

Bogusław Habrat

Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Systemy diagnostyczne, klasyfikacje, terminologia

*Mental and behavioural disorders caused by the use of psychoactive substances.
Diagnostic systems, classifications, terms*

Abstract

This paper reviews current classifications, diagnostic criteria and used terms (recommended and non-recommended) according to mental and behavioural disorders caused by the use of psychoactive substances. **Psychiatria 2010; 7, 2: 75–81**

key words: mental and behavioural disorders caused by the use of psychoactive substances, diagnostic systems, classification, terms

Wstęp

Złożoność obrazu klinicznego zaburzeń psychicznych, a przede wszystkim etiologii, na którą składały się raczej domyślne niż poznane czynniki biologiczne (np. tzw. czynniki endogenne), czynniki psychologiczne i środowiskowe, interpretowane często w kategoriach spekulatywnych (w ramach różnych, czasami diametralnie odmiennych szkół teoretycznych), były przyczynami ogromnego zróżnicowania klasyfikacji i diagnostyki zaburzeń psychicznych. W praktyce uniemożliwiało to zarówno porównywalność danych epidemiologicznych, jak i badań naukowych, a także utrudniało zarządzanie finansowaniem usług medycznych. Próba wyjścia z tej sytuacji okazały się kolejne

wersje Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów (ICD, *International Classification of Diseases*) [1] starające się sklasyfikować wszystkie przyczyny zgonów i choroby zarówno somatyczne, jak i psychiczne oraz, w odniesieniu wyłącznie do zaburzeń psychicznych, amerykańskie kolejne wersje *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) [2]. W odniesieniu do zaburzeń psychicznych klasyfikacja ICD jest bardziej powszechna, ponieważ promuje ją Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), a w opracowywaniu jej kolejnych wersji uczestniczyli przedstawiciele wielu krajów. Mankamentem systemu ICD jest jej nieco „urzędniczy” charakter, polegający na przewadze realizowania celów epidemiologiczno-statystycznych nad jasnymi wskazówkami klinicznymi oraz nieprecyzyjnymi opisami klinicznymi utrudniającymi zastosowanie tej klasyfikacji do celów badawczych. Tylko w części niedomogi te skompensowano wariantami klasyfikacji do celów naukowych (ICD-10 *for rese-*

Adres do korespondencji:

dr n. med. Bogusław Habrat
Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień IPiN
ul. Sobieskiego 9, 02–957 Warszawa
tel.: (22) 458 27 40, faks: (22) 651 93 11
e-mail: habratb@ipin.edu.pl

arch) [3] i wzbogaconymi o wskazówki kliniczne [4]. Wypracowane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA, *American Psychiatric Association*) kolejne wersje DSM mają pozycję zbliżoną do ICD, jednak są preferowane zarówno przez amerykańską administrację, jak i amerykańskich praktyków. Ze względu na ogromny potencjał badawczy Stanów Zjednoczonych, owocujący ogromną liczbą publikacji, są one preferowane przez wielu badaczy spoza Stanów Zjednoczonych, między innymi z powodu chęci porównywania wyników badań.

W analizie ewolucji obu systemów wykazuje się dobitnie, że zmagają one w kierunku klasyfikacji opartej głównie na czynnikach etiologicznych, a postępy wiedzy neurobiologicznej znacznie to ułatwiają. W przeciwieństwie do wielu innych zaburzeń, w których wzajemne relacje etiologiczne między czynnikami biologicznymi a psychologiczno-środowiskowymi są niejasne, grupa zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych pod względem etiopatogenetycznym jest dość jednorodna. Chociaż w ich powstawaniu bierze udział wiele czynników, tym niezbędnym do ich rozpoznania jest stwierdzenie faktu używania owych substancji oraz jego roli sprawczej (choćby częściowo).

Uzależnienia a szkodliwe używanie (nadużywanie) substancji

Przez wiele lat tę grupę zaburzeń rozpatrywano głównie z perspektywy ciężkich powikłań, najczęściej wymagających hospitalizacji lub intensywnej opieki ambulatoryjnej. Dotyczyło to uzależnień i ich powikłań, w mniejszym stopniu ostrych intoksykacji, które były przedmiotem zainteresowania toksykologów i internistów. Takie podejście skutkowało próbami podziału na substancje uzależniające i nieuzależniające. W Polsce już na początku lat 30. XX wieku Stanisław Ignacy Witkiewicz, tłumacząc się z zarzutów „narkomanii”, podkreślał, że eksperymentował głównie z substancjami halucynogennymi i podkreślał ich wyższość, polegającą na niewywoływaniu uzależnienia, nad powszechnie akceptowanym tytoniem, któremu przypisywał straszliwe właściwości uzależniające [5]. Dyskusje nad rzekomo dyskryminującymi właściwościami uzależniającymi substancji toczyły się głównie w Stanach Zjednoczonych w latach 60. i 70. XX wieku i wracają przy każdej debacie społecznej związanej z delegalizacją lub legalizacją (lub próbami ich wprowadzenia) różnych substancji. Zarówno odejście od psychiatrycznego punktu widzenia, skoncentrowanego na trafiających do leczenia przypad-

kach osób uzależnionych, jak i przyjęcie perspektywy ogólnomedycznej spowodowały zwiększone zainteresowanie osobami stosującymi substancje psychoaktywne, które nie wykazują cech uzależnienia, ale u których stwierdza się ewidentne szkody zdrowotne spowodowane ich używaniem. W niektórych systemach (np. DSM) większą uwagę zwraca się na szkodliwy wpływ substancji na funkcjonowanie społeczne.

Ten dychotomiczny podział można znaleźć w piśmiennictwie dotyczącym zaburzeń związanych z piciem alkoholu [6] (tab. 1).

Główne chorobowe modele używania substancji psychoaktywnych mieszczą się w dwóch pojęciach: szkodliwego używania (w Stanach Zjednoczonych — nadużywania) i uzależnienia.

Szkodliwe używanie (nadużywanie) substancji psychoaktywnych

Szkodliwe używanie substancji definiuje się jako taki sposób stosowania substancji, który powoduje konkretne szkody zdrowotne zarówno somatyczne, jak i psychiczne. W ICD-10 podkreśla się, że chociaż długotrwałe używanie substancji na ogół powoduje zaburzenia funkcjonowania społecznego, to jednak w wypadku stwierdzenia jedynie szkody w funkcjonowaniu społecznym bez wyraźniejszych szkód somatycznych i/lub psychopatologicznych, nie można rozpoznawać używania szkodliwego. Tłumaczy się to trudnym do wykazania jednoznacznym związkiem przyczynowo-skutkowym między używaniem substancji charakteryzujących się złym funkcjonowaniem społecznym. Może ono być wynikiem wcześniej występujących zaburzeń osobowości oraz kontekstu społecznego (np. patologicznego środowiska).

Mniej wątpliwości w tej mierze mają Amerykanie, którzy w pojęciu nadużywania substancji mieszczą również zaburzenia funkcjonowania w rolach społecznych, skłaniając się do uznawania ich wtórności względem używania substancji [2].

Te dwa zróżnicowane podejścia powodują, że istnieje znaczna rozbieżność między wymienionymi kryteriami diagnostycznymi [8]: szkodliwym używaniem substancji [1] i jej nadużywaniem [2].

Uzależnienie (zależność) od substancji psychoaktywnych (zespół uzależnienia)

Zespoły opracowujące system zarówno ICD, jak i DSM, w odniesieniu do uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zaczęły od analizy koncepcji zależności. Stwierdzono, że szczególnie dawniejsze koncepcje alkoholizmu i innych „-izmów” rzadko

Tabela 1. Historyczne i aktualne dychotomiczne podziały zaburzeń spowodowanych pićm alkoholu (zmodyfikowano na podstawie [6])

Table 1. Past and current dichotomic distinction of disorders caused by alcohol (based on [6] and modified)

	Szkodliwe picie (nadużywanie alkoholu)		Uzależnienie
Dawniejsze terminy niemieckojęzyczne	Nadużywanie alkoholu z powikłaniami somatycznymi	Nadużywanie alkoholu powodujące szkody w funkcjonowaniu społecznym	Uzależnienie od alkoholu Alkoholizm, przewlekły alkoholizm Nałóg picia
Jellinek [7]	Alkoholizm beta	Alkoholizm alfa	Alkoholizm gamma Alkoholizm delta
ICD-8	Niesprawności spowodowane alkoholem	Problemy spowodowane alkoholem	Uzależnienie od alkoholu
ICD-9	Somatyczne powikłania nadużywania alkoholu	Nadużywanie alkoholu	Uzależnienie od alkoholu
Dawniejsze terminy anglojęzyczne		Picie problemowe (powodujące problemy)	Alkoholizm Uzależnienie od alkoholu
Dawniejsze terminy skandynawskie	Ciężkie (intensywne) picie	Nadużywanie alkoholu	Alkoholizm
Terminy używane w psychiatrii radzieckiej	Nałogowe nadużywanie alkoholu	Alkoholizm — stadium I	Alkoholizm — stadium II i III
ICD-10		Picie szkodliwe	Uzależnienie od alkoholu
DSM-IV		Nadużywanie alkoholu	Uzależnienie od alkoholu

ICD (International Classification of Diseases) — Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów; DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) — klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

miały charakter naukowy i dlatego nie brano ich pod uwagę. Skupiono się głównie na współczesnych koncepcjach o charakterze naukowym. Stwierdzono, że można podzielić je na koncepcje: psychologiczne, biologiczne (głównie farmakologiczne) i środowisko-socjologiczne.

Jednocześnie okazało się, że znaczna część tych koncepcji nie jest konkurencyjna, a raczej komplementarna i opisująca podobne zjawiska z różnych punktów widzenia. Z tego względu przyjęto koncepcję uzależnień zawierającą „objawy” z tych trzech kręgów.

W ICD-10 uzależnienie jest definiowane jako zespół zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji lub grupy substancji dominuje nad innymi zjawiskami, mającymi uprzednio dla pacjenta większą wartość. Za główny objaw uzależnienia uważa się silne, a nawet przemożne pragnienie przyjmowania substancji psychoaktywnej (tzw. „głód”, *craving*). Zjawiskiem

typowym jest swego rodzaju „pamięć uzależnienia”, która polega na bardzo szybkim pojawieniu się pełnego zespołu uzależnienia nawet po wieloletnim okresie abstynencji.

W celu rozpoznania uzależnienia należy stwierdzić co najmniej trzy z sześciu objawów — po dwa z trzech dziedzin:

- psychopatologii: pragnienie przyjmowania substancji lub odczuwanie przymusu jej przyjęcia, upośledzenie (a nawet utrata) możliwości kontrolowania używania substancji;
- patofizjologii: fizjologiczne objawy odstawienne, zmiana tolerancji;
- zachowania: narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności i zwiększająca się ilość czasu poświęconego na zdobywanie substancji, bycie pod jej wpływem oraz dochodzenie do siebie po jej przyjęciu, używanie substancji mimo wiedzy o jej szkodliwości.

Zagadnieniami kontrowersyjnymi są między innymi uzależnienia jatrogenne, w których intencją było na przykład zniesienie dolegliwości bólowych, natomiast rozwinęła się tolerancja, a przy próbie odstawienia leku wystąpiły objawy abstynencyjne. W przeciwieństwie do osób uzależnionych, u których celem przyjmowania była intencjonalna chęć przeżycia zmiany stanu psychicznego, osoby uzależnione jatrogennie nie mają na ogół innych niż fizjologiczne objawów uzależnienia. Objawy abstynencyjne ogywiają u nich często rolę awersyjną i osoby te w przyszłości nie poszukują dostępu do tych substancji. Takie zjawisko nazywa się czasami pseudo-uzależnieniem.

Innym interesującym zagadnieniem jest tak zwane uzależnienie psychiczne, to znaczy uzależnienie bez objawów patofizjologicznych. Można je spotkać między innymi u osób uzależnionych od alkoholu [9], a także od innych substancji. Może to mieć istotne znaczenie w budzących wątpliwości diagnostyczne przypadkach bez objawów fizjologicznych.

W przeciwieństwie do szkodliwego używania i nadużywania substancji, gdzie kryteria ICD-10 i DSM-IV były słabo porównywalne [8], kryteria uzależnienia w obu klasyfikacjach cechowały się dużą zgodnością [8]. Trzeba jednak zaznaczyć, że dotyczyło to głównie uzależnienia od alkoholu [8, 10], opiatów i leków uspokajająco-nasennych [10], w mniejszym stopniu uzależnienia od amfetamin, kokainy i fencyklidyny [10]. Wynika to między innymi z faktu, że najwięcej koncepcji uzależnień opierało się na obserwacjach i badaniach w odniesieniu do tych trzech pierwszych substancji, najczęściej powodujących poważne szkody. Tymczasem część używanych substancji psychoaktywnych często charakteryzuje się odmiennością i nieprzystawalnością do „modelowych” wzorców uzależnień.

W odniesieniu do uzależnień używa się czasem wymiennie, a czasem odmiennie znaczeniowo wielu terminów, ponieważ „uzależnienie — *dependence* (zależność, zespół uzależnienia, zespół zależności) od substancji psychoaktywnych” jest terminem zbyt długim i sprawiającym wrażenie urzędniczego. Czasami wymiennie stosuje się go z anglojęzycznym terminem *addiction*, co w języku polskim oznacza „nałóg”. Używanie tego terminu wydaje się uzasadnione jedynie w przypadkach, gdy prowadzi się wywód w kategoriach psychologicznych, głównie behawioralnych. Termin „nałóg” był popularny, gdy za główny mechanizm uzależnienia uważano wyuczenie się szkodliwych, stereotypowych zachowań. Do chwili

obecnej używa się go w języku potocznym (a w konsekwencji mało precyzyjnym) w odniesieniu do wyuczonych, nawykowych i natrętnych zachowań z małym lub uważanym błędnie za nieistotny komponentem biologicznym (np. nałogowe palenie tytoniu, nałogowe picie kawy). „Nałóg alkoholowy” (odpowiadający uzależnieniu) był przeciwstawiany „alkoholizmowi przewlekłemu” (odpowiadającemu szkodliwemu picciu). Reliktem wąsko behawioralnej interpretacji uzależnień jest między innymi termin — „lecznictwo odwykowe” — którego celem miało być „odwyknięcie” od nabytych złych nawyków związanych z pićm alkoholu.

„Alkoholizm” i inne „-izmy” (np. morfinizm, kokainizm, nikotynizm) nie są zalecane przez WHO jako terminy bliskoznaczne uzależnieniu. Chociaż wprowadzenie przez Magnussa Husa w 1849 roku terminu *alcoholismus* miało istotne znaczenie jako promujące medyczny, a nie moralny, model problemów związanych z pićm alkoholu, to termin ten nie jest zalecany jako nieprecyzyjny i etykietujący-obraźliwy. W Europie termin „alkoholizm” bywa jeszcze wymiennie stosowany jako eponim uzależnienia od alkoholu, jednak na przykład w Stanach Zjednoczonych termin ten obejmuje nie tylko osoby uzależnione, ale również te, które z powodu nadużywania alkoholu wpadają w kłopoty zdrowotne i społeczne. Jeszcze w szerszym zakresie termin ten jest używany przez polityków, którzy w pojęciu „alkoholizm” mieszczą całokształt patologii społecznych związanych z alkoholem (np. nielegalna produkcja i handel, picie w miejscu pracy, prowadzenie pojazdów po pijanemu, awantury i przestępczość).

W odniesieniu do innych substancji używa się terminu „narkomania”. Podobnie i w tym przypadku termin ten jest stosowany w węższym znaczeniu (uzależnienie od nielegalnych substancji), a także w szerszym, obejmującym całokształt patologii związanych z produkcją, przemysłem, handlem, korupcją, agresywnością, szkodami zdrowotnymi, zagrożeniem dla otoczenia.

W Polsce podejmowano próby odróżnienia uzależnienia od nielegalnych substancji (narkomania) od uzależnienia od leków, głównie uspokajająco-nasennych (lekomania). Jednak podział ten nie wytrzymał próby czasu, między innymi ze względu na fakt, że „narkomani” często sięgali po leki, a „lekomani” nie rzadko sięgali po nielegalne narkotyki, co zwłaszcza dotyczyło morfinistów. Obecnie termin „lekomania” stosuje się dość często w odniesieniu do zjawiska nadmiernego używania leków, nie tylko o właściwo-

ściach psychotropowych, ale na przykład antybiotyków, leków przeciwbólowych, zmniejszających masę ciała itp.

Stany i powikłania psychiatryczne występujące w przebiegu uzależnienia

Do leczenia trafiają osoby uzależnione, charakteryzujące się różnym stanem psychicznym i somatycznym, wymagające zróżnicowanej opieki medycznej, psychologicznej i socjalnej, a w konsekwencji zróżnicowanego finansowania postępowania medycznego. Z tego względu wyodrębniono stany i powikłania uzależnienia do celów statystyczno-administracyjnych.

Najczęściej spotykanym stanem jest **stan odstawienia**. Dotyczy on zarówno zespołu abstynencyjnego (odstawienego), jak i stanu przewlekłego lub okresowego używania substancji, od której jest się uzależnionym, lub podobnie działającej receptorowo (np. benzodiazepiny w uzależnieniu od alkoholu) w celu niedopuszczenia do wystąpienia objawów abstynencyjnych.

Patogeneza zespołów abstynencyjnych jest skomplikowana, ale większość objawów można wyjaśnić za pomocą mechanizmu manifestowania się zmian adaptacyjnych do przewlekłego używania substancji. Objawy abstynencyjne w przebiegu uzależnienia od alkoholu są przejawem kompensacyjnej nadaktywności receptorów NMDA (*N-methyl-D-aspartate*) i wtórnie innych układów neuroprzekaznikowych, na przykład układu noradrenergicznego. Objawy abstynencyjne są na ogół przeciwne do objawów wywołanych używaniem danej substancji: na przykład odstawienie leków nasennych powoduje bezsenność, leków uspokajających — lęk i niepokój, kokainy — obniżenie nastroju, wzmożoną senność, nadmierny apetyt.

Kryteria objawów abstynencyjnych w ICD-10 podkreślają konieczność znalezienia objawów odstawienych, które są specyficzne dla danej substancji. W opisach kazuistycznych uzależnień od substancji teoretycznie bez potencjału uzależniającego trudno spełnić ten warunek i większość opisywanych ewidentnych objawów odstawienych jest niespecyficzna albo trudno mówić o specyficzności, skoro są to objawy stwierdzane stosunkowo rzadko [11].

Większość badaczy uważa jednak, że od objawów abstynencyjnych należy odróżniać tak zwane objawy z odbicia oraz zespół dyskontynuacji.

Objawy z odbicia są identyczne jak te, z powodu których stosowano substancję (często lek), ale po odstawieniu w większym nasileniu niż wyjściowo (np.

bóle głowy po odstawieniu niektórych leków przeciwbólowych).

Duże zainteresowanie badaczy i klinicystów budzi tak zwany zespół dyskontynuacji, który pojawia się przy próbach odstawienia stosowanego ze skutkiem leku bez właściwości uzależniających [12]. Dotyczy to na przykład niektórych leków przeciwdepresyjnych, przy czym większa częstość występowania zespołu dyskontynuacji dotyczy niektórych leków (m.in. wenlafaksyny, selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny), co pozwala domyślać się istnienia raczej specyficznych mechanizmów farmakologicznych niż psychologicznego przyzwyczajania się do nich i obawy o pogorszenie stanu zdrowia po ich odstawieniu. W ostatnich latach zwraca się uwagę na bezpośrednią toksyczność niektórych substancji pobudzających neurony, głównie serotoninericzne. O ile wyniki badań neuropsychologicznych wykazały skutki przyjmowania tych substancji na funkcje poznawcze, to obecnie nie dysponuje się dokładnymi opisami klinicznymi tych encefalopatii ani nie wiadomo dokładnie o ich znaczeniu klinicznym.

Najbardziej dramatycznymi powikłaniami długotrwałego używania substancji psychoaktywnych są **ostre i przewlekłe zaburzenia psychotyczne** występujące w innym czasie niż zespół abstynencyjny, a więc bezpośrednio po użyciu substancji albo po przeminięciu zespołu odstawienego. W tym pierwszym przypadku nie rozpoznaje się psychozy, gdy objawy psychotyczne bezpośrednio wynikają z przyjęcia środków z definicji halucynogennych i należy wtedy rozpoznawać ostre zatrucie, a objawy psychotyczne traktować jako jeden z objawów intoksykacji.

Objawy psychotyczne, które mają związek z uzależnieniem, dzieli się symptomatologicznie na: podobne do schizofrenii (np. psychozy poamfetaminowe), urojeniowe (np. urojenia niewiary małżeńskiej u osób uzależnionych od alkoholu), omamowe (np. przewlekła halucynoza alkoholowa, halucynozy parazytarne u osób uzależnionych od kokainy), wielopostaciowe, z objawami depresyjnymi (częste u osób uzależnionych od alkoholu lub benzodiazepin), z objawami maniakalnymi i psychozy mieszane.

Interesującym, chociaż relatywnie rzadko występującym powikłaniem stosowania substancji psychoaktywnych, jest **zespół amnestyczny**. Najczęściej występuje on u osób uzależnionych od alkoholu (alkoholowy zespół amnestyczny, psychoza Korsakowa, alkoholowy zespół Korsakowa), znacznie rzadziej w przebiegu uzależnienia od leków uspokajających. Morfologiczną podstawą zespołu amnestycznego są obustronne zmiany krwotoczno-zwyrodnieniowe

neuronów (encefalopatia Wernickego) składających się między innymi na obwody Papeza, związane z procesami zapamiętywania. Klinicznie, osoby z zespołem amnestycznym cechują się utratą lub znacznym upośledzeniem procesów zapamiętywania, przy stosunkowo dobrym odtwarzaniu materiału zapamiętanego przed chorobą. W odróżnieniu od prezbiofrenii, osoby z alkoholowymi zespołami amnestycznymi bywają najczęściej zupełnie niekrytyczne do znacznego upośledzenia pamięci, a luki pamięciowe często wypełniają konfabulacjami. O ile przebieg psychozy Korsakowa ma charakter stały (w przypadkach z nasilonymi objawami encefalopatii Wernickego istnieje zagrożenie życia), to coraz większe zainteresowanie budzą poronne formy zespołów amnestycznych, które często mają charakter przemijający. Nierzadko pomocne w diagnostyce, a nawet niezbędne jest badanie testami neuropsychologicznymi.

Rzadkie, szczególnie w Polsce, są inne encefalopatie alkoholowe, na przykład zespół Marchiafava-Bignami (zmiany encefalopatyczne umiejscowione głównie w spoidle wielkim), oraz centralna mielinoliza mostu, ostatnio częściej rozpoznawana przyżyciowo i niekiedy wiążąca się z fatalnym przebiegiem [13]. Używanie niektórych substancji psychoaktywnych (szczególnie lotnych rozpuszczalników i alkoholu) wiąże się z rozlanymi i rozsianymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego, które powodują zmiany charakterologiczne. Zazwyczaj trudno jest rozpoznać encefalopatię alkoholową ze względu na problemy w ustaleniu wpływu długotrwałego picia alkoholu, pierwotności/wtórności zmian strukturalnych i używania alkoholu oraz wielu innych czynników etiologicznych (urazy głowy, niedożywienie). W ostatnich latach wiele prac poświęcono neurodegeneracyjnemu wpływowi niektórych halucynogenów (np. MDMA [3,4-metylenodioksymetamfetamina]) na neurony serotonergiczne, a w konsekwencji na funkcje poznawcze.

Złożonym zagadnieniem jest wpływ substancji na upośledzenie funkcji poznawczych do poziomu zmian otępiennych. Poza lotnymi rozpuszczalnikami najwięcej uwagi poświęca się alkoholowi, który u niektórych chorych powoduje przyspieszenie procesów starzenia się mózgu. Zwraca się uwagę na zwodniczość wyników badań obrazujących morfologię mózgowia, ponieważ u niektórych chorych we wczesnych stadiach odstawienia alkoholu można zaobserwować zmiany podobne do zanikowych, jednak po pewnym czasie może dochodzić do całkowitej lub częściowej normalizacji obrazu mózgu, spowodowanego prawdopodobnie lepszym nawodnieniem jego struktur.

W ostatnim czasie coraz większe zainteresowanie naukowców i społeczeństwa budzą **tak zwane uzależnienia behawioralne**, na przykład od hazardu, seksu, zakupów, używania komputerów, internetu itp. W aktualnych klasyfikacjach część tych zaburzeń jest umieszczona w innych działach niż uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Niemniej zarówno teoria uzależnień behawioralnych (stymulowanie układu nagrody), jak i praktyka kliniczna (terapeuci uzależnień wykorzystują w leczeniu zaburzeń behawioralnych ten sam aparat pojęciowy) wykazują wiele podobieństw między uzależnieniami od substancji a uzależnieniami behawioralnymi [14]. Warto pogłębić dyskusję na temat kulturowego kontekstu obaw społeczeństwa przed uzależnieniami behawioralnymi [15].

Ryzykowne używanie substancji

Kategorią nienozologiczną jest ryzykowne używanie substancji. Kategoria ta jest niezwykle ważna ze względów profilaktycznych, gdyż działania podjęte w tej fazie używania mają znacznie większą skuteczność niż te u osób stosujących substancje w sposób szkodliwy lub uzależnionych. Jakościowe używanie ryzykowne definiuje się jako używanie substancji, które potencjalnie grozi szkodami zdrowotnymi (np. prowadzenie pojazdów, praca z niebezpiecznymi urządzeniami lub na wysokości pod wpływem substancji, możliwość infekcji zakażonym sprzętem lub zawartością iniekcji) lub społecznymi (utrata pracy, konflikty z rodziną i prawem). W odniesieniu do alkoholu opracowano również definicję ilościową. Granica ta została wyznaczona z krzywej zależności między średnią ilością wypijanego alkoholu a ryzykiem szkód zdrowotnych w miejscu, w którym krzywa ta zaczyna gwałtownie piąć się ku górze. Granicą tą jest wypijanie dziennie średnio 3–4 standardowych drinków (po ok. 10 g alkoholu) przez mężczyzn i 1–2 drinków przez kobiety.

Podsumowanie

Stosowanie substancji psychoaktywnych może prowadzić do szkód zdrowotnych i/lub zaburzeń funkcjonowania społecznego (używanie szkodliwe), a także do uzależnień. Zarówno jednorazowe intoksykacje, jak i stany związane z przewlekłym używaniem substancji psychoaktywnych cechują się wielką mnogością zjawisk fenomenologicznych, zarówno psychopatologicznych, behawioralnych, jak i szkód społecznych. Współczesne klasyfikacje stosunkowo dobrze je opisują i klasyfikują. Osiągnięcia współczesnej nauki, szczególnie neurobiologii, a także nauk społecznych, wskazują na kontynuowanie ewolucji poglądów na temat tej grupy zaburzeń.

Streszczenie

Niniejszy artykuł stanowi przegląd współczesnych klasyfikacji, kryteriów diagnostycznych oraz terminologii używanej (zalecanej i niezalecanej) w odniesieniu do zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. *Psychiatria 2010; 7, 2: 75–81*

słowa kluczowe: zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych, systemy diagnostyczne, klasyfikacje, terminologia

Pytania

1. Termin: „szkodliwe używanie substancji” to:
 - A. synonim „nadużywania substancji”
 - B. termin o szerszym zakresie niż „nadużywanie substancji”
 - C. termin o węższym zakresie niż „nadużywanie substancji”
 - D. termin niezalecany przez WHO
2. Termin „pseudouzależnienie” to:
 - A. synonim uzależnienia wyłącznie psychicznego
 - B. nałogowe używanie substancji bez właściwości psychoaktywnych
 - C. uzależnienie jatrogenne bez głodu substancji
 - D. synonim tak zwanego uzależnienia behawioralnego
3. Stwierdzenie objawów abstynencyjnych i/lub zmiany tolerancji jest:
 - A. niezbędne do stwierdzenia uzależnienia
 - B. pomocne, ale nie niezbędne
 - C. jednoznacznie świadczy o uzależnieniu
 - D. ma jedynie marginalne znaczenie dla rozpoznania uzależnienia

4. Zespół dyskontynuacji to:
 - A. synonim zespołu abstynencyjnego
 - B. zespół objawów pojawiających się po odstawieniu leków bez potencjału uzależniającego
 - C. wspólne obawy lekarza, pacjenta i /lub jego rodziny o pogorszenie stanu zdrowia po odstawieniu stosowanego przez wiele miesięcy lub lat leku
 - D. paradoksalna poprawa po odstawieniu leku lub substancji o właściwościach psychoaktywnych
5. Do encefalopatii alkoholowych nie należy:
 - A. encefalopatia Wernickego
 - B. centralna mielinoliza mostu
 - C. zespół Klüvera-Bucy’ego
 - D. zespół Marchiafava-Bignamiego

Prawidłowe odpowiedzi na pytania z numeru 1/2010
Kontrowersje i uwagi krytyczne dotyczące terapii elektrowstrzasowej

Tomasz Zyss
 1B, 2A, 3C, 4C, 5B

Piśmiennictwo

1. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. UWM „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków–Warszawa 2000.
2. American Psychiatric Association: Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Elsevier Urban, Wrocław 2008.
3. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. UWM „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków–Warszawa 1998.
4. Üstün T.B., Bertelsen A., Dilling H. i wsp. ICD-10. Zaburzenia psychiczne u osób dorosłych. Opisy przypadków klinicznych. American Psychiatric Press, Gdańsk 1999.
5. Witkiewicz S.I. Narkotyki — Niemyte dusze. PIW, Warszawa 1975.
6. Gold R., Nickel B. Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit (Alkoholismus) als diagnostische Kategorien. W: Nickel B., Morosov G.V. (red.). Alkoholbedingte Krankheiten. Grundlagen und Klinik. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1989: 18–25.
7. Jellinek E.M. The disease concept of alcoholism. Hillhouse Press, New Brunswick 1960.
8. Schuckit M.A., Hesselbrock V., Tipp J., Anthenelli R., Bucholz K., Radzimirski S. A comparison of DSM-III-R, DSM-IV and ICD-

- 10 substance use disorders diagnoses in 1922 men and women subjects in the COGA study. *Addiction* 1994; 89: 1629–1638.
9. Schuckit M.A., Smith T.L., Daepfen J.B. i wsp. Clinical relevance of the distinction between alcohol dependence with and without a physiological component. *Am. J. Psychiatry* 1998; 15: 733–740.
10. Langenbucher J., Morgenstern J., Labouvie E., Nathan P.E. Diagnostic concordance of substance use disorders in DSM III, DSM IV and ICD-10. *Drug Alcohol Depend.* 1994; 36: 193–203.
11. Anand S.J., Habrat B., Sut M., Korolkiewicz R. Nadużywanie substancji teoretycznie bez znanego potencjału uzależniającego — przegląd przypadków. *Przebieg Lekarski* 2009; 66: 290–292.
12. Heitzman J., Solak M. Zespół objawów odstawiennych po lekach antydepresyjnych w badaniach naukowych — implikacje dla lekarzy i pacjentów. *Psychiatria Polska* 2009; 43: 545–555.
13. Habrat B., Waniek J., Kulczycki J. Centralna mielinoliza mostu u osób uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania* 2001; 14: 195–205.
14. Shaw M., Black D.W. Nałogowe korzystanie z internetu. Definicja, rozpoznawanie, epidemiologia, postępowanie kliniczne. *Medycyna Praktyczna — Psychiatria*. 2009; 3: 51–56.
15. Habrat B. Uzależnieniowa wizja świata. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2000; 9: 491–493.