

Agnieszka Kapala¹, Wojciech Kapala², Paulina Wojtyła-Buciora³

¹Wielkopolskie Centrum Medyczne, Szpital Św. Wojciecha, Poznań

²Medyczne Studium Zawodowe, Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego nr 1, Poznań

³Wydział Medyczny i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Kaliski im. Prezydenta S. Wojciechowskiego, Kalisz; Katedra i Zakład Fizjologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań

SPOŻYWANIE ALKOHOLU I LEKÓW ORAZ PALENIE TYTONIU W OBLCZU ZAŻYWANIA NARKOTYKÓW W POPULACJI MŁODZIEŻY I MŁODYCH DOROSŁYCH JAKO WYZWANIE DLA ZDROWIA PUBLICZNEGO

Alcohol and medication consumption and tobacco smoking in
the face of drug use in the young and young adults population as
a public health challenge

Wprowadzenie

Spożywanie alkoholu, palenie papierosów oraz przyjmowanie leków – obok przyjmowania niekiedy przez młodzież i młodych dorosłych także narkotyków i dopalaczy – jest coraz większym problemem zarówno samych obciążonych tymi nałogami osób, jak i systemu ochrony zdrowia na całym świecie. Problem skutków ubocznych zarówno krótkotrwałych, jak i dalekosiężnych (długoterminowych) wynikających z przyjmowania określonych substancji psychoaktywnych jest bardzo różny, jednak staje się bardzo widoczny i niejednokrotnie trudny do leczenia w przypadku przyjmowania przez młodego człowieka kilku substancji psychoaktywnych jednocześnie. Stanowi to ważną

kwestię, ponieważ przynajmniej w przypadku niektórych narkotyków czy dopalaczy ich toksyczność wzrasta przy połączeniu z alkoholem, czy innymi związkami psychoaktywnymi, tj. lekami [4,27,36]

Spożywanie alkoholu

Spożywanie alkoholu przez młodych ludzi może być przyczyną poważnych zakłóceń biologicznych procesów rozwojowych i utrudniać realizację kluczowych zadań na drodze do dorosłości, takich jak zakończenie edukacji, podjęcie zatrudnienia czy nawiązywanie trwałych relacji interpersonalnych [9]. Spożywanie alkoholu, niezależnie pod jaką postacią (wódka, piwo, wino), niesie ze sobą ryzyko wystąpienia krótko-, i długofalowych różnych konsekwencji zdrowotnych (fizycznych, psychicznych) i społecznych, których istnienie nie jest z reguły nawet niekiedy uświadamiane przez młodego człowieka. Przykładowo, intensywne picie alkoholu w okresie dojrzewania może mieć znacząco negatywny wpływ na strukturę i funkcję ośrodkowego układu nerwowego, ale także może powodować długo-, i krótkotrwałe konsekwencje poznawcze i behawioralne. W literaturze pisze się także o niekorzystnym wpływie alkoholu na hipokamp, który odpowiedzialny jest w głównej mierze za pamięć – badacze zauważyli, że im wcześniej rozpoczyna się spożywanie alkoholu oraz im dłużej ono trwa, tym hipokamp staje się mniejszy [37].

W przypadku używania alkoholu przez młodzież istotnym problemem jest kwestia odczuwania przez nią ryzyka, jakim jest spożywanie produktów alkoholowych. Jak sugeruje bowiem wielu badaczy tego problemu, percepcja ryzyka może mieć zasadniczy wpływ na sięganie po alkohol oraz upijanie się przez nastolatków. Jak wynika z badania ESPAD (Europejski Program Badań Szkolnych nad Używaniem Alkoholu i Narkotyków), realizowanego cyklicznie (w latach 1995–2015) w Polsce, Czechach, Danii, Francji, Szwecji, we Włoszech i na Ukrainie ($n = 144\ 357$ – łącznie) odsetek uczniów, którzy oceniali częste spożywanie niewielkich ilości alkoholu jako „mało ryzykowne” bądź „pozbawione ryzyka”, systematycznie wzrastał w części krajów (w tym w Polsce). W ciągu ostatnich lat, kiedy przeprowadzano badania, częsta konsumpcja niewielkich ilości alkoholu przestała być postrzegana w kategoriach zagrożenia dla zdrowia, a jej związek z upijaniem się występował wśród młodzieży rzadziej [6].

W temacie spożywania alkoholu przez młodzież prowadzono bardzo wiele badań naukowych. Przykładem może służyć tu badanie przeprowadzone w 2020 roku na Ukrainie w trzech populacjach młodzieży w wieku 13–15 lat ($n = 1085$, $n = 499$, $n = 454$). Wyniki tego badania wskazują, że młodzież wiejska tego kraju spożywa alkohol i upija się znacznie częściej niż młodzież z miast. Około 47% badanej młodzieży spożywało alkohol w towarzystwie rodziców, przy czym istotnie więcej dziewcząt

piło z rodzicami. Jak wskazują autorzy tego badania, rodzicielski monitoring i udzielane wsparcie okazały się czynnikami ochronnymi, ale jednak tradycja picia młodzieży z rodzicami w Ukrainie okazuje się także silnym czynnikiem ryzyka upijania się młodzieży. Wyniki tego badania potwierdzają m.in. znaczącą rolę miejsca zamieszkania oraz czynników rodzicielskich w zachowaniach alkoholowych dorastających dzieci [38]. Przykładem innego badania jest dysertacja przeprowadzona wśród portugalskich studentów ($n = 840$), gdzie – jak stwierdzono w tym przypadku – część uczestników badania piła w sposób ryzykowny (48,1%), poziom postaw wobec spożywania alkoholu był umiarkowany, natomiast poziom wiedzy o konsekwencjach zachowań związanych z alkoholem niski. Autorzy tego badania stwierdzili, że im większe jest rozpowszechnienie wiedzy o ryzykownym stylu picia wśród studentów, tym lepsza wiedza o konsekwencjach konsumpcji i wyższy poziom negatywnych postaw w temacie spożywania alkoholu w młodym wieku [2]. Kolejne jeszcze badanie zostało przeprowadzone wśród studentów nauk medycznych w Kashan Medical University w Iranie na grupie 313 studentów i 368 studentek, przy średnim wieku uczestników badania 26 lat. Jak wskazują autorzy tego badania, alkohol na uczelni medycznej spożywało 4% studentów – 7,1% mężczyzn i 1,4% kobiet. Jak podkreślają twórcy tego badania, najważniejsze czynniki, które skłaniają do picia alkoholu badanych studentów, to uwarunkowania kulturowe i rodzinne, postawy rówieśników i miejsce zamieszkania [12].

Spożywanie alkoholu przez młodzież ma także określone różne konsekwencje społeczne. Ocenia się, że częste picie alkoholu przez młodego człowieka (więcej niż 20 razy przed 16. rokiem życia) wiąże się ze zwiększonym ryzykiem stosowania przemocy fizycznej, a zwłaszcza napaści przez młodych na dorosłych. Innym przykładem kolejnych konsekwencji picia alkoholu zupełnie nie uświadamianym przez młodego człowieka jako jednostkę, są konsekwencje ekonomiczne dla społeczeństwa związane z hospitalizacjami młodzieży w stanie intoksykacji alkoholem. Jak wskazują różne źródła, co roku przybywa młodych pacjentów hospitalizowanych z powodu zatrucia alkoholowego. Narastającą tendencję opisują różni autorzy w licznych publikacjach z całej Europy i podają, że z roku na rok zwiększa się liczba hospitalizacji nietrzeźwych nastolatków poniżej 18. roku życia [37].

Palenie tytoniu

Palenie tytoniu jest jednym z głównych problemów zdrowia publicznego i czynników ryzyka odpowiedzialnych za przedwczesną umieralność z powodu chorób niezaraznych – według szacunków Global Burden of Disease (GBD) co roku ponad 8 mln ludzi na świecie umiera z powodu chorób odytoniowych. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest również palenie bierne. W 2020 r. 22,3% światowej populacji używało

tytoniu, w tym 36,7% ogólnej populacji mężczyzn i 7,8% kobiet. Jak się zauważa, polskie statystyki są nieco bardziej pesymistyczne, tj. do codziennego palenia w 2022 r. przyznało się aż 28,8% dorosłych Polaków (30,8% mężczyzn i 27,1% kobiet) i wynik ten ma tendencję niestety zwyżkową względem lat poprzednich, gdyż w 2015 roku codziennie paliła jedna czwarta mieszkańców Polski w wieku powyżej 15. roku życia (24,8%) [8,35].

Inicjacja nikotynowa, a w konsekwencji uzależnienie od nikotyny, często ma swój początek w okresie dojrzewania lub młodości – badania Global Adult Tobacco Survey (GATS) przeprowadzone w latach 2009–2010 wskazywały, że 36% wszystkich palaczy w Polsce zainicjowało swój nałóg w wieku poniżej 17 lat, a kolejne 55% między 18. a 24. rokiem życia. Dalszych danych dotyczących wieku inicjacji nikotynowej u młodzieży w Polsce dostarcza międzynarodowe badanie ESPAD (Europejski Program Badań Szkolnych nad Używaniem Alkoholu i Narkotyków), którego celem jest monitorowanie używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną oraz innych zachowań ryzykownych. Oceniana populacja w tym badaniu to uczniowie z jednego rocznika w wieku 15–16 lat w chwili przeprowadzenia badania. Jak wynika z danych uzyskanych z cyklicznie przeprowadzonych badań w Polsce na przestrzeni 20 lat (1995 r.-2015 r.) najczęściej do inicjacji tytoniowej dochodziło pomiędzy 12. a 14. rokiem życia – tutaj w zależności od roku, w którym było wykonane badanie, pierwszy raz po papierosa w wieku 12–14 lat sięgało od 28,1% do 32,8% nastolatków. Nieco pocieszające wydają się jednak inne dane z tych badań, które mówią, że w tym samym okresie nigdy po papierosa nie sięgało w grupie 12–14-latków od 35,2% do 44,9% młodzieży.

Wiek inicjacji palenia w Polsce – dane z badania ESPAD [8]:

- rok 1995 – najczęstsza i druga w kolejności odpowiedź: nigdy nie paliłam/paliłem (40,3%); paliłam/paliłem po raz pierwszy w wieku 12–14 lat (28,1%),
- rok 1999 – najczęstsza i druga w kolejności odpowiedź: nigdy (35,2%); 12–14 lat (32,8%),
- rok 2003 – najczęstsza i druga w kolejności odpowiedź: nigdy (38,1%); 12–14 lat (29,9%),
- rok 2007 – najczęstsza i druga w kolejności odpowiedź: nigdy (44,2%); 12–14 lat (25,2%),
- rok 2011 – najczęstsza i druga w kolejności odpowiedź: nigdy (44,0%); 12–14 lat (25,2%),
- rok 2015 – najczęstsza i druga w kolejności odpowiedź: nigdy (44,9%); 12–14 lat (29,9%).

Do czynników sprzyjających inicjacji nikotynowej należą [35]:

- kulturowy przekaz normalizujący używanie nikotyny,

- przykład i presja otoczenia (rodzice, rówieśnicy, szkoła),
- łatwość zdobycia i zakupu (fizyczna dostępność) produktów nikotynowych,
- dostępność ekonomiczna (niskie ceny) produktów nikotynowych,
- narażenie na reklamę i promocję produktów nikotynowych.

Powyższe czynniki odgrywają określoną rolę dla każdego nastolatka oczywiście w odmienny, indywidualny sposób, z bardzo różnym nasileniem, jednak jak pokazują niektóre badania, aż około 40% młodzieży spotyka się z różną formą reklamy, w szczególności w Internecie, gdzie młodzi ludzie najczęściej stykają się z wielorakimi formami promowania wyrobów tytoniowych [8,21]. Z drugiej strony – jak pokazuje badanie ESPAD z 2019 roku aż 71,2% uczniów polskich szkół w wieku 15–16 lat przyznało, że zakup papierosów jest dla nich „dość łatwy” lub wręcz „bardzo łatwy”, co jest zastanawiające, ponieważ dzieje się tak, pomimo obowiązującego zakazu sprzedaży papierosów osobom nieletnim w Polsce [35]. Nie bez znaczenia jest także dostępność ekonomiczna papierosów – im tańsze, tym – z punktu widzenia możliwości działań profilaktycznych – gorzej dla młodzieży. Jak się zauważa, działaniem, które odgrywa największą rolę w profilaktyce palenia w przypadku osób młodych, jest zwiększenie cen wyrobów tytoniowych, które może być efektywne i skuteczne, jeśli jego celem jest zmniejszenie palenia tytoniu w populacji młodzieży. Niektóre źródła wskazują, że osoby młode dysponują najczęściej ograniczonym budżetem, który wolą przeznaczyć na inne cele, oraz że nie zdążyły one jeszcze rozwinąć tak silnego uzależnienia, jak ma to miejsce w przypadku długoletnich użytkowników, i łatwiej jest im zrezygnować z palenia [8].

Trzeba podkreślić, że problem uzależnienia dotyczy także nowych wyrobów zawierających nikotynę. Do używania papierosów elektronicznych przyznaje się 4,8% Polaków, a tytoniu podgrzewanego 4%. Co bardzo istotne – Polska młodzież używa częściej e-papierosów (29,5%) niż tradycyjnych papierosów (26,2%) i wydaje się to być trend rosnący. W 2019 r. pierwsze ich użycie przed pełnoletnością deklarowało 16% osób, podczas gdy w 2021 r. zrobił to już niemal co czwarty nastolatek. Używanie tego typu urządzeń w regionie europejskim wykazuje ogólny trend wzrostowy [35]. W literaturze podkreśla się, że wprowadzenie na rynek produktów alternatywnych do wyrobów tytoniowych, takich jak e-papierosy czy papierosy typu IQOS, z założenia powinno pozytywnie wpływać na zmniejszenie narażenia palaczy na niebezpieczne związki chemiczne zawarte w dymie tytoniowym lub wspierać rzucenie palenia. Pomimo sugerowanych początkowo korzyści przeprowadzane badania toksykologiczne wykazują obecność w wytwarzanych w nich oparach niebezpiecznych związków chemicznych. Wyniki te sugerują, że palenie e-papierosów lub papierosów typu IQOS w podobny sposób do konwencjonalnych wyrobów tytoniowych może niekorzystnie wpływać na zdrowie ich użytkowników [20].

Przyjmowanie leków

Od kilkudziesięciu już lat można zauważyć „nowe trendy” w osiąganiu odmiennych stanów świadomości przy użyciu różnych leków, ziół, czy innych substancji chemicznych. Zjawisko to jest obserwowane zarówno wśród osób dorosłych, jak i młodzieży. Szacuje się, że w USA od 5% do 30% studentów zażywa różne substancje psychostymulujące, w tym różne leki [25]. Badania prowadzone na uniwersytetach europejskich mówią z kolei, że średnio 1 na 7 osób korzysta okresowo z lekowego wzmocnienia funkcji poznawczych, a niektóre analizy wskazują na co dziesiątą osobę [10]. Używanie leków postrzegane jest przez ich użytkowników, jako element stylu życia, w którym dąży się do maksymalnej wydajności, a zarazem równowagi między pracą a życiem osobistym [42]. Osoby używające leku/leków twierdzą, że po ich zażyciu wzrasta poziom koncentracji, a senność i zmęczenie zwykle ustępują [24]. Wprawdzie w zdecydowanej większości studenci podczas przygotowywania się do testów i egzaminów spożywają kofeinę w formie kawy, napojów energetycznych i innych wyrobów, to jednak obserwuje się narastające zainteresowanie wieloma farmaceutykami, przyjmowanymi niezgodnie z ich zaleceniami terapeutycznymi [14].

Współczesna młodzież wykorzystuje do uzyskania poprawy samopoczucia i lepszej nauki leki ogólnie dostępne bez recepty – bez zapisu lekarza (OTC, Over-The-Counter drug) zawierające w swoim składzie, np. dekstrometorfan, benzydaminę, efedrynę, czy pseudoefedrynę. Po leki zawierające w składzie efedrynę (m.in. Tussipect) i pseudoefedrynę (najbardziej popularny w tej grupie Sudafed) sięgają nastolatki, „wspomagając” się niejako podczas nauki, dla pobudzenia, poprawy nastroju lub w powstrzymywaniu łaknienia podczas odchudzania. Wytwarzanie środków psychotropowych z leków zawierających w składzie efedrynę stanowi także zachowanie obserwowane wśród narkomanów przyjmujących narkotyki pobudzające, zwłaszcza amfetaminę. Zażywaniu leków z efedryną i pseudoefedryną towarzyszy jednak zjawisko tachyfilaksji – wrażliwość na zażywaną substancję z czasem obniża się, przez co występuje potrzeba przyjmowania coraz większych dawek specyfiku w coraz krótszych odstępach czasu. Funkcjonowanie osób, u których rozwinęła się zależność od efedryny – zwłaszcza przyjmujących narkotyk dożylnie – zaczyna koncentrować się niemal wyłącznie wokół jego zdobywania, przetwarzania i przyjmowania [29,34,40].

Do substancji pozyskiwanych z leków zalicza się efedron (metylokatynon, metkatynon), który jest określany jako „metkat”, „kot”, „marcepan” czy „jeff”, a który należy do nowych substancji psychoaktywnych z grupy katynonów. Jako rekreacyjny środek odurzający efedron może być podawany różnymi drogami (doustnie, domięśniowo, doodbytniczo, donosowo i inhalacyjnie). Efedron pobudza napęd psychoruchowy, podnosi nastrój, zmniejsza łaknienie i zmęczenie, zwiększa samoocenę i chęć

do działania oraz powoduje wielomówność. Efedron wywołuje silne uzależnienie psychiczne. Niepokojące jest także to, że nastolatek, przeglądając niektóre strony internetowe, może znaleźć dokładne instrukcje dotyczące syntezy narkotyku w warunkach niejako domowych. Efedron można pozyskać z licznych preparatów na katar i przeziębienie zawierających pseudoefedrynę, dostępnych bez recepty w każdej aptece. Ofiarami takiego postępowania stają się najczęściej nastolatki, którzy stosują ww. substancję dla poprawy wydolności organizmu podczas nauki, a dziewczęta do tłumienia łaknienia podczas odchudzania lub w celach rozrywkowych [18,19,31].

Do leków, które są niekiedy przyjmowane przez dorosłych i młodzież, należą także leki z grupy neurostymulantów – są to substancje nootropowe, inaczej prokognitywne. Leki nootropowe to substancje naturalne i syntetyczne, które usprawniają procesy kognitywne, takie jak koncentracja uwagi, pamięć, zdolność uczenia się oraz motywacja i ogólną wydolność organizmu. Substancje pochodzenia naturalnego, które wspomagają pracę mózgu, były znane i stosowane od lat, np. *ginkgo biloba* (miłorząb japoński), czy *panax quinquefolius* (żeń-szeń amerykański). Dostępnych komercyjnie jest także wiele preparatów zawierających substancje niezbędne do prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego, np. lecytyna i witamina B1 (tiamina) i jej pochodna sulbutiamina. Są jeszcze leki nootropowe dostępne na receptę, głównie na chorobę Alzheimer, Parkinsona oraz te stosowane w terapii u osób po udarach mózgu. Niektóre osoby zdrowe, chcąc podnieść swoje zdolności intelektualne i produktywność, sięgają po substancje pierwotnie przeznaczone do leczenia deficytów uwagi w ADHD czy innych zaburzeń, jak np. narkolepsja [26].

Otwartym pozostaje pytanie, w jakim stopniu używane leki nootropowe, czy pozostałe środki farmakologiczne stosowane w celach innych niż medycznie uzasadnione są bezpieczne, zwłaszcza dla młodzieży? Czy bezpieczne jest ich zażywanie cykliczne (np. podczas sesji egzaminacyjnej), czy też tylko pojedyncze podania? Pytania tego typu wydają się zasadne, bowiem – jak uczy historia – leki i substancje, które w przeszłości uważano za bezpieczne i za właśnie „wzmacniające umysł”, po latach okazały się nie bez wad. Przykładem jest kokaina, która była kiedyś postrzegana jako lek niskiego ryzyka i przyjmowana w celu złagodzenia zmęczenia i zwiększenia wytrzymałości, a której zwolennikiem był sam Zygmunt Freud. Podobnie amfetamina, która była przyjmowana przez studentów podczas sesji egzaminacyjnych [26].

W literaturze zauważa się także, że efekt zażywania stymulantów przez zdrowych studentów w stanie spadku motywacji, zmęczenia i niechęci jest niekiedy odwrotny od zamierzonego, tj. po ustaniu działania amfetaminy mogą wystąpić stany lękowe i zaburzenia depresyjne, a przy zastosowaniu zbyt dużej dawki metylofenidatu pojawia się nadmierna aktywność ruchowa i problemy z koncentracją [14].

Dostrzegany jest także problem etyczny i moralny, jakim jest zażywanie przez niektórych studentów substancji psychostymulujących – takie zachowanie można interpretować w kategorii oszustwa czy pewnego rodzaju dopingu mózgu [1].

Związki pomiędzy stosowaniem leków, w tym leków dostępnych bez recepty, a sięganiem przez młodzież po substancje psychoaktywne, stwierdzono w różnych badaniach. Przykładowo, w badaniu przeprowadzonym w Danii w 2002 roku wśród nastolatków ($n = 4824$) w wieku 11–15 lat wykazano, że istnieje związek pomiędzy spożywaniem alkoholu a przyjmowaniem leków oraz między stosowaniem leków a paleniem tytoniu [3].

W Polsce badania w tym zakresie zostały przeprowadzone w ostatnim czasie w 2020 roku w Warszawie wśród młodzieży, w grupie 14–15 latków ($n = 783$). Jak wykazało to badanie, znaczący odsetek warszawskich nastolatków stosuje leki, zwłaszcza przeciwbólowe. Przyjmowaniu leków sprzyja dystres psychiczny oraz skłonność do poszukiwania wrażeń i impulsywność. Jak wynika także z tych badań, po leki stosowane z powodu problemów natury psychicznej bardziej skłonni byli sięgać nastolatki oceniające, że nie najlepiej radzą sobie z ograniczeniami związanymi z pandemią COVID-19. Czynnikiem zwiększającym ryzyko przyjmowania leków przy kontrolowaniu takich czynników jak płeć oraz specyficzne dolegliwości były: dystres psychiczny, skłonność do poszukiwania wrażeń i impulsywność, trudności w radzeniu sobie z ograniczeniami związanymi z pandemią. Czynnikiem ograniczającym ryzyko używania leków okazało się wyższe wykształcenie rodziców. Omawiane badania mówią także o tym, że w przypadku dolegliwości bólowych i negatywnych stanów emocjonalnych lub braku energii młodzi ludzie najczęściej sięgają po leki dostępne bez zalecenia lekarza. Ponadto, najczęściej wymienianym źródłem leków były domowe apteczki, z których młodzież korzystała samodzielnie lub za pośrednictwem rodziców. Jak wskazuje to badanie, w 2020 r. częste przyjmowanie, tj. przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu, leków z powodu bólu głowy potwierdziło ok. 43% badanych nastolatków, a 10,3% badanych 15-latków przyznało w ankiecie, że często przyjmowało leki z powodu trudności w zasypianiu. Częste stosowanie leków z powodu zdenerwowania potwierdziło 10,1% badanych 15-latków, a częste przyjmowanie leków z powodu przygnębienia i złego nastroju 6,4% uczestników badań. Przyjmowanie leków z powodu braku energii potwierdziło ok. 8% uczestników badań. Badania te potwierdziły również związek pomiędzy przyjmowaniem leków dostępnych bez zalecenia lekarza a sięganiem przez młodzież po takie substancje psychoaktywne, jak tytoń czy alkohol. Wcześniejsze badania mokotowskie (2012 r., 2016 r.) wskazywały natomiast, że młodzież stosuje najczęściej leki dostępne bez zalecenia lekarza, takie jak ziołowe preparaty uspokajające czy nasenne, a farmaceutyki przyjmowane z powodu braku energii, to głównie witaminy i preparaty witaminowo-mineralne oraz napoje energetyzujące [33].

Politoksykomania

Wśród osób przyjmujących substancje psychoaktywne obecna jest – bardzo różnie nasilona – politoksykomania. Politoksykomania w szerokiej interpretacji jest definiowana jako użycie środka nielegalnego wraz z inną substancją legalną bądź nielegalną, np. przyjmowanie narkotyków łącznie z alkoholem lub lekami. Politoksykomania określa się także jednoczesne nadużywanie i/lub uzależnienie od wielu substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol, narkotyki, leki, czy „dopalacze”. W politoksykomanii środki uzależniające mogą być zażywane jednocześnie bądź naprzemiennie [30,32].

W latach 60. i 70. XX wieku politoksykomania pośród polskich narkomanów była zjawiskiem bardzo popularnym. Przyjmowanie wielu różnych środków odurzających stanowiło wówczas specyficzną modę pośród zwolenników psychoaktywnych doznań. Sytuacja taka wynikała m.in. z ograniczonego dostępu do znanych narkotyków. Młodzi ludzie, sięgając po różne środki psychoaktywne lub łącząc ze sobą zażywanie różnych odurzających specyfików, robią to prawdopodobnie w poszukiwaniu nowych, bardziej intensywnych doznań [30].

Zjawisko politoksykomanii systematycznie wzrasta i należy do ważnych problemów identyfikowanych zarówno wśród dorosłych, jak i młodzieży na całym świecie. Istnieje wiele powodów, dla których niektórzy ludzie decydują się na korzystanie z wielu zamiast pojedynczej substancji psychoaktywnej. Może to być spowodowane chęcią wzmocnienia efektów pojedynczego środka poprzez łączenie leków i innych substancji o podobnym działaniu na centralny układ nerwowy. Różne substancje mogą być także stosowane jednocześnie lub sekwencyjnie w celu złagodzenia niekorzystnych skutków obecnych w okresie głodu narkotykowego lub odstawienia [17,32]. Przykładem politoksykomanii jest np. częste palenie papierosów z jednoczesnym zażywaniem narkotyków. Jak wynika z badań autopsyjnych przeprowadzonych w Instytucie Medycyny Sądowej Uniwersytetu we Fryburgu w latach 1995–1997 większość ofiar narkotyków jednocześnie spożywała także nikotynę (98 na 100 osób), jako dodatek do nielegalnych narkotyków lub ich zamienników, zaś choroby układu oskrzelowego typowe dla nałogowych palaczy stwierdzono post mortem u 35 osób zażywających za życia narkotyki [15].

Od 2013 r. prowadzi się więcej badań nad używaniem wielu substancji w populacjach nastolatków. Wyniki tych badań wskazują, że używanie niektórych narkotyków może mieć miejsce w kontekście używania innych środków psychoaktywnych, np. spożywanie alkoholu zwiększa ryzyko eksperymentowania z paleniem [7]. Z badania, które zostało przeprowadzone w Australii w 2007 r. w grupie nastolatków (n = 1402) w wieku 12–17 lat, wynika, że zdecydowana większość nastolatków (79,6%) używała tylko alkoholu, ale 18,3% było użytkownikami wielu substancji psychoaktywnych jednocześnie, tj. alkoholu, tytoniu i marihuany [41]. Z kolei z badania, które zostało

przeprowadzone w USA na dużej grupie nastolatków ($n = 4245$) przed ukończeniem 16. roku życia, wynika, że podczas gdy 34,4% nastolatków nie używało substancji psychoaktywnych przed ukończeniem 16. roku życia, to jednak aż 34,1% nastolatków potwierdziło, że używa zarówno alkoholu, jak i marihuany lub alkoholu, marihuany i papierosów, co wskazuje na stosunkowo wysoką częstość występowania tego typu zachowań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wśród nastolatków w USA [28]. Jednym z badań, które nawiązuje do tematu zażywania wielu substancji psychoaktywnych przez młodzież, było także ogólnopolskie badanie przeprowadzone w roku szkolnym 2009–2010 w grupie nastolatków ($n = 1411$) w średnim wieku 17,7 lat. Z badania wynika m.in., że młodzież paląca tytoń częściej niż osoby niepalące spożywa alkohol i robi to głównie w celu radzenia sobie z problemami, a młodzież używająca przetworów konopi pije alkohol częściej w celu poprawy nastroju [11].

Zażywanie środków psychoaktywnych przez młodzież i młodych dorosłych w pryzmacie zdrowia publicznego

Szacuje się, że młodzi ludzie w wieku 10–24 lat stanowią około 27% światowej populacji. Ocenia się także, że obciążenie chorobami powstałymi w okresie adolescencji jest bardzo różne, jednak może ono wynikać m.in. ze stosowania substancji psychoaktywnych [13], których zażywanie w okresie dorastania w różnych krajach z dekady na dekadę jest coraz większe. Młode osoby, zwłaszcza młodzi dorośli, są w niektórych krajach (różne rozwiązania prawne zezwalające/zakazujące reklam środków psychoaktywnych w danym państwie) najmłodszym legalnym celem marketingowym przemysłu tytoniowego i (głównie poprzez reklamy piwa) alkoholowego. Starsi nastolatkwie z kolei są zachęcani do palenia i/lub spożywania alkoholu, patrząc na (głównie) swoich starszych kolegów – młodych dorosłych lub niekiedy także na swoich rodziców [23]. Zażywanie substancji psychoaktywnych w rozwiniętych krajach w populacji osób dorosłych jest znaczne. Przykładowo, w przypadku całej populacji Niemiec około 7 milionów osób w wieku od 18 do 64 lat kwalifikuje się do co najmniej jednej diagnozy uzależnienia lub nadużywania zgodnie z kryteriami DSM-IV (tytoń, alkohol, konopie indyjskie, kokaina, amfetamina, leki przeciwbólowe, leki nasenne i uspokajające). Około 75% ludności Niemiec spożywa alkohol, a około 25% pali tytoń. Jak zauważają J. Atzendorf i wsp., wzorce używania substancji psychoaktywnych i ryzykownego zażywania są powszechne w ogólnej populacji Niemiec, zaś zaburzenia związane z substancjami psychoaktywnymi, w szczególności spowodowane przez substancje legalne, takie jak tytoń i alkohol, a także farmaceutyki sprzedawane bez recepty (leki przeciwbólowe), stanowią znaczne obciążenie dla społeczeństwa [5].

Nadużywanie substancji psychoaktywnych jest czynnikiem ryzyka zachorowalności i śmiertelności, szczególnie wśród nastolatków i młodych dorosłych. Zagadnienie to ilustruje badanie populacyjne przeprowadzone w Finlandii w okresie 3 lat (2006 r.-2009 r.) na dużej populacji zmarłych osób (n ogółem = 19939, w tym nastolatki i młodzi dorośli, tj. 15–34-latkowie – n = 1623), które dotyczyło rozpoznawania używania nikotyny, alkoholu, narkotyków (informacje z bazy danych toksykologii post mortem) oraz przyczyny samego zgonu. Jak wynika z tego badania, używanie nikotyny było częstsze u młodych dorosłych (75%) niż we wszystkich przypadkach w bazie danych (55%). Wśród użytkowników nikotyny było dwukrotnie więcej przypadków z pozytywnym wynikiem na obecność etanolu (60%) niż wśród osób nieużywających nikotyny (30%). Używanie nikotyny było powszechne (70%–79%) wśród osób przyjmujących leki przeciwpsychotyczne, przeciwdepresyjne, przeciwlękowe i/lub nasenne i uspokajające. Odsetek użytkowników nikotyny był również wysoki wśród przypadków z pozytywnym wynikiem na obecność narkotyków (85%). Używanie nikotyny było zatem związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych i chorobami psychicznymi wymagającymi farmakoterapii. W grupie użytkowników nikotyny było mniej zgonów sklasyfikowanych jako naturalne. U młodych dorosłych użytkowników nikotyny alkohol był obecny we krwi dwa razy częściej (60%) niż u osób nieużywających nikotyny (30%). Wykazano, że palenie tytoniu i używanie alkoholu mają tendencję do łączenia się u tych samych użytkowników. Jak konkludują autorzy tego badania – T. Launiainen i inni – spożywanie alkoholu dwa razy częściej u użytkowników nikotyny można częściowo wyjaśnić faktem, że niektórzy użytkownicy nikotyny codziennie mają tendencję do częstszego palenia podczas spożywania właśnie alkoholu. Ponadto, biorąc pod uwagę niekiedy jednoczesne przyjmowanie alkoholu, narkotyków, a także leków psychotropowych przez młodych użytkowników nikotyny, nie jest zaskakujące, że częściej stają oni w obliczu nagłej i niespodziewanej śmierci niż nieużywający nikotyny [22].

Zważywszy, że okres dojrzewania jest szczytowym okresem inicjacji używania substancji psychoaktywnych, co jest dużym obciążeniem zdrowotnym dla tej grupy wiekowej, w interesie szeroko pojętego zdrowia publicznego należy dołożyć wszelkich starań w celu podjęcia i zintensyfikowania różnych działań profilaktycznych. Należy pamiętać, że młodzi ludzie (definiowani jako osoby w wieku 10–24 lat) to dość szeroka i dynamiczna grupa, która obejmuje zarówno dzieci w wieku szkolnym, nastolatków oraz młodych dorosłych. W rezultacie więc reakcje na używanie różnych substancji psychoaktywnych u młodych ludzi będą się znacznie różnić w zależności od ich wieku, etapu życia, poziomu używania tych substancji i ich kontekstu społeczno-środowiskowego. Jak się zauważa, młodzi ludzie znajdują się na zgoła innym etapie życia niż populacja dorosłych i dlatego działania profilaktyczno-lecznicze wobec używania

substancji psychoaktywnych przez młode osoby często koncentrują się u nich głównie na zapobieganiu, wczesnej interwencji i ograniczaniu szkód u osób, które zaczęły używać substancji, a nie – z reguły – na intensywnym leczeniu użytkowników uzależnionych, zatem rodzaj i cele interwencji będą się różnić w zależności od wieku osób przyjmujących substancje psychoaktywne i poziomu używania tych substancji. Ponadto, warto dodać, jak także zauważają E. Stockings i wsp., większość dowodów na skuteczne interwencje mające na celu ograniczenie używania, problematycznego używania i szkód wywołanych zażywaniem substancji psychoaktywnych dotyczy alkoholu – najczęściej używanej substancji w wielu krajach, przyczyniającej się do dużego obciążenia zdrowia publicznego wśród młodych ludzi. Co ważne także, dostępnych jest mało informacji na temat skutecznych interwencji profilaktycznych skierowanych na palenie tytoniu przez młode osoby, ponieważ używanie tytoniu staje się kluczowym problemem zdrowotnym przeważnie dopiero w późniejszym okresie życia, dlatego potrzebne są badania naukowe z większym i dłuższym okresem obserwacji. Dodatkowo też sygnalizuje się, że działania prewencyjne muszą zacząć zajmować się wyjątkowymi czynnikami ryzyka niekiedy bardzo różnego kontekstowego używania substancji psychoaktywnych przez młodych ludzi, aby uniknąć późniejszych problemów z ich stosowaniem. E. Stockings i wsp. piszą także, że w przypadku alkoholu i tytoniu interwencje polityczne (opodatkowanie i kontrola minimalnego wieku określająca prawo dostępności) wydają się najskuteczniejsze, jednak rozwiązania te nie są dostępne w przypadku narkotyków i w związku z tym konieczne są nowe rozwiązania koncepcyjne dotyczące zapobiegania narkomanii, w tym prowadzenie wyższej jakości badań w celu zidentyfikowania zindywidualizowanych strategii mających zmniejszyć użycie i szkody związane z używaniem narkotyków przez młodych ludzi [16,39].

Podsumowanie

Działania profilaktyczne w kontekście zażywania przez młode osoby alkoholu, leków, palenia tytoniu oraz przyjmowania narkotyków są niezbędne, bowiem skutki zdrowotne ich przyjmowania są niekiedy znaczne. Populacja młodych osób to jednakże różne grupy zawierające w sobie młodzież szkolną, nastolatków i młodych dorosłych, wobec tego działania z zakresu prewencji chorób i różnych innych potencjalnych szkód zdrowotnych muszą być dostosowane do rodzaju i częstotliwości przyjmowanych środków psychoaktywnych oraz zdolności kognitywnych tych osób.

Bibliografia:

1. Aikins R. The White Version of Cheating? Ethical and social equity concerns of cognitive enhancing drug users in higher education. *J Acad Ethics* 2019; 17(2): 111–130.
2. Alves RF, Precioso J, Becona E. Alcohol-related knowledge and attitudes as predictors of drinking behaviours among Portuguese university students. *Alcohol Drug Addict* 2021; 34(1): 33–50.
3. Andersen A, Holstein BE, Hansen EH. Is medicine use in adolescence risk behavior?. Cross-sectional survey of school-aged children from 11 to 15. *J Adolesc Health* 2006; 39(3): 362–366.
4. Antia U, Tingle MD, Russell BR. „Party pill” drugs – BZP and TFMPP. *N Z Med J* 2009; 122(1307): 55–68.
5. Atzendorf J, Rauschert Ch, Seitz N-N, et al. The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines: an estimate of consumption and substance-related disorders in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116(35–36): 577–584.
6. Bujalski M, Sierosławski J. Risk perception and alcohol drinking among young people in seven European countries from 1995 to 2015. *Alcohol Drug Addict* 2018; 31(1): 17–48.
7. Connor JP, Gullo MJ, White A, et al. Polysubstance use: diagnostic challenges, patterns of use and health. *Curr Opin Psychiatry* 2014; 27(4): 269–275.
8. Dąbrowska K, Sierosławski J, Wieczorek Ł. Trends in tobacco-related behaviour among young people in Poland from 1995 to 2015 against background of selected European countries. *Alcohol Drug Addict* 2018; 31(1): 65–82.
9. Degenhardt L, Stockings E, Patton G, et al. The increasing global health priority of substance use in young people. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(3): 251–264.
10. Deline S, Baggio S, Studer J, et al. Use of neuroenhancement drugs: prevalence, frequency and use expectations in Switzerland. *Int J Environ Res Public Health* 2014; 11(3): 3032–3045.
11. Dzielska A. Motywy picia alkoholu w zależności od używania tytoniu i marihuany przez młodzież. *Przegl Lek* 2014; 11(71): 592–596.
12. Ghalhari MR, Mehri A, Dehghani R, et al. Prevalence of alcohol use and associated factors among students of medical sciences in central Iran. *Alcohol Drug Addict* 2021; 34(2): 143–152.
13. Gore FM, Bloem PJN, Patton GC, et al. Global burden of disease in young people aged 10 - 24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011; 377(9783): 2093–2102.
14. Grześkowiak A, Czernikiewicz K, Jarmużek E, et al. Stymulanty jako leki nootropowe w społeczności studenckiej. *Sztuka Leczenia* 2023; 38(1): 67–75.
15. Hafezi M, Bohnert M, Weinmann W, Pollak S. Prevalence of nicotine consumption in drug deaths. *Forensic Sci Int* 2001; 119(3): 284–289.
16. Hall WD, Patton G, Stockings E, et al. Why young people’s substance use matters for global health. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(3): 265–279.
17. Holloway K, Bennett T. Characteristics and correlates of drug use and misuse among university students in Wales: a survey of seven universities. *Addict Res Theory* 2018; 26(1): 11–19.
18. Janowska E, Chudzikiewicz E, Lechowicz W. Ephedrone – new street drug obtained from proasthmin. *Probl Forensic Science* 1999; 39: 44–53.

19. Knap B, Gibuła-Bruzda E, Orzelska-Górka J, et al. Efedron – silny narkotyk pozyskiwany z popularnych leków. *Postępy w Farmakologii i Onkologii*. Instytut Promocji Kultury i Nauki, Lublin 2018: 179–189.
20. Kopa PN, Pawliczak R. Skutki zdrowotne palenia w odniesieniu do alternatywnych wyrobów tytoniowych. *Alergologia Polska* 2019; 6(3): 100–109.
21. Kowalewska A, Tabak I. Pakiet edukacyjny dla nauczycieli z zakresu profilaktyki palenia tytoniu. *Ośrodek Rozwoju Edukacji*, Warszawa 2012: 49–50.
22. Launiainen T, Broms U, Keskitalo-Vuokko K, et al. Nicotine, alcohol, and drug findings in young adults in a population-based postmortem database. *Nicotine Tob Res* 2011; 13(9): 763–771.
23. Ling PM, Glantz SA. Why and how the tobacco industry sells cigarettes to young adults: evidence from industry documents. *Am J Public Health* 2002; 92(6): 908–916.
24. Maier LJ, Schaub MP. The use of prescription drugs and drugs of abuse for neuroenhancement in Europe: not widespread but a reality. *European Psychologist* 2015; 20(3): 155–166.
25. Mann J. Cognitive enhancing drug use by students in the context of neoliberalism: cheating? Or, a legitimate expression of competitive entrepreneurialism? *Int J Drug Policy* 2021: 102907. 95. DOI: [10.1016/j.drugpo.2020.102907](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102907).
26. Modrzyński R. Leki nootropowe. Metoda wspomagająca pamięć i koncentrację w pracy i nauce. *Rozprawy Społeczne* 2021; 15(2): 117–125.
27. Morawska-Siudak J, Szkolnicka B, Gomółka E, et al. Designer drugs--diagnostic, psychological and low aspects of problem. *Przegl Lek* 2010; 67(8): 598–601.
28. Moss HB, Chen CM, Yi H-y. Early adolescent patterns of alcohol, cigarettes, and marijuana poly-substance use and young adult substance use: outcomes in a nationally representative sample. *Drug Alcohol Depend* 2014; 136: 51–62.
29. Motyka M, Marcinkowski JT. Nowe metody odurzania się. Cz. I. Leki dostępne bez recepty wykorzystywane w celach narkotycznych. *Probl Hig Epidemiol* 2014, 95(3): 504–511.
30. Motyka M. Politoksykomania – kliniczny opis przypadku. *Hygeia Public Health* 2015, 50(1): 226–232.
31. Myślicka D, Zuk M, Dziurkowski M. Uzależnienie od efedronu – opis przypadku. *Psychiatr Pol* 2011; 45(1): 79–85.
32. Nenadović MM, Šapić R. Development of polytoxicomania in function of defence from psychotism. *Srp Arh Celok Lek* 2011; 139(1/2): 76–80.
33. Pisarska A, Ostaszewski K, Greń J, et al. The prevalence and factors associated with medicine use among secondary school students. *Mokotów Study* 2020. *Alcohol Drug Addict* 2022; 35(2): 113–140.
34. Pisarska A. Doświadczenia i opinie młodzieży o lekach dostępnych bez recepty. *SI-Narkomania* 2008; 4: 35–40.
35. Rekomendacje strategiczne na lata 2023–2027. Redukcja używania tytoniu i innych produktów zawierających nikotynę, szczególnie wśród młodego pokolenia Polaków. Dostęp: https://pan.pl/wp-content/uploads/2023/03/PolskieZdrowie2.0_II.3_REDUKCJA-UZYWANIA-TYTONIU-I-INNYCH-PRODUKTOW-ZAWIERAJACYCH-NIKOTYNE-SZCZEGOLNIE-WSROD-MLODEGO-POKOL.pdf (data wejścia: 16.09.2024).
36. Rood MW, Lasham C, Plötz FB. Additional psychoactive substance use in adolescents hospitalised with acute alcohol intoxication. *Alcohol Drug Addict* 2021; 34(2): 105–110.

37. Sadowska-Mazuryk J, Tomczuk-Ismer A, Jakubczyk A, et al. Picie alkoholu przez młodzież w kontekście okresu dojrzewania. *Alkoholizm i Narkomania* 2013; 2(26): 167–185.
38. Shchudlo S, Mirchuk I, Zelena O, et al. Alcohol consumption among Ukrainian adolescents: family and pandemic factors. *Alcohol Drug Addict* 2022; 35(2): 73–92.
39. Stockings E, Hall WD, Lynskey M, et al. Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(3): 280–296.
40. Suchecka D, Kucharska-Mazur J, Groszewska K, et al. Analysis of the phenomenon of over-the-counter drug abuse and not controlled herbs trade by polish adolescents: Part I *Med Pr* 2017; 68(3): 413–422.
41. White A, Chan GCK, Quek LH, et al. The topography of multiple drug use among adolescent Australians: findings from the National Drug Strategy Household Survey. *Addict Behav* 2013; 38: 2038–2073.
42. Wiciński M, Węclewicz M, Miętkiewicz M, et al. Neurostymulanty – farmakologia przyszłości czy już narkotyki? Stosowanie metylofenidatu i modafinilu w celu polepszenia wyników w nauce. W: Wolska-Adamczyk A (red.) *Współczesne kierunki działań prozdrowotnych*. Warszawa: WSiLiZ 2015: 195–209.



STRESZCZENIE:

Spożywanie alkoholu i leków, palenie tytoniu oraz zażywanie narkotyków przez młodzież i młodych dorosłych staje się narastającym problemem w wielu krajach, zwłaszcza że niektóre substancje psychoaktywne są legalne i dostępne w wolnej sprzedaży dla osób pełnoletnich. Szczególnie groźne dla zdrowia młodego człowieka jest przyjmowanie dwóch lub niekiedy nawet więcej substancji psychoaktywnych jednocześnie. Skuteczna i odpowiednio dobrana do wieku adolescenta edukacja o działaniach szkodliwych substancji psychoaktywnych wydaje się niezbędna celem zachowania do późnej starości zdrowia fizycznego i psychicznego.

SŁOWA KLUCZOWE: alkohol, tytoń, leki, narkotyki, politoksykomania, młodzież, zdrowie publiczne

ABSTRACT:

Alcohol and drug use, smoking and drug use by young people and young adults are becoming a growing problem in many countries, especially since some psychoactive substances are legal and available for sale to adults. Taking two or sometimes even more psychoactive substances at the same time is particularly dangerous for a young person's health. Effective and age-appropriate education about the effects of harmful psychoactive substances seems to be necessary to maintain physical and mental health until old age.

KEYWORDS: alcohol, tobacco, medicines, drugs, polydrug addiction, youth, public health



GLÓWNA
BIBLIOTEKA
LEKARSKA

Dział Bibliografii Medycznych



MEDICAL SUBJECT HEADINGS



Tez-MeSH - Polska wersja tezaury Medical Subject Headings (wg MeSH 2024)

[\[Objaśnienie zawartości pól rekordu\]](#)

[\[Prześlij propozycję terminologiczną autorom bazy\]](#)

Nowa wersja Tez-MeSH 2024
Wszystkie hasła dostępne w formacie MARC

Wpisz termin lub początek terminu albo początki słów:

lub przejrzyj indeks

[Indeks](#)

Uwaga: IP, data i czas połączenia są rejestrowane

Szukaj w poniższych polach:

- ☐ Deskryptor angielski bazy MeSH
- ☐ Deskryptor polski bazy Tez-MeSH
- ☐ Askryptor polski
- ☐ Entry term wg MeSH
- ☐ Poprzednie indeksowanie w Tez-MeSH
- ☒ Dowolny termin polski lub angielski
- ☐ **MeSH Unique ID**
- ☐ Modyfikator angielski
- ☐ Skrót modyfikatora angielskiego
- ☐ Modyfikator polski
- ☐ Skrót modyfikatora polskiego
- ☐ **Dowolne słowa rekordu**

Wyświetl rekordy zawierające deskryptory, które:

- ☐ nie powinny być używane do indeksowania
- ☐ są deskryptorami obowiązkowymi

[Szukaj całego terminu](#)

[Szukaj wg początku terminu](#)

[Szukaj wg początków słów](#)

Format wyświetlania wyników: [pełny-tabela](#) ▼

(aktualizacja bazy 2023.12.31 13:29:46)
(IP użytkownika: 195.187.98.1:xxx195.187.98.1)

[\[Przejdź do archiwum\]](#)

[2023,2022,2021,2020,2019,2018,2017,2016,2015,2014,2013,2012,2011,2010,2009,2008,2007,2006\]](#)

[Czytaj o Tez-MeSH...](#)

[Polska Bibliografia Lekarska \(demo\)](#)

[Polska Bibliografia Lekarska \(zarejestrowani użytkownicy\)](#)

[Strona Główna GBL](#)

Wzory umów o udostępnianie bazy Tez-MeSH :

[Tez-MeSH Uczelnie](#) - wzór umowy dla uczelni medycznych i akademii wychowania fizycznego

[Tez-MeSH Instytuty naukowo-badawcze](#) - wzór umowy dla instytutów naukowo-badawczych

[Tez-MeSH Inne instytuty](#) - wzór umowy dla pozostałych instytutów