

Robert Modrzyński

Uniwersytet Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie [robert.modrzyński@poczta.umcs.edu.pl]

Zaburzenie używania alkoholu według DSM-5 Możliwości i ograniczenia wynikające ze zmiany kryterów diagnostycznych

Abstrakt: Kolejna rewizja podręcznika DSM (ang. Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5) pojawiła się w 2013 roku i wprowadziła daleko idące zmiany w rozumieniu zaburzeń stosowania substancji psychoaktywnych. Najważniejszy przełom dotyczy rozumienia używania alkoholu. Odejście od dychotomicznego, zero-jedynkowego rozumienia uzależnienia od alkoholu i nadużywania pozwoliło na stworzenie nowej kategorii diagnostycznej zaburzeń używania alkoholu (alcohol use disorder – AUD).

W artykule poruszono zagadnienie zmian w kryteriach diagnostycznych dotyczących zaburzenia używania alkoholu w świetle najnowszej klasyfikacji DSM-5. Zaprezentowano umiejscowienie kategorii zaburzeń używania alkoholu, jej definicję wraz z kryteriami diagnostycznymi. Dokonano również zestawienia objawów zaburzenia używania alkoholu wg DSM-5 z odpowiadającymi im kryteriami ICD-10 (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Na zakończenie artykułu przedstawiono liczne kontrowersje wokół nowej kategorii. Podkreślono wyzwanie dla przyszłych badań, jakim jest planowanie leczenia w zależności od stopnia ciężkości zaburzenia używania alkoholu.

Słowa kluczowe: zaburzenie używania alkoholu, DSM-5, ICD-10, kryteria diagnostyczne, uzależnienie od alkoholu.

Wprowadzenie

W 2013 roku, po dwudziestu latach, wprowadzono piątą edycję DSM. Rewolucyjne spojrzenie na używanie alkoholu miało utorać drogę do wprowadzenia

programów ograniczania picia i zaopiekowania się szeroką grupą osób, która nie otrzymywała właściwej pomocy w placówkach leczenia uzależnień. Mimo upływu 5 lat od publikacji, DSM-5 nadal pozostaje rzadko stosowanym narzędziem w diagnostyce i leczeniu problemów związanych z używaniem alkoholu (Miller 2018; Yoshimura 2016; Martin 2018; McCabe 2017; Wakefield 2015; Hasin 2014; Strong 2014; Dyke 2014).

Celem artykułu jest przedstawienie zmian w kryteriach rozpoznawania zaburzeń związanych z używaniem alkoholu ujętych w DSM-5. W pierwszej kolejności poruszono kwestie związane z założeniami leżącymi u podstaw projektu piątej wersji klasyfikacji zaburzeń. Następnie zaprezentowana zostanie kategoria zaburzeń używania alkoholu, jej definicja oraz kryteria diagnostyczne. Podjęto również próbę zestawienia objawów zaburzenia używania alkoholu wg DSM-5 z odpowiadającymi im kryteriami ICD-10.

Zaburzenie używania alkoholu

Wprowadzenie w 2013 roku przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne nowej kategorii diagnostycznej: zaburzenie używania alkoholu (alcohol use disorder – AUD) zmieniło sposób patrzenia na zjawisko uzależnienia (APA 2013). Dotąd nadużywanie alkoholu, utożsamiane z piciem szkodliwym, było traktowane jako odrębne zaburzenie. Zróżnicowanie to miało wpływ na kształtowanie podejścia terapeutycznego, bowiem w chwili postawienia diagnozy dotyczącej uzależnienia, działania terapeutyczne najczęściej ukierunkowane były na uzyskanie trwałej abstynencji. Dla części pacjentów cel ten był nieosiągalny i stawał się jednocześnie czynnikiem demotywuującym do wprowadzania zmian (Takashashi 2017; Mohler-Kuo 2014; Yoshimura 2016; Jakubczyk 2012; Modrzyński 2017, 2012; Chodkiewicz 2012; Bętkowska-Korpała 2013). Autorzy DSM-5 proponują spojrzenie na picie alkoholu jako na proces nasilających się trudności. Oznacza to, że każda osoba pijąca alkohol znajduje się w określonym miejscu na skali związanej z używaniem alkoholu. W tym ujęciu diagnoza nie jest czymś stałym, lecz zmiennym w czasie, dzięki czemu staje się bardziej zindywidualizowana i wymaga zwiększonej obserwacji. Przejście od picia o niskim ryzyku szkód do nadmiernego, szkodliwego i zaburzonego używania alkoholu ma dynamiczny i stopniowalny charakter (APA 2018, 2013; Morrison 2016; Edwards 2013; Martin 2018; McCabe 2017). W tym celu zostało wprowadzono również pojęcie niepatologicznego picia alkoholu. Okazuje się, że nawet jeśli ktoś pije codziennie niewielkie ilości alkoholu lub zdarzają mu się sporadyczne stany zatrucia, to nie zawsze w takich przypadkach dojdzie do rozpoznania choroby. Zaburzenie używania rozwinie się u ok. 20% spośród osób pijących alkohol (APA 2018; Morrison 2016).

Jak zatem jest rozumiane i opisywane zaburzenie używania alkoholu przez samych autorów DSM-5? Przede wszystkim jest to zespół objawów poznawczych,

behawioralnych i fizjopatologicznych, które wynikają ze zmian mózgowych. Picie alkoholu pobudza układ nagrody, który bierze udział we wzmacnianiu zachowań i tworzeniu wspomnień. Kojarzenie picia z przyjemnością doprowadza do tego, że pacjent kontynuuje spożywanie alkoholu nawet jeśli efektem tego są narastające problemy w życiu osobistym, zawodowym czy zdrowotnym (APA 2018; Morrison 2018; Martin 2018; Clapp 2009; Cui 2015; Wojnar 2017).

Według DSM-5 o problemowym wzorze picia alkoholu powodującym klinicznie istotne zaburzenia można mówić, jeśli zachowanie danej osoby odpowiada co najmniej dwóm wymienionym poniżej kryteriom i utrzymuje się przez 12 miesięcy (APA 2018).

1. Alkohol często jest wypijany w dużych ilościach lub przez okres dłuższy niż zamierzony.
2. Występuje trwałe pragnienie lub bezskuteczne próby przerywania albo kontrolowania picia alkoholu.
3. Duża ilość czasu jest poświęcana na działania niezbędne do pozyskania alkoholu, picia go lub odwracania efektów jego działania.
4. Pragnienie, silna potrzeba lub przymus picia alkoholu.
5. Powtarzające się picie alkoholu powoduje trudności w wypełnianiu ważnych podstawowych obowiązków w pracy, szkole lub domu.
6. Kontynuowanie picia alkoholu pomimo świadomości utrwalonych lub nawracających problemów społecznych lub międzyludzkich wywołanych lub zaostrzonych przez skutki picia alkoholu.
7. Porzucenie lub zmniejszenie częstości wykonywania ważnych czynności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych z powodu picia alkoholu.
8. Powtarzające się picie alkoholu w sytuacjach, w których jest to fizycznie ryzykowne.
9. Kontynuowanie picia alkoholu pomimo świadomości istnienia trwałych lub nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, które zostały spowodowane lub zaostrzyły się z powodu picia alkoholu.
10. Tolerancja zdefiniowana jako któreś z wymienionych:
 - a. Potrzeba wyraźnego zwiększania ilości wypijanego alkoholu w celu osiągnięcia upojenia lub pożądanego efektu.
 - b. Wyraźne zmniejszenie działania alkoholu przy wypijaniu tej samej ilości.
11. Odstawienie, charakteryzujące się każdym z wymienionych:
 - a. Charakterystyczny alkoholowy zespół odstawienny (zob.: Kryteria A i B w zestawie kryteriów dla Odstawienia alkoholu).
 - A. Zakończenie okresu długotrwałego i intensywnego spożywania alkoholu (lub zmniejszenie ilości wypijanego alkoholu).
 - B. Co najmniej dwa spośród wymienionych objawów, rozwijające się w ciągu kilku godzin do kilku dni po zaprzestaniu (lub zmniejszeniu) spożywania alkoholu:
 1. Pobudzenie układu autonomicznego (np. nadmierne pocenie się lub tachykardia).

2. Nasilone drżenie rąk.
3. Bezsenna.
4. Nudności i wymioty.
5. Przemijające omamy lub iluzje wzrokowe, czuciowe lub smakowe.
6. Pobudzenie psychoruchowe.
7. Niepokój.
8. Uogólnione napady toniczno-kloniczne.

b. Alkohol (lub blisko spokrewnione substancje, takie jak benzodiazepiny) jest używany w celu zmniejszenia nasilenia lub uniknięcia objawów Odstawiania.

Powyższe objawy podzielono na cztery grupy. Do każdej z nich przypisane są określone objawy.

1. Upośledzona kontrola (objawy 1–4).
2. Upośledzenie funkcjonowania społecznego (objawy 5–7).
3. Ryzykowne używanie substancji (objawy 8–9).
4. Kryteria farmakologiczne (objawy 10–11).

Dzięki uznaniu zaburzeń używania alkoholu jako nasilającego się procesu autorzy umożliwili terapeutom określenie stopnia zaawansowania choroby. DSM-5 proponuje następujące nasilenie zaburzenia w zależności od występowania liczby objawów: obecność od 2 do 3 wyżej wymienionych kryteriów prowadzi do rozpoznania łagodnego AUD, od 4 do 5 – umiarkowanego, 6 lub więcej – ciężkiego (APA 2018, 2013; Wojnar 2017).

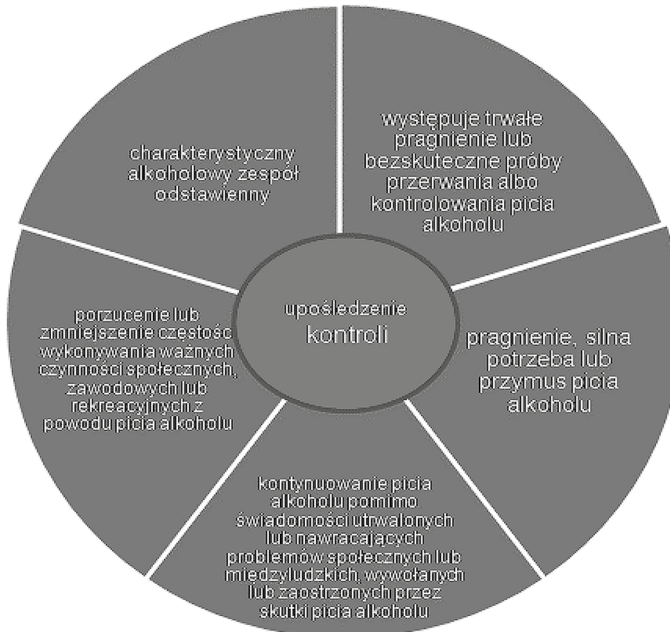
Kolejną istotną zmianą w rozumieniu zaburzenia używania alkoholu jest wprowadzenie do kryteriów diagnostycznych okresów remisji i nawrotów. Zauważono, że część pacjentów po zaprzestaniu picia utrzymywała abstynencję przez dłuższy czas, po czym pojawiał się okres kontrolowanego picia. Rozpoczęcie picia może, lecz nie musi, prowadzić do wzrostu spożycia alkoholu i ponownego pojawienia się związanych z tym problemów (Agrawal 2011; Li 2006; Napierała 2013; Jakubczyk 2012). W świetle przeprowadzonych badań wczesna remisja może występować, gdy objawy nie pojawiają się przez co najmniej trzy miesiące, natomiast trwała remisja uznaje się w przypadku braku objawów przez co najmniej 12 miesięcy. W okresach remisji może się pojawiać głód alkoholu, silne pragnienie lub potrzeba picia (Samochowiec 2015; Saunders 2006; Takahashi 2017; APA 2018). Należy podkreślić, że remisja nie oznacza wyleczenia, to nic innego jak cofnięcie się objawów. Pojęcie remisji używa się wówczas, gdy zaburzenie ma charakter przewlekły i nie da się go do końca wyleczyć. Słowo to jest jednak często nadużywane w przypadku problemów związanych z piciem alkoholu.

Autorzy DSM-5 podkreślają, że zaburzenie używania alkoholu błędnie jest uważane za stan nieuleczalny. W dotychczasowym paradygmacie uzależnienie od alkoholu było chorobą przewlekłą i nieuleczalną (Saunders 2006; Takahashi 2017; Mohler-Kuo 2014; Yoshimura 2016).

Podsumowując, główną cechą zaburzenia używania alkoholu jest wypijanie znacznych jego ilości, co prowadzi do cierpienia oraz upośledzenia funkcjonowania. Ocena stopnia zaawansowania zaburzenia opiera się na liczbie kryteriów diagnostycznych.

Na ile kryteria diagnostyczne DSM-5 pasują do ICD-10?

Czy w praktyce terapeutycznej można połączyć obydwa systemy, aby usprawnić proces diagnozy uzależnienia? Posługiwanie się kryteriami diagnostycznymi DSM-5 daje możliwość potwierdzenia postawionej diagnozy przeprowadzonej według kryteriów ICD-10. Zgodnie z obowiązującym w USA prawem od 2009 roku jednostki medyczne objęte Health Insurance Portability and Accountability Act zobowiązane są stosować kody ICD-10. Publikacja DSM-5 wprowadziła zamieszanie co do opłat za terapię w związku z proponowanym typem dalszego leczenia (abstynencja czy ograniczanie picia). Efektem podjętych starań zintegrowania obydwu systemów jest tzw. „wielka piątka”. Objawy diagnozujące uzależnienie od alkoholu według ICD-10 zawierają się w 5 kryteriach DSM-5. Jest wysoce prawdopodobne, że osoby z diagnozą opartą na tych objawach DSM-5 spełnią również kryteria zależności według ICD-10. Przedstawiono je poniżej. Dlaczego akurat te kryteria świadczą o zaburzeniu? Według założeń DSM-5 pojawienie się tych objawów świadczy o upośledzeniu kontroli, które stanowi fundamentalny aspekt uzależnienia (Pużyński 2000; Hoffmann 2014; Saunders 2017; AMA 2018; ICD-10 2009).



Rycina 1. Zestawienie kryteriów zaburzenia używania alkoholu wg DSM-5 i ICD-10

Źródło: opracowanie własne.

Kliniczna modyfikacja kodów ICD-10-CM (International Classification of Diseases, 10th Revision, Clinical Modification) obowiązująca w USA, ujrzała światło dzienne w październiku 2015 roku. Publikacja ta pozwoliła badaczom na zestawienie kryteriów diagnostycznych obydwu klasyfikacji ICD-10 oraz DSM-5. Godne uwagi jest odmienne podejście do picia szkodliwego, które zostało rozbite na 4 kryteria. Odpowiadające sobie objawy przedstawiono w tabeli poniżej (Pużyński 2000; Hoffmann 2014; AMA 2018; ICD-10 2009).

Tabela 1. Zestawienie kryteriów diagnostycznych ICD-10 oraz DSM-5

Objawy uzależnienia według ICD-10	Odpowiadające im objawy według DSM-5
Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia.	Pragnienie, silna potrzeba lub przymus picia alkoholu.
Upośledzona zdolność kontrolowania zachowań związanych z piciem...	Występuje trwałe pragnienie lub bezskuteczne próby przerwania albo kontrolowania picia alkoholu.
Fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego...	Odstawienie, charakteryzujące się...
Zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu...	Tolerancja zdefiniowana jako ...
Z powodu picia alkoholu – narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań...	Porzucenie lub zmniejszenie częstości wykonywania ważnych czynności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych z powodu picia alkoholu.
Uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia...	Kontynuowanie picia alkoholu pomimo świadomości istnienia trwałych lub nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, które zostały spowodowane lub zaostrzyły się z powodu picia alkoholu.
Picie szkodliwe według ICD-10-CM	Odpowiadające im objawy według DSM-5
Picie alkoholu w sytuacjach ryzykownych mogących prowadzić do konsekwencji, szkód	Powtarzające się picie alkoholu w sytuacjach, w których jest to fizycznie ryzykowne
Kontynuowanie picia alkoholu pomimo występowania fizycznych, psychicznych lub psychologicznych problemów z tym związanych.	Kontynuowanie picia alkoholu pomimo świadomości istnienia trwałych lub nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, które zostały spowodowane lub zaostrzyły się z powodu picia alkoholu.
Niezdrowe, szkodliwe lub destrukcyjne zachowania oraz problemy społeczne wynikające z picia alkoholu.	Kontynuowanie picia alkoholu pomimo świadomości utrwalonych lub nawracających problemów społecznych lub międzyludzkich, wywołanych lub zaostrzonych przez skutki picia alkoholu.
Konflikty z innymi ludźmi spowodowane piciem alkoholu.	Kontynuowanie picia alkoholu pomimo świadomości utrwalonych lub nawracających problemów społecznych lub międzyludzkich, wywołanych lub zaostrzonych przez skutki picia alkoholu.

Źródło: opracowanie własne.

Krytyka DSM-5

Trudności diagnostyczne wynikają ze zbyt szerokiego podejścia do zjawiska uzależnienia. DSM-5 proponuje uproszczony system diagnostyczny. Zaletą takiego podejścia jest uniknięcie problemu tzw. „diagnostycznych sierot”, czyli osób, które spełniły dwa kryteria uzależnienia z DSM-IV, ale żadnego z kryterium nadużywania. Głównym jednak zarzutem kierowanym pod adresem DSM-5 jest to, iż zaburzenie definiowane jest jako dwa spośród 11 kryteriów, a nie jako jednolity syndrom. Istnieje ponad dwa tysiące kombinacji kryteriów diagnostycznych, które spełniają wymogi zaburzenia. Jest to podejście zbyt szerokie i zbyt zróżnicowane, a zarazem mało użyteczne w praktyce klinicznej (Miller 2018; Wakefield 2015; Hasin 2014; Strong 2014; Dyke 2014).

Oczekuje się, że umiarkowane zaburzenia używania alkoholu według DSM-5 będą równoznaczne z uzależnieniem od alkoholu według ICD-10. Jednakże diagnoza umiarkowanego nasilenia może, choć nie musi, spełnić trzy kryteria uzależnienia według ICD-10. W praktyce możemy mieć do czynienia z pacjentem, który poświęca dużo czasu na spożywanie alkoholu, niejednokrotnie w większych ilościach niż zamierzał. Robi to pomimo konfliktów, a także powtarza w sytuacjach fizycznie ryzykownych. Taka osoba według kryteriów DSM-5 zostałaby zdiagnozowana jako pacjent z umiarkowanymi zaburzeniami używania alkoholu, jednakże w tej sytuacji spełnione są jedynie dwa kryteria klasyfikacji ICD-10 (Lee 2017; Baggio 2016; Wakefield 2015; Crewell 2016; Miller 2018).

Jeśli porównamy umiarkowane zaburzenie używania alkoholu z piciem szkodliwym to pojawia się pytanie, które z dwóch kryteriów picia szkodliwego się do niego odnosi? Kombinacje dwóch lub trzech kryteriów z jedenastu zawartych w DSM-5, może skutkować diagnozą łagodnych zaburzeń, bez konieczności występowania kryterium szkody dla zdrowia (Pużyński 2000; Hoffmann 2014; Saunders 2017; Lee 2017).

Podsumowanie – implikacje kliniczne

Z perspektywy praktyka najistotniejszą kwestią staje się pytanie o zgodność diagnostyczną DSM-5 z innymi systemami klasyfikacyjnymi. Kompatybilność obu systemów diagnostycznych, tj. DSM-5 oraz ICD-10, uwidacznia się na etapie wykluczającym diagnozę uzależnienia. Osoby niespełniające kryteriów zaburzenia używania alkoholu według DSM-5 nie są klasyfikowane również na podstawie ICD-10. Podobnie osoby ze znacznym zaburzeniem używania alkoholu według DSM-5 otrzymują diagnozę uzależnienia od alkoholu (ICD-10).

Bardzo interesujące wnioski otrzymujemy z analiz Normana Hoffmanna i Alberta Kopaka (Hoffmann 2014), którzy porównali ponad 7 tys. osób pod kątem

diagnozy uzależniania oraz picia szkodliwego opartej na kryteriach ICD-10 oraz DSM-5. Okazało się, że 65% osób z umiarkowanym i 10% z łagodnym zaburzeniem używania alkoholu (DSM-5) spełniło kryteria diagnozy uzależnienia według ICD-10. Duże podobieństwo zaobserwowano wśród oceny wykluczającej diagnozę. W 96,4% istniała zgodność co do wykluczenia uzależnienia, używając zarówno DSM-5, jak i ICD-10.

Różnice i brak zgodności pojawiają się jednak w odniesieniu do osób z diagnozą na poziomie od łagodnego do umiarkowanego zaburzenia. Nasilenie na tym poziomie zaburzenia (DSM-5) nie ma swojego dokładnego odzwierciedlenia w możliwościach diagnozy opartej na ICD-10.

Tematem wymagającym dalszych badań jest diagnoza i planowanie leczenia w zależności od stopnia ciężkości zaburzenia używania alkoholu. W polskim systemie leczenia uzależnienia od alkoholu w ostatniej dekadzie poszerzono ofertę psychoterapeutyczną. Obok podejścia zorientowanego na utrzymywanie abstynencji alkoholowej, pacjenci korzystają z programów ograniczania picia alkoholu. 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.

Dotychczasowa diagnoza oraz strategie terapeutyczne w głównej mierze oparte były na kryteriach ICD-10 o DSM-IV i dotyczyły osób z rozpoznaniem uzależnieniem od alkoholu. Jak wykazano, populacja osób uzależnionych od alkoholu pokrywa się z osobami z zaburzeniami używania alkoholu o co najmniej umiarkowanym nasileniu. Brakuje jednak metod mających zastosowanie w pracy terapeutycznej z osobami z łagodną formą zaburzenia używania alkoholu. Otwiera to szeroką perspektywę interwencji, które do tej pory nie były akceptowane w tradycyjnej terapii osób uzależnionych.

W przypadku osób z niewielkim nasileniem problemów używania alkoholu wskazane jest oddziaływanie ukierunkowane na ograniczanie picia. Wyzwaniem dla osób świadczących pomoc osobom z problemem alkoholowym jest poszerzenie oferty terapeutycznej o grupę osób nieakceptujących abstynencji jako celu terapii. 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. W tym właśnie aspekcie uwidaczcza się przewaga kryteriów zaproponowanych w DSM-5 nad ICD-10. Przede wszystkim ułatwia specjalistom przeprowadzenie wywiadu diagnostycznego i rozpoznanie ZUA oraz ocenę jego nasilenia od lekkiego do ciężkiego. Diagnoza uwzględniająca wymiary zaproponowane w DSM-5 pozwala na ocenę znaczenia używania alkoholu w całościowym bio-psycho-społecznym funkcjonowaniu pacjenta oraz optymalne ukierunkowanie w psychoterapii, której celem jest abstynencja lub ograniczenie picia alkoholu.

Zmiany w DSM-5 pozwalają również na opracowanie nowych programów, których celem jest zwiększanie umiejętności ograniczania picia. Zespół specjalistów (dr hab. Barbara Bętkowska-Korpała, dr Robert Modrzyński, dr Jolanta Celebucka, dr Katarzyna Olszewska, mgr Justyna Kotowska) z ramienia Zakładu Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum podjął się opracowania platformy www oraz aplikacji na smartfona, których celem jest pomoc w zmianie zachowań u osób pijących problemowo i poszukujących w Internecie wsparcia ukierunkowanego na ograniczanie spożycia alkoholu. Projekt jest dofinansowany ze środków na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego określonych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020.

W czerwcu 2018 roku WHO przedstawiła projekt nowej, jedenastej wersji klasyfikacji zaburzeń. ICD-11 została przyjęta na Światowym Zgromadzeniu w roku 2019, a oficjalnie będzie stosowana od stycznia 2022 roku (ICD-11 2018; ICD Project Plan 2018). Pomimo pojawiających się informacji na temat zbliżenia światowych kryteriów diagnostycznych DSM-5 i ICD-11, obie klasyfikacje w odniesieniu do używania alkoholu pozostały odmienne (APA 2013; ICD-11 2018; ICD Project Plan 2018; Samochowiec 2015; Łoza 2015; Saunders 2006). Rodzi to naturalne pytania i obawy na temat przyszłości leczenia uzależnień w Polsce. Czy zatem zmiany, które umożliwiło wprowadzenie DSM-5 będą miały szansę być rozwijane przy propozycji zmian w rozumieniu zaburzenia związanego z używaniem alkoholu według ICD-11?

Abstract: Alcohol use disorder according to DSM-5 Opportunities and constraints resulting from changing diagnostic criteria

Another revision of the DSM manual (Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders — DSM-5) appeared in 2013 and introduced far-reaching changes in the understanding of psychoactive substance use disorders. The most important breakthrough concerns the understanding of alcohol use. The move away from a dichotomous, binary understanding of alcohol dependence and abuse has allowed the creation of a new diagnostic category of alcohol use disorder (AUD).

The article addresses the issue of changes in diagnostic criteria for alcohol use disorder in the light of the latest DSM-5 classification. The location of the category of alcohol use disorder, its definition and diagnostic criteria will be presented. The author also compares the symptoms of alcohol use disorder according to DSM-5 with the corresponding ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) criteria. The article ends with pointing out numerous controversies concerning the new category. The challenge for future research is to plan treatment according to the severity of the alcohol disorder.

Keywords: alcohol use disorder, DSM-5, ICD-10, diagnostic criteria, alcohol addiction.

Bibliografia

- [1] Agrawal A., Health A.C., Lynskey M.T., 2011, *DSM-IV to DSM-5 : the impact of proposed revision on diagnosis of alcohol use disorder*, „Addiction”, nr 106.
- [2] American Medical Association, 2018, *ICD-10-CM. The Complete Official Code book*, AMA, Chicago.
- [3] American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*, APA, Washington.
- [4] American Psychiatric Association, 2018, *Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń Psychicznych DSM-5*, Edra Urban&Partner, Wrocław.
- [5] Baggio S., Studer J., Dupuis M., Gerhard G., 2016, *Subthreshold Problem Drinkers in DSM-5 Alcohol Use Disorder Classification*, „The American Journal on Addictions”, nr 25.
- [6] Bętkowska-Korpała B., 2013, *Osobowościowe uwarunkowania dynamiki zdrowienia u osób uzależnionych od alkoholu*, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.
- [7] Chodkiewicz J., 2012, *Odbić się od dna? Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- [8] Clapp P., Bhave S.V., Hoffman P.L., 2009, *How adaptation of the brain to alcohol leads to dependence: a pharmacological perspective*, „Alcohol Res Health”, nr 31.
- [9] Crewell K.G., Bachrach R.L., Wright A.G.C., et al., 2016, *Predicting Problematic Alcohol Use With the DSM-5 Alternative Model of Personality Pathology*, „Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment”, nr 7/1.
- [10] Cui C., Noronha A., Warren K.R., et al., 2015, *Brain pathways to recovery from alcohol dependence*, „Alcohol”, nr 49/5.
- [11] Dyke V., David J., 2014, *Systemic critique of the DSM-5: A medical model for human problems and suffering*, „Journal of Psychology and Christianity”, nr 33/1.
- [12] Edwards A.C., Gillespie N.A., Aggen S.H., Kendler K.S., 2013, *Assessment of Modified DSM-5 Diagnosis of Alcohol Use Disorder in a Genetically Informative Population*, „Alcohol Clin Exp Res”, nr 37/3.
- [13] Hasin D., 2014, *Truth (validity) and use despite consequences: The DSM-5 substance use disorder unidimensional syndrome*, „Addiction”, nr 109/11.
- [14] Hoffmann N.G., Kopak A.M., 2014, *How Well Do the DSM-5 Alcohol Use Disorder Designations Map to the ICD-10 Disorders?*, „Alcohol Clin Exp Res”, nr 39/4.
- [15] Jakubczyk A., Wojnar M., 2012, *Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie terapii uzależnienia od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń*, „Psychiatria Polska”, nr 46/3.
- [16] Lee S.Y., Choo H., Lee H.K., 2017, *Balancing between prejudice and fact for Gaming Disorder: Does the existence of alcohol use disorder stigmatize healthy drinkers or impede scientific research?*, „Journal of Behavioral Addictions” nr 6/3.
- [17] Li T.K., Hewitt B.G., Grant B.F., 2006, *The Alcohol Dependence Syndrome, 30 years later: a commentary*, „Addiction” nr 102.
- [18] Martin C.S., Verges A., Langenbucher J.W., et al., 2018, *Algorithm Analysis of the DSM-5 Alcohol Withdrawal Symptom*, „Alcoholism: Clinical and experimental Research”, nr 42/6.

- [19] McCabe S.E., West B.T., Jutkiewicz E.M., Boyd C.J., 2017, *Multiple DSM-5 substance use disorders: A national study of US adults*, „Hum Psychopharmacol Clin Exp”, nr 32.
- [20] Miller J.D., Lamkin J., Keller-Maples J.L., et al., 2018, *A Test of Empirical Profile and Coherence of the DSM-5 Psychopathy Specifier*, „Psychological Assessment” nr 30/7.
- [21] Modrzyński R., 2012, *Co leczy w podstawowym programie terapii uzależnień? Przegląd badań nad efektywnością terapii uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 25/4.
- [22] Modrzyński R., 2017, *Abstynencja czy ograniczanie picia? Znaczenie zasobów w prze-widywaniu abstynencji osób uzależnionych od alkoholu we wczesnej fazie zdrowienia*, Difin, Warszawa.
- [23] Mohler-Kuo M., Foster S., Gmel G., Dey M., 2014, *Dermota P. DSM-IV and DSM-5 alcohol use dis order among Young Swiss men*, „Addiction”, nr 110.
- [24] Morrison J., 2016, *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- [25] Napierała M., 2013, *Redukcja szkód i strategia picia kontrolowanego – nowy para-dygmata w leczeniu uzależnień od alkoholu*, „Hygeia Public Health” nr 49/2.
- [26] Pużyński S., Wciórka J., 2000, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zacho-wania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Warszawa.
- [27] Samochowiec A., Chęć M., Kołodziej Ł., Samochowiec J., 2015, *Zaburzenia używa-nia alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycz-nych?*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 28.
- [28] Saunders J.B., 2006, *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”, nr 101.
- [29] Saunders J.B., 2017, *Substance use and addictive disorders In DSM-5 and ICD 10 and the draft ICD 11*, „Addicive Disorders”, nr 30.
- [30] Strong T., 2014, *DSM-5 and two insider critiques*, „Journal of Medical Ethics”, nr 5/1.
- [31] Takahashi T., Lapham G., Chavez L.J., et al., 2017, *Comparison of DSM-IV and DSM-5 criteria for alcohol use disorders In VA primary care patients with frequent heavy drink-ing enrolled in a trial*, „Addict Sci Clin Pract”, nr 12/17.
- [32] Wakefield J.C., 2015, *DSM-5, psychiatric epidemiology and the false positives problem*, „Epidemiology and Psychiatric Sciences”, nr 24/3.
- [33] Wakefield J.C., Schmitz M.F., 2015, *The harmful dysfunction model of alcohol use disorder: revised criteria to improve the validity of diagnosis and prevalence estimates*, „Addiction”, nr 110.
- [34] Wojnar M., 2017, *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*, PARPA, Warszawa.
- [35] Yoshimura A., Komoto Y., Higuchi S., 2016, *Exploration of Core Symptoms for the Diagnosis of Alcohol Dependence In the ICD-10*, „Alcohol Clin Exp Res”, nr 40/11.

Źródła internetowe

- [36] *ICD Project Plan, ICD-11 Joint Linearization for Mortality and Morbidity Statistics: Project Plan 2015–2018*, <http://www.who.int/classifications/icd/revision/icdproject-plan2015to2018.pdf?ua=1> (dostęp: 20.11.2018).

- [37] *ICD-11 Timeline*, <http://www.who.int/classifications/icd/revision/timeline/en/> (dostęp: 20.11.2018).
- [38] *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD-10, Volume I, 2009, <https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf> (dostęp: 4.11.2018).