podążanie” za ewentualnym oporem pacjenta (tzn. unikanie przekonywania do zmiany) i wspieranie poczucia własnej skuteczności to cztery główne zasady wywiadu motywacyjnego.<sup>67</sup>

Wyniki badań wykazały, że wywiad motywacyjny jako metoda doradztwa jest skuteczny w ograniczaniu używania alkoholu zarówno u młodszych, jak i starszych nastolatków.<sup>68-71</sup> Autorzy niedawno opublikowanego przeglądu Cochrane dotyczącego pierwotnej profilaktyki szkodliwego używania alkoholu przez młodzież odnotowali, że mimo złej jakości przeważającej części badań oceniających skuteczność interwencji w przypadku problemów alkoholowych, występował „wyraźny i systematyczny układ wyników wskazujący na potencjalną wartość wywiadu motywacyjnego”.<sup>14</sup> Wskazane jest przeprowadzenie dalszych badań w celu poprawy wszystkich aspektów interwencji i leczenia nadużywania substancji psychoaktywnych u młodzieży.<sup>72</sup>

Specjalne zalecenia dotyczące najlepszych instrumentów diagnostycznych i metod postępowania terapeutycznego będą dostępne w kolejnym adresowanym do pediatrów stanowisku American Academy of Pediatrics w sprawie badań przesiewowych, doraźnych interwencji terapeutycznych i kierowania na leczenie specjalistyczne w przypadku używania substancji psychoaktywnych. Więcej informacji można uzyskać pod adresami wymienionymi w końcowej części niniejszego stanowiska.

## Zalecenia

Zaleca się, aby pediatrzy i inni pracownicy opieki zdrowotnej pracujący z dziećmi i młodzieżą:

1. Zapoznali się ze wszystkimi aspektami używania alkoholu, produktów tytoniowych i innych substancji psychoaktywnych przez młodzież przez uczestnictwo w programach szkoleniowych lub medycznych programach kształcenia ustawicznego, które dostarczają wiedzy na temat bieżących najlepszych praktyk, w tym również w treningu umiejętności korzystania z mediów.
2. Zbierali dokładny wywiad rodzinny i społeczny podczas wizyt prenatalnych i związanych z kontrolą stanu zdrowia dziecka w celu zbadania potencjalnych wpływów genetycznych i rodzinnych dotyczących używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.
3. Rozpoznawali czynniki ryzyka używania alkoholu (a także innych środków odurzających) u młodzieży i pamiętali o współistniejących problemach psychiatrycznych, takich jak depresja, które mogą występować w tej grupie wiekowej.

4. Regularnie przeprowadzali badania przesiewowe pod kątem bieżącego używania alkoholu (a także innych środków odurzających) przez młodzież i młodych dorosłych, używając do tego celu sprawdzonych metod skriningowych niezawierających elementu osądzania oraz z zapewnieniem poufności.
5. Przeprowadzali ocenę stanu zdrowia pacjentów, u których stwierdzono dodatnie wyniki badania przesiewowego w kierunku używania alkoholu, w celu ustalenia odpowiedniego poziomu interwencji.
6. Stosowali techniki doraźnej interwencji w warunkach klinicznych i zapoznali się z metodą wywiadu motywacyjnego, aby móc pracować z pacjentami, którzy używają alkoholu, ale nie spełniają kryteriów koniecznych do natychmiastowego skierowania na leczenie specjalistyczne. Jeśli istnieją wskazania, należy zaproponować skierowanie do placówki specjalistycznej.
7. Rozmawiali na temat zagrożeń wynikających z używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w ramach poradnictwa profilaktycznego oraz edukacji pacjentów i rodziców podczas kontroli stanu zdrowia, jak również – w razie potrzeby – podczas wizyt związanych z nagłym problemem zdrowotnym. Poradnictwo profilaktyczne może pełnić istotną rolę, szczególnie w związku z ważnymi wydarzeniami szkolnymi, takimi jak bal z okazji zakończenia roku szkolnego i ukończenia szkoły.
8. Zdecydowanie odradzali używanie alkoholu, tytoniu i narkotyków przez młodzież.
9. Zachęcali rodziców, aby stali się dobrymi wzorami osobowymi przez wybór zdrowego sposobu życia i nigdy nie pozwalali na picie alkoholu przez nieletnich w domu lub w innych miejscach. Należy pomóc rodzicom w uświadomieniu sobie, że ich zaangażowanie w relację z nastoletnim dzieckiem jest ważnym czynnikiem zapobiegającym używaniu substancji psychoaktywnych.
10. Zapoznali się z lokalnymi możliwościami leczenia, aby wiedzieć, dokąd należy kierować różne grupy pacjentów w wieku rozwojowym z zaburzeniami związanymi z alkoholem, a także ich rodziców i innych członków rodziny w celu zagwarantowania leczenia dostosowanego do wieku.
11. Udzielali wsparcia młodzieży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych zarówno w trakcie leczenia, jak i po jego zakończeniu.
12. Służyli pomocą i wsparciem dla programów zapobiegających używaniu alkoholu realizowanych przez szkoły i inne instytucje środowiskowe.
13. Popierali starania promujące odpowiedni sposób przedstawiania konsumpcji alkoholu i jego następstw przez środki przekazu, w tym prasę, telewizję, film i Internet.
14. Popierali starania promujące ustawodawstwo, które ogranicza chorobowość i umieralność związaną z alkoholem, np. stopniowane prawo jazdy, refundacja kosztów

tów leczenia przez ubezpieczycieli, konsekwencje prawne wobec finansowanego przez rodziców picia alkoholu przez młodocianych, zwiększenie podatków akcyzowych na alkohol oraz inne strategie w zakresie prewencji i leczenia zalecane w apelu Naczelnego Lekarza Stanów Zjednoczonych.<sup>48</sup>

15. Wspierali utrzymanie granicy wieku 21 lat dla legalnej konsumpcji alkoholu oraz przepisy wykonawcze ograniczające dostęp nieletnich do alkoholu.

16. Wspierali dalsze badania dotyczące zapobiegania, testów przesiewowych i rozpoznawania opartych na dowodach naukowych, doraźnych interwencji oraz innych metod postępowania i leczenia w przypadku używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez młodzież.

#### ŹRÓDŁA AAP

Alcohol: Your Child and Drugs (patient education brochure) Join Together ([www.jointogether.org](http://www.jointogether.org))  
 Parent-Teen Driving Agreement and a Message to Parents of Teen Drivers (broszura dla pacjentów)  
 Substance Abuse Prevention (broszura dla pacjentów)  
 Tobacco, Alcohol, and Other Drugs: The Role of the Pediatrician in Prevention, Identification, and Management of Substance Abuse<sup>49</sup> (wytyczne)  
 Tobacco as a Substance of Abuse (raport techniczny z Sims TH and Committee on Substance Abuse).  
*Pediatrics*. 2009;124(5):e1045– e1053

#### SUGEROWANE ŹRÓDŁA INTERNETOWE

AAP District II, New York Chapter 2, Committee on Youth and Adolescence.  
 Teen Parties in Your Home: A Guide for Parents  
[www.ny2aap.org/teenparties.pdf](http://www.ny2aap.org/teenparties.pdf)  
 Al-Anon/Alateen; [www.al-anon.alateen.org](http://www.al-anon.alateen.org)  
 American Council for Drug Education; [www.acde.org](http://www.acde.org)  
 American Medical Association  
 Office of Alcohol and Other Drug Abuse  
 National Office of the Robert Wood Johnson Foundation  
 Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/guide.pdf>  
 College Drinking—Changing the Culture;  
[www.collegedrinkingprevention.gov](http://www.collegedrinkingprevention.gov)  
 Monitoring the Future Study; [www.monitoringthefuture.org](http://www.monitoringthefuture.org)  
 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism  
[www.niaaa.nih.gov](http://www.niaaa.nih.gov)  
 National Survey on Drug Use & Health (formerly the National Household Survey on Drug Abuse)  
[www.oas.samhsa.gov/nhsda.htm](http://www.oas.samhsa.gov/nhsda.htm)  
 Partnership for a Drug-Free America [www.drugfree.org](http://www.drugfree.org)  
 US Department of Health and Human Services and the Substance Abuse and Mental Health Services Administration's National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information; <http://ncadi.samhsa.gov>



**KOMISJA DS. NADUŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH (2007-2008)**

Janet F. Williams, MD, Przewodnicząca  
 Marylou Behnke, MD  
 \*Patricia K. Kokotailo, MD, MPH  
 Sharon Levy, MD, MPH  
 Tammy H. Sims, MD  
 Martha J. Wunsch, MD

**WSPÓŁPRACA**

Deborah Simkin, MD – American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

**PRACOWNIK**

Karen Smith

\*Główny autor

Artykuł ukazał się oryginalnie w *Pediatrics*, Vol. 125, No. 5, May 2010, p. 1078: Policy Statement – Alcohol Use by Youth and Adolescents; A Pediatric Concern, wydawanym przez American Academy of Pediatrics (AAP). Polska wersja publikowana przez *Medical Tribune Polska*. AAP i *Medical Tribune Polska* nie ponoszą odpowiedzialności za nieścisłości lub błędy w treści artykułu, w tym wynikające z tłumaczenia z angielskiego na polski. Ponadto AAP i *Medical Tribune Polska* nie popierają stosowania ani nie ręczą (bezpośrednio lub pośrednio) za jakość ani skuteczność jakichkolwiek produktów lub usług zawartych w publikowanych materiałach reklamowych. Reklamodawca nie ma wpływu na treść publikowanego artykułu.

**PIŚMIENNICTWO**

- Giedd JN. The teen brain: insights from neuroimaging. *J Adolesc Health*. 2008;42(4):335–343
- Chambers RA, Taylor JR, Potenza MN. Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *Am J Psychiatry*. 2003;160(6):1041–1052
- Brown SA, Tapert SF. Adolescence and the trajectory of alcohol use: basic to clinical studies. *Ann NY Acad Sci*. 2004;1021:234–244
- Grant BF, Dawson DA. Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse*. 1997;9:103–110
- Grant BF, Stinson FS, Harford TC. Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: a 12-year follow-up. *J Subst Abuse*. 2001;13(4):493–504
- DeWit DJ, Adlaf EM, Offord DR, Ogborne AC. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *Am J Psychiatry*. 2000;157(5):745–750
- Stueve A, O'Donnell LN. Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviors among urban youths. *Am J Public Health*. 2005;95(5):887–893
- Ellickson PL, Tucker JS, Klein DJ. Ten-year prospective study of public health problems associated with early drinking. *Pediatrics*. 2003;111(5 pt 1):949–955
- Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Feighner JA. Patterns of alcohol and drug use in adolescents can be predicted by parental substance use disorders. *Pediatrics*. 2000;106(4):792–797
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000
- Martin CS, Winters KC. Diagnosis and assessment of alcohol use disorders among adolescents. *Alcohol Health Res World*. 1998;22(2):95–105
- Clark DB. The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction*. 2004;99(suppl 2):5–22
- Irons BL. Alcohol use disorders: a clinical update. *Adolesc Med Clin*. 2006;17(2):259–282
- Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(3):CD003024
- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Teen marijuana use tilts up, while some drugs decline in use [press release]. University of Michigan News Service: Ann Arbor, MI; December 14, 2009. Available at: <http://monitoringthefuture.org/data/09data.html#2009data-drugs>. Accessed January 18, 2010
- Eaton DK, Kann L, Kinchen S, et al; Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior surveillance: United States, 2007. *MMWR Surveill Summ*. 2006;57(SS-4):1–131
- National Survey on Drug Use & Health [formerly the National Household Survey on Drug Abuse]. Available at: [www.oas.samhsa.gov/nhsda.htm](http://www.oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Accessed June 9, 2009
- Donovan JE. Estimated blood alcohol concentrations for child and adolescent drinking and their implications for screening instruments. *Pediatrics*. 2009;123(6). Available at: [www.pediatrics.org/cgi/content/full/123/6/e975](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/123/6/e975)
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Underage drinking: a major public health challenge. *Alcohol Alert*. April 2003;59. Available at: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa59.htm>. Accessed June 9, 2009
- Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol-related traffic fatalities among youth and young adults: United States, 1982–1989. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1991;40(11):178–179, 185–187
- American Academy of Pediatrics, Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention and Committee on Adolescence. The teen driver. *Pediatrics*. 2006;118(6):2570–2581
- Birckmayer J, Hemenway D. Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970–1990. *Am J Public Health*. 1999;89(9):1365–1368
- Simkin D. Adolescent substance use disorders and comorbidity. *Pediatr Clin North Am*. 2002;49(2):463–477
- Champion HLO, Foley KL, Durant RH, Hensberry R, Altman D, Wolfson M. Adolescent sexual victimization, use of alcohol and other substances, and other health risk behaviors. *J Adolesc Health*. 2004;35(4):321–328
- Windle M. Suicidal behaviors and alcohol use among adolescents: a developmental psychopathology perspective. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28(5 suppl):29S–37S
- Vitale S, van de Mheen D. Illicit drugs and injuries: a review of emergency room studies. *Drug Alcohol Depend*. 2006;82(1):1–9
- Clark DB, Lynch KG, Donovan JE, Block GD. Health problems in adolescents with alcohol use disorders: self-report, liver injury, and physical examination findings and correlates. *Alcohol Clin Exp Res*. 2001;25(9):1350–1359
- Arria AM, Dohey MA, Mezzich AC, Bukstein OG, Van Thiel DH. Self-reported health problems and physical symptomatology in adolescent alcohol abusers. *J Adolesc Health*. 1995;16(3):226–231
- Kaprio J, Koskenvuo M, Langinvainio H, Romanov K, Sarna S, Rose RJ. Genetic influences on use and abuse of alcohol: a study of 5638 adult Finnish twin brothers. *Alcohol Clin Exp Res*. 1987;11(4):349–356
- Kendler KS, Prescott CA, Neale MC, Pedersen NL. Temperance board registration for alcohol abuse in a national sample of Swedish males twins, born 1902–1949. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(2):178–184
- McGue M, Pickens RW, Svikius DS. Sex and age effects on the inheritance of alcohol problems: a twin study. *J Abnorm Psychol*. 1992;101(1):3–17
- Han C, McGue MK, Iacono WG. Lifetime tobacco, alcohol and other substance use in Minnesota twins: univariate and multivariate behavioral genetic analyses. *Addiction*. 1999;94(7):981–993

33. Maes HH, Woodard CE, Murrelle L, et al. Tobacco, alcohol and drug use in eight- to sixteen-year-old twins: the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. *J Stud Alcohol*. 1999; 60(3):293–305
34. McGue M, Elkins I, Iacono WG. Genetic and environmental influences on adolescent substance use and abuse. *Am J Med Genet*. 2000; 96(5):671–677
35. Rhee SH, Hewitt JK, Young SE, Corley RP, Crowley TJ, Stallings MC. Genetic and environmental influences on substance initiation, use, and problem use in adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(12): 1256–1264
36. Hawkins JD. Risk and protective factors and their implications for preventive interventions for the health care professional. In: American Academy of Pediatrics. *Substance Abuse: A Guide for Health Professionals*. Schydlower M, ed. 2nd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2001:1–19
37. Foley KL, Altman D, Durant RH, Wolfson M. Adults' approval and adolescents' alcohol use. *J Adolesc Health*. 2004;35(4):345. e17–345. e26
38. Jackson C, Henriksen L, Dickinson D. Alcohol-specific socialization, parenting behaviors, and alcohol use by children. *J Stud Alcohol*. 1999;60(3):362–367
39. Yu J. The association between parental alcohol-related behaviors and children's drinking. *Drug Alcohol Depend*. 2003;69(3): 253–262
40. Adger H. Problems of alcohol and other drug use and abuse in adolescents. *J Adolesc Health*. 1991;12(8):606–613
41. Jernigan DH, Ostroff J, Ross C, O'Hara JA. Sex differences in adolescent exposure to alcohol advertising in magazines. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(7):629–634
42. Strasburger VC. Alcohol advertising and adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 2002;49(2):353–376, vii
43. American Academy of Pediatrics, Committee on Communications. Children, adolescents, and advertising [published correction appears in *Pediatrics*. 2007; 119 (2): 424]. *Pediatrics*. 2006;118(6): 2563–2569
44. Sowell ER, Thompson PM, Holmes CJ, Jernigan TL, Toga AW. In vivo evidence for postadolescent brain maturation in frontal and striatal regions. *Nat Neurosci*. 1999;2(10):859–861
45. Casey BJ, Tottenham N, Liston C, Durston S. Imaging the developing brain: what have we learned about cognitive development? *Trends Cogn Sci*. 2005;9(3):104–110
46. Koob G, LeMoal M. Addiction and the brain antireward system. *Annu Rev Psychol*. 2008;59:29–53
47. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, et al. Brain DA D2 receptors predict reinforcing of stimulants in humans: replication study. *Synapse*. 2002;46(2):79–82
48. US Department of Health and Human Services. The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Reduce Underage Drinking. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General; 2007
49. Kulig JW; American Academy of Pediatrics, Committee on Substance Abuse. Tobacco, alcohol, and other drugs: the role of the pediatrician in prevention, identification, and management of substance abuse. *Pediatrics*. 2005;115(3):816–821
50. Werner MJ, Joffe A, Graham AV. Screening, early identification, and office-based intervention with children and youth living in substance abusing families. *Pediatrics*. 1999;103(5 pt 2):1099–1112
51. Petrie J, Bunn F, Byrne G. Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children: a systematic review. *Health Educ Res*. 2007;22(2):177–191
52. National Research Council and Institute of Medicine, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, Board on Children, Youth and Families, Committee on Developing a Strategy to Reduce and Prevent Underage Drinking. *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility*. Bonnie RJ, O'Connell ME, eds. Washington, DC: National Academies Press; 2004
53. Hartling L, Wiebe N, Russell K, Petruk J, Spinola C, Klassen TP. Graduated driver licensing for reducing motor vehicle crashes among young drivers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD003300
54. American Medical Association. *Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS)*. Elster A, Kuznets N, eds. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1994
55. American Academy of Pediatrics, Bright Futures Steering Committee. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. Hagan JF, Shaw JS, Duncan P, eds. 3rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2007
56. Adger H Jr, McDonald DI, Wenger S. Core competencies for involvement of health care providers in the care of children and adolescents in families affected by substance abuse. *Pediatrics*. 1999;103(5 pt 2):1083–1084
57. Van Hook S, Harris SK, Brooks T, et al; New England Partnership for Substance Abuse Research. The „Six T's”: barriers to screening teens for substance use in primary care. *New England Partnership for Substance Abuse Research. J Adolesc Health*. 2007;40(5):456–461
58. Babor T, de la Fuente J, Saunders J, Grant M. *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992
59. US Department of Health and Human Services, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. *The Adolescent Assessment/Referral System Manual*. Rahdert E, ed. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; 1991. DHHS publication No. (ADM) 91–1735
60. Knight JR, Schrier LA, Bravender TD, Farrell M, Vander Bilt J, Shaffer HJ. CRAFFT: a new brief screen for adolescent substance abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153(6):591–596
61. Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003; 27(1):67–73
62. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156(6):607–614
63. Levy S, Harris SK, Sherritt L, Angulo M, Knight JR. Test-retest reliability of adolescents' self-report of substance use. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28(8):1236–1241
64. Massachusetts Department of Public Health, Bureau of Substance Abuse Services. *Adolescent Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment Using the CRAFFT Screening Tool*. Boston, MA: Department of Public Health; 2009
65. Kokotailo PK, Gold MA. Motivational interviewing with adolescents. *Adolesc Med State Art Rev*. 2008;19(1):54–68
66. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390–395
67. Gold MA, Kokotailo PK. Motivational interviewing strategies to facilitate adolescent behavior change. *Adolesc Health Update*. 2007; 20(1):1–10
68. Monti PM, Spirito A, Myers M, et al. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(6): 989–994
69. Spirito A, Monti PM, Barnett NP, et al. A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *J Pediatr*. 2004;145(3):396–402
70. Baer JS, Kivlahan DR, Blume AW, McKnight P, Marlatt GA. Brief intervention for heavydrinking college students: 4-year follow-up and natural history. *Am J Public Health*. 2001;91(8):1310–1316
71. Marlatt GA, Baer JS, Kivlahan DR, et al. Screening and brief intervention for highrisk college student drinkers: results from a 2-year follow-up assessment. *J Consult Clin Psychol*. 1998; 66(4):604–615
72. Colby SM, Lee CS, Lewis-Esquerre J, Esposito-Smythers S, Monti PM. Adolescent alcohol misuse: methodological issues for enhancing treatment research. *Addiction*. 2004;99(suppl 2):47–62

## Komentarz



Prof. dr hab. n. med. Jacek Grygalewicz,  
Klinika Pediatrii CMKP w Warszawie

Komisja ds. Nadużywania Substancji Psychoaktywnych AAP przyznała właśnie, że problem spożywania alkoholu przez młodocianych w Stanach Zjednoczonych okazał się, w świetle ostatnich badań, poważniejszy, niż sądzono dotychczas. A przecież problem ten nie ogranicza się ani do jednego kraju, ani do określonej, wybranej do badań<sup>1</sup> grupy etnicznej. Istnieje dostatecznie długo, był wprowadzanie powszechnie dostrzegany, ale z pewnością niedoceniany. W Polsce używanie i nadużywanie alkoholu przez dzieci i młodzież jest zwykle ukrywane (w rodzinie, w środowisku) i, jak dotychczas, marginalizowane w dialogu publicznym. W środkach masowego przekazu temat jest poruszany nieśmiało, znacznie głośniejsze jest o nietrzeźwych kierowcach. Wiedza przeciętnego obywatela na temat używania alkoholu przez dzieci opiera się przeważnie na obserwacjach własnych. Na takich też obserwacjach opiera się przede wszystkim wiedza pediatrów. Na oddziały pediatryczne trafia rocznie wiele przypadków ostrego zatrucia alkoholem. Pasuje do nich zaproponowane tutaj przez Komisję AAP określenie „szkodliwe używanie alkoholu”, ponieważ zatrucia wymagające hospitalizacji mają najczęściej charakter incydentalny. U wielu dzieci są to skutki pierwszego, niefortunnego kontaktu z alkoholem, którego szybkie wypicie w większej objętości jest, jak to podkreślono w prezentowanym artykule, szczególnie niebezpieczne. Przypadki uzależnienia są rzadsze i trudniejsze do rozpoznania na oddziale pediatrycznym. Trafiają one tutaj tylko w razie ostrego przedawkowania. Pobyt dzieci zatrutych alkoholem w szpitalu jest na ogół krótki: po ustąpieniu ostrych zaburzeń metabolicznych i zaburzeń czynności narządowych szybko opuszczają oddziały, prawie zawsze na żądanie własne lub rodziców. Kontakt lekarza i psychologa z rodzicami lub innymi prawnymi opiekunami zatrutych dzieci jest chwilowy. Można zauważyć (i uznać za naturalne), że największym pragnieniem rodziców jest wymazanie incydentu z pamięci personelu oddziału i własnej.

Z obserwacji prowadzonych w Polsce wiadomo, że zjawisko nadużywania alkoholu w wieku rozwojowym się nasila.<sup>2,3</sup> W gromadzonym przez kilka lat, w jednym ośrodku, materiale Hartmanna<sup>3</sup> roczne liczby zatrutych alkoholem dzieci były coraz większe. Najmłodszy pacjent liczył sobie 5 lat. Z ustaleń Henry’ego i wsp.<sup>1</sup> wynika, że wczesny kontakt z alkoholem (przed 14 rokiem życia) prowadzi do szczególnie częstego jego nadużywania

w wieku 16-18 lat i w okresie wczesnej dorosłości. Wczesna inicjacja alkoholowa naszych dzieci i młodzieży ma co najmniej dwa poważne powody. Pierwszy z nich, to powszechny zwyczaj dorosłych picia alkoholu w czasie uroczystości rodzinnych, spotkań towarzyskich, a nawet uroczystości oficjalnych: wszędzie pije się za zdrowie, za pomyślność, za sukces. Drugi powód to brak umiejętności dokonywania właściwego wyboru – znajomych, przyjaciół i proponowanych przez nich sposobów na życie. Umiejętność tę powinna przekazać dzieciom rodzina.

W rodzinach funkcjonujących nieprawidłowo nie uznaje się zwykle autorytetów oraz lekceważy przepisy i normy współżycia społecznego. Jest to często wykrywana przyczyna braku poczucia bezpieczeństwa u dzieci oraz zaburzeń nastroju (do depresji włącznie) i zaburzeń zachowania, wymienianych jako niezależny czynnik, występujący częściej u dzieci i młodzieży miejskiej, sprzyjający wczesnemu sięganiu po alkohol.<sup>4</sup> Zjawiskom tym towarzyszą niekorzystne zmiany obyczajowości w zróżnicowanych środowiskowo grupach rówieśników, stwarzające wiele problemów życiowych samej młodzieży i trudności wychowawczych w domu i w szkole. A alkohol zawsze jest pod ręką (przez 24 godziny na dobę).

Spróbujmy wykorzystywać, w dostępnym nam zakresie, przygotowane przez Komisję AAP zalecenia. Prawie każde z nich można dopasować do naszej rzeczywistości. Nie ma co ukrywać, że (na przykład) zachęcanie rodziców, aby stali się dobrymi wzorami osobowymi (9 zalecenie AAP), będzie wymagać od lekarzy sporo cierpliwości, odwagi i jednocześnie empatii. Pozostałe zalecane działania również wymagają determinacji, a wielu z nich nie da się podjąć bez właściwie dobranych sojuszników.

### Piśmiennictwo

1. Henry KL, McDonald JN, Oetting ER, et al. Age of onset of first alcohol intoxication and subsequent alcohol use among Urban American Indian adolescents (abstr). *Psychol Addict Behav.* 2011;1:17.
2. Mazur J, Woynarowska B. Współwystępowanie palenia tytoniu i picia alkoholu w zespole zachowań ryzykownych u młodzieży szkolnej. Tendencje zmian w latach 1990-2002. *Alkoholizm i Narkomania.* 2004;17(1-2):29-43.
3. Hartmann P, Grygalewicz J. Nadużywanie alkoholu przez dzieci i młodzież. Materiały Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Środowiskowe uwarunkowania i profilaktyka chorób wieku rozwojowego”. Lublin, 16-18 listopada 2006:29.
4. Crum RM, Green KM, Storr CL, et al. Depressed mood in childhood and subsequent alcohol use through adolescence and young adulthood. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(6):702-712.