

ZABURZENIA ZWIĄZANE Z UŻYWANIEM ALKOHOLU – PROPOZYCJE ZMIAN W KLASYFIKACJI ICD-11

Robert Modrzyński¹

DISORDERS DUE TO USE OF ALCOHOL
– PROPOSALS FOR CHANGES IN ICD-11 CLASSIFICATION

Summary. Since the entry of the ICD-10 classification in 1992, over 20 years have passed. We had to wait for the ICD revision project by June 2018, which will be officially applied from 2022.

The need to update the classification results from several important reasons. The progress of civilization confronts clinicians with more and more new types of mental disorders such as the Internet addiction. The progress of neuroimaging techniques changes the perception of the so-called functional disorders, the basis of which appears to be biological conditioning. Another argument for introducing changes was “The problem of excessive specification”. Perceiving the disorder as a set of a dozen or so symptoms loses the ability of the overall perception of the patient. Bearing in mind the problems described above, the WHO decided that primary health care would become an area that could increase the recognition of mental disorders and start treatment from a very early stage. The basic assumption was to limit the number of disorders to less than 100 categories. The diagnostic criteria were reduced to diagnostic paths that reflect the main features of the disorder.

The aim of the article is to present changes in the criteria for diagnosing disorders due to use of alcohol included in ICD-11. The category of disorders due to use of alcohol, its definition and diagnostic criteria will be presented. The symptoms of alcohol dependence according to ICD-11 together with the corresponding criteria ICD-10 and DSM-5 were also compared.

Key words: alcohol dependence, disorders due to use of alcohol, harmful pattern of use of alcohol, hazardous alcohol use, ICD-11

¹ Zakład Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie (Department of Clinical Psychology and Neuropsychology, Maria Curie-Skłodowska University in Lublin), ORCID: 0000-0002-5571-9894.

Adres do korespondencji: Robert Modrzyński,
e-mail: modrzyński.robert@gmail.com

Wprowadzenie

W dziedzinie zaburzeń psychicznych istnieją dwa główne systemy klasyfikacyjne. DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego znajduje szersze zastosowanie w USA, natomiast kryteria wyznaczone przez Światową Organizację Zdrowia w postaci ICD – *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych* cieszą się popularnością w większości krajów europejskich. Powyższe klasyfikacje były już wielokrotnie rewidowane i poprawiane. Za każdym razem praca nad kryteriami diagnostycznymi oznaczała wieloletni proces. W 2013 roku, po blisko 20 latach, wprowadzono piątą edycję DSM. W czerwcu 2018 roku WHO przedstawiła projekt nowej, jedenastej wersji klasyfikacji zaburzeń. ICD-11 zostanie przyjęta na Światowym Zgromadzeniu w roku 2019, a oficjalnie będzie stosowana od stycznia 2022 roku (*ICD Project Plan, 2018; ICD-11 Timeline, 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** (Saunders, 2006; Łoza, Heitzman, Kosmowski, 2011; Samochowiec i in., 2015; APA, 2018; *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2018*).

System kształcenia specjalistów psychoterapii uzależnień oraz wymogi NFZ wymuszają posługiwanie się w Polsce kryteriami ICD-10. Ma to bezpośrednie przełożenie na proces leczenia osób z problemem alkoholowym. Celem artykułu jest przedstawienie zmian w kryteriach rozpoznawania zaburzeń związanych z używaniem alkoholu ujętych w ICD-11. W pierwszej kolejności poruszono kwestie związane z założeniami leżącymi u podstaw projektu jedenastej wersji klasyfikacji zaburzeń. Następnie zaprezentowana zostanie kategoria zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, jej definicja oraz kryteria diagnostyczne. Podjęto również próbę zestawienia objawów uzależnienia od alkoholu według ICD-11 wraz z odpowiadającymi im kryteriami ICD-10 oraz DSM-5.

Misja WHO – główne założenia ICD-11

Organizacje zajmujące się zdrowiem publicznym zgodnie przyznają, że większość osób cierpiąca na zaburzenia psychiczne nie otrzymuje żadnej pomocy lub jest ona nieadekwatna. Klinicyści biją na alarm, aby wprowadzić system klasyfikacji zaburzeń o bardziej praktycznym zastosowaniu aniżeli dotychczas stosowane. Znacząco usprawniłoby to proces wczesnego rozpoznawania oraz leczenia zaburzeń psychicznych. Świadoma powyższego celu Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) po 26 latach podjęła się rewizji i zmiany *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10* (Reed, 2010; Wamboldt, Kaslow, Reiss, 2015).

Oficjalne prace nad rewizją klasyfikacji zaburzeń rozpoczęły się już w roku 2005. Powołano Roboczą Grupę Ekspertów, których zadaniem było opracowanie zmian na podstawie dostępnych badań oraz praktyki klinicznej. Ideą przyświeca-

jąca podczas pracy nad ICD-11 było stworzenie lepszego narzędzia do identyfikacji osób, które potrzebują pomocy w zakresie zdrowia psychicznego. Było to możliwe tylko dzięki współpracy z zainteresowanymi stronami, a mianowicie profesjonalistami w różnych dziedzinach zdrowia oraz osobami korzystającymi z pomocy i ich rodzinami (Reed, 2010; Tyrer, 2014; Wamboldt, Kaslow, Reiss, 2015; APA, 2018).

Poprawa klinicznej użyteczności stała się nadrzędnym celem organizującym prac nad kolejnym wydaniem ICD. Rozbieżność (*treatment gap*) pomiędzy osobami potrzebującymi leczenia a tymi, którzy ją otrzymują, jest znacząca. Różnica ta wynosi od 32% do 78% w zależności od zaburzenia. Zaledwie niewielki odsetek osób, bo mniej niż 10% światowej populacji, miał kiedykolwiek kontakt z lekarzem psychiatrą lub psychologiem. Wskaźnik ten uzależniony jest od zamożności kraju. Szacuje się, że w krajach zamożnych przypada 10 psychiatrów na 100 tys. mieszkańców. W krajach o niskim dochodzie na tę samą liczbę mieszkańców przypada tylko jeden psychiatra (Reed, 2010).

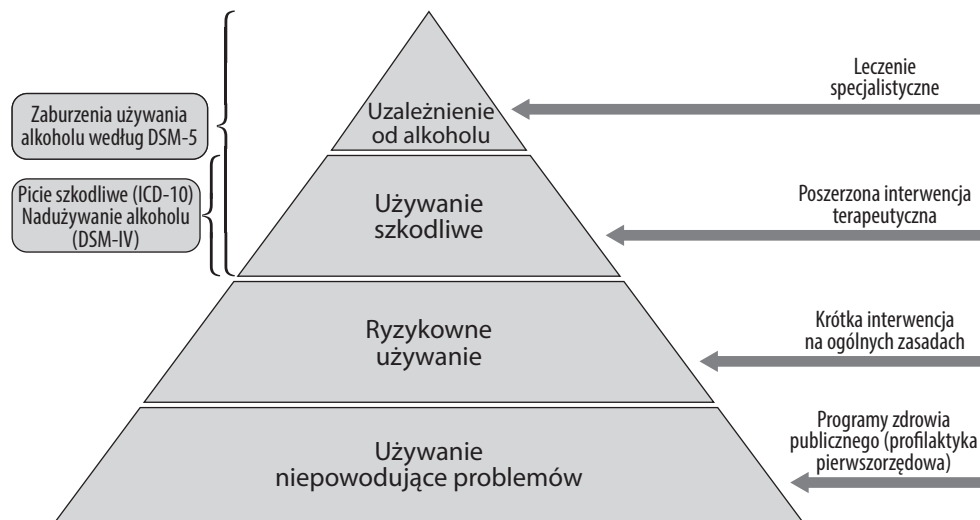
Mając na uwadze powyżej opisane problemy, WHO zdecydowało, że podstawowa opieka zdrowotna będzie obszarem, dzięki któremu można zwiększyć rozpoznawalność zaburzeń psychicznych oraz rozpocząć leczenie od bardzo wczesnego etapu. Oznacza to, że ICD-11 ma być ogólnodostępnym narzędziem dla praktyków, badaczy, pacjentów oraz innych osób zajmujących się zdrowiem na poziomie administracyjnym. W tym celu będzie możliwe przygotowanie i opublikowanie kilku jego wersji (Moller, 2009; Reed, 2010; Tyrer, 2014; Wamboldt, Kaslow, Reiss, 2015; Samponga, 2017).

Zaburzenia związane z używaniem alkoholu według ICD-11

Rewizja ICD do 11. edycji miała przede wszystkim poprawić funkcjonalność diagnozy klinicznej. Trudności, z jakimi borykali się specjaliści korzystający z ICD-10 czy też DSM-IV, określono „problemem nadmiernej specyfikacji”. Postrzeganie zaburzenia jako zbioru kilkunastu objawów zatracza zdolność całościowego postrzegania pacjenta. Podstawowym założeniem stało się ograniczenie liczby zaburzeń do mniej niż 100 kategorii. Kryteria diagnostyczne sprowadzono do postaci ścieżek diagnostycznych, które odzwierciedlają główne cechy zaburzenia. W trakcie prac nad klasyfikacją większość ankietowanych psychiatrów opowiadała się za rozluźnieniem kryteriów diagnostycznych. Sztywne reguły niejednokrotnie utrudniają postrzeganie indywidualnego obrazu klinicznego, który często może się zmieniać (Saunders, 2006; Reed, 2010; *ICD Project Plan*, 2018).

W odniesieniu do zaburzeń związanych z używaniem substancji ICD-11 **zachowało odrębne, wzajemnie wykluczające się diagnozy szkodliwego używania alkoholu oraz uzależnienia**. Wprowadzono hierarchizację zaburzeń. Efektem debaty było również uznanie *ryzykownego używania alkoholu* jako wzorca picia, który umiejscowiono w dziale dotyczącym czynników wpływających na zdrowie. Spektrum zaburzeń używania alkoholu według ICD-11 oraz przewidziane propozycje

oddziaływań terapeutycznych odzwierciedla rycina 1 (Saunders, 2006; 2017; Mohler-Kuo i in., 2014; Takahashi i in., 2017).



Rycina 1. Hierarchia zaburzeń używania alkoholu według ICD-11, DSM-5, ICD-10, DSM-IV oraz odpowiadające im oddziaływania terapeutyczne

Zakres zaburzeń związanych z używaniem substancji w ICD-11 został podzielony na kategorie: bieżące używanie substancji związane z jego natychmiastowymi efektami (pojedynczy epizod, powtarzający się wzorec) oraz zaburzenia, które odnoszą się do komplikacji zdrowotnych wynikających z używania substancji. Wśród tych pierwszych zawarte zostały uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

W ogólnej kategorii o kodzie **6C40 Zaburzenia związane z używaniem alkoholu** mieszczą się następujące jednostki nozologiczne (*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*, 2018):

- **6C40.0** Pojedynczy epizod szkodliwego używania alkoholu.
- **6C40.1** Szkodliwy wzorec używania alkoholu.
- **6C40.10** Szkodliwy wzorec używania alkoholu, epizodyczny.
- **6C40.11** Szkodliwy wzorec używania alkoholu, ciągły.
- **6C40.1Z** Szkodliwy wzorec używania alkoholu, niespecyficzny.
- **6C40.2** Uzależnienie od alkoholu.
- **6C40.20** Uzależnienie od alkoholu, używanie ciągłe.
- **6C40.21** Uzależnienie od alkoholu, używanie epizodyczne.
- **6C40.22** Uzależnienie od alkoholu, wczesna pełna remisja.
- **6C40.23** Uzależnienie od alkoholu, utrwalona częściowa remisja.
- **6C40.24** Uzależnienie od alkoholu, utrwalona pełna remisja.
- **6C40.2Z** Uzależnienie od alkoholu, nieokreślone.

W związku z powyższym uzależnienie opisywane jest jako zaburzenie kontroli używania substancji wynikające z powtarzającego się lub ciągłego używania danej substancji. Centralną cechą uzależnienia jest silna, wewnętrzna potrzeba użycia manifestująca się upośledzoną zdolnością kontroli nad używaniem substancji. Następuje wzrost znaczenia i przedkładanie używania nad inne aktywności oraz uporczywe używanie substancji pomimo występujących szkód i konsekwencji z tym związanych. U osób uzależnionych często rozwija się tolerancja, a także doświadczają objawów abstynencyjnych (Gaebel, Zielasek, Reed, 2017; Poznyak, 2017; 2018; Saunders, 2018; Saunders, Peacock, Degenhardt, 2018a).

Diagnoza wymaga obecności 2 lub 3 głównych cech uzależnienia występujących w tym samym czasie i powtarzających się wielokrotnie przez okres ostatnich 12 miesięcy bądź obecnych w sposób ciągły przez okres co najmniej miesiąca. Te cechy to (Grant, Chamberlain, 2016; Saunders, 2017; 2018; Saunders, Peacock, Degenhardt, 2018a; *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*, 2018):

1. Upośledzona kontrola używania substancji – dotyczy ilości spożywanej substancji, okoliczności oraz momentu rozpoczynania lub zakończenia używania. Często, lecz niekoniecznie zawsze, towarzyszy temu subiektywna, silna potrzeba, czyli głód substancji.
2. Używanie substancji staje się priorytetowe, uzyskuje pierwszeństwo nad zainteresowaniami, przyjemnościami, codzienną aktywnością, obowiązkami czy zdrowiem i dbaniem o siebie. Używanie substancji zaczyna odgrywać centralną rolę i odsuwa pozostałe obszary życia na dalszy plan. Używanie substancji często jest kontynuowane pomimo szkodliwych konsekwencji z tym związanych.
3. Cechy fizjologiczne przejawiające się: a) tolerancją, b) objawami odstawienymi występującymi w następstwie przerwania lub ograniczenia użycia lub c) powtarzającym się stosowaniem substancji (lub farmakologicznie do niej podobnej), aby złagodzić lub nie dopuścić do pojawienia się objawów odstawienia.

Nowością w ICD-11 jest wyodrębnienie kategorii **pojedynczego epizodu szkodliwego** picia. Dalsze jednostki nozologiczne wskazują już na pewien powtarzalny schemat picia. Szkodliwy wzorzec używania alkoholu oraz uzależnienie podzieleno na dwa wzorce (Grant, Chamberlain, 2016; Saunders, 2017; 2018; Saunders, Peacock, Degenhardt, 2018a; *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*, 2018):

- z ciągłym używaniem – odnosi się do picia codziennego lub prawie codziennego przez okres miesiąca lub dłużej,
- epizodycznym używaniem – wiąże się z piciem krótszym niż miesiąc (powodującym szkody, często intensywnym), ale i z okresami abstynencji.

Dodatkowo wprowadzono trzy okresy remisji:

- pełna wczesna remisja (abstynencja od 1 do 12 miesięcy),
- utrwalona częściowa remisja (ograniczenie ilości spożywanego alkoholu przez ponad 12 miesięcy, brak występujących już objawów uzależnienia),
- całkowita, utrwalona remisja (abstynencja przez 12 miesięcy lub dłużej).

Tabela 1. Zestawienie objawów zaburzeń używania alkoholu według ICD-11, ICD-10 oraz DSM-5

| Objawy uzależnienia według ICD-11 | Odpowiadające im objawy według ICD-10 | Odpowiadające im objawy według DSM-5 |
|---|---|---|
| Upośledzona kontrola... | <ul style="list-style-type: none"> - Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia. - Upośledzona zdolność kontrolowania zachowań związanych z pićciem... | <ul style="list-style-type: none"> - Pragnienie, silna potrzeba lub przymus picia alkoholu. - Występuje trwałe pragnienie lub bezskuteczne próby przerwania albo kontrolowania picia alkoholu. - Alkohol często jest wypijany w dużych ilościach lub przez okres dłuższy niż zamierzony. |
| Używanie substancji staje się priorytetowe w życiu... | <ul style="list-style-type: none"> - Z powodu picia alkoholu <ul style="list-style-type: none"> - narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań... - Uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia... | <ul style="list-style-type: none"> - Powtarzające się picie alkoholu powoduje trudności w wypełnianiu ważnych podstawowych obowiązków w pracy, szkole lub domu. - Duża ilość czasu jest poświęcana na działania niezbędne do pozyskania alkoholu, picia go lub odwracania efektów jego działania. - Kontynuowanie picia alkoholu pomimo świadomości utrwalonych lub nawracających problemów społecznych lub międzyludzkich, wywołanych lub zaostrzonych przez skutki picia alkoholu. <p><u>Oraz w pewnym zakresie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontynuowanie picia alkoholu pomimo świadomości istnienia trwałych lub nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, które zostały spowodowane lub zaostrzyły się z powodu picia alkoholu. - Porzucenie lub zmniejszenie częstości wykonywania ważnych czynności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych z powodu picia alkoholu. |
| Cechy fizjologiczne... | <ul style="list-style-type: none"> - Zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu... - Fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego... | <ul style="list-style-type: none"> - Odstawienie, charakteryzujące się... - Tolerancja zdefiniowana jako... |

Propozycja trzech głównych obszarów obrazujących uzależnienie ma stanowić swoisty przewodnik dla specjalistów decydujących później o doborze właściwej terapii czy leczenia farmakologicznego. Są one w pełni zgodne z objawami prezentowanymi w ICD-10. W tabeli 1 przedstawiono zestawienie objawów ICD-11 wraz z odpowiadającymi im kryteriami ICD-10 oraz DSM-5 (Lago, Bruno, Degenhardt, 2016; Chung i in., 2017; Higuchi i in., 2017; Kuester i in., 2017; Saunders, Peacock, Degenhardt, 2018a).

Dotychczas stosowana kategoria picia szkodliwego została zastąpiona przez **szkodliwy wzorzec używania alkoholu** (Poznyak, 2017; 2018; *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*, 2018; Saunders, 2018). Definiowany jest on jako wzorzec używania alkoholu, który powoduje szkody zdrowotne, fizyczne lub psychiczne u danej osoby lub też doprowadza do takiego zachowania, które może wyrządzić szkodę na zdrowiu innych. Wzorzec ten musi utrzymywać się przez okres co najmniej 12 miesięcy w przypadku sporadycznego używania bądź przez miesiąc, jeśli picie alkoholu odbywało się w sposób ciągły, codzienny.

Szkoda u osoby pijącej pojawia się w wyniku (co najmniej jednego z poniższych):

- zachowania związanego z odurzeniem,
- bezpośredniego lub pośredniego działania alkoholu na poszczególne organy lub cały organizm,
- szkodliwego sposobu jego przyjmowania.

Szkoda odnosząca się do innych osób obejmuje wszelkie formy szkód fizycznych, w tym traumę lub zaburzenia psychiczne, które można bezpośrednio przypisać zachowaniom związanym z upojeniem alkoholowym osoby, której dotyczy diagnoza.

Wzorzec odnosi się do powtarzających się zachowań związanych z piciem alkoholu, które powodują szkody zdrowotne, a zarazem nie spełniają jeszcze kryterium upośledzenia kontroli. Warto zaznaczyć, że diagnoza picia szkodliwego według ICD-10 została poszerzona o zachowania powodujące szkody zdrowotne u innych osób (Saunders, Peacock, Degenhardt, 2018a).

Ryzykowne używanie alkoholu nie zostało włączone do rozdziału dotyczącego zaburzeń używania substancji, lecz jest traktowane jako czynnik ryzyka. Powszechnie wiadomo, że np. ilość spożywanego alkoholu wiąże się z większym prawdopodobieństwem uszkodzenia wątroby itp. Ryzykowne używanie definiowane jest jako wzorzec używania alkoholu, znacznie zwiększający ryzyko pojawienia się konsekwencji dla zdrowia fizycznego lub psychicznego u osoby pijącej w takim stopniu, że wymaga konsultacji specjalisty. Zwiększone ryzyko może wynikać z częstości spożywania alkoholu, ilości wypijanego alkoholu przy danej okazji lub niebezpiecznych zachowań i zagrażających życiu lub zdrowiu okoliczności związanych z piciem. Ryzyko to jest związane z bezpośrednimi, natychmiastowymi skutkami działania alkoholu lub może być efektem skumulowanego długotrwałego oddziaływania alkoholu na funkcjonowanie osoby oraz jej zdrowie fizyczne bądź psychiczne. Ryzykowny sposób picia alkoholu nie spowodował jeszcze szkód dla zdrowia fizycznego lub psychicznego. Jeśli jednak taki wzorzec picia utrzymuje

się mimo wiedzy o możliwym ryzyku, to prawdopodobieństwo szkody jest bardzo duże (Saunders, 2006; *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*, 2018).

Ryzykowne używanie substancji jest istotnym pojęciem w kontekście profilaktyki oraz zdrowia publicznego. WHO od dawna posługiwało się terminem „hazardous” dla określenia takiego sposobu używania, który łączy się z ryzykiem wystąpienia szkodliwych konsekwencji. Tak pojmowane używanie substancji nie ma swojego odzwierciedlenia w pozostałych klasyfikacjach. Pośrednio ujmuje to DSM-5 w kryterium używania w sytuacjach fizycznie ryzykownych (Saunders, 2018).

Struktura oraz kategorie diagnostyczne wraz z definicjami zaburzeń dostępne są online w udostępnionej przez WHO wersji beta ICD-11 (*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*, 2018). Można ją znaleźć pod adresem: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Po dopełnieniu formalności w postaci rejestracji istnieje również możliwość włączenia się do otwartej dyskusji na temat proponowanych zmian.

Podsumowując, rozpoczęcie prac nad ICD-11 podyktowane było potrzebą wynikającą z praktyki. Klinicyści odnajdywali trudność w posługiwaniu się obecnymi kategoriami zaburzeń, a sporą grupę zaburzeń przypisywano do „nieokreślonych”. Wniosek? Kryteria diagnostyczne wyłonione na podstawie wyszukanych metod statystycznych często nie ułatwiają podejmowania decyzji, z jakimi zmagają się klinicyści w swojej codziennej praktyce. Uwidacznia to problem „nadmiernej specyfikacji”, czyli oczekiwania od osób zajmujących się zdrowiem psychicznym wiedzy na temat bardzo szczegółowych symptomów. W tej sytuacji często umyka znajomość kluczowych objawów danego zaburzenia. Mając na uwadze powyżej opisane problemy, WHO zdecydowało, że podstawowa opieka zdrowotna stanie się obszarem, dzięki któremu będzie można zwiększyć rozpoznawalność zaburzeń psychicznych oraz rozpocząć leczenie od bardzo wczesnego etapu. Podjęcie starań uproszczenia ICD-11, takich jak wprowadzenie ścieżek diagnostycznych czy przygotowanie i opublikowanie kilku wersji klasyfikacji, sprawi, że nie tylko specjaliści, lecz także szeroka grupa osób świadcząca usługi w zakresie podstawowej opieki będzie mogła swobodnie posługiwać się tym narzędziem.

Literatura cytowana

- American Psychiatric Association (2018). *Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń Psychiczych DSM-5*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Chung, T., Cornelius, J., Clark, D., Martin, C. (2017). Greater Prevalence of Proposed ICD-11 Alcohol and Cannabis Dependence Compared to ICD-10, DSM-IV, and DSM-5 in Treated Adolescents. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(9), 1584–1592.
- Gaebel, W., Zielasek, J., Reed, G.M. (2017). Mental and behavioural disorders in the ICD-11: Concepts, methodologies, and current status. *Psychiatria Polska*, 51(2), 169–195.
- Grant, J.E., Chamberlain, S.R. (2016). Expanding the Definition of Addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS Spectrums*, 21(4), 300–303.

- Higuchi, S., Nakayama, H., Mihara, S., Maezono, M., Kitayuguchi, T., Hashimoto, T. (2017). Inclusion of gaming disorder criteria in ICD-11: A clinical perspective in favor. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 293–295.
- 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> [dostęp 20.11.2018].
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> [dostęp 12.11.2018].
- ICD-11 Timeline, <http://www.who.int/classifications/icd/revision/timeline/en/> [dostęp 20.11.2018].
- Kuester, A., Köhler, K., Ehring, T., Knaevelsrud, Ch., Kober, L., Krüger-Gottschalk, A., ..., Rau, H. (2017). Comparison of DSM-5 and proposed ICD-11 criteria for PTSD with DSM-IV and ICD-10: Changes in PTSD prevalence in military personnel. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 1–12.
- Lago, L., Bruno, R., Degenhardt, L. (2016). Concordance of ICD-11 and DSM-5 definitions of alcohol and cannabis use disorders: A population survey. *Lancet Psychiatry*, 3(7), 673–684.
- Łoza, B., Heitzman, J., Kosmowski, W. (2011). Towards the new classification of mental disorders – Polish psychiatrists opinions about project of ICD-11. *Psychiatria Polska*, 45, 785–798.
- Mohler-Kuo, M., Foster, S., Gmel, G., Dey, M., Dermota, P. (2014). DSM-IV and DSM-5 alcohol use disorder among young Swiss men. *Addiction*, 110, 429–440.
- Moller, H.J. (2009). Development of DSM-V and ICD-11: Tendencies and potential of new classifications in psychiatry at the current state of knowledge. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 595–612.
- Poznyak, V. (2017). Alcohol Use Disorders: Their Status in the Draft ICD-11: 100. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 869–870.
- Poznyak, V. (2018). Defining and diagnosing addiction. Training With Stakeholders. Applying EU Addiction Research, https://www.twist-train.eu/images/presentations/07_Defining-diagnosing_TWIST_2017_Vladimir%20Poznyak.pdf [dostęp 20.08.2018].
- Reed, G.M. (2010). Toward ICD-11: Improving the Clinical Utility of WHO's International Classification of Mental Disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 457–464.
- Samochowiec, A., Chęć, M., Kołodziej, Ł., Samochowiec, J. (2015). Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych? *Alkoholizm i Narkomania*, 28, 55–63.
- Samponga, G. (2017). ICD-11 – Projekt wytycznych diagnostycznych dla zaburzeń psychicznych: raport dla członków WPA. *Psychiatria Polska*, 51(3), 397–406.
- 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*, 101, 48–58.

- Saunders, J.B. (2017). Substance use and addictive disorders in DSM-5 and ICD-10 and the draft ICD-11. *Addictive Disorders*, 30, 1–11.
- Saunders, J.B. Understanding Addiction: Perspectives from DSM-5 and ICD-11, <http://www.southpacificprivate.com.au/sites/default/files/dinnerdiscussionaddiction.pdf> [dostęp 20.08.2018].
- Saunders, J.B., Peacock, A., Degenhardt, L. (2018a). Alcohol Use Disorders in the Draft ICD-11, and How They Compare with DSM-5. *Current Addiction Reports*, 5, 257–264.
- Takahashi, T., Lapham, G., Chavez, L.J., Lee, A.K., Williams, E.C., Richards, J.E., ..., Bradley, K.A. (2017). Comparison of DSM-IV and DSM-5 criteria for alcohol use disorders in VA primary care patients with frequent heavy drinking enrolled in a trial. *Addiction Science & Clinical Practice*, 12(17), 1–10.
- Tyrer, P. (2014). Time to choose – DSM-5, ICD-11 or both? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3, 5–8.
- Wamboldt, M., Kaslow, N., Reiss, D. (2015). Description of Relational Processes: Recent Changes in DSM-5 and Proposals for ICD-11. *Family Process*, 54(1), 6–16.

Streszczenie. Od czasu wejścia klasyfikacji ICD-10 w 1992 roku minęło ponad 20 lat. Na projekt rewizji ICD przyszło nam czekać do czerwca 2018 roku, która oficjalnie będzie stosowana od 2022 roku.

Potrzeba uaktualnienia klasyfikacji wynika z kilku nadrzędnych powodów. Postęp cywilizacyjny konfrontuje klinicystów z coraz to nowymi rodzajami zaburzeń psychicznych, jak np. uzależnienie od Internetu. Postęp technik neuroobrazowania zmienia postrzeganie tzw. zaburzeń czynnościowych, których podłoże okazuje się mieć biologiczne uwarunkowanie. Kolejnym argumentem za wprowadzeniem zmian był „problem nadmiernej specyfikacji”. Postrzeganie zaburzenia jako zbioru kilkunastu objawów zatracza zdolność całościowego postrzegania pacjenta. Mając na uwadze powyżej opisane problemy, WHO zdecydowało, że podstawowa opieka zdrowotna stanie się obszarem, dzięki któremu będzie można zwiększyć rozpoznawalność zaburzeń psychicznych oraz rozpocząć leczenie od bardzo wczesnego etapu. Podstawowym założeniem stało się ograniczenie ilości zaburzeń do mniej niż 100 kategorii. Kryteria diagnostyczne sprowadzono do postaci ścieżek diagnostycznych, które odzwierciedlają główne cechy zaburzenia. Celem artykułu jest przedstawienie zmian w kryteriach rozpoznawania zaburzeń związanych z używaniem alkoholu ujętych w ICD-11. Zaprezentowana zostanie kategoria zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, jej definicja oraz kryteria diagnostyczne. Zestawiono również objawy uzależnienia od alkoholu według ICD-11 wraz z odpowiadającymi im kryteriami ICD-10 oraz DSM-5.

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, zaburzenia związane z używaniem alkoholu, szkodliwy wzorzec używania alkoholu, ryzykowne używanie alkoholu, ICD-11

Data wpłynięcia: 18.01.2019

Data wpłynięcia po poprawkach: 6.02.2019

Data zatwierdzenia tekstu do druku: 26.06.2019