

## UPOŚLEDZONA ZDOLNOŚĆ KONTROLOWANIA PICIA ALKOHOLU W UJĘCIU DSM-5 IMPLIKACJE DLA PRAKTYKI KLINICZNEJ

Robert Modrzyński<sup>1</sup>

### IMPAIRED CONTROL OVER ALCOHOL USE IN TERMS OF DSM-5 IMPLICATIONS FOR CLINICAL PRACTICE

**Summary.** In 2013, after work lasting nearly 20 years, the fifth edition of the DSM was released, which brought a revolutionary change in the perception of addiction. Difficulties associated with drinking alcohol are perceived in a dynamic and gradual manner, and one of the fundamental aspects of the disorder is impaired control. It has had a huge impact on the process of treating addicts and has given the way for the introduction of drinking-reduction programs. The challenge for therapists is to identify manifestations of the deepening process of impairment of control before it becomes a serious irreversible disorder.

The aim of the article is to present the phenomenon of impaired control as one of the main features of alcohol use disorder. Symptoms included in the group of impaired control according to DSM-5 will be presented. The areas and dimensions that make up the impairment of control impairment will be described: drinking control and experiencing alcohol craving. The practical value of the text are the statements or diagnostic questions.

**Key words:** impaired control, alcohol use disorder, DSM-5, alcohol dependence

### Wprowadzenie

Zaprezentowanie w 2013 roku przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne nowej kategorii diagnostycznej „zaburzeń używania alkoholu” (*alcohol use disorder* – AUD) zmieniło sposób patrzenia na zjawisko uzależnienia (APA, 2018). Dotąd nadużywanie alkoholu, utożsamiane z piciem szkodliwym, było traktowane jako odrębne zaburzenie.

---

<sup>1</sup> 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

Zgodnie z nowymi kryteriami klasyfikacji DSM-5 kategoria zaburzenia używania alkoholu została umiejscowiona w rozdziale „zaburzenia związane z substancjami i uzależnienia”. Zaburzenia związane z substancjami obejmują 10 odrębnych klas substancji, jak: alkohol, kofeina, konopie, substancje halucynogenne, substancje wziewne, opioidy, leki uspokajające, nasenne lub przeciwłękowe, stymulanty, tytoń i inne (lub nieznane) substancje.

Rozpoznanie zaburzenia związanego z używaniem alkoholu należy postawić w przypadku stwierdzenia problemowego wzorca spożywania alkoholu, który prowadzi do pojawienia się istotnych klinicznie zaburzeń, występujących pod postacią co najmniej 2 z poniżej wymienionych objawów w okresie ostatnich 12 miesięcy:

1. Alkohol często jest wypijany w dużych ilościach lub przez okres dłuższy niż zamierzony.
2. Występuje trwałe pragnienie lub bezskuteczne próby przzerwania 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.
  - b) Alkohol (lub blisko spokrewnione substancje, takie jak benzodiazepiny) jest używany w celu zmniejszenia nasilenia lub uniknięcia objawów odstawiania.

Wprowadzono kryteria oceny ciężkości zaburzenia, które oparte zostały na liczbie spełnionych kryteriów diagnostycznych. Obecność od 2 do 3 wyżej wymie-

nionych kryteriów prowadzi do rozpoznania łagodnego AUD, od 4 do 5 – umiarkowanego, 6 lub więcej – ciężkiego.

Cechy zaburzenia używania alkoholu ułożono w 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).

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 nowym ujęciu używanie alkoholu może zmieniać się w czasie. Przejście od picia o niskim ryzyku szkód do nadmiernego, szkodliwego i zaburzonego używania alkoholu zależy od stopnia upośledzenia kontroli. Wyzwaniem, przed którym stoją terapeuci, w szczególności pracujący w obszarze ograniczania picia, jest umiejętne rozpoznawanie przejawów pogłębiającego się procesu upośledzenia kontroli, zanim osiągnie on postać ciężkiego nieodwracalnego zaburzenia.

Celem artykułu jest prezentacja zjawiska upośledzenia kontroli jako jednej z głównych cech zaburzenia używania alkoholu według DSM-5. Analizy obejmą prezentacje kryteriów zaburzeń używania alkoholu według DSM-5 zaliczanych do kategorii upośledzenia kontroli. Poszczególne objawy przedstawione zostaną w taki sposób, aby oddać ich wielowymiarowy obraz. Dopełnieniem przeglądu, mającym zarazem wartość praktyczną, jest zamieszczenie pytań bądź twierdzeń diagnozujących wymiary upośledzenia kontroli.

## Koncepcja upośledzenia kontroli

Od czasów nowożytnych upośledzenie kontroli zawsze odgrywało kluczową rolę w rozpoznawaniu uzależnienia. Ojciec amerykańskiej psychiatrii, Benjamin Rush, zwracając uwagę na konsekwencje zdrowotne picia alkoholu, już w 1775 roku użył takiego terminu, jak „nieumiarkowane używanie spirytualiów” (Woronowicz, 2009).

Początków naukowego rozumienia tego zjawiska należy jednak szukać w koncepcji alkoholizmu zaproponowanej przez Jellinka (1960). W jego rozumieniu to właśnie „utrata kontroli” nad wypijanym alkoholem diagnozowała za pomocą liter alfabetu greckiego określoną postać „alkoholizmu”. Późniejsza propozycja Edwardsa i Grossa siedmiu kryteriów „zespołu uzależnienia od alkoholu”, która uwzględniała typy alkoholizmu Jellinka, w znaczący sposób wpłynęła na kształt i rozumienie uzależnienia od alkoholu w podręcznikach DSM. Najtrafniej oddaje to współczesna definicja zaproponowana przez O'Brien, Volkow i Li (2006), którzy opisują uzależnienie jako utratę kontroli nad silną potrzebą spożycia substancji, pomimo negatywnych konsekwencji.

Koncepcja upośledzenia kontroli, która do tej pory rozumiana była wyłącznie w postaci zachowań związanych z kontrolowaniem picia, została rozszerzona o kryterium głodu. W niniejszym artykule objawy odnoszące się do upośledzenia kontroli opisane zostaną w dwóch aspektach: kontrolowania picia oraz przeżywania głodu alkoholu.

## Zachowania związane z kontrolowaniem picia

Kontrolowanie picia uznawane jest za fundamentalny aspekt zaburzeń używania alkoholu. Kliniczne znaczenie tego objawu znalazło swoje odzwierciedlenie w postaci trzech kryteriów diagnostycznych w DSM-5 (APA, 2018). Opisane zostało w postaci:

kryterium 1: *Alkohol często jest wypijany w dużych ilościach lub przez okres dłuższy niż zamierzony;*

kryterium 2: *Występuje trwałe pragnienie lub bezskuteczne próby przerwania albo kontrolowania picia alkoholu;*

kryterium 3: *Duża ilość czasu jest poświęcana na działania niezbędne do pozyskania alkoholu, picia go lub odwracania efektów jego działania.*

## Rozumienie objawów

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne rozpatruje upośledzenie kontroli w aspekcie dwóch obszarów: więcej/dłużej oraz zaprzestanie/kontrola. Najczęściej definiowane jest jako niepowodzenie w zakresie umiejętności ograniczania picia (Leeman i in., 2014). Trudności te charakteryzują się zachowaniami zmierzającymi do:

- kontrolowania rozpoczętego już picia alkoholu, dotyczy to sytuacji, w których osoba wypija większe ilości lub poświęca więcej czasu, aniżeli zamierzała;
- całkowitego zaprzestania picia lub unikania kontaktu z alkoholem, za co odpowiedzialne jest doświadczanie uporczywego pragnienia (głodu).

Warto nadmienić, że bezskuteczne próby unikania lub całkowitego zaprzestania picia są stosunkowo rzadziej występującym zjawiskiem upośledzenia kontroli aniżeli trudności kontrolowania czasu oraz ilości wypijanego alkoholu. Progresja z obszaru więcej/dłużej w kierunku zaprzestanie/kontrola może wskazywać na cięższy poziom upośledzenia kontroli (Gelhorn i in., 2008; Hasin, Beseler, 2009; Leeman i in., 2014).

Upośledzenia kontroli nie należy utożsamiać z nadmiernym piciem alkoholu. Jest zjawiskiem wpływającym na procesy umysłowe osoby, ograniczające jej zdolność do kontroli zachowania związanego z piciem alkoholu w określonych sytuacjach. Najczęściej rozpoczyna się od podejmowania impulsywnych decyzji dotyczących zwiększenia ilości lub częstości wypijanego alkoholu. Utrwalony wzorec takiego zachowania skutkuje pojawieniem się w przyszłości negatywnych konsekwencji. Wymusza to na osobie próby unikania tych sytuacji związanych z piciem bądź podejmo-

wanie się całkowitej abstynencji. Dalsze niepowodzenia na tej płaszczyźnie owocują trwałą niezdolnością do zaprzestania rozpoczętego już picia (Heather, Dawe, 2005; Leeman, Patock-Peckham, Potenza, 2012; Wardell, Quilty, Hendershot, 2016). Zatem przypisywanie potocznie rozumianej „utruty kontroli” tylko osobom, które po wypiciu niewielkiej ilości alkoholu upijają się lub wpadają w ciągi, jest poważnym błędem. Wyodrębnienie objawów dotyczących spożywania większej ilości alkoholu oraz poświęcania czasu na picie ma podstawowy cel w diagnozie zaburzeń używania alkoholu. Przede wszystkim upośledzenie kontroli jest bardziej złożonym zjawiskiem, niż to rozumiane jest przez wielu terapeutów. Pierwsze objawy tych zaburzeń pojawiają się już na wczesnym etapie, zanim jeszcze osoba będzie doświadczać konsekwencji społecznych. Badania podłużne wykonane wśród adolescentów potwierdziły, że podwyższona tolerancja oraz poświęcanie coraz większej ilości czasu sytuacjom związanym z piciem są istotnym predyktorem wystąpienia uzależnienia od alkoholu w życiu dorosłym (Patock-Peckham i in., 2001, 2011; Behrendt i in., 2008).

## Rozpoznawanie objawów

Umiejętność właściwej diagnozy pogłębiającego się procesu upośledzenia kontroli jest nadrzędnym celem praktyki terapeutycznej. Poddano analizie dostępne metody, które swym zakresem obejmowały diagnozę mechanizmu upośledzenia kontroli. Wykorzystano w niej takie narzędzia, jak: *Impaired Control Scale* – ICS (Heather i wsp.), *Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire* – YAACQ (Read i wsp.), *Severity of Alcohol Dependence Data scale* – SADD (Raistrick i wsp.) oraz *Skala Rozwoju Uzależnienia od Alkoholu* – SRUA (Kasprzak, Bętkowska-Korpała). Poniżej zestawiono pytania/twierdzenia, które obrazują nasilenie oraz wieloaspektowość zjawiska, jakim jest upośledzenie kontroli (Davidson, Raistrick, 1986; Marsh i in., 2002; Read i in., 2006; Bętkowska-Korpała, Kasprzak, 2013).

Tabela 1. Wymiary obrazujące upośledzenie kontroli wraz z pytaniami/twierdzeniami

Wymiary	Twierdzenia/pytania
– Ustalanie limitów	– Próbowałem ograniczyć ilość wypijanego alkoholu
– Przekraczanie limitów	– Unikałem okazji do wypicia
– Zwalnianie tempa picia	– Starłem się zwolnić tempo picia
– Trudności w zatrzymaniu rozpoczętego picia	– Próbowałem pić rzadziej
– Upijanie się	– Podejmowałem próby odstawienia alkoholu na jakiś czas
– Ograniczanie kontaktów z alkoholem (co do miejsca, osób, ilości, czasu spożywania)	– Trudno mi ograniczyć ilość wypijanego alkoholu

cd. tabeli 1

- 
- |                                                                                         |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Poświęcanie coraz większej ilości czasu na picie                                      | - Wypiłem alkohol, mimo że wcześniej podjąłem decyzję, aby nie pić                             |
| - Trudność w utrzymaniu abstynencji, nawet jeśli są do załatwienia ważne sprawy życiowe | - Nawet gdy zamierzałem wypić jedno lub dwa piwa, to w efekcie wypijałem więcej                |
| - Niedotrzymywanie składanych sobie i innym obietnic powstrzymywania się od picia       | - Czasami piłem alkohol, wiedząc, że spowoduje to u mnie problemy                              |
| - Podejmowanie prób abstynencji                                                         | - Byłem w stanie przestać pić po jednym czy dwóch piwach                                       |
| - Występowanie silnej potrzeby napicia się (głodu)                                      | - Jestem w stanie przestać pić, zanim całkowicie się upije                                     |
| - Trudność w utrzymaniu dłuższej abstynencji                                            | - Trudno mi się oprzeć i nie pić alkoholu przez jeden dzień                                    |
| - Myśli/przekonania dotyczące ograniczenia picia                                        | - Spędzam dużo czasu na picciu                                                                 |
|                                                                                         | - Próbowałem rzucić picie, bo uważałem, że piję za dużo                                        |
|                                                                                         | - Często miewam myśli o tym, aby ograniczyć lub przestać pić                                   |
|                                                                                         | - Czy zdarza Ci się pić alkohol, nie przejmując się tym, co masz do zrobienia następnego dnia? |
|                                                                                         | - Czy planujesz swój dzień z myślą o napiciu się?                                              |
|                                                                                         | - Jak często zdarza Ci się pić alkohol rano, popołudniu lub wieczorem?                         |
- 

Źródło: opracowanie własne.

## Przyczyny i mechanizmy powstawania

Zasadne wydaje się pytanie o przyczyny i mechanizmy leżące u podłoża zaburzenia kontroli. Dlaczego niektórym osobom trudno jest utrzymać się w granicach picia o niskim ryzyku szkód? Mimo iż nie stanowi to celu niniejszej publikacji, warto uwzględnić podstawowe wyjaśnienia.

Od samego początku łączono upośledzenie kontroli z aktywnością układu dopaminergicznego oraz zdolnością regulacji emocji (Claus, Hutchison, 2012; Wojnar, 2017). Naukowcy zgodni są, że upośledzona kontrola związana jest ze zwiększoną reaktywnością na bodźce związane z alkoholem, co ma związek z dysfunkcją obszarów korowych, takich jak wyspa (O'Daly i in., 2012). Z kolei badania uwzględniające aspekt genetyki potwierdziły występowanie uzależnienia w rodzinie jako czynnik

ryzyka zwiększający prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń używania alkoholu. Wytypowano geny OPRM1 oraz DRD2, które mogą być związane z trudnością ograniczania picia (Leeman i in., 2014). Podsumowując, podjęte próby identyfikacji poszczególnych genów wskazały na ścisły związek pomiędzy upośledzeniem kontroli a dysfunkcją neurobiologiczną i/lub historią rodziny (Kendler i in., 2003).

## Głód alkoholu

Obowiązujące w ICD-10 i znane w świecie terapeutycznym doświadczenie głodu alkoholu doczekało się uznania przez APA dopiero w DSM-5 (APA, 2018). Bezpośrednio odnosi się do niego:

kryterium 4: *pragnienie, silna potrzeba lub przymus picia alkoholu*  
oraz częściowo

kryterium 2: *występuje trwałe pragnienie lub bezskuteczne próby przerywania albo kontrolowania picia alkoholu.*

Włączenie tego objawu podyktowane było licznymi badaniami wskazującymi, że doświadczenie głodu alkoholu jest nieodłącznym elementem zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. Wiele osób podejmujących leczenie lub będących w procesie nawrotu potwierdzało występowanie silnej, natrętnej potrzeby napicia się (Iwanicka, Olajossy, 2015; Baggio i in., 2016; Takahashi i in., 2017).

### Rozumienie objawów

Głód alkoholu jako subiektywnie doświadczane zjawisko jest niezwykle trudny w definiowaniu. W praktyce klinicznej wielu pacjentów może zwyczajnie zaprzeczać jego występowaniu lub mieć trudności w jego rozpoznaniu z racji przeżywanych silnych emocji w początkowym okresie utrzymywanej abstynencji (Haass-Kofler, Leggio, Kenna, 2014).

Najczęściej pojęcie głodu używane przez pacjentów, klinicystów odnosi się do silnej potrzeby wypicia alkoholu. Po raz pierwszy został wprowadzony przez Jellinka (1960) w jego koncepcji alkoholizmu. Badacze używają różnych definicji głodu. Przez niektórych opisywany jest jako pragnienie i chęć, podczas gdy inni ujmują to zjawisko tylko jako przeżywane pragnienie, a chęć napicia się łączą z zachowaniem, które jest trudne do opanowania.

### Przyczyny i mechanizmy powstawania

Jednolita definicja głodu oraz jego przyczyny powstawania stanowią nadal ogromne wyzwanie. Poniżej zaprezentowano wybrane modele, które kompleksowo wyjaśniają powstawanie głodu alkoholowego (Singleton, Tiffany, Henningfield, 2003; Raabe i in., 2005; Chodkiewicz, 2014 ; Iwanicka, Olajossy, 2015; Chodkiewicz i in., 2016).

Tabela 2. Modele wyjaśniające głód alkoholu

Model	Rozumienie głodu
Modele warunkowania	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Związany z bodźcami warunkowymi, w których osoba piła. Wydzielana wtedy dopamina staje się pozytywnym wzmocnieniem. Pojawia się w sytuacji ekspozycji na bodźce związane z piciem. Głód często związany jest z oczekiwaniem nagrody.</li> <li>2. Pojawia się również w sytuacji wystąpienia objawów AZA. Bezpośrednie następstwo braku alkoholu.</li> </ol>
Modele poznawcze	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alkohol jest źródłem sygnałów dotyczących stanu, który pojawi się w następstwie wypicia.</li> <li>2. Rolę odgrywają pozytywne przekonania co do efektów działania alkoholu.</li> <li>3. Poczucie własnej skuteczności – od tej zmiennej zależy, czy dojdzie do złamania abstynencji w sytuacji głodu.</li> </ol>
Modele psychobiologiczne	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Głód powodowany jest przez dysfunkcje mózgowie mechanizmów neuroadaptacyjnych, zwłaszcza układu nagrody.</li> <li>2. Głód pojawia się w trzech sytuacjach: <ul style="list-style-type: none"> <li>– potrzeba nagrody, która jest stymulowana i wzmacniana przez działanie alkoholu (dysregulacja dopaminergiczna);</li> <li>– pragnienie ulgi, zredukowania napięcia i pobudzenia (dysregulacja układu GABA-ergicznego);</li> <li>– brak kontroli nad intruzywnymi myślami o piciu (niedobór serotoniny).</li> </ul> </li> </ol>
Modele motywacyjne	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Głód włączony w proces podejmowania decyzji oraz oczekiwań związanych z działaniem alkoholu.</li> <li>2. Podjęcie decyzji o wypiciu, kiedy zyski z picia przewyższają możliwe straty.</li> <li>3. Na decyzje wpływają wcześniejsze doświadczenia oraz aktualna sytuacja życiowa.</li> </ol>

Źródło: opracowanie własne.

## Rozpoznawanie objawów

Przegląd dostępnych narzędzi do pomiaru głodu pozwolił na usystematyzowanie tego zjawiska na kilku wymiarach. Do analizy wykorzystano takie narzędzia, jak: *Alcohol Craving Questionnaire* (Singleton i wsp.), *Penn Alcohol Craving*



Scale (Flannery i wsp.), *Alcohol Craving Typology Questionnaire* (Martinotti i wsp.), *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified to Reflect Obsessions and Compulsions Related to Heavy Drinking* (Modell i wsp.). Zebrano w postaci tabeli najczęściej ujmowane wymiary głodu wraz z odnoszącymi się do nich twierdzeniami/pytaniami (Modell i in., 1992; Singleton, 1997; Singleton, Tiffany, Henningfield, 2003; Flannery, Volpicelli, Pettinati, 1999; Raabe i in., 2005; Martinotti i in., 2012; Chodkiewicz i in., 2016).

Tabela 3. Wymiary doświadczania głodu alkoholu wraz z pytaniami/twierdzeniami

Wymiary	Twierdzenia/pytania
Silna potrzeba, pragnienie wypicia alkoholu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brakuje mi drinka</li> <li>- Mam ochotę się napić</li> <li>- Tak bardzo chcę się napić, że prawie czuje alkohol</li> <li>- Jedyne czego chcę, to się napić</li> <li>- Moja potrzeba napicia wydaje się obezwładniająca</li> </ul>
Zamiar wypicia alkoholu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gdybym miał okazję się napić, to bym to zrobił</li> <li>- Zamierzam się napić, jak tylko będzie to możliwe</li> <li>- Zrobiłbym prawie wszystko, aby się móc napić</li> <li>- Zastanawiam się, jak zdobyć alkohol</li> <li>- Gdybym miał przy sobie trochę alkoholu, to pewnie bym go wypił</li> <li>- Gdyby zaproponowano mi alkohol, to wypiłbym go od razu</li> </ul>
Pozytywne oczekiwania co do skutków/ potrzeba nagrody	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Napięcie się alkoholu byłoby czymś przyjemnym</li> <li>- Picie sprawiłoby, że wszystko wydawałoby się idealne</li> <li>- Nie byłoby nic lepszego niż napięcie się teraz alkoholu</li> <li>- Byłoby wspaniale, gdyby można teraz się napić</li> <li>- Picie alkoholu sprawiłoby, że czułbym się zadowolony</li> <li>- Piję, bo to lubię</li> <li>- Piję, aby się wstawić i stracić nad sobą kontrolę</li> <li>- Piję, aby doświadczyć nowych uczuć i przeżyć</li> </ul>

Przewidywanie ulgi, zmniejszenie nieprzyjemnego napięcia	<ul style="list-style-type: none"><li>- Poczuję się lepiej, gdybym mógł się napić</li><li>- Poczuję się mniej roztrzęsiony/rozdrażniony/spięty, gdybym mógł się napić</li><li>- Miałbym nad sobą większe panowanie, gdybym mógł się napić</li><li>- Wypicie alkoholu wprowadziłoby mnie w dobry nastrój</li><li>- Piję, aby czuć się pewniej wśród innych ludzi</li><li>- Piję, gdy jestem smutny</li><li>- Używam alkoholu jako środka na sen</li><li>- Pijąc, uspokajam się</li><li>- Piję, aby złagodzić dolegliwości fizyczne</li><li>- Piję dla rozluźnienia i pokonania stresu</li></ul>
Częstotliwość, intensywność i czas trwania	<ul style="list-style-type: none"><li>- Jak często w ciągu ostatniego tygodnia myślałeś o piciu lub o tym, jak dobrze poczułbyś się po wypiciu?</li><li>- Jak silny był Twój głód alkoholu w najgorszym momencie w ciągu ostatniego tygodnia?</li><li>- Ile czasu w ciągu ostatniego tygodnia spędziłeś na myśleniu o piciu lub o tym, jak dobrze poczułbyś się po wypiciu?</li></ul>
Zdolność opierania się pokusie w sytuacji, kiedy picie jest możliwe	<ul style="list-style-type: none"><li>- W ciągu ostatniego tygodnia jak trudno byłoby Ci się oprzeć przed napiciem się, gdybyś wiedział, że masz w domu butelkę?</li><li>- Mając w pamięci swoje odpowiedzi na wcześniejsze pytania, oceń Twój ogólny przeciętny głód alkoholu w ciągu ostatniego tygodnia</li></ul>
Obsesyjne myśli o piciu	<ul style="list-style-type: none"><li>- Czasem nie mogę przestać myśleć o piciu</li><li>- Zmagam się z myślą o piciu, ale ona i tak jest silniejsza od mojej woli</li><li>- Jak dużo czasu zajmuje myślenie, pragnienia i wyobrażenia związane z piciem? Jak często te myśli pojawiają się?</li><li>- Jak bardzo myślenie, pragnienia i wyobrażenia związane z piciem wpływają na społeczne i zawodowe funkcjonowanie?</li><li>- Jak bardzo starasz się odpychać myśli, pragnienia i wyobrażenia związane z piciem?</li></ul>

---

Źródło: opracowanie własne.

Najczęstszym problemem, przed którym stoją klinicyści jest odpowiedź na pytanie, jak odróżnić diagnostyczny wymiar głodu alkoholowego od potrzeby napicia się występującej wśród osób pijących w sposób umiarkowany. Niewiele jest badań bezpośrednio oceniających trafność tego objawu jako kryterium diagnostycznego według DSM-5. Niektóre potwierdzają występowanie zjawiska głodu na kontinuum zaburzenia używania alkoholu dopiero na poziomie umiarkowanym lub znacznym (Murphy i in., 2014). Czy to oznacza, że doświadczenie głodu nie występuje w łagodnej postaci zaburzenia? Niestety winny okazuje się sposób formułowania pytań w postaci zdań rozstrzygających, np. *czy kiedykolwiek chciałeś się tak bardzo napić, że nie mogłeś myśleć o niczym innym?* Ogranicza to postrzeganie tego kryterium jako kontinuum różnego rodzaju objawów o różnym stopniu nasilenia. Znakomitym narzędziem mierzącym stopniowalne doświadczenie głodu jest skala *Penn Alcohol Craving Scale* (PACS). Ocenia ona takie aspekty, jak nasilenie, częstotliwość i czas trwania głodu. Badania z wykorzystaniem tej skali potwierdziły znaczenie głodu alkoholu jako kryterium diagnozujące zaburzenie używania alkoholu według DSM-5 (Chodkiewicz i in., 2016). Okazało się również, że doświadczenie silnego głodu jest związane z większym spożywaniem alkoholu i konsekwencjami z tego wynikającymi, jak: przygnębienie, poczucie wstydu, osłabione zdrowie i zaniedbany wygląd, pogorszone relacje z innymi czy problemy w pracy (Murphy i in., 2014; Dulin, Gonzalez, 2017).

Właściwie zmierzony symptom głodu odzwierciedla nasilenie zaburzenia używania alkoholu. Badania nad zjawiskiem głodu skłoniły do kilku istotnych wniosków. Przede wszystkim wiele osób doświadczających problemów związanych z piciem alkoholu zgłasza przeżywanie silnej lub uporczywej potrzeby wypicia. Jako kliniczny symptom diagnozujący zaburzenie jest zjawiskiem odnoszącym się do silnej potrzeby, którą trudno opanować. Może pojawiać się wiele razy w ciągu dnia lub trwać przez kilka godzin. Doświadczenie to prowadzi do postrzegania sytuacji związanych z alkoholem jako takich, w których jest niezwykle trudne bądź niemożliwe powstrzymanie się od picia (Morrison, 2016; APA, 2018).

Rozdzielenie głodu na dwa kryteria diagnostyczne wynika ze złożonej natury tego objawu. Pojawiające się dwukrotnie pojęcie pragnienia (kryterium 4) oraz trwałego pragnienia (kryterium 2) odnoszą się do odrębnych obszarów doświadczeń. Zagubienie może potęgować fakt, iż autorzy nie różnicują precyzyjnie tych objawów. Opierając na badaniach naukowych oraz wcześniejszych nieformalnych publikacjach DSM-5, można wnioskować, że „trwałe pragnienie” odnosi się do utrzymującego się przez dłuższy czas zamiaru napicia się, przed którym osoba wielokrotnie nie była w stanie się powstrzymać (Agrawal, Health, Lynskey, 2011; Murphy i in., 2014; Samochovec i in., 2015; Morrison, 2016; Dulin, Gonzalez, 2017). Sam głód alkoholu ujęty w kryterium 4 manifestuje się silną chęcią napicia się. Wiąże się z warunkowaniem klasycznym, a także z aktywacją układu nagrody poprzez uwalnianie dopaminy. Często pojawia się podczas przebywania w okolicz-

nościach, podczas których był pity alkohol. Potrzeba ta często jest tak intensywna czy natrętna, że osoba nie jest w stanie myśleć o niczym innym.

## Podsumowanie

Koncepcja upośledzenia kontroli początkowo rozumiana wyłącznie jako trudność w powstrzymaniu się od picia przeszła długą drogę rozwoju. Publikacja DSM-5 przyniosła fundamentalne zmiany w dziedzinie uzależnień. Według jej autorów zaburzenie używania alkoholu błędnie było uważane za stan nieuleczalny. Rozumienie używania alkoholu jako nasilającego się procesu umożliwiła określenie stopnia zaawansowania zaburzenia, którego głównym aspektem jest upośledzona kontrola. Potwierdzeniem tej tezy są zmiany ujęte w klasyfikacji ICD-11 (2018). WHO uprościło kryteria uzależnienia od alkoholu do postaci elastycznych ścieżek. Diagnoza wymaga obecności dwóch lub trzech głównych cech, a jedną z nich jest upośledzona kontrola używania substancji. Dotyczy ona ilości spożywanego alkoholu, okoliczności oraz momentu rozpoczynania lub zakończenia picia. Często towarzyszy temu subiektywna, silna potrzeba, czyli głód alkoholu. W związku z powyższym znajomość zjawiska oraz określanie stopnia nasilenia upośledzenia kontroli stanowią kluczową umiejętność z punktu widzenia praktyki klinicznej.

## Literatura cytowana

- 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*, 106, 1935–1943.
- American Psychiatric Association (2018). *Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń Psychicznych DSM-5*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Baggio, S., Studer, J., Dupuis, M., Gmel, G. (2016). Problem drinkers in DSM-5 alcohol use disorder classification. *The American Journal on Addictions*, 25, 408–415.
- Behrendt, S., Wittchen, H.U., Höfler, M., Lieb, R., Low, N.C.P., Rehm, J., Beesdo, K. (2008). Risk and speed of transitions for first alcohol dependence symptoms in adolescents: A 10 year longitudinal community study in Germany. *Addiction*, 103, 1638–1647.
- Bętkowska-Korpała, B., Kasprzak, J. (2013). Diagnoza nasilenia objawów uzależnienia od alkoholu przy pomocy Skali Rozwoju Uzależnienia od Alkoholu – wstępna prezentacja narzędzia. W: J. Chodkiewicz, K. Gąsior (red.), *Wybrane zagadnienia psychologii alkoholizmu* (s. 42–66). Warszawa: Difin.
- Chodkiewicz, J. (2014). Głód alkoholu – konceptualizacja, wybrane modele i metody pomiaru. *Alkoholizm i Narkomania*, 27, 265–272.
- Chodkiewicz, J., Ziółkowski, M., Czarnecki, D., Gąsior, K., Juczyński, A., Biedrzycka, A., Nowakowska-Domagala, K. (2016). Walidacja polskiej wersji Skali Głodu Alkoholu Penn (Penn Alcohol Craving Scale – PACS). *Psychiatria Polska*, 39, 1–12.

- Claus, E.D., Hutchison, K.E. (2012). Neural mechanisms of risk taking and relationships with hazardous drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36, 932–940.
- Davidson, R., Raistrick, D. (1986). The validity of the Short Alcohol Dependence Data (SADD) Questionnaire: A short self-report questionnaire for the assessment of alcohol dependence. *Addiction*, 81(2), 217–222.
- Dulin, P.L., Gonzalez, V.M. (2017). Smartphone-based, momentary intervention for alcohol cravings amongst individuals with an alcohol use disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(5), 601–607.
- Flannery, B.A., Volpicelli, J.R., Pettinati, H.M. (1999). Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23, 1289–1295.
- Gelhorn, H., Hartman, C., Sakai, J., Stallings, M., Young, S., Rhee, S.H., ..., Crowley, T. (2008). Toward DSM-5: An item response theory analysis of the diagnostic process for DSM-IV alcohol abuse and dependence in adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1329–1339.
- Haass-Kofler, C.L., Leggio, L., Kenna, G.A. (2014). Pharmacological approaches to reducing craving in patients with alcohol use disorders. *CNS Drugs*, 28, 343–360.
- Hasin, D.S., Beseler, C.L. (2009). Dimensionality of lifetime alcohol abuse, dependence and binge drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 101, 53–61.
- Heather, N., Dawe, S. (2005). Level of impaired control predicts outcome of moderation-oriented treatment for alcohol problems. *Addiction*, 100, 945–952.
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (2018). Pobrane z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (dostęp: 12.11.2018).
- Iwanicka, K.A., Olajossy, M. (2015). Koncepcje tzw. głodu alkoholu. *Psychiatria Polska*, 29(2), 295–304.
- Jellinek, E.M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven, CT: College and University Press.
- Kendler, K.S., Prescott, C.A., Myers, J., Neale, M.C. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 60, 929–937.
- Leeman, R.F., Beseler, C.L., Helms, C.M., Patock-Peckham, J.A., Wakeling, V.A., Kahler, C.W. (2014). A brief, critical review of research on impaired control over alcohol use and suggestions for future studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(2), 301–308.
- Leeman, R.F., Patock-Peckham, J.A., Potenza, M.N. (2012). Impaired control over alcohol use: An under-addressed risk factor for problem drinking in young adults. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 20(2), 92–106.
- Marsh, A., Smith, L., Saunders, B., Piek, J. (2002). The Impaired Control Scale: Confirmation of factor structure and psychometric properties for social drinkers in alcohol treatment. *Addiction*, 97, 1339–1346.

- Martinotti, G., Di Nicola, M., Tedeschi, D., Callea, A., Di Giannantonio, M., Janiri, L.; Craving Study Group (2012). A Scale for the evaluation of alcohol craving: The Craving Typology Questionnaire (CTQ). *Dipendenze Patologiche*, 2, 21–26.
- Modell, J.G., Glaser, F.B., Mountz, J.M., Schmaltz, S., Cyr, L. (1992). Obsessive and compulsive characteristics of alcohol abuse and dependence: Quantification by a newly developer questionnaire. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16(2), 266–271.
- Morrison, J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Murphy, C.M., Stojek, M.K., Few, L.R., Rothbaum, A.O., Mackillop, J. (2014). Craving as an alcohol use disorder symptom in DSM-5: An empirical examination in treatment-seeking sample. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 22(1), 43–49.
- O'Brien, C.P., Volkow, N., Li, T.K. (2006). What's in a word? Addiction versus dependence for DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 163, 764–765.
- O'Daly, O.G., Trick, L., Scaife, J., Marshall, J., Ball, D., Phillips, M.L., ..., Duka, T. (2012). Withdrawal-associated increases and decreases in functional neural connectivity associated with altered emotional regulation in alcoholism. *Neuropsychopharmacology*, 37, 2267–2276.
- Patock-Peckham, J.A., Cheong, J.W., Balhorn, M.E., Nagoshi, C.T. (2001). A social learning perspective: A model of parenting styles, self-regulation, perceived drinking control, and alcohol use and problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25, 1284–1292.
- Patock-Peckham, J.A., King, K.M., Morgan-Lopez, A.A., Ulloa, E.C., Moses, J.M. (2011). The gender specific mediational links between parenting styles, parental monitoring, impulsiveness, drinking control, and alcohol related problems. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72, 247–258.
- Raabe, A., Grüsser, S.M., Wessa, M., Podschus, J., Flor, H. (2005). The assessment of craving: Psychometric properties, factor structure and a revised version of the Alcohol Craving Questionnaire (ACQ). *Addiction*, 100(2), 227–234.
- Read, J.P., Kahler, C.W., Strong, D.R., Colder, C.R. (2006). Development and preliminary validation of young adult consequences questionnaire. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(1), 169–177.
- Samochowicz, A., Chęć, M., Kołodziej, Ł., Samochowicz, J. (2015). Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych? *Alkoholizm i Narkomania*, 28, 55–63.
- Singleton, E.G. (1997). Alcohol Craving Questionnaire (ACQ-NOW). *Alcohol and Alcoholism*, 32(3), 344.
- Singleton, E.G., Tiffany, S.T., Henningfield, J.E. (2003). The Alcohol Craving Questionnaire (ACQ-NOW). W: J.P. Allen, V.B. Wilson, (eds.), *Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

- 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.
- Wardell, J.D., Quilty, L.C., Hendershot, C.S. (2016). Impulsivity, working memory, and impaired control over alcohol: A latent variable analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(5), 544–554.
- Wojnar, M. (red.), (2017). *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*. Warszawa: PARPA.
- Woronowicz, B.T. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia.

**Streszczenie.** W 2013 roku, po pracach trwających blisko 20 lat, wprowadzono piątą edycję DSM, która przyniosła rewolucyjną zmianę w sposobie postrzegania uzależnienia. Trudności związane z piciem alkoholu postrzegane są w sposób dynamiczny i mają stopniowalny charakter, a jednym z fundamentalnych aspektów świadczących o zaburzeniu jest upośledzona kontrola. Wywarło to ogromny wpływ na proces samego leczenia osób uzależnionych oraz utorało drogę do wprowadzenia programów ograniczania picia. Wyzwaniem, przed którym stoją terapeuci, jest rozpoznawanie przejawów pogłębiającego się procesu upośledzenia kontroli, zanim osiągnie on postać ciężkiego nieodwracalnego zaburzenia.

Celem artykułu jest prezentacja zjawiska upośledzenia kontroli jako jednej z głównych cech zaburzenia używania alkoholu według DSM-5. Zaprezentowane zostaną poszczególne objawy zaliczane do grupy upośledzenia kontroli według DSM-5. Opisane zostaną obszary oraz wymiary składające się na zaburzenie upośledzenia kontroli: kontrolowanie picia oraz doświadczanie głodu alkoholu. Wartość praktyczną tekstu stawiają zebrane twierdzenia bądź pytania diagnostyczne.

**Słowa kluczowe:** upośledzenie kontroli, zaburzenie używania alkoholu, DSM-5, uzależnienie od alkoholu

Data wpłynięcia: 13.11.2018

Data wpłynięcia po poprawkach: 5.01.2019

Data zatwierdzenia tekstu do druku: 28.02.2019