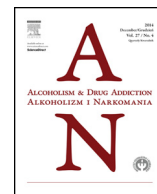




Dostępne online [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

ScienceDirect

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/alkona](http://www.elsevier.com/locate/alkona)



Artykuł przeglądowy/Review article

## Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?

*Alcohol use disorders: do new diagnostic criteria imply change of therapeutic strategies?*

Agnieszka Samochowiec<sup>1,2,\*</sup>, Magdalena Chęć<sup>1</sup>, Łukasz Kołodziej<sup>3</sup>,  
Jerzy Samochowiec<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Uniwersytet Szczeciński, Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Klinicznej i Psychoprofilaktyki, Szczecin, Polska

<sup>2</sup> Pomorski Uniwersytet Medyczny, Katedra i Klinika Psychiatrii, Szczecin, Polska

<sup>3</sup> Pomorski Uniwersytet Medyczny, Katedra i Klinika Ortopedii, Szczecin, Polska

### INFORMACJE O ARTYKULE

*Historia artykułu:*

Otrzymano: 16.10.2014

Zaakceptowano: 03.12.2014

Dostępne online: 07.04.2015

*Keywords:*

Substance use disorders

DSM-5

ICD-11

Harm reduction

Work on resources

### ABSTRACT

The aim of this paper is to present changes in diagnostic criteria of alcohol use disorders and some consequences concerning change to therapy and pharmacotherapy approaches. The presented DSM-5 classification features the diagnostic category “Substance Use Disorder”, which combines DSM-IV “substance abuse” and “substance dependence” as a single disorder. The definition of alcohol dependence as a set of behavioural and physical symptoms in people who consume large amounts of alcohol, including alcohol withdrawal syndrome, tolerance and craving, has not changed.

According to the new version of classification the ICD-11, diagnosis of “Disorders due to use of alcohol” includes alcohol intoxication, harmful use, dependence syndrome, withdrawal syndrome and alcohol-induced mental and behavioural disorders.

As regards studies on the effectiveness of treatment, issues such as the understanding of addiction mechanisms, basic assumptions and the aims pursued are now being redefined and new treatment strategies are being sought including, presented in this paper, modular psychotherapy utilizing personal resources

\* Adres do korespondencji: Instytut Psychologii, Uniwersytet Szczeciński, ul. Krakowska 69, 71-017 Szczecin, Polska.

Tel.: +48 91 444 32 40, +48 602 315 835.

Adres email: [samoaga@tlen.pl](mailto:samoaga@tlen.pl) (A. Samochowiec).

Peer review under responsibility of Institute of Psychiatry and Neurology.

available and therapy based on harm reduction strategies as well as new pharmacological treatment proposals.

© 2015 Institute of Psychiatry and Neurology. Production and hosting by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

---

## STRESZCZENIE

---

### Słowa kluczowe:

zaburzenia spowodowane używaniem substancji  
DSM-5  
ICD-11  
redukcja szkód  
praca na zasobach

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie zmian w kryteriach rozpoznawania zaburzeń używania alkoholu, a także wskazanie niektórych, wynikających z tego konsekwencji i zmian w podejściu terapeutycznym oraz leczeniu farmakologicznym.

W prezentowanej klasyfikacji DSM-5 wprowadzona jest kategoria diagnostyczna „zaburzenia spowodowane używaniem substancji”, która zawiera w sobie występujące dotąd oddzielnie w DSM-IV: „nadużywanie alkoholu” i „uzależnienie od alkoholu”. Nie zmienia się definiowanie uzależnienia od alkoholu jako zbioru behawioralnych i somatycznych objawów występujących u osób spożywających duże ilości alkoholu, obejmujących alkoholowy zespół odstawienia, tolerancję i głód alkoholu.

W roboczej nowej wersji klasyfikacji ICD-11 diagnoza „zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu” obejmuje ostre zatrucie alkoholem, używanie szkodliwe, zespół uzależnienia, zespół abstynencyjny oraz spowodowane przez alkohol zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

W związku z badaniami nad efektywnością leczenia redefiniuje się rozumienie mechanizmów uzależnienia, podstawowych założeń i stawianych celów oraz poszukuje się nowych strategii leczenia, w tym – przedstawionych w artykule – modułowej psychoterapii opartej na zasobach jednostki, strategii redukcji szkód oraz nowych propozycji leczenia farmakologicznego.

© 2015 Institute of Psychiatry and Neurology. Production and hosting by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

---

## Wprowadzenie

W ostatnich dekadach ewoluuje rozumienie i wzrasta świadomość problemów osób ponoszących konsekwencje uzależnienia od alkoholu. Podejmowane badania kliniczne i naukowe otwierają nowe możliwości farmakoterapii oraz wskazują na potrzebę zmian w podejściu terapeutycznym do chorych i ich bliskich. Wyraźną zmianą jest poszerzenie celów leczenia, polegające na uwzględnianiu – obok klasycznego założenia o utrzymaniu całkowitej abstynencji – strategii redukcji szkód, głównie w formie zmniejszenia ilości wypijanego alkoholu [1, 2]. Realną konsekwencją pojawienia się nowych trendów w leczeniu osób uzależnionych jest wprowadzenie modyfikacji w klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych DSM-5 oraz przewidywanych zmian w ICD-11 dotyczących kryteriów rozpoznawania zaburzenia używania

alkoholu, w tym uzależnienia [3]. Istotą tych zmian jest identyfikacja bardziej jednorodnych grup pacjentów, a celem – dobór właściwych i skutecznych form pomocy. W klasyfikacji DSM-5 „nadużywanie alkoholu” i „uzależnienie od alkoholu” zaliczono do jednej kategorii diagnostycznej charakteryzowanej różnym stopniem nasilenia zaburzeń [4]. Do rozpoznania łagodnego zaburzenia związanego z używaniem alkoholu (*Alcohol Use Disorder*; AUD) potrzebne jest spełnienie dwóch spośród wymienionych 11 kryteriów, podczas gdy do rozpoznania nadużywania alkoholu wystarczyło wcześniej spełnienie jednego kryterium [3]. Nowe podejście definicyjne do „zaburzeń używania alkoholu” i „zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu” pojawia się również w przygotowywanej klasyfikacji ICD-11 [5]. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie zmian w kryteriach rozpoznawania zaburzeń

używania alkoholu, a także wskazanie niektórych, wynikających z tego konsekwencji i zmian w podejściu terapeutycznym oraz leczeniu farmakologicznym.

### Nowe wskazania w kryteriach diagnostycznych DSM-5 i ICD-11

W maju 2013 r. została wydana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (*American Psychiatric Association; APA*) Klasyfikacja zaburzeń psychicznych – wersja piąta (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Revision; DSM-5*) [4]. W prezentowanej klasyfikacji występuje kategoria diagnostyczna „zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu” (*alcohol use disorder; AUD*), zawierająca w sobie „nadużywanie alkoholu” oraz „uzależnienie od alkoholu”, istniejące dotąd oddzielnie w DSM-IV-TR. Warto podkreślić, że nie zmienia się definiowanie uzależnienia od alkoholu jako zbioru behawioralnych i somatycznych objawów występujących u osób spożywających duże ilości alkoholu, obejmujących alkoholowy zespół odstawienia, tolerancję i głód alkoholu [4, 6]. Ponadto wyróżnia się jedenaście kryteriów diagnostycznych, które powstały na podstawie dotychczasowych siedmiu dotyczących uzależnienia od alkoholu oraz czterech dotyczących nadużywania alkoholu. Nadane jest również istotne znaczenie kryterium głodu substancji – *craving*. Dodatkowym kryterium AUD jest pragnienie (chęć, pożądanie) spożywania alkoholu, natomiast odrzucono kryterium powtarzających się problemów prawnych.

O problemowym wzorze picia alkoholu, powodującym klinicznie istotne zaburzenia, można mówić, jeśli zachowanie danej osoby odpowiada co najmniej dwóm kryteriom, z wymienionych poniżej i utrzymuje się przez 12 miesięcy.

1. Częste spożywanie alkoholu w większych ilościach lub przez dłuższy czas, niż zamierzano.
2. Uporczywe pragnienie picia alkoholu lub towarzyszące temu nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania picia.
3. Poświęcanie wiele czasu na aktywności związane ze zdobywaniem alkoholu, pić i niwelowaniem skutków picia.
4. Głód alkoholu lub silne pragnienie lub potrzeba picia.
5. Nawracające spożywanie alkoholu powodujące zaniedbanie głównych obowiązków w pracy, w szkole lub w domu.

6. Spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów społecznych i interpersonalnych spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu.
7. Ograniczanie lub porzucanie z powodu alkoholu ważnych aktywności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych.
8. Powracanie do spożywania alkoholu w sytuacjach zagrożenia i fizycznego niebezpieczeństwa.
9. Spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, prawdopodobnie spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu.
10. Ujawnienie się tolerancji na alkohol związane z potrzebą znacznie zwiększonej ilości alkoholu (aż do zatrucia) dla osiągnięcia pożądanego efektu lub z widocznym znacznym zmniejszeniem efektu używania tej samej ilości alkoholu.
11. Występowanie zespołu abstynencyjnego, które wiąże się:
  - z ujawnieniem się charakterystycznych dla tego zespołu objawów lub
  - z używaniem alkoholu (czy innej zbliżonej substancji, np. benzodiazepiny) w celu zmniejszenia lub uniknięcia tych objawów [4, 7].

Wprowadzone zmiany nawiązują do założenia o podobieństwie etiopatologicznym nadużywania i uzależnienia od alkoholu oraz uznania ich za jedno zaburzenie. W celu różnicowania proponuje się wyróżnienie stopni nasilenia zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu (*alcohol use disorders; AUD*), poprzez określenie liczby kryteriów diagnostycznych. Obecność od 2 do 3 wyżej wymienionych kryteriów prowadzi do rozpoznania łagodnego AUD, od 4 do 5 – umiarkowanego, a powyżej 6 – ciężkiego.

Istotną zmianą w DSM-5 jest opisanie dwóch faz remisji uzależnienia od alkoholu. Wczesna remisja oznacza, że przez co najmniej 3 miesiące w ciągu roku u pacjenta nie występują objawy uzależnienia (może się pojawiać głód alkoholu lub silne pragnienie lub potrzeba picia). Długotrwała remisja (druga faza) dotyczy pacjentów, którzy w ciągu roku lub dłużej nie mają żadnych objawów (może się pojawiać głód alkoholu lub silne pragnienie lub potrzeba picia).

Podstawowym założeniem wprowadzenia zmian w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób wersja 11 (*International Classification of Diseases, Eleventh version; ICD-11*) – m.in. w rozdziale V dotyczącym chorób i zaburzeń psychicznych, w tym związanych

z używaniem substancji psychoaktywnych – jest zbliżenie światowych kryteriów diagnostycznych do amerykańskiej klasyfikacji DSM-5, a przez to ułatwienie komunikacji między specjalistami oraz możliwość porównywania wyników podobnych badań [4, 7]. ICD-11 zostanie opublikowane w 2015 r.

Podobnie jak w ICD-10, rozpoznanie „zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu” w nowej wersji klasyfikacji obejmuje: ostre zatrucie alkoholem, używanie szkodliwe, zespół uzależnienia, zespół abstynencyjny oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu. Wśród propozycji opisu rozpoznania zespołu uzależnienia od alkoholu, który definiuje się jako przewlekłe zaburzenie regulacji używania alkoholu, wynikające z ciągłego lub powtarzanego używania substancji, w ICD-11 wyróżnia się kryterium opisujące upośledzoną zdolność kontroli nad rozpoczynaniem, nasileniem, okolicznościami oraz kończeniem przyjmowania substancji psychoaktywnej, z towarzyszącym często subiektywnym przymusem jej przyjmowania. Podkreśla się, że przyjmowanie substancji staje się nadrzędną i dominującą aktywnością i zainteresowaniem w stosunku do innych zainteresowań, codziennych aktywności i obowiązków, spraw osobistych i zdrowotnych. Istotna jest również obecność objawów wskazujących na adaptację układu nerwowego do przyjmowanej substancji, określana jako tolerancja oraz jako specyficzne dla danej substancji objawy abstynencyjne, pojawiające się po przerwaniu lub ograniczeniu jej przyjmowania [8]. Natomiast szkodliwe używanie określa się jako wzór picia alkoholu powodujący szkody zdrowotne – somatyczne albo psychiczne, włączając w to przypadki przemocy i samouszkodzenia wymagające interwencji medycznej, powstające w wyniku powtarzających się epizodów upojenia bądź szkodliwego albo regularnego przyjmowania dużych ilości alkoholu.

Podsumowując, przedstawione modyfikacje kryteriów rozpoznawania zaburzeń używania alkoholu zarówno w DSM-5, jak i ICD-11 nawiązują do potrzeb specjalistów prowadzących terapię osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin, dając formalne przyzwolenie na jakościowe rozpoznawanie zaburzeń wynikających z używania alkoholu. Stwarza to możliwości wprowadzenia innych, niż klasyczne, strategii terapeutycznych i farmakologicznych w pracy z tymi osobami. Wprowadzenie zmian w klasyfikacjach jest też odpowiedzią na zmieniające się trendy w świadomości społecznej

dotyczące profilaktyki i prewencji w tej grupie zaburzeń, a wynikające z doświadczeń klinicznych i aktualnej wiedzy.

### **Wybrane podejścia terapeutyczne do zaburzeń używania alkoholu**

W związku z niezadowalającą skutecznością proponowanych terapii uzależnień [9], z jednej strony, poszukuje się nowych strategii leczenia, a z drugiej, redefiniuje rozumienie mechanizmów uzależnienia, podstawowe założenia i stawiane cele w przyjmowanych paradygmatach. Programy terapeutyczne większości ośrodków leczenia uzależnień w Polsce opierają się na edukacji w ramach psychoterapii grupowej, najczęściej w nurcie behawioralno-poznawczym, nastawionej na przygotowanie do udziału w ruchu AA. Biorąc pod uwagę szczególnie dużą heterogeniczność „zainteresowanej” grupy, nie wszyscy akceptują dyrektywne, zorientowane głównie na całkowitą abstynencję propozycje terapeutyczne. W podejściu pragmatycznym, zwłaszcza pod kątem skuteczności leczenia zaburzeń używania alkoholu, uwzględnia się coraz częściej programy terapii trwające krócej, mniej ortodoksyjne, jak również bardziej atrakcyjne. Są to między innymi: krótkie interwencje, dialog motywujący, program zarządzania nagrodami, strategia pracy na zasobach oraz strategia redukcji szkód. Ze względu na ograniczone ramy niniejszego opracowania omawiane są dwie ostatnie. Pierwsza z nich – praca na zasobach, niszowa i mało znana w Polsce z potwierdzoną w badaniach empirycznych skutecznością, jest niezwykle atrakcyjna dla uczestników i wybierana jako alternatywna dla tzw. klasycznych propozycji terapii [10]. Druga, strategia redukcji szkód, coraz częściej proponowana, stosowana w minionych dekadach w leczeniu uzależnionych od substancji psychoaktywnych i używających szkodliwie, obecnie z nadspodziewaną efektywnością jest wykorzystywana w zaburzeniach używania alkoholu.

**Praca na zasobach.** W klasycznym ujęciu terapia uzależnień skoncentrowana jest na niedoborach pacjenta. W ostatnich latach pojawia się wiele nowych trendów terapeutycznych. Jedną z ciekawszych propozycji jest program Orfeusz. Specjaliści z Anton Proksch Institut w Wiedniu proponują modułową psychoterapię, w której praca opiera się na zasobach jednostki [11]. Skupia się ona na działaniach zmniejszających liczbę problemów społecznych oraz poprawiających jakość życia pacjen-

tów, prowadząc tym samym do przebudowy ich życia, tak aby stało się ono autonomiczne, sensowne i zapewniało szczęście bez uzależnienia. W założeniach przyjmuje się, że aby uzyskać pozytywne rezultaty terapii i zapewnić pacjentom życie w abstynencji, nie wolno opierać się wyłącznie na ich silnej woli. Konieczne jest podjęcie takiego działania, które wyposaży pacjentów w „coś”, co pozwala im na samorealizację i uzyskanie szczęścia bez sięgania po używki.

W tytule twórcy programu nawiązują do mitycznej postaci Orfeusza, którego gra na lirze silnie oddziaływała zarówno na ludzi i zwierzęta, jak i na zjawiska przyrody. W trakcie wyprawy po złote runo, gdy Argonauci przepływali obok wyspy syren i cała załoga zakleiła uszy woskiem, a Odyseusza przywiązała do masztu, Orfeusz jako jedyny nie posłuchał Odysa i zaczął pięknie grać na lirze. W ten sposób odwrócił uwagę syren od żeglarzy i uratował wszystkich od śmierci. Sięgając do znaczenia tego mitu dla terapii, wskazuje się, że strategia Odyseusza (tzw. klasyczne podejście), pomimo wyzwolenia dużej samokontroli i podejmowania działań, jedynie chwilowo zapewnia pacjentowi sukces, gdyż pozostaje on nadal rozdarty pomiędzy stałym pragnieniem, porzuceniem, wstydem oraz poczuciem winy. Strategia Orfeusza – który zatrzymał siłę uwodzenia syren dzięki swoim zdolnościom, a ponadto zdobył autonomię i poczucie wolności – skupia się na wzmocnieniu poszczególnych zasobów pacjenta, co w konsekwencji wyzwala poczucie szczęścia. W badaniach wskazuje się, że doświadczanie własnych zdolności zapewnia radość z życia. Odczuwanie przyjemności wiąże się z otwarciem na świat osoby uzależnionej, z możliwością angażowania się i samokontrolą. Zgodnie z założeniami programu, istotną rolę przypisuje się zasobom określanym jako estetyczne, które silnie wpływają i nadają życiu sens oraz jako fikcyjne związane z możliwościami, jakie stoją przed osobą w przyszłości [9].

Program składa się z 7 modułów. Celem pierwszego, tzw. modułu uświadamiania jest podnoszenie świadomości i dostępności. Drugim jest moduł doświadczenia, następnie świadomości ciała, uwagi i uwrażliwiania, kreatywności, kultury i sztuki, a także autorefleksji i zwiększania przyjemności. Dzięki realizacji zadań z poszczególnych modułów, stworzona jest przestrzeń do rozpoznania możliwości zmian, odkrycia kryzysu, ale też szans jego przezwyciężenia czy nabycia pewności siebie, aby autonomicznie stanowić o sobie samym. Do innych celów

modułów należą: akceptacja siebie i innych, odczuwanie podziwu, fascynacji i innych pozytywnych emocji, wyznaczenie bezpiecznych granic działania, aby doprowadzić do przeprojektowania swojego życia, jak również stworzenia osobistej przestrzeni [11]. W procesie leczenia wykorzystuje się działania związane z filozofią, terapię ogrodniczą oraz terapię przez malarstwo i sztukę. Pacjenci, w zależności od ich indywidualnych potrzeb, biorą udział w zajęciach plastycznych lub warsztatach twórczych, grupach nastawionych na edukację i zawodową reintegrację, a także mają zapewniony program kulturalny i rozrywkowy. W ramach programu Orfeusz odbywają się również: leczenie somatyczne, praca nad samoświadomością ciała, ćwiczenia sportowe, Qigong, trening przyjemności oraz socjoterapia. Wiele treści programu koncentruje się na kształtowaniu umiejętności społecznych. Niektóre moduły szybko prowadzą do poprawy sfery emocjonalnej pacjenta i dają szansę na ponowne nawiązanie kontaktu z innymi ludźmi. Program zajęć oparty jest na podstawach teoretycznych różnych nurtów terapeutycznych.

Wybór odpowiednich modułów w procesie terapii zależy od pacjenta, który podejmuje decyzję wraz ze swoim terapeutą. Zgodnie z założeniami programu nawroty traktowane są jako pretekst do rozważań i wzmacniania zasobów pacjenta, pobudzenia go do ponownego działania w celu redefinicji swojego życia. Pacjent uczy się wykorzystywać swoją wewnętrzną siłę, a nie tylko kontrolować impulsy. Można powiedzieć, że zapewnienie większej stabilności emocjonalnej i radości z życia zmniejsza chęć nadużywania substancji psychoaktywnych. Abstynencja nie powinna być czymś wymuszona, bo w sytuacji trudnej bardzo szybko dochodzi do nawrotu. Bardzo interesującym punktem w procesie terapii jest korzystanie z dóbr filozofii. Dzięki rozważaniom filozoficznym możliwe jest poszukiwanie odpowiedzi na pytania egzystencjalne, tak często towarzyszące wszystkim ludziom we współczesnym, pełnym chaosu świecie. Poprzez wewnętrzne odkrycie sensu życia przezwycięża się zewnętrzne kryzysy. Od 2007 r. specjaliści w Anton Proksch Institut prowadzą wykłady na temat „filozofii sztuki życia”, w których dobrowolnie uczestniczy 10–15% hospitalizowanych pacjentów. Wyniki obserwacji i analiz pracowników Instytutu wskazują, że pacjenci ci częściej od innych przejawiają motywacje do tzw. pozytywnej zmiany oczekiwań [10, 12].

**Strategia redukcji szkód.** Strategią leczenia uzależnienia od alkoholu coraz częściej zalecaną, szczególnie w świetle nowych klasyfikacji, jest strategia redukcji szkód. Spopularyzowana jako program leczenia osób uzależnionych od narkotyków lub używających ich szkodliwie i zakażonych wirusem HIV, u których stosowana jest z sukcesem [13, 14]. W założeniach tej strategii kładzie się nacisk na indywidualne dostosowanie leczenia do potrzeb i aktualnej kondycji pacjenta [15]. Ważnym aspektem jest również zwiększenie możliwości dostępu do opieki zdrowotnej w celu otrzymania profesjonalnej pomocy czy tzw. leczenie środowiskowe oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji [13, 16]. U podstaw opisywanej strategii znajdują się dwa założenia. W pierwszym przyjmuje się, że picie alkoholu ma charakter pierwotny i wiąże się je z rozwojem uzależnienia. Natomiast w drugim, spożywanie substancji stanowi problem wtórny i jest metodą radzenia sobie ze złym samopoczuciem lub trudną sytuacją [13].

Podstawowym celem strategii redukcji szkód jest łagodzenie wynikających z picia negatywnych konsekwencji oraz ograniczenie ilości spożywanego alkoholu [17]. Wiele danych z badań potwierdza, że nie tylko całkowita abstynencja, ale także zmniejszenie ilości wypijanego alkoholu poniżej standardowej porcji na dobę przynosi korzyści zdrowotne [18]. Natomiast w szerszej perspektywie praktykuje się zachowania prowadzące do całkowitej abstynencji dzięki psychoedukacji, trenowaniu umiejętności społecznych i modyfikowaniu postaw, co ma prowadzić do minimalizowania negatywnych konsekwencji picia alkoholu u osób uzależnionych i ich bliskich [19]. Przyjmuje się, że ta strategia leczenia powinna być szczególnie zalecana osobom rozpoczynającym terapię z niską motywacją do pracy terapeutycznej, z silnymi destrukcyjnymi mechanizmami obronnymi czy częstymi nawrotami, gdyż największy nacisk położony jest na indywidualizację leczenia. Sformułowane są podstawowe zasady, do których odwołują się proponowane strategie redukcji szkód [20]. Obejmują one pragmatyzm, w rozumieniu którego przyjmowanie niektórych substancji jest nieuniknione, a pewne nasilenie używania jest normą w społeczeństwie. Ponadto podnosi się humanistyczne wartości zakładające, że decyzja człowieka o spożywaniu alkoholu jest jego wyborem, a traktowanie uzależnionego z szacunkiem oraz poszanowaniem – jednym z jego elementarnych praw. W definiowanych zasadach koncentruje się

również na szkodliwych następstwach spożywania substancji oraz na tzw. równoważeniu nakładów i zysków, które wiąże się z pragmatycznym procesem identyfikacji, obejmującym pomiar i oszacowanie konsekwencji używania substancji, związanych z nimi szkód oraz poniesionych kosztów, przy jednoczesnej ocenie profitów płynących z zastosowanych interwencji. Na podstawie opisanych zasad identyfikowane są indywidualne cele terapeutyczne, które odnosi się do potrzeb i możliwości osoby uzależnionej, jej bliskich i grupy społecznej [21]. Ponadto wskazuje się, że oferowanie pacjentom uzależnionym od alkoholu więcej niż jednej strategii leczenia oraz możliwości ich wyboru, związane jest ze zwiększeniem ich poczucia kontroli i odpowiedzialności za proces terapii [22, 23]. W formułowaniu zaleceń i celów terapeutycznych sięga się ponadto po wskazania płynące z typologii alkoholizmu Lescha [24]. Wyniki badań wskazują, że u pacjentów uzależnionych zakwalifikowanych do typu I, którzy odczuwają objawy nasilonego zespołu abstynencyjnego i głodu alkoholowego, celowana strategia zakłada całkowitą abstynencję. U pijących z objawami lękowymi (typ II) oraz współwystępującymi zaburzeniami depresyjnymi i snu (typ III), a także w typie IV „organicznym”, u których spożywanie alkoholu jest rozumiane jako dysfunkcyjny sposób radzenia sobie ze stresem, podstawową formą oddziaływań powinna być strategia redukcji szkód [25].

Wyróżnienie powyżej opisanych strategii terapii ma na celu przybliżenie pierwszej jako alternatywy dla znanych, a nie zawsze skutecznych programów terapii oraz potwierdzenie zasadności, w świetle zmian w międzynarodowych klasyfikacjach chorób, sięgania do strategii redukcji szkód.

### **Standardy medyczne w leczeniu zaburzeń używania alkoholu**

W związku z nowymi możliwościami leczenia farmakologicznego pojawia się potrzeba wprowadzenia standardów leczenia i formalnych algorytmów postępowania, zawierających konkretne cele i sposoby ich realizacji w ramach programów terapeutycznych. Wypracowane są ogólne zalecenia dotyczące usług zdrowotnych w zakresie leczenia uzależnień, polegające na tworzeniu interdyscyplinarnych zespołów składających się ze specjalisty psychiatry, psychologa klinicznego oraz terapeuty [16]. Od 2013 r. istnieją sformułowane przez Sekcję

Farmakoterapii Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami (PTBU) i Sekcję Psychofarmakologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP) zalecenia dotyczące standardów długoterminowej farmakoterapii, wspierającej utrzymywanie abstynencji lub zmniejszającej spożycie alkoholu u osób uzależnionych od alkoholu [26]. Wskazuje się, by stawiany cel długoterminowego leczenia farmakologicznego poprzedzono pogłębioną diagnozą obejmującą stan psychiczny i somatyczny pacjenta, uwzględniającą zarówno jego strukturę osobowości, jak i cechy środowiska, w którym żyje [27, 28]. Cel terapeutyczny powinien być dobrany indywidualnie do aktualnych potrzeb, możliwości czy nasilenia objawów pacjenta. Niezmiennie pożądanym celem terapeutycznym jest abstynencja, zwłaszcza dla osób ze współchorobowością psychiatryczną i somatyczną. Natomiast zmniejszenie (redukcja) picia jest celem terapeutycznym u osób niewyrażających chęci utrzymywania abstynencji lub u tych, u których wielokrotne próby abstynencji skończyły się niepowodzeniem [26, 29]. Cele te mogą zmieniać się w czasie i wiadomo, że w grupie początkowo nastawionej na redukcję spożycia pojawiają się osoby gotowe na podjęcie pełnej abstynencji. Takie pozycjonowanie celów wpisuje się w najnowszą klasyfikację DSM-5, w której kategorie nadużywania substancji i uzależnienia połączone są w jedną większą kategorię. Osoba może uzyskać pomoc i zacząć pracować nad swoim problemem, nie wdając się w rozważania, czy już jest, czy jeszcze nie jest „alkoholikiem”. Warte podkreślenia są też zyski społeczne, zawodowe, rodzinne i zdrowotne. Ponadto, zaferowanie pacjentom uzależnionym od alkoholu więcej niż tylko jednej metody leczenia może sprawić, że zyskają oni większe poczucie kontroli i odpowiedzialności za przebieg terapii, co w efekcie może być znaczące dla utrzymania takiej osoby w procesie terapeutycznym [22, 23]. Zróżnicowanie obrazu klinicznego i przebiegu choroby wpływają na konieczność dostosowywania danego podejścia do konkretnego pacjenta.

## Podsumowanie

Zaburzenia używania alkoholu stanowią niejednorodną grupę kliniczną o różnorodnej etiopatogenezie [30]. Wyniki prowadzonych od lat badań klinicznych i ich metaanalizy są podstawą do opracowania nowych kryteriów diagnostycznych w klasyfikacji DSM-5 oraz ICD-11. Obecnie

obowiązujące klasyfikacje obejmują możliwości szerokiej diagnozy i jej weryfikacji, jak również wskazują kierunki pracy terapeutycznej i farmakoterapii.

W DSM-5 „nadużywanie i uzależnienie od alkoholu” zostały włączone do jednej kategorii, w której podkreśla się, że przewlekłe przyjmowanie alkoholu prowadzi do dysfunkcji zarówno w sferze psychicznej, somatycznej, jak i społecznej [4]. Otóż w przypadku DSM-5 konsekwencje dla lecznictwa są ogromne: kategoria „uzależnienia” praktycznie znika (pozostaje tylko szczątkowa kategoria kodowana po kropce: „zaburzenia używania alkoholu z cechami uzależnienia”). Oznacza to, że należy na nowo przeorganizować struktury i podział na specjalistyczne leczenie uzależnienia i leczenie nadużywania alkoholu przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub rodzinnych. Koncepcja redukcji szkód to nie tylko rozszerzenie oferty dla osób uzależnionych, ale podstawowa oferta dla pacjentów z AUD bez cech uzależnienia. Z drugiej strony, powstaje pytanie, czy leki zarejestrowane do leczenia uzależnienia nie mogą być stosowane w leczeniu nadużywania (AUD bez cech uzależnienia). Warto podać nieliczne próby takiego zastosowania np. z naltreksonem, a zwłaszcza z nalmefenem w nadużywaniu alkoholu (picciu szkodliwym) [31–36].

Istotą zmian wprowadzonych w ICD-11 jest ujednoczenie i zbliżenie światowych kryteriów diagnostycznych do klasyfikacji amerykańskiej, co ma ułatwić komunikację między specjalistami oraz umożliwić replikowanie badań nad opisywanymi zaburzeniami [4, 7]. Ważna jest też identyfikacja bardziej jednorodnych grup pacjentów, a celem – dobór właściwych i skutecznych form pomocy. Zgodnie z proponowanymi zaleceniami, formę leczenia dostosowuje się do indywidualnego pacjenta, uwzględniając jego stan psychiczny, somatyczny, osobowość oraz potrzeby społeczne.

Wysoki procent nawrotowości w leczeniu uzależnienia od alkoholu oraz współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych i somatycznych związanych ze spożywaniem alkoholu stanowi poważne wyzwanie dla specjalistów ze względu na wielopłaszczyznowe następstwa tej choroby. W związku z tym, z jednej strony poszukuje się nowych strategii leczenia, a z drugiej – redefiniuje rozumienie mechanizmów uzależnienia, podstawowe założenia i stawiane cele w przyjmowanych paradygmatach leczenia. Poszerzanie celów terapii o zmniejszanie szkód, wynikających z zaburzeń używania alkoholu,

jest obserwowalnym od dziesięcioleci procesem. Zmiany wprowadzone w klasyfikacjach są uznaniem propozycji wynikających z doświadczeń klinicznych, a potwierdzonych w badaniach naukowych.

#### Wkład autorów/Authors' contributions

Według kolejności/According to order.

Nie występują zjawiska *ghostwriting* i *guest authorship*/No ghostwriting and guest authorship declared.

#### Konflikt interesów/Conflict of interest

Nie występuje/None declared.

#### Finansowanie/Financial support

Nie występuje/None declared.

#### Etyka/Ethics

Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej odnoszącymi się do badań z udziałem ludzi, dyrektywami EU dotyczącymi ochrony zwierząt używanych do celów naukowych, ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych oraz z zasadami etycznymi określonymi w Porozumieniu z Farmington w 1997 roku.

The work described in this article has been carried out in accordance with the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) on medical research involving human subjects; EU Directive (210/63/EU) on protection of animals use of scientific purposes; Uniform Requirements for manuscripts submitted to biomedical journals; the ethical principles defined in the Farmington Consensus of 1997.

#### Piśmiennictwo/References

- [1] Jakubczyk A, Wojnar M. Total abstinence or harm reduction – different strategies of alcohol treatment in research studies and international guidelines. *Psychiatria Polska* 2012;46:373–86.
- [2] Habrat B. Poszerzenie celów i strategii w leczeniu uzależnienia od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania* 2013;1:27–36.
- [3] Heitzman J, Łoza B, Kosmowski W. Classification of mental disorders – a conceptual framework for the ICD-11. *Psychiatria Polska* 2011;45:941–50.
- [4] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington: APA; 2013.
- [5] Łoza B, Heitzman J, Kosmowski W. Toward the new classification of mental disorders – Polish psychiatrists' opinions about project of ICD-11. *Psychiatria Polska* 2011;45:785–98.
- [6] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington: APA; 1994.
- [7] Hasin D, Hatzenbuehler ML, Keyes K, Ogburn E. Substance use disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) and International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10). *Addiction* 2006;101:59–75.
- [8] Saunders JB. Substance dependence and non-dependence in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and the International Classification of Diseases (ICD): can an identical conceptualization be achieved? *Addiction* 2006;101:48–58.
- [9] Bottlender M, Köhler J, Soyka M. The effectiveness of psychosocial treatment approaches for alcohol dependence – a review. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 2006;74:19–31.
- [10] Scheibenbogen O. Das Orpheusprogramm als Antwort auf Burnout. *Spektrum Psychiatrie* 2012;1.
- [11] [http://www.suchthilfe.de/veranstaltung/jt/2011/musalek\\_orpheus.pdf](http://www.suchthilfe.de/veranstaltung/jt/2011/musalek_orpheus.pdf)
- [12] Poltrum M, Gruninger N, Musalek M. Musen und Sirenen – Orpheus als Psychotherapeut. *Psychologik, Jahrbuch für Psychotherapie, Philosophie und Kultur, 6 Aufklärung und neue Mythen*. Verlag Karl Alber; 2011.
- [13] Marlatt GA. Harm reduction: come as you are. *Addictive Behaviors* 1996;21:779–88.
- [14] Lee HS, Engstrom M, Petersen SR. Harm reduction and 12 steps: complementary, oppositional, or something in-between? *Substance Use & Misuse* 2011;46:1151–61.
- [15] Marlatt GA, Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors* 2002;27:867–86.
- [16] Tyszkowska M, Podogrodzka M. Stigmatization on the way to recovery in mental illness – the factors directly linked to psychiatric therapy. *Psychiatria Polska* 2013;47:1011–22.
- [17] Riley D, Sawka E, Conley P, Hewitt D, Mitic W, Poulin C, et al. Harm reduction: concepts and practice. A policy discussion paper. *Substance Use & Misuse* 1999;34:9–24.
- [18] Rehm J, Zatoński W, Taylor B, Anderson P. Epidemiology and alcohol policy in Europe. *Addiction* 2011;106:11–9.
- [19] Lenton S, Single E. The definition of harm reduction. *Drug Alcohol Review* 1997;17:296–301.
- [20] Riley D, O'Hare P. Harm reduction: Policy and practice. 2002. <http://www.canadianharmreduction.com/factsriley.html> (on-line).
- [21] Watson M. Harm reduction – Why do it? *International Journal of Drug Policy* 1991;2:13–5.
- [22] Ambrogné JA. Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2002;22:45–53.
- [23] Samochowiec J, Kucharska-Mazur J, Samochowiec A. Uzależnienie od alkoholu: od neurobiologii do nowoc-



- zesnej terapii. *Alkoholizm i Narkomania* 2011;24(2): 117–24.
- [24] Lesch OM, Kefer J, Lentner S, Mader R, Marx B, Musalek M, et al. Diagnosis of chronic alcoholism-classificatory problems. *Psychopathology* 1990;23:88–96.
- [25] Schlaff G, Walter H, Lesch OM. The Lesch alcoholism typology – psychiatric and psychosocial treatment approaches. *Annals of Gastroenterology* 2011;24:89–97.
- [26] Bienkowski P, Habrat B, Jarema M, Mierzejewski P, Samochowicz J, Wojnar M, et al. Długoterminowa farmakoterapia wspierająca utrzymywanie abstynencji lub zmniejszająca spożycie alkoholu u osób uzależnionych od alkoholu. Zalecenia Sekcji Farmakoterapii Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami (PTBU) i Sekcji Psychofarmakologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP). *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii* 2013;3-4:133–9.
- [27] Bienkowski P. Zastosowanie naltreksonu w terapii uzależnienia od alkoholu – aspekty farmakologiczne. *Psychiatria Polska* 2013;47:117–26.
- [28] Bętkowska-Korpała B. Personality in the big five model and maintaining abstinence after one year follow-up. *Psychiatria Polska* 2012;46:387–99.
- [29] Szymczak M, Iskra-Trifunović J, Grzywacz A, Samochowicz J, Kołodziej Ł. Use of benzodiazepines and haloperidol among orthopedic patients in postoperative delirium. A systematic review. *Current Psychopharmacology* 2014;3:67–72.
- [30] Jabłoński M, Jasiewicz A, Kucharska-Mazur J, Samochowicz J, Bienkowski P, Mierzejewski P, et al. The effect of selected polymorphisms of the dopamine receptor gene DRD2 and the ANKK-1 on the preference of concentrations of sucrose solutions in men with alcohol dependence. *Psychiatria Danubina* 2013;25:371–8.
- [31] Bohn MJ, Kranzler HR, Beazaglou D, Staehler BA. Naltrexone and brief counseling to reduce heavy drinking: Results of a small clinical trial. *American Journal on Addictions* 1994;3:91–9.
- [32] Kranzler HR, Tennen H, Penta C, Bohn M. Targeted naltrexone treatment of early problem drinkers. *Addictive Behaviors* 1997;22:431–6.
- [33] Habrat B. Leki stosowane w leczeniu uzależnienia od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania* 2001;14(1):137–49.
- [34] Kranzler HR, Armeli S, Tennen H, Blomqvist O, Oncken C, Petry N, et al. Targeted naltrexone for early problem drinkers. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2003;23(3):294–304.
- [35] Drobos DJ, Anton RF, Thomas SE, Voronin K. Effects of naltrexone and nalmefene on subjective response to alcohol among non-treatment-seeking alcoholics and social drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2004;28:1362–70.
- [36] Kranzler HR, Tennen H, Armeli S, Chan G, Covault J, Arias A, Oncken C. Targeted naltrexone for problem drinkers. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2009;29(4):350–7.