

Andrzej Święcki

Rok:

Wydawnictwo:

Miejsce wydania:

Obecnie istnieją dwie najczęściej przyjmowane zasady definiowania i klasyfikowania zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, sformułowane w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów (ICD) oraz w Klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM).

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów

W Polsce obowiązuje Międzynarodowa Klasyfikacja opracowana przez Światową Organizację Zdrowia i przyjęta na konferencji przez 46 jej członków w dniu 6 października 1975 roku. Obecnie aktualna jest X wersja (wydanie lub rewizja) tej klasyfikacji.

Międzynarodowa Organizacja Zdrowia od zakończenia drugiej wojny światowej była jedną z ważniejszych sił dążących do opracowania definicji alkoholizmu. Początkowo opracowano szeroką definicję alkoholików. Określeniem tym posługiwano się wobec osób nadmiernie pijących z zaburzeniami zdrowia psychicznego i fizycznego oraz problemami w funkcjonowaniu społecznym, które wystąpiły w wyniku uzależnienia od alkoholu. Później zwrócono uwagę na znaczenie kryteriów fizycznych. Uzależnienie od alkoholu określono jako niemożność powstrzymania się od picia przed upiciem się, albo niezdolność do zachowania abstynencji z powodu pojawiających się objawów abstynencyjnych.

Opracowana przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia IX wersja w 1978 roku zastępuje pojęcie alkoholizm terminem *zespół uzależnienia od alkoholu*. W ten sposób określono, czym jest choroba alkoholowa, w odróżnieniu od picia wykraczającego poza normy kulturowe. Do tego czasu termin *alkoholizm* stosowany był do opisu tych dwóch zjawisk, a ponadto służył on jeszcze do określenia patologii społecznej związanej z piciem alkoholu. IX wersja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób definiuje *zespół uzależnienia od alkoholu* jako: "Stan zmian psychicznych i zwykle także somatycznych, spowodowany używaniem alkoholu, charakteryzujący się określonymi reakcjami behawioralnymi i innymi, które z reguły obejmują skłonność do stałego lub okresowego używania alkoholu w celu doznania jego efektów psychicznych, a czasem także - aby uniknąć złego samopoczucia wynikającego z braku alkoholu; może wystąpić wzrost tolerancji (...)" (Międzynarodowa klasyfikacja chorób, urazów i przyczyn zgonów, 1983, s. 34).

Zwróćmy uwagę, że, w rozumieniu tej definicji, dla choroby alkoholowej charakterystyczna jest

zależność fizyczna jak i psychiczna oraz możliwość wzrostu tolerancji na alkohol, gdzie:

- *zależność psychiczna* - to potrzeba częstego lub stałego przyjmowania alkoholu po to aby powtarzać przeżycia związane z jego przyjmowaniem;
- *zależność fizyczna* - to stan biologicznej adaptacji do alkoholu, bez którego organizm nie może prawidłowo funkcjonować. Przerwanie lub ograniczanie spożywania alkoholu wywołuje zaburzenia czynności ustrojowych, zwanych objawami abstynencyjnymi (zespołem odstawienia);
- *tolerancja* - to stan, w którym wypijanie tej samej dawki alkoholu daje coraz słabszą reakcję, a dla uzyskania takiego samego efektu trzeba wypijać coraz więcej alkoholu.

W 1992 roku została wydana najnowsza, X wersja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Urazów i Przyczyn Zgonów (ICD-10). Wyodrębniona jest w niej grupa zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Oprócz alkoholu zaliczono do nich także niektóre inne środki, jak np. stosowane w medycynie pochodne makuwca (otrzymywane z maku ogrodowego), środki pobudzające (w tym kofeina), a także tytoń.

Kryteria diagnostyczne uzależnienia od alkoholu według Światowej Organizacji Zdrowia (ICD-10), definiują uzależnienie jako:

"Zespół objawów somatycznych, behawioralnych i poznawczych, w których picie alkoholu staje się priorytetowe nad innymi poprzednio ważniejszymi zachowaniami. Do rozpoznania potrzebne jest stwierdzenie trzech z poniższych objawów w czasie ostatniego roku:

- Silna potrzeba (głód) picia albo kompulsywne picie alkoholu
- Trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z pićm w sensie upośledzenia:
 - kontrolowania rozpoczęcia picia (np. powstrzymywania się od picia przed pićm);
 - długości trwania picia (np. ograniczania picia do jednego dnia);
 - ilości alkoholu (np. konieczność picia do dna butelki);
- Stan abstynencyjny spowodowany przerwaniem picia lub zredukowania dawki alkoholu, przejawiający się:
 - charakterystycznym zespołem abstynencyjnym, albo
 - pićm alkoholu lub przyjmowaniem substancji o podobnym działaniu (np. benzodiazepiny, barbiturany, eter) z zamiarem złagodzenia lub uniknięcia objawów abstynencyjnych;
- Występowanie tolerancji, polegającej na potrzebie spożycia większych dawek do wywołania efektu powodowanego poprzednio mniejszymi dawkami (są one nieraz tak duże, że mogłyby spowodować śmierć osoby nieuzależnionej)
- Postępujące zaniedbywanie alternatywnych przyjemności lub zainteresowań z powodu picia, zwiększenie ilości czasu potrzebnego na zdobycie alkoholu lub powrót do normy po wypiciu
- Picie alkoholu mimo wiedzy o jego szkodliwości np. o uszkodzeniu wątroby spowodowanych pićm, stanach depresyjnych po dłuższym pićm" (Habrat B. 1996, s. 33).

Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Klasyfikacja ta została opracowana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne i wydana w formie podręcznika pt.: " *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*", w skrócie DSM. Pierwsze wydanie tego podręcznika (DSM-I) miało miejsce w 1952 roku. Od tego czasu system ten był wielokrotnie poddawany rewizji i zmieniany po przez kolejne wydania: DSM-II, DSM-III, DSM-III-R, i DSM-IV (1995). Określenia dotyczące problemów związanych z używaniem alkoholu zostały zawarte w klasyfikacji dotyczącej różnych zaburzeń umysłowych. W pierwszych wersjach system ten klasyfikował alkoholizm w podgrupie zaburzeń osobowościowych.

W DSM-III użyto terminu *uzależnienie od alkoholu* zamiast alkoholizm i wyróżniono je jako osobną kategorię zaburzeń wynikających z nadużywania środków odurzających. Kryteria występowania *uzależnienia od alkoholu* to: "patologiczny wzorzec używania alkoholu lub zaburzenie funkcji społecznych i/lub zawodowych, które spowodowane zostały używaniem alkoholu oraz towarzysząca któremuś z nich zmieniona tolerancja bądź objawy zespołu abstynencyjnego" (Woronowicz, T.B. 1995, s. 52).

Patologiczny wzorzec używania alkoholu polega na tym, że osoba uzależniona:

- potrzebuje codziennie alkoholu dla prawidłowego funkcjonowania;
- nie może ograniczyć lub zaprzestać picia;
- ponawia wysiłki kontrolowania lub ograniczania nadmiernego picia - podejmuje zobowiązania abstynencji na jakiś czas lub ograniczania picia w określonych porach dnia;
- pije "ciągami" - pozostaje w stanie odurzenia alkoholowego co najmniej przez dwa dni;
- okresowo wypija 200 ml spirytusu lub odpowiednika tej ilości w postaci wina lub piwa;
- odczuwa występowanie palimpsestów - nie pamięta niektórych wydarzeń z okresu bycia w stanie odurzenia alkoholowego (tzw. "przerwy w życiorysie", "urwany film");
- kontynuuje picie pomimo pojawienia się poważnych zaburzeń fizycznych, o których wie, że są ściśle związane z używaniem alkoholu;
- pije alkohole niekonsumpcyjne.

Klasyfikacją DSM-III wyróżnia trzy wzorce patologicznego używania alkoholu:

1. Regularne, codzienne spożywanie dużych ilości
2. Regularne ciężkie picie sobotnio-niedzielne
3. Długie okresy trzeźwości przeplatane "ciągami" trwającymi tygodnie lub miesiące.

Zaburzenie funkcji społecznych i zawodowych występuje wtedy gdy osoba:

- jest agresywna w stanie odurzenia alkoholowego;
- opuszcza pracę;
- ma komplikacje prawne na przykład zostaje aresztowana z powodu zachowań w stanie odurzenia alkoholowego;
- przeżywa kłótnie i nieporozumienia zarówno z rodziną jak i z przyjaciółmi w związku z nadużywaniem alkoholu.

Pojęcie tolerancji zostało omówione wyżej, natomiast z *objawami abstynencyjnymi* mamy do czynienia wtedy, gdy osoba przestanie pić alkohol lub ograniczy jego ilość. Odczuwa ona wtedy dreszcze, drżenie kończyn, drażliwość, niepokój skurcze mięśniowe.

Kryteria diagnostyczne DSM-III pozwalały tylko stwierdzić wystąpienie lub brak choroby, nie pozwalały natomiast na wprowadzenie jakiejkolwiek gradacji jej nasilenia. Zostało to poprawione przy kolejnych wydaniach. Opublikowana w 1987 wersja kryteriów diagnostycznych (DSM-III-R) pozwala rozpoznać uzależnienie alkoholowe, jeżeli zostanie stwierdzone występowanie co najmniej trzech z spośród dziewięciu wymienionych objawów w ciągu ostatniego miesiąca (lub jeżeli zostanie stwierdzone powtarzanie się ich przez dłuższy okres czasu). Ten sam zestaw symptomów i zachowań stosowany jest do rozpoznania uzależnienia od wszystkich rodzajów substancji psychoaktywnych. W odniesieniu do alkoholu są to następujące objawy:

- picie alkoholu w większych ilościach, częściej lub przez dłuższy czas niż zamierzało się pierwotnie;
- utrzymujący się przez dłuższy czas zamiar lub co najmniej jedna próba przerwania picia lub picia kontrolowanego;
- poświęcanie zbyt wiele czasu na picie lub poszukiwanie możliwości picia, bądź też na "odzyskiwanie formy" po picciu;
- częste upijanie się, obecność objawów abstynencyjnych w czasie wykonywania swoich codziennych obowiązków bądź nie wywiązywanie się z nich w związku z picciem, picie w sytuacjach związanych z większym ryzykiem wypadku (np. jazda samochodem po alkoholu);
- wyraźne upośledzenie funkcjonowania społecznego oraz ograniczenie wypoczynku w związku z picciem;
- kontynuacja picia pomimo świadomości, że występujące problemy (zdrowotne, rodzinne, finansowe, prawne itp.) mają wyraźny związek z picciem alkoholu;
- konieczność wypijania większej ilości alkoholu dla uzyskania zamierzonego efektu;
- występowanie wyraźnych objawów zespołu abstynencyjnego;
- picie alkoholu ze świadomością, że objawy abstynencyjne ulegną złagodzeniu (Woronowicz B.T. 1995 s. 53).

Opracowana najnowsza wersja DSM-IV doprecyzowuje tę klasyfikację. Uzależnienie od alkoholu jest tu określane jako: "Nieprawidłowy wzorzec picia prowadzący do klinicznie znaczącego uszkodzenia somatycznego lub zaburzeń psychicznych, manifestujący się przynajmniej trzema z poniższych objawów występujących w ostatnim roku:

- Częste picie alkoholu w większych ilościach i dłużej niż zakładano przed rozpoczęciem picia. Uporczywa chęć lub nieudane próby przerwania picia lub ograniczenia ilości wypijanego alkoholu.

- Zespół abstynencyjny:
 - a) występowanie charakterystycznego zespołu abstynencyjnego po przerwaniu lub zredukowaniu intensywnego i długotrwałego picia. Zespół ten rozwija się w kilka godzin lub dni i manifestuje się przynajmniej 2 typowymi objawami abstynencyjnymi, które powodują znaczne upośledzenie funkcjonowania psychicznego lub społecznego, zawodowego itp. Objawy te związane są z ogólnie złym stanem somatycznym i nie powinny być związane z żadnym innym zaburzeniem psychicznym;
 - b) picie alkoholu lub przyjmowanie leków (np. barbituranów, bedozjazeplin) lub innych substancji o działaniu podobnym do alkoholu;

- Wzrost tolerancji definiowany w dwójnasób:
 - a) potrzeba znacząco wyższych dawek do wywołania intoksykacji lub innego oczekiwanego efektu alkoholu;
 - b) wyraźne zmniejszone efekty działania alkoholu przy piciu tej samej dawki;

- Przeznaczenie znacznej ilości czasu na zdobycie alkoholu lub na dochodzenie do siebie po piciu.

- Znaczne zredukowanie aktywności społecznej, zawodowej i rekreacyjnej z powodu picia.

- Picie alkoholu mimo wiedzy, że nawracające problemy zdrowotne lub psychiczne są spowodowane lub zaostrzone przez picie alkoholu (np. picie mimo wiedzy, że alkohol zaostrza chorobę wrzodową) (Habrata B. 1996 s. 33).

Piśmiennictwo

- Bilikiewicz A., Strzyżewski W.: Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. PZWL, Warszawa 1992.

- Habrata B.: Przewodnik lekarza praktyka. Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem, Springer, PWN Warszawa 1996

- Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów. IX rewizja. Rozdział V Zaburzenia psychiczne. "Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego" 1-2, 1983.

- Siódmy Raport Specjalny dla Kongresu USA. Alkohol a Zdrowie Nr 5. Biuro Pełnomocnika Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej ds. Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,

Warszawa 1993.

- Woronowicz B. T.: Alkoholizm jako choroba, PARPA, Warszawa 1995.