

Barbara Bętkowska-Korpała¹, Robert Modrzyński², Justyna Kotowska^{1,3},
Katarzyna Olszewska¹, Jolanta Celebucka⁴

WYWIAD DIAGNOSTYCZNY ZABURZENIA UŻYWANIA ALKOHOLU — KLASYFIKACJA DSM-5 W KONTEKŚCIE WYZWAŃ DLA LECZNICTWA ODWYKOWEGO

DIAGNOSTIC INTERVIEW ON ALCOHOL USE DISORDER – DSM-5 CLASSIFICATION IN THE CONTEXT OF ADDICTION TREATMENT CHALLENGES

¹Zakład Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

²Zakład Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin

³Klinika Psychiatrii Sądowej Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

⁴Wojewódzka Poradnia Terapii Uzależnień i Współuzależnienia, Toruń

Alcohol Use Disorder DSM-5 goals of treatment

Streszczenie

Kryteria rozpoznawania zaburzeń używania alkoholu (ZUA) według klasyfikacji DSM-5 dotyczą wielu obszarów funkcjonowania człowieka i wpisują się w powszechnie przyjęty biopsychospołeczny kontekst, obecny nie tylko w procesie diagnozowania, ale i leczenia. Ocena nasilenia zaburzeń używania alkoholu (ZUA) i jego mechanizmów jest kluczowa dla ustalania celów i ukierunkowania terapii. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych rekomenduje programy terapeutyczne nacelowane nie tylko na abstynencję, ale także na ograniczanie picia, zatem w systemie leczenia odwykowego w Polsce programy są dedykowane dla osób z rozpoznaniem ZUA, zarówno w stopniu ciężkim, jak i umiarkowanym czy łagodnym.

Celem artykułu jest prezentacja kryteriów diagnostycznych zaburzeń używania alkoholu według klasyfikacji DSM-5. Szczególną uwagę zwrócono na obraz kliniczny zaburzeń używania alkoholu i złożoność jego biopsychospołecznych mechanizmów. Zamieszczono także propozycje pytań diagnostycznych i odpowiedzi badanych, które ułatwią specjalistom ocenę ZUA i ukierunkowanie w psychoterapii.

Summary

The criteria for the diagnosis of alcohol use disorders according to the DSM-5 classification concern many areas of human functioning and are part of the generally accepted biopsychosocial context, which is reflected both in the diagnostic as well as in the treatment process. Assessing the severity of the alcohol use disorder (AUD) and its mechanisms is crucial for setting objectives and implementing a targeted psychotherapy. The State Agency for the Prevention of Alcohol-Related Problems recommends therapeutic programmes aimed not only at abstinence but also at reducing drinking. Therefore, programmes of the detoxification treatment system in Poland are dedicated to people with diagnosed severe, moderate, and mild AUD.

The aim of the article is to present diagnostic criteria for alcohol use disorders according to the DSM-5 classification. Detailed attention has been paid to the clinical picture of alcohol use disorders and the complexity of its biopsychosocial mechanisms. Also considered are suggestions for diagnostic questions and answers that can make it easier for professionals to assess the AUD and determine the direction of psychotherapy.

Wprowadzenie

Konceptualizacja zaburzeń używania alkoholu (*alcohol use disorder* — AUD) wpisuje się w ogólnie przyjęty biopsychospołeczny model obecny zarówno w diagnozie problemów związanych z nadużywaniem alkoholu, jak i w psychoterapii osób, których te problemy dotyczą. Zaburzenie to ma ustępująco-nawracający charakter, a jego przebieg zależy od interakcji różnych czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych [1, 2].

Rozwój różnych dziedzin nauki i ich metodologii przyczynia się do rozwijania wiedzy o biopsychospołecznych mechanizmach zaburzeń używania alkoholu (ZUA) i do skuteczności metod ich leczenia. Integracja tej interdyscyplinarnej wiedzy, a także wnioski z badań, m.in. epidemiologicznego badania NESARC [3], pozwoliły określić heterogeniczność grupy osób nadużywającej alkoholu i zmienność w zakresie nasilenia używania alkoholu w różnych okresach życia. Ponadto, wiedza ta pozwoliła na redefiniowanie problematyki ZUA, co przełożyło się na zmianę kryteriów rozpoznawania tego zaburzenia i zwróciło szczególną uwagę na ocenę jego nasilenia [4]. Nowa konceptualizacja ZUA przyczyniła się do rozwoju programów terapeutycznych i formułowania różnych celów terapii. W medycznych klasyfikacjach rozpoznawania problemów alkoholowych ICD-10, a także w obowiązującej klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych DSM-5 kryteria diagnostyczne mają charakter kategoryalny, czyli analizuje się, czy dany objaw występuje u diagnozowanej osoby. Jednakże w DSM-5 na podstawie liczby spełnionych kryteriów ZUA można ocenić nasilenie zaburzenia używania alkoholu. W tym kontekście w modelu uwzględniono podejście dymensionalne [5].

W polskim systemie lecznictwa uzależnienia od alkoholu w ostatniej dekadzie poszerzono ofertę psychoterapeutyczną. Obok podejścia zorientowanego na utrzymywanie abstynencji alkoholowej, pacjenci korzystają z programów ograniczania picia alkoholu. Zróżnicowanie oddziaływań psychoterapeutycznych zgodne jest z modelem opieki kroczącej, uwzględnia wiele aspektów funkcjonowania biopsychospołecznego pacjenta, między innymi: stanu zdrowia psychicznego i somatycznego lub też gotowości pacjenta do realizowania wyłonionych celów psychoterapeutycznych [6]. Dla klinicystów bywa problemem odpowiednie ukierunkowanie pacjenta w pracy terapeutycznej związanej z ustaleniem celu abstynencji lub ograniczania picia. W dokonaniu wyboru ścieżki oddziaływań konieczna jest precyzyjnie przeprowadzona diagnoza problemów alkoholowych oraz ocena całościowego funkcjonowania pacjenta. W wielu krajach i w Polsce abstynencja traktowana jest jako cel optymalny. Natomiast w przypadku osób z niewielkim nasileniem problemów używania alkoholu wskazane jest oddziaływanie ukierunkowane na ograniczanie picia [6, 7]. Propozycja pracy terapeutycznej w programie ograniczania picia lub ukierunkowanego na abstynencję uwarunkowana jest nie tylko gotowością pacjenta, ale przede wszystkim charakterem i nasileniem objawów ZUA.

Celem artykułu jest prezentacja narzędzia do diagnozy zaburzeń używania alkoholu, jakim jest klasyfikacja DSM-5. Omówiono cztery wymiary ZUA według DSM-5:

upośledzoną kontrolę, upośledzenie funkcjonowania społecznego, ryzykowne używanie substancji oraz kryteria farmakologiczne. Szczegółowy opis kategorii diagnostycznych pokazuje bogactwo obrazu klinicznego zaburzeń używania alkoholu i złożoność jego biopsychosocjalnych mechanizmów. Zamieszczono także propozycje pytań diagnostycznych i odpowiedzi badanych, które ułatwią specjalistom ocenę ZUA.

Wymiar **upośledzenie kontroli** uznawany jest za najważniejszy w przypadku zaburzeń używania alkoholu. Obejmuje pierwsze cztery objawy, które dotyczą upośledzenia kontroli w używaniu substancji i odnoszą się do doświadczanego głodu alkoholu oraz zdolności do kontrolowania picia. Kliniczne znaczenie tego objawu znalazło swoje odzwierciedlenie w trzech pierwszych kryteriach diagnostycznych w DSM-5 [5]. W tabeli 1 zamieszczono opis objawów należących do pierwszego wymiaru diagnostycznego zaburzeń używania alkoholu w DSM-5, jakim jest upośledzenie kontroli. Autorzy tego tekstu zamieścili propozycje przykładowych pytań diagnostycznych pomagających rozpoznawać obecność tych objawów oraz możliwych odpowiedzi i komentarzy.

Tabela 1. Pierwszy wymiar diagnostyczny zaburzeń używania alkoholu w DSM-5: upośledzenie kontroli wraz z przykładowymi pytaniami diagnostycznymi, odpowiedziami na nie oraz komentarzem

Kryterium 1	Częste spożywanie alkoholu w większych ilościach lub przez dłuższy czas, niż zamierzano.
Pytanie 1	Jak często zdarza się Panu/Pani upić lub usłyszeć od innych, że się Pan/Pani upiła?
Odpowiedź	„Czasami. Tylko ciągle mi żona gada, że piję za dużo”.
Komentarz	Autorzy DSM podkreślają, że aby potwierdzić dany objaw, należy stwierdzić utrwalony wzorec intensywnego picia, spożywania nadmiernych ilości alkoholu. Osoba z zaburzeniem używania alkoholu przeznaczająca dużo czasu na jego picie. Często zaczyna je danego dnia od niewielkich ilości, by w rezultacie wypić więcej, aniżeli zamierzała.
Pytanie 2	Czy spędza Pan/Pani więcej czasu na piciu alkoholu niż kiedyś?
Odpowiedź	„Lubię posiedzieć i zrelaksować się przy piwku”.
Komentarz	Wypijania dużych ilości alkoholu nie należy utożsamiać z upośledzeniem kontroli. Warto przede wszystkim sprawdzić, czy dana osoba przekracza tygodniowe normy WHO picia o niskim ryzyku szkód oraz zbadać, czy zwiększyły się ilość alkoholu i czas poświęcany na jego picie.
Kryterium 2	Uporczywe pragnienie picia alkoholu lub towarzyszące temu nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania picia.
Pytanie 1	Jak często wypija Pan/Pani więcej alkoholu niż zamierzał/a?
Odpowiedź	„Jak zaczynam pić, to czasami zaskoczony jestem tym, że alkohol tak szybko zniknął z butelki”.
Komentarz	Osoba z zaburzeniami używania alkoholu chce je kontrolować i wielokrotnie podejmuje nieudane próby kontroli. Stara się zaprzestać picia, zmniejszyć ilość wypijanego alkoholu czy wyznacza sobie różne zasady dotyczące kontroli picia.
Pytanie 2	Jak często zaczynając picie, trudno jest Panu/Pani przestać lub się zatrzymać przy założonym sobie limicie?

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Odpowiedź	„Jak wypiję dwa piwa to często uruchamia się we mnie chęć na kolejne i kolejne”.
Komentarz	Osoba nie zawsze upija się w sytuacjach rozpoczętego picia. Należy zwrócić uwagę na jej dysfunkcyjne przekonania leżące u podłoża podejmowanej decyzji o kontynuowaniu picia oraz nasilającej się potrzebie wypicia, czyli głodu alkoholu.
Kryterium 3	Poświęcanie wiele czasu na aktywności związane ze zdobywaniem alkoholu, piciem i niwelowaniem skutków picia.
Pytanie 1	Czy zdarza się Panu/Pani pić alkohol podczas wykonywania obowiązków czy w innych sytuacjach życia codziennego?
Odpowiedź	„Zawsze piję alkohol popołudniami, jak przygotowuję obiad, nikogo nie ma wtedy jeszcze w domu, a ja mogę na spokojnie go ogarnąć”.
Komentarz	Osoby pijące alkohol najczęściej nie rezygnują z innych zajęć, będąc pod jego wpływem. Alkohol jest legalny i łatwy do zdobycia. Zaburzenie używania alkoholu polega na poświęcaniu dużej ilości czasu na picie.
Pytanie 2	Jak często zdarza się Panu/Pani ukrywać, że wcześniej pił Pan/Pani alkohol?
Odpowiedź	„Często w poniedziałki mam wrażenie, że koledzy z pracy wiedzą o moim piwie”.
Komentarz	Wzorec picia alkoholu zaczyna powodować pojawienie się negatywnych konsekwencji, co wymusza na osobie podejmowanie prób ich unikania lub maskowania.
Kryterium 4	Głód alkoholu lub silne pragnienie lub potrzeba picia.
Pytanie 1	Jak często odczuwa Pan/Pani silną chęć napicia się alkoholu?
Odpowiedź	„Czasem, jak się wkurzę, to od razu chętnie bym się napił”.
Komentarz	Picie wiąże się z procesem uczenia się przez skojarzenie równocześnie występujących bodźców. Aktywowany zostaje również układ nagrody poprzez uwalnianie dopaminy. Manifestuje się silną chęcią lub potrzebą użycia substancji. Może się pojawić w każdej chwili, ale najczęściej podczas przebywania w środowisku, w którym jest piły alkohol. Pojawia się tak silna potrzeba, że osoba nie może myśleć o niczym innym.
Pytanie 2	Jak często wypija Pan/Pani alkohol w sytuacjach zdenerwowania, niepokoju lub radości?
Odpowiedź	„Jak wracam do domu i nie mam co ze sobą zrobić wieczorami, to otwieram piwo”.
Komentarz	Należy zbadać, czy występuje utrwalony wzorec zachowań. Skutkuje on pojawieniem się natrętnych myśli i dysfunkcyjnych przekonań prowadzących do postrzegania sytuacji związanych z alkoholem jako utrudniających powstrzymanie się od picia.

Upośledzenie kontroli najczęściej definiowane jest jako niepowodzenie w zakresie umiejętności ograniczania picia, zarówno w aspekcie kontrolowania rozpoczętego już picia alkoholu, jak jego unikania. Warto nadmienić, że bezskuteczne próby unikania lub całkowitego zaprzestania picia są stosunkowo rzadziej występującym zjawiskiem upośledzenia kontroli, aniżeli trudności kontrolowania czasu oraz ilości wypijanego alkoholu [8].

Upośledzenie kontroli jest zjawiskiem wpływającym na procesy umysłowe osoby ograniczające jej zdolność do kontroli zachowania związanego z piciem alkoholu w określonych sytuacjach. Najczęściej rozpoczyna się od podejmowania **impulsywnych decyzji zwiększających ilość wypijanego alkoholu lub częstość picia**. Utrwalony wzorec takiego zachowania skutkuje pojawieniem się w przyszłości negatywnych konsekwencji.

Wymusza na osobie próby unikania sytuacji związanych z piciem bądź podejmowania się całkowitej abstynencji. Dalsze niepowodzenia na tej płaszczyźnie skutkują **pogłębiającą się niezdolnością do zaprzestania rozpoczętego już picia** [9, 10]. W diagnozowaniu ZUA istotne jest także zaobserwowanie objawów dotyczących **używania większej ilości alkoholu oraz poświęcania dłuższego czasu na picie**. Przypisywanie potocznie rozumianej „utrąty kontroli” tylko osobom, które po wypiciu niewielkiej ilości alkoholu upijają się lub wpadają w ciągły jest dużym błędem.

Doświadczenie głodu alkoholu jest istotnym elementem zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. Wiele osób podejmujących leczenie lub będących w procesie nawrotu potwierdzało występowanie silnej, natrętnej potrzeby napicia się [11–13]. Głód alkoholu jako subiektywnie doświadczane zjawisko jest niezwykle trudny w definiowaniu. W praktyce klinicznej wielu pacjentów może zaprzeczać jego występowaniu lub mieć trudności w jego rozpoznaniu z racji przeżywanych silnych emocji w początkowym okresie utrzymywanej abstynencji [14].

Choć istnieje wiele koncepcji teoretycznych głodu alkoholowego, to najczęściej pojęcie głodu używane zarówno przez pacjentów, jak i klinicystów odnosi się do silnej potrzeby wypicia alkoholu.

Częstym problemem jest odróżnianie diagnostycznego wymiaru głodu alkoholowego od potrzeby napicia się występującej wśród osób pijących w sposób umiarkowany. Niewiele jest badań bezpośrednio oceniających trafność tego objawu jako kryterium diagnostycznego wg DSM-5. Niektóre potwierdzają występowanie zjawiska głodu na kontinuum zaburzenia używania alkoholu dopiero na poziomie umiarkowanym lub znacznym. Wiele osób doświadczających problemów związanych z piciem alkoholu zgłasza przeżywanie silnej lub uporczywej, trudnej do opanowania potrzeby wypicia alkoholu. Może pojawiać się ona wiele razy w ciągu dnia lub trwać przez kilka godzin [5, 15]. Wiadomo, że doświadczanie silnego głodu jest związane z większym spożywaniem alkoholu i konsekwencjami z tego wynikającymi, jak: przygnębienie, poczucie wstydu, pogarszające się zdrowie i zaniedbany wygląd, pogorszone relacje z innymi czy też problemy w pracy [16, 17].

Złożona natura głodu alkoholowego znalazła odzwierciedlenie w DSM-5 w dwóch kryteriach objawowych, odnoszących się do odrębnych obszarów doświadczeń. Niestety autorzy nie różnicują precyzyjnie tych objawów. Z badań naukowych oraz wcześniejszych publikacji o powstającej klasyfikacji DSM-5 można wnioskować, że trwałe pragnienie odnosi się do utrzymującego się przez dłuższy czas zamiaru napicia się, przed którym osoba wielokrotnie nie była w stanie się powstrzymać [4, 15–18]. Sam głód alkoholu ujęty w kryterium 4, manifestuje się silną chęcią napicia się. Wiąże się z warunkowaniem klasycznym, a także z aktywacją układu nagrody poprzez uwalnianie dopaminy. Może pojawić się w okolicznościach, podczas których jest pity alkohol. Potrzeba ta staje się intensywna i towarzyszą jej natrętne myśli o picu alkoholu.

Zasadne wydaje się pytanie o **przyczyny i mechanizmy** leżące u podłoża zaburzenia kontroli. Dlaczego niektórym osobom trudno jest utrzymać się w granicach picia o niskim ryzyku szkód? Od samego początku łączono upośledzenie kontroli z aktywnością układu dopaminergicznego oraz zdolnością regulacji emocji [19, 20]. Naukowcy zgodni są, że upośledzona kontrola wynika ze zwiększonej reaktywności na bodźce związane z alkoholem, co ma związek z dysfunkcją obszarów korowych, takich jak wyspa [21]. Z kolei

w badaniach uwzględniających aspekt genetyki potwierdzono występowanie uzależnienia w rodzinie pochodzenia jako czynnika ryzyka zwiększającego prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń używania alkoholu. Wytypowano geny OPRM1 oraz DRD2, które mogą być związane z trudnością ograniczania picia [8]. Podjęte próby identyfikacji poszczególnych genów wskazały na ścisły związek pomiędzy upośledzeniem kontroli a dysfunkcją neurobiologiczną i/lub występowaniem zaburzenia używania alkoholu w rodzinie pochodzenia [22].

Reasumując: upośledzenie kontroli jest bardziej złożonym zjawiskiem, często niedocenianym także przez specjalistów. Pierwsze objawy zaburzeń używania alkoholu pojawiają się już na wczesnym jego etapie, zanim jeszcze osoba doświadcza poważnych konsekwencji. Wyzwaniem diagnostyczno-terapeutycznym jest umiejętność rozpoznawania przejawów pogłębiającego się procesu upośledzenia kontroli przed osiągnięciem przez niego postaci ciężkiego nieodwracalnego zaburzenia.

Drugi wymiar objawów zaburzeń używania alkoholu dotyczy obecności problemów społecznych wynikających z nadużywania alkoholu. Już w latach 50. XX wieku podkreślano rolę funkcjonowania społecznego osoby pijącej w sposób problemowy. Niedługo potem, bo w 1956 roku, Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne podjęło decyzję o zakwalifikowaniu alkoholizmu jako choroby, odchodząc tym samym od pojmowania omawianego zjawiska w kryteriach zaburzeń moralnych.

Analizując funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie zauważyć można zachodzącą zmianę tempa życia oraz konieczność pogodzenia przez nią wielu ról społecznych, co jednocześnie nasila napięcie i wymusza potrzebę szybkiej jego redukcji. Picie alkoholu jest niewątpliwie szybkim i dość łatwym sposobem pozwalającym osiągnąć stan relaksu, zadowolenia lub zapomnienia.

Kryteria piąte, szóste i siódme odnoszą się do tych sfer życia jednostki, które związane są z funkcjonowaniem społecznym oraz emocjonalnym (tabela 2).

Tabela 2. **Drugi wymiar diagnostyczny zaburzeń używania alkoholu w DSM-5: upośledzenie funkcjonowania społecznego wraz z przykładowymi pytaniami diagnostycznymi, odpowiedziami oraz komentarzem**

Kryterium 5	Powtarzające się picie alkoholu powodujące trudności w wypełnianiu ważnych podstawowych obowiązków w pracy, szkole lub domu.
Pytanie 1	Jakie obserwuje Pan/Pani trudności w sferze zawodowej wynikające z picia alkoholu? Proszę postarać się je opisać, odnosząc się do ostatnich 12 miesięcy.
Odpowiedź	„Czasami nie było mnie w pracy w poniedziałek, ale poza tym jestem dobrym pracownikiem i nie zaniedbuję obowiązków”.
Komentarz	Pacjent/ka wiąże swoje picie alkoholu z absencjami w pracy. Należy jednak pamiętać, że dużą wartość diagnostyczną ma określenie wpływu picia na jakość pracy. Warto zatem dopytać o spóźnienia do pracy, wcześniejsze wychodzenie z niej, gorszą wydajność, trudności z koncentracją, które przekładają się na jakość wykonywanych obowiązków.
Pytanie 2	Czy Pana/Pani domownicy zgłaszają, że Pan/Pani zaniedbuje swoje obowiązki domowe z powodu picia, jeśli tak, to mógłby Pan/Pani opowiedzieć, jak na to reagują?

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Odpowiedź	„Czasami wolę odpocząć przy butelce, niż iść do ogrodu czy zrobić coś w domu. W domu zawsze jest coś do zrobienia, ale ja muszę też mieć czas na relaks po pracy. Przecież to nic złego, że po całym dniu ciężkiej pracy zrelaksuję się przy butelce piwa”.
Komentarz	Odpowiedź sugeruje, że pacjent/ka słyszy różne komunikaty na temat zaniedbywania swoich obowiązków z powodu picia. W związku z tendencją do minimalizowania szkód pacjent/ka nie dostrzega, że szkody w sferze rodzinnej są rezultatem picia alkoholu. Należy pamiętać, że u pacjentów mogą występować różne trudności w sferze rodzinnej i zawodowej, trzeba badać te, które pozostają w związku przyczynowo-skutkowym z piciem alkoholu.
Kryterium 6	Spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów społecznych i interpersonalnych spowodowanych lub pogłębionych przez jego działanie.
Pytanie 1	Wcześniej opowiedział/a Pan/Pani, że z powodu picia alkoholu pogorszyły się Pana/Pani relacje w domu. Jak wyglądało Pana/Pani picie po kłótniach?
Odpowiedź	„Rodzina przesadza, czepia się mnie. Zresztą ja nic złego nikomu nie robię. Pracuję, chyba mam prawo napić się piwa po całym dniu. Po tych awanturach zaczęło się picie w ukryciu, czasem w garażu, czasem w drodze do sklepu. Gdyby nie te awantury nie byłoby tego”.
Komentarz	Pacjent nie dostrzega związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy piciem alkoholu a pogarszającymi się relacjami w rodzinie. W relacjach interpersonalnych odpowiedzialnością za trudności obarcza inne osoby.
Pytanie 2	Opowiadał/a Pan/Pani, że pracodawca zwracał Panu/Pani uwagę, iż gorzej się Pan/Pani zachowuje w pracy, w poniedziałek czuć było od Pana/Pani alkohol. Krótko potem usłyszał Pan/Pani ultimatum w pracy, że jeżeli jeszcze raz ktokolwiek wyczuje od Pana/ Pani alkohol w pracy, to zostanie Pan/Pani zwolniony/a. Jak wyglądało Pana/Pani picie po tym wydarzeniu?
Odpowiedź	„Czasami jestem w pracy nerwowo i szef już mi zwracał uwagę na to, ale ja nigdy nie piję samotnie. Wtedy, co szef poczuł ode mnie alkohol, to znajomi wpadli z niezapowiedzianą wizytą. Sam w niedzielę nigdy tyle nie piję. Teraz staram się nie pić w niedzielę, na początku po tym upomnieniu nie piłem/łam w ogóle, ale potem przecież w piątek czy sobotę nie zaszkodzi. Raz zdarzyło się jeszcze w niedzielę, ale szef niczego nie poczuł, bardzo dużo wtedy w poniedziałek zrobiłem/łam”.
Komentarz	Pacjent mimo oczywistych szkód zawodowych wynikających z picia alkoholu, z czasem powraca do jego spożywania. Mimo rozwiniętego systemu usprawiedliwiania sytuacji, w których traci kontrolę nad piciem, ma świadomość szkód zawodowych wynikających z picia alkoholu, a mimo to powtarza zachowanie ryzykowne.
Kryterium 7	Ograniczanie lub porzucanie z powodu alkoholu ważnych aktywności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych.
Pytanie 1	Co jest dla Pana/Pani źródłem przyjemności obecnie, a co było jakiś czas temu? W jaki sposób Pan/Pani nagradza się po ciężkiej pracy, wymagającym dniu?
Odpowiedź	„Ostatnio niewiele jest mnie w stanie zrelaksować. Włączam komputer, biorę piwo i gram lub oglądam filmy. Wcześniej chodziłem/łam więcej na spacerzy i jeździłem/łam na rowerze, a teraz nie chce mi się, wolę piwo i komputer”.
Komentarz	Pacjent zauważa zmianę w sposobie spędzania wolnego czasu. Obecnie ogranicza dawne aktywności, by relaksować się przy piciu alkoholu.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Pytanie 2	Jakie ma Pana/Pani zainteresowania? Jak wyglądała ich realizacja w ostatnim roku?
Odpowiedź	„Kiedyś lubiłem/lam książki — zawsze po położeniu dzieci spać czytałam/tem je lub gazety. Teraz już mi się nie chce. Wolę wypić sobie drinka i pójść spać lub włączyć jakiś serial w telewizji”.
Komentarz	Pacjent widzi zmianę swoich zainteresowań. Obecnie ogranicza swój relaks po ciężkiej pracy głównie do picia alkoholu. Zauważalna jest stopniowa utrata zainteresowań na rzecz picia alkoholu.

Kryterium objawowe piąte dotyczy związku pomiędzy **spożywaniem alkoholu a wypełnianiem ważnych obowiązków**. Analizy jednoznacznie wskazują na zależność liniową pomiędzy wzrostem spożycia alkoholu a kompleksową oceną jakości wykonanej pracy [cyt. za: 23]. Badania wykonane w miejscach pracy dowiodły, że większe spożycie alkoholu przez pracowników ma wpływ na spóźnienia do pracy, wcześniejsze z niej wychodzenie, zmniejszenie wydajności czy też nieodpowiednie zachowania budujące napięcie w zespole. Wyniki badań nie pokazują jednoznacznie wpływu alkoholu na absencję w pracy. Można więc stwierdzić, że silny związek picia alkoholu dotyczy bardziej jakości pracy niż nieobecności pracownika. Implikacją dla praktyki terapeutycznej jest położenie większego nacisku w wywiadzie z pacjentem i diagnoza wpływu jego picia na jakość wykonywanych przez niego obowiązków w pracy i wydajność, niż na jego nieobecności w pracy spowodowane spożywaniem alkoholu. Opisany objaw dotyczy także zaniedbań w wyniku picia alkoholu w wykonywaniu różnych podstawowych obowiązków domowych lub społecznych, co w dalszej konsekwencji prowadzi przeważnie do konfliktów i kłótni. Dla prawidłowej oceny objawu 5. konieczne jest wykazanie poważnych trudności w wypełnianiu obowiązków w wyniku powtarzającego się picia alkoholu. Pojedyncze epizody uchylania się od obowiązków w pracy, szkole lub w domu nie są wystarczające do spełnienia tego kryterium. Pokreślić należy, że chodzi o cykliczne picie alkoholu skutkujące zaniedbywaniem podstawowych obowiązków. Dla pracownika będą to zaniedbania przekładające się na jego jakość pracy lub nawet zwolnienia z pracy, dla ucznia zaniedbania obowiązków, które spowodują obniżenie stopni lub brak promocji, a dla najbliższej rodziny poważne uchylanie się od obowiązków doprowadzające do pogorszenia relacji z bliskimi (również z dziećmi).

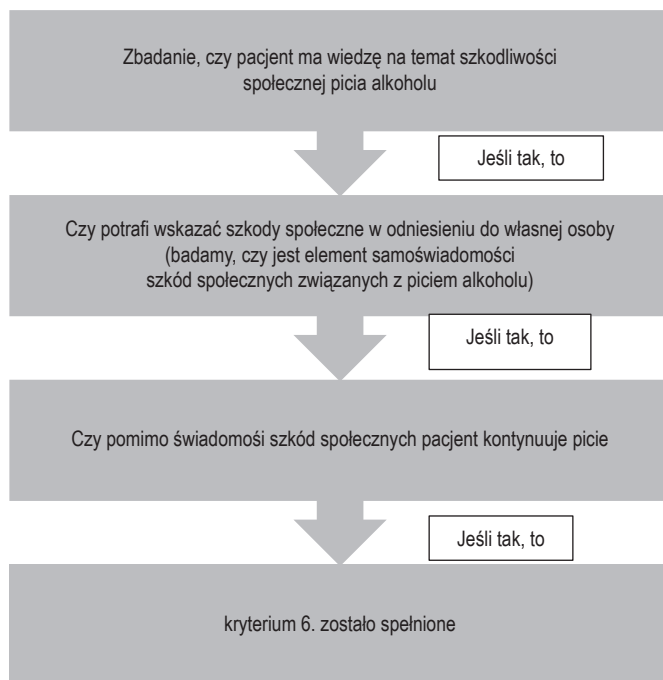
W rozumieniu kryterium szóstego istotny jest element świadomości szkód w obszarze społecznym wynikającym z picia alkoholu. Jest to ważne, gdyż osoby pijące w sposób problemowy nie zawsze mają wiedzę dotyczącą szkód wynikających ze spożywania. Niepełna orientacja co do związku pomiędzy piciem a problemami w funkcjonowaniu może wynikać z wielu zniekształceń poznawczych występujących u osób pijących w sposób problemowy. Do najczęściej występujących zniekształceń rozwijających się wraz z pogłębiającym się problemem alkoholowym należą: racjonalizowanie, przerzucanie odpowiedzialności, koloryzowanie wspomnień.

Badanie omawianego objawu jest etapowe (ryc. 1). Po pierwsze należy ustalić:

- czy pacjent ma wiedzę na temat szkodliwego wpływu picia alkoholu na jego funkcjonowanie,

- czy choruje oraz czy w związku z chorobą uzyskał informację od lekarzy o konieczności zaprzestania picia,
- czy pracodawca, rodzina, bliscy osoby pijącej mówili o problemach w codziennym funkcjonowaniu wynikających z picia alkoholu przez osobę badaną [24].

Po drugie należy zbadać, czy pacjent dostrzega bezpośredni związek pomiędzy piciem alkoholu a szkodami społecznymi. Po trzecie — czy pomimo świadomości negatywnego wpływu na funkcjonowanie społeczne pacjent pije dalej.



Ryc. 1. Proces diagnozowania w obszarze kryterium 6. (opracowanie własne)

Picie alkoholu może w tym przypadku mieć charakter nieprzerwany, co oznacza, że szkody wynikające z picia mają charakter ciągły lub okresowy. Omawiane szkody społeczne mogą mieć różny charakter (podobne jak w kryterium piątym), jednakże, aby uznać powyższe kryterium za spełnione, trzeba ustalić, że pacjent pomimo świadomości szkód pije dalej.

Kryterium siódme odnosi się do postępujących zmian w stylu życia osoby pijącej, polegających na osłabieniu dotychczasowych ważnych zainteresowań na poczet picia alkoholu. Istotne jest, aby podczas gromadzenia informacji o pacjencie, poznać jego główne obszary aktywności. Następnie należy zbadać, czy wraz z pogłębiającym się procesem picia alkoholu osoba przeznaczając mniej czasu, uwagi, wysiłku, aby daną aktywność utrzymać.

Dotychczasowe sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych, sposoby nagradzania się, mogą stawać się coraz mniej atrakcyjne, mniej dostępne oraz mogą być źródłem mniejszej przyjemności.

Podsumowując, wraz z pogłębiającym się zaburzeniem używania alkoholu narastają problemy w zakresie funkcjonowania społecznego. Poszczególne kryteria wchodzące w skład wymiaru społecznego pozwalają na precyzyjne określenie charakteru szkód na gruncie zawodowym, rodzinnym, szkolnym i rekreacyjnym. Istotne jest również na ile pacjent jest świadomy, które szkody społeczne wynikają z picia alkoholu.

Trzeci wymiar odnoszący się do ryzykownego używania alkoholu obejmuje dwa kryteria objawowe. Kryterium ósme odnosi się do powtarzającego się picia alkoholu w sytuacjach, w których jest to fizycznie ryzykowne, a kryterium dziewiąte związane jest z kontynuowaniem picia alkoholu mimo świadomości istnienia trwałych lub nawracających problemów somatycznych lub psychicznych, które zostały spowodowane lub zaostrzyły się z powodu picia alkoholu. Autorzy klasyfikacji DSM-5 podkreślają, że w ocenie tego aspektu używania alkoholu najistotniejsze jest **niepowodzenie** w zaprzestaniu używania alkoholu, mimo powodowanych przez tę substancję problemów i szkód, a nie samo wystąpienie tego problemu (tabela 3).

Tabela 3. **Trzeci wymiar diagnostyczny zaburzeń używania alkoholu w DSM-5: Ryzykowne używanie alkoholu wraz z przykładowymi pytaniami diagnostycznymi, odpowiedziami oraz komentarzem**

Kryterium 8	Powtarzające się spożywanie alkoholu w sytuacjach, w których jest ono ryzykowne (np. prowadzenie samochodu lub obsługiwanie maszyn przez osobę znajdującą się pod wpływem alkoholu).
Pytanie 1	Proszę opowiedzieć o sytuacji/ sytuacjach, w których po wypiciu alkoholu zdarzało się Panu/ Pani zrobić coś, czego później żałował(a)?
Odpowiedź	„Głupio mi się teraz przyznać, bo nigdy wcześniej nie zdarzyła mi się taka sytuacja. Miesiąc temu wsiadłem za kółko po wypiciu drinka czy dwóch. Partnerka prosiła mnie, żebyśmy zamówili taksówkę, ale tylko na nią nakrzyczałem i pojechaliśmy do domu. Ja tego nie pamiętam, ale partnerka wspomniała, że w pewnym momencie jakbym się zamyślił i uderzyłem reflektorem o murek. Na szczęście skończyło się na drobnej naprawie w warsztacie samochodowym. Teraz żałuję, że jej nie posłuchałem i że się pokłóciliśmy”.
Komentarz	Jednym z typowych zachowań skutkujących szkodami dla pijącego, jak i dla osób bliskich, jest jazda po alkoholu. Nie ma bezpiecznej jego dawki — każde stężenie alkoholu we krwi natychmiast upośledza umiejętności kierowcy. Do grupy podwyższonego ryzyka szkód i urazów ciała należą osoby, które zazwyczaj spożywają niewiele alkoholu, czasami jednak piją znaczne jego ilości.
Pytanie 2	Proszę opisać sytuację, w której pod wpływem alkoholu zdarzyło się Panu/ Pani podejmować zachowania ryzykowne dla zdrowia.
Odpowiedź	„Pamiętam, że kiedy byłam w ciąży z pierwszym dzieckiem wypiałam po południu jedno piwo. Był taki upał... i z tego wszystkiego zasnęłam i zapomniałam o wizycie kontrolnej u lekarza tego popołudnia. Następnego dnia dzwoniłam do rejestracji i musiałam wymyślać jakieś wymówki, żeby pani rejestratorka dała mi wyjątkowo nowy termin”.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Komentarz	Istnieją pewne różnice międzypłciowe związane ze stanem zdrowia i zaburzeniem używania alkoholu. Kobiety nadużywające alkoholu są bardziej podatne na somatyczne następstwa niż mężczyźni. Wiąże się to z faktem, że w żeńskim organizmie jest więcej tłuszczu i mniej wody. Ponadto metabolizują one mniej alkoholu w przełyku i żołądka. W związku z tym stężenie alkoholu we krwi po spożyciu jego określonej porcji jest z reguły większe u kobiet niż u mężczyzn, wywołując więcej negatywnych konsekwencji zdrowotnych. Jeszcze jednym istotnym elementem w powyższej sytuacji jest ryzyko uszkodzeń prenatalnych oraz płodowego zespołu alkoholowego u dziecka. Równocześnie tak u kobiet, jak i mężczyzn alkohol negatywnie wpływa na funkcje poznawcze, w tym na pamięć i koncentrację.
Objaw 9	Spożywanie alkoholu pomimo ciągłych bądź nawracających problemów somatycznych lub psychicznych, prawdopodobnie spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu.
Pytanie 1	Proszę się zastanowić i opowiedzieć, jaki wpływ alkohol ma na Pana/ Pani samopoczucie fizyczne, wydolność i kondycję fizyczną?
Odpowiedź	„Zauważyłem, że w poniedziałki, po weekendzie, kiedy piłem alkohol ze znajomymi, mam słabsze osiągi na treningach tenisa. Co więcej zdarzyło się jeden czy dwa razy, że w poniedziałek rano bolał mnie brzuch. Chyba w okolicy wątroby [<i>śmiech</i>]. Może powinienem w końcu zrobić to badanie prób wątrobowych... Od pół roku przymierzam się do tego i zawsze jest coś ważniejszego do zrobienia”.
Komentarz	Negatywne konsekwencje zdrowotne nadużywania alkoholu mogą mieć charakter krótko- i długofalowych. Zalicza się do nich m.in. choroby i zaburzenia układu pokarmowego (np. marskość wątroby, zapalenie trzustki). W opisanej sytuacji dolegliwości bólowe w okolicy jamy brzusznej mogą być skutkiem przewlekłego toksycznego oddziaływania alkoholu na funkcje i strukturę narządów. Odkładanie w czasie badań kontrolnych może przyczynić się do pogorszenia stanu zdrowia, tym samym kondycji fizycznej i wydolności.
Pytanie 2	Jakich trudnych emocji doświadczają Pan/ Pani po wypiciu alkoholu?
Odpowiedź	„Zauważyłam, że pod wpływem alkoholu staję się bardziej wybuchowa i zdarza mi się kłócić z innymi w sprawach tak naprawdę mało istotnych. Często mam później poczucie winy i przez kilka tygodni unikam kontaktu z osobami, które obraziłam lub uraziłam. Jak teraz się zastanawiam, to przynajmniej w połowie sytuacji, kiedy piłam alkohol, czułam ostatecznie przygnębienie, nad którym trudno mi było zapanować. Początkowa euforia i rozluźnienie szybko mijały. Może to sygnały nawrotu depresji?”.
Komentarz	Konsekwencją nadużywania alkoholu mogą być trudności emocjonalne i psychiczne (np. zaburzenia depresyjne, lękowe). Wcześniejsze objawy sygnalizujące trudności psychiczne mogą ulegać zaostrzeniu w wyniku przyjmowania nadużywanej substancji, a im większa ilość i częstota, tym większe ryzyko. Alkohol oddziałuje hamująco na układ nerwowy, w wyniku czego zmniejsza się poziom krytycyzmu i kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, stąd większa skłonność do reagowania impulsywnie i nieadekwatnie złością, smutkiem czy przestraszeniem.

Alkohol zwiększa ryzyko wystąpienia różnego typu zaburzeń, zarówno podczas krótkich, jak i intensywnych kontaktów z tą substancją. Nazywane jest to ostrą postacią skutków picia alkoholu. O skutkach w formie przewlekłej mówi się jako konsekwencji picia alkoholu przez dłuższy czas [25]. Warto zaznaczyć, że skutki doraźnego i długofalowego działania

alkoholu mogą się w znaczącym stopniu pokrywać. Zależne to jest od indywidualnych predyspozycji i podatności na określone choroby [23]. Ryzyko wielu poważnych chorób wzrasta wraz ze wzrostem ilości spożywanego alkoholu, co więcej — w dotychczasowych badaniach nie znaleziono progu, poniżej którego spożywanie alkoholu byłoby pozbawione wpływu na zdrowie [26–28]. Doniesienia wykazują, że alkohol jako substancja toksyczna ma związek z więcej niż sześćdziesięcioma rodzajami zaburzeń zdrowotnych (fizycznych i psychicznych) o konsekwencjach krótko- i długofalowych [23]. Zalicza się do nich m. in. choroby i zaburzenia neuropsychiatryczne (np. padaczkę, zaburzenia snu), choroby układu pokarmowego (np. marskość wątroby, zapalenie trzustki), układu sercowo-naczyniowego (np. nadciśnienie tętnicze, udar mózgu, arytmie), zmiany metaboliczne (np. cukrzycę), nowotwory (np. rak krtani, rak piersi) czy uszkodzenia prenatalne. Istnieją pewne różnice międzypłciowe związane ze stanem zdrowia i zaburzeniem używania alkoholu. Kobiety znacznie nadużywające tej substancji są bardziej podatne na somatyczne następstwa nadużywania, np. na chorobę wątroby. Wiąże się to m.in. z tym, że zazwyczaj mniej ważą, a w składzie ich organizmu jest więcej tłuszczu i mniej wody. Ponadto metabolizują mniej alkoholu w przełyku i żołądku. W związku z tym stężenie alkoholu we krwi po spożyciu jego określonej porcji jest z reguły wyższe u kobiet niż u mężczyzn, wywołując więcej negatywnych konsekwencji zdrowotnych [5].

Obok zaburzeń somatycznych, konsekwencją nadużywania alkoholu są trudności psychiczne (np. zaburzenia depresyjne, lękowe, psychozy, zespół stresu pourazowego, samobójstwo). Istnieją dane mówiące, że niezależne wcześniejsze zaburzenie psychiczne może ulegać zaostrzeniu w wyniku przyjmowania nadużywanej substancji, a im większa jej ilość i częstość, tym większe jego ryzyko. Objawy zaburzeń psychicznych wywołane używaniem alkoholu mogą niczym się nie różnić od objawów niezależnych zaburzeń psychicznych, lecz inne jest ich leczenie i rokowanie [5].

Istotne jest także to, że nadużywanie alkoholu przyspiesza zmniejszanie masy mózgu oraz sprawność jego funkcjonowania, co skutkuje problemami natury poznawczej od łagodnych i umiarkowanych deficytów, po otępienie. Spożywanie alkoholu w młodości może prowadzić do zmian w strukturze hipokampa (odpowiedzialnego m.in. za procesy pamięci), a picie go w dużych ilościach może spowodować permanentne upośledzenie rozwoju mózgu [23].

Wśród szkód związanych z zaburzonym używaniem alkoholu wymienia się także urazy i uszkodzenia ciała. Udowodniono związek między spożyciem alkoholu a obrażeniami ciała i ryzykiem wypadków, także śmiertelnych. Do grupy podwyższonego ryzyka należą osoby, które zazwyczaj spożywają niewiele alkoholu, ale czasami piją znaczne jego ilości [29]. Jednym z typowych zachowań skutkujących uszkodzeniami dla pijącego jest jazda po alkoholu. Ryzyko prowadzenia auta po alkoholu wzrasta zarówno ze spożytą jego ilością, jak i częstością spożywania dużych dawek alkoholu przy jednej okazji [30, 31]. Z przeglądu ponad stu badań wynika, że każde stężenie alkoholu we krwi natychmiast upośledza umiętność kierowcy [32].

Podsumowując, warto podkreślić, że ograniczenie lub zaprzestanie picia ma korzystny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne osób nadużywających alkoholu nawet w przypadku chorób przewlekłych, takich jak np. marskość wątroby czy depresja. Część szkód wyrządzonych przez toksyczne działanie alkoholu daje się niemal natychmiast odwrócić, a niektóre

można wyeliminować przez odstawienie alkoholu. Praca nad zmianą w powtarzających się niepowodzeniach w zmianie stylu spożywania alkoholu lub całkowitym jego odstawieniu jest jednym z najistotniejszych aspektów pomocy terapeutycznej osobie nadużywającej alkoholu. Wzmacnianie świadomości istnienia związku między nadużywaniem alkoholu i trwałymi lub nawracającymi problemami fizycznymi lub psychicznymi, spowodowanymi lub zaostrzonymi z powodu picia alkoholu oraz świadomości odpowiedzialności za zmianę, jest podstawą procesu zdrowienia. Przykładowe pytania zawarte w tabeli 3 odnoszą się do powyższych dwóch kryteriów mających związek z sytuacjami niepowodzenia w zaprzestaniu używania alkoholu, mimo powodowanych przez tę substancję problemów i szkód zdrowotnych u osób nadużywających alkoholu.

Kolejnym obszarem zaburzeń używania alkoholu, który został wyróżniony przez autorów DSM-5, jest **wymiar farmakologiczny**, obejmujący dwa kryteria, odnoszące się do neurobiologicznych mechanizmów. Jest on kluczowy dla rozpoznawania zaburzeń używania alkoholu [20, 33]. Dziesiąte kryterium objawowe w DSM-5 dotyczy tolerancji, natomiast jedenaste kryterium dotyczy zespołu abstynencyjnego (tabela 4).

Tabela 4. **Czwarty wymiar diagnostyczny zaburzeń używania alkoholu w DSM-5: farmakologiczny wraz z przykładowymi pytaniami diagnostycznymi, odpowiedziami oraz komentarzem**

Kryterium 10	Ujawnienie się tolerancji na alkohol związanej z potrzebą spożycia istotnie większej ilości alkoholu celem osiągnięcia pożądanego efektu lub z widocznym znacznym zmniejszeniem efektu używania tej samej ilości alkoholu.
Pytanie 1	Proszę ocenić, czy ma Pan/Pani obecnie mocniejszą głowę niż kiedyś?
Odpowiedź	„Kiedyś, jak zaczynałem pić (około 20. r.ż.) to niewiele mi trzeba było. Po ćwiartce wódki już byłem mocno pijany. Teraz (42. r.ż.) to po połówce wiem, że mam dość”.
Komentarz	Na przestrzeni około 20 lat zwiększyła się tolerancja na alkohol. Pacjent, aby uzyskać stan upicia się, potrzebuje dwa razy więcej alkoholu niż kiedyś.
Pytanie 2	Ile alkoholu wypija Pan/Pani obecnie, aby osiągnąć ten sam efekt, co na przykład 3 lata temu?
Odpowiedź	„No, piję mniej. Gorzej się czuję. Jeszcze w zeszłym roku wino wieczorem to norma. Ale już nie dam rady. Czteropak mam na dwa dni. Tak, żeby zaszumiało, to ze dwa piwa wypiję”.
Komentarz	Analizując porcje standardowe jeszcze rok temu dla uzyskania stanu przyjemności związanej z byciem pod wpływem alkoholu pacjent wypijał ok. 7,5 porcji standardowych, aktualnie wypija cztery. Ta odpowiedź upoważnia do rozpoznania spadku tolerancji na alkohol.
Kryterium 11	Występowanie charakterystycznych objawów abstynencyjnych spowodowanych przerwaniem picia bądź zredukowaniem dawki alkoholu lub picie alkoholu/przyjmowanie substancji o podobnym działaniu z zamiarem złagodzenia albo uniknięcia objawów abstynencyjnych.
Pytanie 1	Proszę opisać, jak się Pan/Pani czuje fizycznie, kiedy nie pije Pan/Pani alkoholu, np. na drugi dzień?
Odpowiedź	„Jakbym miała się rozlecieć. Wszystko wypada mi z rąk, tak mi chodzą. Mam problemy z oddychaniem i biegam do ubikacji, bo.....”.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Komentarz	Pacjentka wymienia wiele objawów charakterystycznych dla abstynencyjnego zespołu alkoholowego (AZA). Ocena jego nasilenia jest ważna, gdyż w niektórych przypadkach stanowi zagrożenie życia i wymaga farmakoterapii czy też hospitalizacji.
Pytanie 2	Proszę opowiedzieć, jakie jest Pana/Pani samopoczucie psychiczne, kiedy nie pije Pani/Pani alkoholu, np. przez kilka dni?
Odpowiedź	„Wszystko mnie denerwuje, nawet jak dzieci oglądają telewizję. Ciągłe myślę, że jakbym się napiła, to by mi przeszło. Nie mogę się skupić na pracy. Płaczę. Żal mi tych moich dzieci. Po kilku dniach te nerwy przechodzą, ale mam problemy z pamięcią”.
Komentarz	Pacjentka często podejmuje próby niepicia alkoholu i ma kilkutygodniowe okresy abstynencji. Objawy psychiczne, które zauważa, są charakterystyczne dla abstynencyjnego zespołu alkoholowego. Niektóre zaburzenia neuropsychologiczne wynikające z wpływu alkoholu na mózg, np. pamięć, koncentracja uwagi cofają się w dłuższym okresie abstynencji, lecz czasami dochodzi do trwałych poalkoholowych uszkodzeń mózgu.

Kryterium dotyczące zmiany tolerancji na alkohol jest obecne w ICD-10. Zjawisko zmiany tolerancji na alkohol jest zdefiniowane jako potrzeba wyraźnego zwiększenia ilości wypijanego alkoholu celem osiągnięcia upojenia czy też uzyskania pożądanego efektu albo jako wyraźne zmniejszenie efektu działania alkoholu przy wypijaniu tej samej ilości alkoholu. Dodatkowym aspektem ujętym w DSM-5 jest zwrócenie uwagi także na spadek tolerancji na alkohol. Już Jellinek w latach 50. w modelu cyklu uzależnienia zwrócił uwagę, że po wzroście tolerancji u osób uzależnionych pijących następuje spadek tolerancji. Nazwał to fazę krytyczną [34]. Zatem, po pół wieku nastąpił powrót do rozumienia zmian w tolerancji na alkohol, także w kategoriach jej zmniejszania się.

Analizując obecność tego objawu u osób z problemem nadużywania alkoholu można wyłonić kilka ważnych momentów jego nasilania się. U osoby nadużywającej alkoholu zwiększa się jego tolerancja, co zazwyczaj zachodzi w sposób dyskretny i ujawnia się, gdy pije ona więcej alkoholu niż kiedyś. Nie pojawiają się objawy zatrucia aldehydem octowym, które wcześniej były obecne przy picciu tej samej ilości alkoholu. Zwiększa się ilość i częstość wypijanego alkoholu dla doznania takich efektów, jak dawniej. Obserwuje się efekt tzw. mocnej głowy.

Tolerancja zwiększa się przez lata. Pojawić się może jednak moment, że przy mniejszej dawce alkoholu osoba upija się i nie jest to incydentalny przypadek, związany np. ze zmęczeniem. Następuje obniżenie zdolności przystosowawczych organizmu do metabolizowania alkoholu, czyli postępuje degradacja organizmu, którego możliwości obrony przed toksycznym działaniem alkoholu są coraz słabsze. W skrajnych przypadkach, osoba ta, chcąc zredukować pojawiające się objawy abstynencyjnego zespołu alkoholowego, upija się wielokrotnie w ciągu doby niewielkimi ilościami alkoholu.

Kolejnym kryterium (11.) rozpoznawania zaburzeń używania alkoholu są **objawy odstawienia**. Scharakteryzowano je jako: specyficzny zespół odstawienny (pobudzenie układu autonomicznego m.in. zwiększona potliwość, tachykardia; drżenia rąk; bezsensowność; nudności lub wymioty; przemijające omamy lub iluzje wzrokowe, czuciowe lub słuchowe; pobudzenie psychoruchowe; niepokój; uogólnione napady toniczno-kloniczne) oraz zwrócono uwagę, że alkohol (lub blisko z nim spokrewnione substancje, takie jak

benzodiazepiny) jest używany w celu zmniejszenia nasilenia lub uniknięcia objawów odstawienia. Objawy te wywołują cierpienie i/lub utrudniają funkcjonowanie.

Zespół abstynencyjny spowodowany jest zredukowaniem bądź przerwaniem picia, a doświadczenie jego objawów motywuje osobę do ponownego sięgnięcia po alkohol w oczekiwaniu na efekt zmniejszenia napięcia psychosomatycznego lub uniknięcia innych bardzo przykrych objawów [35, 36]. Każde nadużycie alkoholu zaburza funkcjonowanie organizmu człowieka, co prowadzi do tego, że następnego dnia po wypiciu ponadstandardowej (dla danej osoby) dawki alkoholu ma ona objawy złego samopoczucia, m.in. ból głowy, osłabienie, suchość błon śluzowych, wzmożoną potliwość, nudności, wymioty. Popularnie ten stan jest nazywany kacem. Z perspektywy medycznej są to objawy zatrucia aldehydem octowym, którego nadmiar zgromadził się w organizmie pijącego.

Odróżnienie osób uzależnionych od towarzysko i nadmiernie pijących to poprawne rozpoznanie reakcji organizmu na spadek stężenia alkoholu w organizmie pijącego. U osób niezależnych nadmiar aldehydu octowego wydalany jest stopniowo, a pijący świadomie przyjmuje konsekwencje nadużycia alkoholu. Zazwyczaj próbuje łagodzić złe samopoczucie picciem różnych płynów, jedzeniem lekkich potraw, wysiłkiem fizycznym. Nie podejmuje picia kolejnej porcji alkoholu. U osób uzależnionych takie zabiegi już nie przynoszą efektu. Im dłuższy czas i ilość spożywanego alkoholu, współwystępowanie chorób somatycznych, tym cięższy przebieg uzależnienia i większe nasilenie objawów abstynencyjnych [37]. Dodatkowo, nasilający się głód alkoholowy sprawia, że alkohol staje się naturalnym środkiem „samoleczenia objawów”, łagodzącym doznawane cierpienie i uzyskanie względnej równowagi dla „rozregulowanego abstynencją organizmu” [38]. Im większe nasilenie objawów abstynencyjnych, w tym większym stopniu ujawnia się negatywny stan emocjonalny, który może się utrzymywać w późniejszym okresie abstynencji i zwiększać podatność na nawrót [39, 40].

Zdarza się, że „klinowanie” może być odroczone [41] ze względu na silną presję zewnętrzną, jak np. kontrola trzeźwości w pracy, załatwianie spraw urzędowych lub po prostu brak dostępu do alkoholu. AZA może być stanem zagrażającym życiu. W niektórych przypadkach próby ograniczenia i/lub przerwania picia skutkują pojawieniem się nasilonych psychofizycznych objawów abstynencyjnych. Mogą wystąpić powikłania w postaci drgawek lub majaczenia. W cięższych stanach pojawiają się złudzenia/omamy, majaczenie alkoholowe, drgawkowe napady abstynencyjne. Ocena nasilenia objawów AZA ukierunkowuje postępowanie medyczne [37]. Badania nad przebiegiem zaburzeń używania alkoholu oraz badania nad efektywnością leczenia sprzyjają redefiniowaniu nie tylko mechanizmów uzależnienia, ale także postępowania terapeutycznego [4].

Wnioski

1. Szczegółowa analiza kryteriów ZUA według klasyfikacji DSM-5 ułatwia specjalistom przeprowadzenie wywiadu diagnostycznego i rozpoznanie ZUA oraz ocenę jego nasilenia od lekkiego do ciężkiego.
2. Diagnoza uwzględniająca wymiary zaproponowane w DSM-5 pozwala na ocenę znaczenia używania alkoholu w całościowym biopsychospołecznym funkcjonowaniu pacjenta oraz optymalne ukierunkowanie w psychoterapii, której celem jest abstynencja lub ograniczenie picia alkoholu.

Piśmiennictwo

1. Cunningham JA, McCambridge J. Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorders? *Addiction* 2012; 1: 6–12.
2. Bętkowska-Korpała B. Osobowościowe uwarunkowania dynamiki zdrowienia u osób uzależnionych od alkoholu. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2013.
3. Dawson DA, Grant BF, Chou PS, Ruan WJ. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. *Addiction* 2005, 100(3): 281–192.
4. Samochowiec A, Chęć M, Kołodziej Ł, Samochowiec J. Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych? *Alkoholizm i Narkomania* 2015; 28: 55–63.
5. DSM-5 Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Wrocław: Wydawnictwo Edra Urban & Partner; 2017.
6. Fudała J. 2017. Poza paradygmatem abstynencji — ograniczanie picia alkoholu jako cel terapii. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Remedium; 2017.
7. www.parpa.pl
8. Leeman RF, Beseler CL, Helms CM, Patock-Peckhan JA, Wakeling VA, Kahler ChW. A brief, critical review of research on impaired control over alcohol use and suggestions for future studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2014; 38(2): 301–308.
9. Leeman RF, Patock-Peckham JA, Potenza MN. Impaired control over alcohol use: an under-addressed risk factor for problem drinking in young adults. *Exp. Clin. Psychopharmacol.* 2012; 20(2): 92–106.
10. Wardell J, Quilty LC, Hendershot CS. Impulsivity, working memory, and impaired control over alcohol: a latent variable analysis. *Psychol. Addic. Behav.* 2016; 30(5): 544–554.
11. Iwanicka KA, Olajossy M. Koncepcje tzw. głodu alkoholu. *Psychiatr. Pol.* 2015; 29(2): 295–304.
12. Baggio S, Studer J, Dupuis M, Gerhard G. Subthreshold problem drinkers in DSM-5 alcohol use disorder classification. *Am. J. Addict.* 2016; 25: 408–415.
13. Takahashi T, Lapham G, Chavez LJ, Lee AK, Williams EC, Richards JE, Greenberg D, Rubinsky A, Berger D, Hawkins EJ, Merrill JO, Bradley KA. Comparison of DSM-IV and DSM-5 criteria for alcohol use disorders in VA primary care patients with frequent heavy drinking enrolled in a trial. *Addict. Sci. Clin. Pract.* 2017; 12(17), 1–10.
14. Haass-Kofler CL, Leggio L, Kenna GA. Pharmacological approaches to reducing craving in patients with alcohol use disorders. *CNS Drugs* 2014; 28: 343–360.
15. Morrison J. DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2016.
16. Murphy CM, Stojek MK, Few LR, Rothbaum AO, MacKillop J. Craving as an alcohol use disorder symptom in DSM-5: an empirical examination in treatment-seeking sample. *Exp. Clin. Psychopharmacol.* 2014; 22(1): 43–49.
17. Dulin PL, Gonzalez VM. Smartphone-based, momentary intervention for alcohol cravings amongst individuals with an alcohol use disorder. *Psychol. Addict. Behav.* 2017; 31(5): 601–607.
18. Agrawal A, Health AC, Lynskey MT. DSM-IV to DSM-5: the impact of proposed revision on diagnosis of alcohol use disorder. *Addict.* 2011; 106: 1935–1943.
19. Claus ED, Hutchison KE. Neural mechanisms of risk taking and relationships with hazardous drinking. *Alcohol. Clin. Exper. Res.* 2012; 36: 932–940.
20. Wojnar M, red. Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu. Warszawa: PARPA, 2017.

21. O'Daly OG, Trick L, Scaife J, Marshall J, Ball D, Phillips ML, Williams SCS, Stephens ND, Duka T. Withdrawal-associated increases and decreases in functional neural connectivity associated with altered emotional regulation in alcoholism. *Neuropsychopharmacol.* 2012; 37: 2267–2276.
22. Kendler KS, Prescott C, Myers J, Neale MC. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003; 60: 929–937.
23. Anderson P, Baumberg B. Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego. Warszawa: PARPA; 2007.
24. Bętkowska-Korpala B, red. Uzależnienie w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPA; 2009.
25. Last J. A dictionary of epidemiology. Fourth edition. Oxford: Oxford University Press; 2001.
26. Anderson P, Cremona A, Paton A, Turner C, Wallace P. The risk of alcohol. *Addict.* 1993; 88: 1493–1508.
27. Anderson P. Alcohol and risk of physical harm. W: Holder HD, Edwards G, red. Alcohol and public policy: evidence and issues. Oxford: Oxford Medical Publications; 1995, s. 73–80.
28. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addict.* 2003; 98: 1209–1228.
29. Watt K, Purdie DM, Roche AM, McClure RJ. Risk of injury from acute alcohol consumption and the influence of confounders. *Addict.* 2004; 99: 1262–1273.
30. Blomberg RD, Peck RC, Moskovitz H, Burns M, Fiorentino B. Crash risk of alcohol involved driving. National Highway Traffic Safety Administration. Dunlap and Associates, Connecticut; 2002.
31. Hongson R, Winter M. Epidemiology and consequences of drinking and driving. *Alcohol Res. Health* 2003, 27: 63–78.
32. Moskovitz H, Fiorentino D. A review on the literature on the effects of low doses of alcohol on driving related skills. Springfield, VA: US Department of National Technical Information Service, 2000.
33. Kostkowski W. Podstawowe mechanizmy i teorie uzależnień. *Alkoholizm i Narkomania* 2006; 19(2): 139–168.
34. Jellinek EM. Stadia nałogu alkoholowego. *Now. Psychol.* 1987; 3: 3–20.
35. Markou A, Kosten TR, Koob GF. Neurobiological similarities in depression and drug dependence: a self-medication hypothesis. *Neuropsychopharmacol.* 1988, 18: 135–174.
36. Habrat B. Farmakoterapia uzależnienia od alkoholu — aktualne standardy i perspektywy. *Psychiatria* 2011; 1: 48–51.
37. Habrat B, Waldman W, Stein Anand J. Postępowanie w alkoholowych zespołach abstynencyjnych. *Przegl. Lek.* 2012, 69(8): 470–476.
38. Hunt WA, Barnett LW, Branch LG. Relapse rates in addiction programs. *J. Clin. Psychol.* 1971; 27(4): 455–456.
39. Wojnar M, Ślufarska A, Klimkiewicz A. Nawroty w uzależnieniu od alkoholu. Część 3: Społeczno-demograficzne i psychologiczne czynniki ryzyka. *Alkoholizm i Narkomania* 2007; 20(1): 81–102.
40. Wojnar M, Ślufarska A, Lipiński M. Nawroty w uzależnieniu od alkoholu. Część 2: Biologiczne predyktory. *Alkoholizm i Narkomania* 2007; 20(1): 65–79.
41. Fudała J. Rozpoznawanie problemów alkoholowych pacjentów. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPA; 2007.

Adres: barbara.betkowska-korpala@uj.edu.pl