

Koncepcje tzw. głodu alkoholu

The concept of alcohol craving

Katarzyna A. Iwanicka¹, Marcin Olajossy²

¹Ośrodek Leczenia Uzależnień w Lublinie
Kierownik: mgr P. Fijałkowski

²II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej UM w Lublinie
Kierownik: dr hab. n.med. M. Olajossy

Summary

The aim of the article was to assess how the perception of alcohol craving, which is one of the symptoms of alcohol dependence, evolved, as well as how it was reflected in the diagnostic classifications. The purpose of this article was also a discussion of the models of the origins of craving, explaining the etiology of this phenomenon and the tools for measuring this concept. The concept of craving, defined as a strong need or compulsion to drink alcohol, functioned for many years, not only in the clinical practice but also as a concept inherently associated with alcohol dependence. However, among experts and researchers, there was no consensus about the etiology of this phenomenon and its development. Some emphasize the emotional – motivational aspect of it, while in the literature also its cognitive – behavioral nature is highlighted. Craving as a symptom has been recognized as a diagnostic criterion of alcohol dependence in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD 10. In the year 2013, it was also indicated as a symptom of disorder resulting from alcohol abuse in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM 5. It seems to be significant also to discuss the tools used to measure craving, both in clinical trials and therapeutic practice, among them: the Alcohol Specific Role Play Test, Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) Lubeck Craving Scale (LCRR) and Alcohol Urge Questionnaire (AUQ).

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, głód alkoholu, DSM-5, ICD-10

Key words: alcohol addiction, alcohol craving, DSM-5, ICD-10

Wstęp

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia na świecie żyje obecnie około 140 milionów ludzi uzależnionych od alkoholu [1]. W Polsce, według danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, jest ich około 800 tysięcy, co stanowi mniej więcej 2% populacji. Kolejne 5–7% osób, czyli około 2–2,5 mln, są to osoby pijące szkodliwie, które – jeśli nie zmienią swojego stylu picia – mogą dołączyć do grupy osób uzależnionych [2]. W latach 2001–2007 rejestrowane spożycie napojów alkoholowych w Polsce zwiększyło się z około 6,5 do 9,3 litra per capita, co plasuje nasz kraj w pierwszej dziesiątce konsumentów napojów alkoholowych w Europie [3]. W obliczu takich danych istotne wydaje się śledzenie przeobrażeń przyjętych klasyfikacji diagnostycznych. Należy bowiem zaznaczyć, że obserwujemy wyraźne zmiany operacjonalizacji kryteriów służących do postawienia rozpoznania nozologicznego uzależnienia od alkoholu. Najnowszą z nich jest uwzględnienie objawu głodu alkoholu w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) [4]. Wprowadzenie tej zmiany ma istotne znaczenie nie tylko z uwagi na aspekt naukowy i merytoryczny, ale przede wszystkim praktyczny, pozwalając na usprawnienie procesu diagnostycznego. Warto zaznaczyć, że pojęcie głodu alkoholu zajmuje ważne miejsce w terapii uzależnień, a nauka skutecznych sposobów radzenia sobie z nim staje się często jednym z ważniejszych celów do osiągnięcia przez pacjenta na podstawowym etapie leczenia.

Wydaje się, że pomimo zgodności specjalistów, że głód alkoholu jest istotny dla rozumienia uzależnienia od alkoholu, nie ma jednak jednomyślności co do definicji tego pojęcia. Jedną z pierwszych, oficjalnie zaaprobowanych definicji głodu alkoholu została stworzona w 1955 roku przez Światową Organizację Zdrowia. Rozróżniała głód symboliczny (związany z utratą kontroli i nawrotem picia) oraz głód niesymboliczny (odnoszący się do zespołu abstynencyjnego) [5]. Wiele kontrowersji pojawia się również wokół natury tego głodu. Niektórzy autorzy podkreślają, że jest to raczej zjawisko dotyczące sfery emocjonalno-motywacyjnej, określając je jako silną chęć napicia się [6]. Inni przywołują poznawczo-behawioralną naturę tego zjawiska, która odnosi się do zamiaru sięgnięcia po alkohol i akcentuje jego kompulsywny charakter. Nie bez znaczenia pozostaje także aspekt psychofizjologiczny, którego przykładem mogą być badania uwzględniające reakcję galwaniczną skóry mierzoną w momencie kontaktu z bodźcem warunkowym, takim jak zapach alkoholu.

Głód alkoholu jako kryterium uzależnienia od alkoholu w wybranych klasyfikacjach diagnostycznych

Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (publikacja kolejnej rewizji klasyfikacji przewidywana jest na rok 2015) wyróżnionych jest 6 objawów zespołu uzależnienia od alkoholu, a wśród nich głód alkoholu, który jest definiowany jako silna potrzeba lub przymus picia [7]. Ostateczne rozpoznanie uzależnienia wymaga stwierdzenia występowania co najmniej

trzech z nich w okresie przynajmniej jednego miesiąca lub w ciągu ostatniego roku w kilkukrotnych okresach krótszych niż miesiąc (tab. 1). Należy podkreślić, że klasyfikacja ICD-10 ma charakter raczej statystyczny oraz służy ujednoczeniu terminologii i zakresu pojęć, jednak ze względu na nieprecyzyjny opis kliniczny do celów badań naukowych preferowana jest zaproponowana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne klasyfikacja DSM [8].

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV, tak jak poprzednie jej wydania, zawiera rozłączne kryteria dla nadużywania alkoholu i uzależnienia od alkoholu [9]. Rozpoznanie nadużywania alkoholu można postawić, gdy u osoby występował przynajmniej jeden z czterech objawów (tab. 1). Badania wykazały, że występuje związek pomiędzy rozpoznaniem uzależnienia a danymi z wywiadu klinicznego, takimi jak ilość wypijanego alkoholu, przypadki uzależnienia w rodzinie, liczba przebytych terapii lub podejmowane próby samobójcze. Takiej korelacji nie potwierdzono w przypadku rozpoznania nadużywania [10].

Wokół zaproponowanego w klasyfikacji DSM-IV podziału zaburzeń związanych z używaniem alkoholu narosło jednak wiele kontrowersji. Badacze podkreślają, że kryteria nadużywania alkoholu mają niewiele wspólnego z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych, ale opisują raczej różne aspekty upośledzenia funkcjonowania społecznego [11]. Taką opinię wspiera fakt, że aby mówić o nadużywaniu alkoholu, wystarczy, by osoba spełniła już jedno z czterech kryteriów, co zwiększa ryzyko postawienia rozpoznania fałszywie pozytywnego. Warto nadmienić, iż badania wykazują, że wiele osób spełnia wcześniej kryteria uzależnienia aniżeli nadużywania alkoholu. Rozpoznanie nadużywania poprzedza diagnozę uzależnienia u 66,8% alkoholików [12].

W debacie naukowej poświęconej takiemu rozróżnieniu nadużywania i uzależnienia od alkoholu pojawiły się głosy, że warto w kolejnej klasyfikacji zastanowić się nad pozostaniem jedynie przy jednostce, jaką jest uzależnienie. Potencjalne pejoratywne skojarzenia z rozpoznaniem, jakim jest uzależnienie, czynią relatywnie niewielkie szkody w porównaniu z nieobjęciem leczeniem pacjentów, którzy nie zostali zaklasyfikowani do grupy osób nadużywających [13]. Te rozważania zdają się szczególnie interesujące, gdy uwzględni się kontekst kulturowy, a w tym przypadku dużą wartość, jaka jest przypisywana poprawności politycznej w USA. Podczas tworzenia nowej, ogłoszonej w 2013 roku klasyfikacji DSM-5 zdecydowano jednak na zastosowanie terminu „zaburzenia używania substancji”, w tym przypadku alkoholu (ang. substance use disorders) [14]. W tej klasyfikacji zniknął (lub pozostał szczątkowy) podział na uzależnienie i nadużywanie alkoholu, co może być kwestionowane.

Największą zmianą, jaka dokonała się w klasyfikacji DSM-5, jest pojawienie się w niej kryterium głodu alkoholu. Jak pokazują badania, włączenie tego kryterium diagnostycznego zwiększyło moc dyskryminacyjną poprzez odniesienie się do obszaru, który wcześniej nie funkcjonował w klasyfikacjach [15]. Badacze postulują także uwzględnienie wśród kryteriów zaburzenia używania alkoholu również innych metod diagnostycznych, takich jak choćby badania genetyczne albo neuroobrazowanie mózgu [16], które mogłyby pomóc w wyszczególnieniu podtypu uzależnienia. Taka zmiana niewątpliwie wpłynęłaby na precyzję i jakość procesu diagnostycznego. Nie można jednak zapominać o praktyce tego procesu, dlatego też optymalne kryteria powinny

być jasne, zwarte i łatwe do zapamiętania przez osoby nimi się posługujące, a ich weryfikacja nie powinna generować zbyt wysokich kosztów.

Tabela 1. Zestawienie kryteriów diagnostycznych uzależnienia od alkoholu oraz nadużywania alkoholu w klasyfikacjach: ICD-10, DSM-IV oraz DSM-5

Kryteria diagnostyczne zespołu uzależnienia od alkoholu wg Klasyfikacji ICD-10	Kryteria diagnostyczne nadużywania alkoholu wg Klasyfikacji DSM-IV	Kryteria diagnostyczne uzależnienia od alkoholu wg Klasyfikacji DSM-IV	Kryteria diagnostyczne zaburzeń używania alkoholu wg Klasyfikacji DSM-5
<ol style="list-style-type: none"> Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia (głód alkoholu). Upośledzenie zdolności kontrolowania zachowań związanych z pićm (upośledzenie zdolności powstrzymywania się od picia, trudności w zakończeniu picia, trudności w ograniczaniu ilości wypijanego alkoholu). Fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego w sytuacji ograniczenia lub przerywania picia (drżenie, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunka, bezsenność, niepokój, w krańcowej postaci mającące drżenne) bądź używanie alkoholu w celu uwolnienia się od objawów abstynencyjnych. Zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu, potrzeba spożywania zwiększonych dawek dla osiągnięcia oczekiwane efektu. Koncentracja życia wokół picia kosztem zainteresowań i obowiązków. Uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów na występowanie szkodliwych następstw picia. 	<ol style="list-style-type: none"> Powtarzające się używanie alkoholu powodujące niemożność właściwego wypełniania podstawowych obowiązków w pracy, szkole lub w domu. Powtarzające się używanie alkoholu w sytuacjach, kiedy stwarza to fizyczne zagrożenie (np. prowadzenie pojazdów lub kierowanie maszynami). Powtarzające się problemy prawne (np. zatrzymania w związku z niestosownym zachowaniem pod wpływem alkoholu). Uporczywe używanie alkoholu pomimo stałych bądź nawracających problemów społecznych lub międzyludzkich, które są skutkiem lub są nasilane przez działanie substancji. 	<ol style="list-style-type: none"> Potrzeba znacznie zwiększonych ilości alkoholu, aby osiągnąć pożądany stan intoksykacji lub znacząco zmniejszony efekt z dalszego korzystania z tej samej ilości alkoholu. Zespół abstynencyjny lub używanie alkoholu (bądź substancji o podobnym działaniu) w celu złagodzenia lub uniknięcia objawów odstawienia. Picie alkoholu w większych ilościach, częściej lub przez dłuższy czas niż się zamierzało pierwotnie. Utrzymujący się przez dłuższy czas zamiar lub co najmniej jedna próba przerywania picia bądź picia kontrolowanego. Znaczne zredukowanie lub zaniechanie aktywności społecznej, zawodowej i rekreacyjnej z powodu picia alkoholu. Znacząca ilość czasu poświęcona w celu uzyskania, użycia alkoholu lub dochodzeniu do siebie po wypiciu alkoholu. Picie alkoholu mimo wiedzy, że nawracające problemy zdrowotne lub psychiczne są spowodowane bądź zaostrzane przez picie alkoholu. 	<ol style="list-style-type: none"> Picie alkoholu w większych ilościach, częściej lub przez dłuższy czas niż się zamierzało pierwotnie. Utrzymujący się przez dłuższy czas zamiar lub co najmniej jedna próba przerywania picia bądź picia kontrolowanego. Znacząca ilość czasu poświęcona w celu uzyskania, użycia alkoholu lub dochodzeniu do siebie po wypiciu alkoholu. Głód alkoholu, silna potrzeba spożycia alkoholu. Powtarzające się używanie alkoholu powodujące niemożność właściwego wypełniania podstawowych obowiązków w pracy, szkole lub w domu. Uporczywe używanie alkoholu pomimo stałych lub nawracających problemów społecznych bądź międzyludzkich, które są skutkiem lub są nasilane przez działanie substancji. Znaczne zredukowanie lub zaniechanie aktywności społecznej, zawodowej i rekreacyjnej z powodu picia alkoholu. Powtarzające się używanie alkoholu w sytuacjach, kiedy stwarza to fizyczne zagrożenie. Picie alkoholu mimo wiedzy, że nawracające problemy zdrowotne lub psychiczne są spowodowane bądź zaostrzane przez picie alkoholu. Potrzeba znacznie zwiększonych ilości alkoholu, aby osiągnąć pożądany stan intoksykacji lub znacząco zmniejszony efekt z dalszego korzystania z tej samej ilości alkoholu. Zespół abstynencyjny lub używanie alkoholu (bądź substancji o podobnym działaniu) w celu złagodzenia lub uniknięcia objawów odstawienia.

Modele powstawania głodu alkoholu

Podobnie jak w przypadku definicji głodu alkoholu, badacze nie są zgodni co do etiologii tego zjawiska. Zdaje się, że żaden pojedynczy model nie wyjaśnia wszystkich aspektów głodu, jednak każdy zawiera elementy, które mogą ewentualnie mieć swój wkład w powstanie kompleksowego, holistycznego modelu. Nieco światła na to zagadnienie może rzucić zaproponowany przez Singletona i Gorelicka [17] podział na modele powstawania głodu alkoholu na podstawie mechanizmu warunkowania oraz mechanizmów poznawczych.

Modele oparte na założeniach warunkowania klasycznego zakładają, że bodźce związane z alkoholem (takie jak widok baru albo butelki piwa) stają się – wskutek kojarzenia z piciem alkoholu – bodźcami warunkowymi. Wyzwalają one tym samym reakcję psychologiczną i fizjologiczną podobną jak sam alkohol (między innymi uwalnianie do szczelin synaptycznych neuronów OUN określonych neuroprzebieżników) [18]. Jeśli zaś spożycie alkoholu nie nastąpi natychmiast, skutkuje to powstawaniem głodu alkoholu. Wśród modeli opartych na założeniach warunkowania klasycznego należy wymienić: model uwarunkowanego zespołu abstynencyjnego, model motywacyjnego uwrażliwienia lub model reaktywności na bodziec [19]. Odruchowo-warunkowe teorie oparte na uczeniu wyjaśniają powstawanie uzależnienia mechanizmem warunkowania pochodzącym z łagodzącego wpływu alkoholu oraz niekorzystnego wpływu odstawienia alkoholu i wystąpienia głodu. Zatem zachowania mające na celu unikanie objawów odstawienia prowadzą do poszukiwania alkoholu dla jego pozytywnego działania. To z kolei prowadzi do rozwoju i utrzymywania się uzależnienia.

Druga grupa modeli powstawania głodu alkoholowego oparta jest na założeniach odnoszących się do funkcjonowania poznawczego jednostki. Uwzględnione zostały tutaj procesy, takie jak antycypacja pozytywnych efektów działania alkoholu lub własne przekonania osoby na temat zdolności do radzenia sobie z głodem alkoholu. Na szczególną uwagę zasługuje tu poznawcza teoria społecznego uczenia się Marlatta i Gordona [20]. Pomimo tego, że autorzy skupili się przede wszystkim na wyjaśnieniu procesu nawrotu w uzależnieniu od alkoholu, to jednak istotne miejsce zajmuje tu także pojęcie głodu alkoholu. Jest ono definiowane jako „pragnienie pozytywnego efektu związanego z użyciem alkoholu”. W sytuacjach wysokiego ryzyka powodzenie w radzeniu sobie z głodem zależy od zaufania osoby uzależnionej do własnej zdolności do opanowania pragnienia picia [21]. Model ten uznaje głód alkoholu jako jeden z kilku czynników koniecznych do wywołania nawrotu. Wyróżniono więc cztery rodzaje głodu alkoholu: głód w odpowiedzi na zespół abstynencyjny (chęć, by znów poczuć się dobrze), głód w odpowiedzi na brak przyjemności (dążenie do poprawy samopoczucia), głód w odpowiedzi na bodziec warunkowy oraz głód w odpowiedzi na hedonistyczną przyjemność. Do modeli opartych na mechanizmach poznawczych należą jeszcze m.in. model neuropoznawczy (zakładający, że głód alkoholu wpływa na procesy poznawcze i także sam jest przez nie moderowany, a w momencie odczuwania głodu aktywowane są obszary mózgu związane z funkcjami pamięci i emocji) oraz model przetwarzania poznawczego.

Na uwagę zasługuje również neuropsychoanalityczny model powstawania głodu autorstwa Pankseppa. Psychoanalitycy traktują uzależnienie jako skutek trauma-

tycznych przeżyć we wczesnym okresie życia, zaś autodestrukcję alkoholową jako realizację pragnienia śmierci. Głód substancji psychoaktywnych można na nowo zdefiniować w odniesieniu do wielu systemów emocjonalnych obecnych w mózgach ssaków. Użycie opiatów zdaje się znosić lęk separacyjny i hamować działania zmierzające do poszukiwania opiekuna lub jego substytutu, co pokazały badania na myszach i małpach [22]. Panksepp wskazuje na zależność pomiędzy uzależnieniem od opiatów a zależnością w związku, podkreślając, że używanie substancji psychoaktywnych może być przejawem samoleczenia, u którego podłoża leży dojmujący ból psychiczny wynikający z izolacji od bliskiej osoby [22]. Autor koncepcji odwołuje się także do opisów stanu depriwacji opiatów, doświadczanego przez osoby uzależnione, który łudząco przypomina te przeżywane przez ludzi w stanach miłosnego uniesienia, jak choćby utrata racjonalności lub deficyty w zakresie samokontroli. Model ten wydaje się obiecujący jako punkt wyjścia do kolejnych badań nad związkiem pomiędzy procesami afektywnymi a powstawaniem głodu alkoholu, jak choćby analiz wpływu programu 12-kroków (akcentującego aspekt duchowości) na aktywację sieci neuronalnych [23].

Wiele prac wskazuje na istnienie genetycznego podłoża zależności alkoholowej, a co za tym idzie – również głodu alkoholu. Geny znajdujące się na chromosomach 1, 4, 7, 11 i 16 mogą łączyć się z większą podatnością na rozwój zależności alkoholowej [24]. Neurony dopaminergiczne w regionie brzusznej nakrywki są związane z nasilaniem spożywania alkoholu, co wiąże się polimorfizmami receptora DRD2.

Warto wspomnieć jeszcze o teorii metabolicznej. Kostowski podkreśla, że zgodnie z jej założeniami rozwojowi uzależnienia miałyby sprzyjać zaburzenia metaboliczne, głównie osłabienie funkcji enzymów wątrobowych biorących udział w przemianie alkoholu, co miałyby prowadzić do dłuższego kontaktu alkoholu z receptorami w ośrodkowym układzie nerwowym [25].

Narzędzia służące do pomiaru głodu alkoholowego

Jeszcze do niedawna głównym narzędziem do pomiaru głodu alkoholu były pytania, takie jak: „Czy w ostatnim czasie odczuwałeś głód alkoholu?”, „Jak silny był odczuwany przez Ciebie głód alkoholu?”, w których badani byli proszeni o udzielenie odpowiedzi na skali (skale analogowe, zwykle od 1 do 10). Ze względu na prostotę i szybkość technika ta ma zastosowanie w praktyce klinicznej, jednak w badaniach może mieć ograniczoną funkcję. Opracowano narzędzia służące do pomiaru głodu alkoholu, które zostały znormalizowane [26], niektóre z nich doczekały się także adaptacji kulturowych [27]. Należy dodać, że skale analogowe są najpowszechniej używane w badaniach.

Warto szerzej przyjrzeć się kilku procedurom i narzędziom stworzonym do konceptualizacji i pomiaru głodu alkoholu. Zostaną one kolejno przedstawione.

Pierwszym z nich jest Specyficzny Test Scenek związanych z Alkoholem (The Alcohol Specific Role Play Test), którego autorzy wyróżnili 10 kategorii sytuacji, spośród 600 potencjalnych, zgłaszanych przez osoby uzależnione od alkoholu, wyzwalających głód alkoholu. Badani byli proszeni o opisanie tego, jak zareagowałiby w konkretnej sytuacji, a po wykonaniu całego zadania oceniali swój poziom głodu alkoholu (na

11-stopniowej skali), który pojawił się w każdej ze scenek. Kompetentni sędziowie oceniali efektywność asertywnych zachowań podjętych przez osoby badane [28]. Badania wykazały, że występuje zależność pomiędzy wysokimi wynikami w Specyficznym Teście Scenek a liczbą sytuacji związanych ze złamaniem abstynencji przez pacjentów w ciągu 6 miesięcy od badania [29].

Kolejnym narzędziem jest zawierająca 14 pozycji Skala Picia Obsesyjno-Kompulsywnego (Obsessive Compulsive Drinking Scale – OCDS) opracowana na bazie istniejących kwestionariuszy do diagnozy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych niezwiązanych ze spożywaniem alkoholu [30, 31]. Zawiera ona zarówno skalę głodu alkoholu, jak i podskale uwzględniające składowe obsesji i kompulsji związanych z piciem. To narzędzie znalazło także swoje zastosowanie w przewidywaniu nawrotów picia [32]. Warto również dodać, że na bazie OCDS powstało narzędzie A-OCDS, które służy do pomiaru poziomu głodu alkoholu u adolescentów i młodych dorosłych [33].

Kwestionariusz Chęci Spożycia Alkoholu (Alcohol Urge Questionnaire – AUQ) składa się z 8 pytań, z których cztery odnoszą się do pragnienia napicia się, dwa dotyczą nadziei i oczekiwań związanych z pozytywnym działaniem alkoholu, natomiast dwa ostatnie niemożności powstrzymania się od sięgnięcia po alkohol, kiedy ten jest dostępny [29]. Badani proszeni są o zaznaczenie na 7-stopniowej skali, w jakim stopniu zgadzają się z podanymi twierdzeniami (gdzie 1 to „całkowicie się nie zgadzam”, a 7 – „całkowicie się zgadzam”). Badania pokazały, że występuje wysoka ujemna korelacja pomiędzy wskaźnikiem głodu alkoholu mierzonego za pomocą AUQ a długością czasu abstynencji [29].

Kolejnym narzędziem jest Lubecka Skala Głodu Alkoholowego (Lübeck Craving Scale – LCRR), która zawiera 10 pytań, w tym wielokrotnego wyboru. Podobnie jak skala OCDS, to narzędzie odnoszące się do treści retrospektywnych, jednak perspektywa czasowa, do której się odwołuje, jest dłuższa. Pacjenci pytani są o natężenie pragnienia wypicia alkoholu oraz realizację tego pragnienia w ciągu ostatnich 30 dni, ostatniego roku oraz ostatnich trzech lat [34].

Jeśli chodzi o propozycje służące operacjonalizacji i pomiarowi głodu alkoholu, interesujące zdaje się także zastosowanie tu technik neuroobrazowania lub całodobowej obserwacji zachowania i monitorowania wskaźników fizjologicznych.

Podsumowanie

Wielu badaczy uważa głód alkoholu za ważny czynnik w rozwoju oraz utrzymywaniu uzależnienia od alkoholu, jednak brak jest zgodności co do jego konkretnej definicji oraz jednolitego modelu powstawania. Niejasności te znajdują swoje odzwierciedlenie w kolejno tworzonych klasyfikacjach diagnostycznych. Współistnienie wielu, często kontrastujących ze sobą teorii może wskazywać, że różne podtypy pacjentów mogą prezentować odmienne mechanizmy powstawania głodu alkoholu. Obiecujące zdaje się uwzględnienie w badaniach klinicznych typologii uzależnienia, przedstawianej na przykład przez Cloningera, Lescha lub Zuckera. Poszerzenie tej refleksji o badania genetyczne może zaowocować powstaniem strategii leczenia celowanego, uwzględniającego dane kliniczne i farmakologiczne [35]. Dodatkowym zagadnieniem, które

nie zostało ujęte w tej publikacji, jest aspekt farmakoterapii głodu alkoholu. Nie należy o nim zapominać ani dewaluować jego wartości. Według zaleceń Sekcji Farmakoterapii Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami (PTBU) i Sekcji Psychofarmakologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP) lekiem pierwszego rzutu jest w tym przypadku naltrekson, który hamuje aktywację układu endogennych opioidów po podaniu alkoholu, co przekłada się na zmniejszenie głodu alkoholu [36].

Piśmiennictwo

1. Bhunu CP. *Mathematical analysis of alcoholism*. WJMS 2012; 8(2): 124–134.
2. http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=155&Itemid=144 [dostęp: 10.02.2014].
3. Moskalewicz J, Wieczorek Ł. *Dostępność, konsumpcja alkoholu i konsekwencje picia – trzy dekady doświadczeń*. Alkohol. Narkom. 2009; 22(4): 305–337.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
5. Jellinek EM. *The craving for alcohol. A symposium by members of the WHO Expert Committees on Mental Health and Alcohol*. Q. J. Stud. Alcohol 1955; 16(1): 34–66.
6. Geerlings P, Lesch OM. *Introduction: craving and relapse in alcoholism: neurobio-psychosocial understanding*. Alcohol Alcohol. 1999; 34(2): 195–196.
7. Pużyński S, Wciórka J. red. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
8. Habrat B. *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Systemy diagnostyczne, klasyfikacje, terminologia*. Psychiatria 2010; 7(2): 75–81.
9. Hasin D, Paykin A. *Alcohol dependence and abuse diagnoses: concurrent validity in a nationally representative sample*. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1999; 23: 144–150.
10. Hasin D. *The validity of DSM-IV alcohol dependence: what do we know and what do we need to know?* Alcohol. Clin. Exp. Res. 2003; 27(2): 244–252.
11. Wakefield JC, First MB. *Clarifying the distinction between disorder and nondisorder: Confronting the overdiagnosis problem in DSM-V*. W: Phillips KA, First MB, Pincus HA. red. *Advancing DSM: dilemmas in psychiatric diagnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2003. s. 23–56.
12. Christopher SM, Chung T, Langenbucher JW. *How should we revise diagnostic criteria for substance use disorders in the DSM-V?* J. Abnorm. Psychol. 2008; 117(3): 561.
13. O'Brien C, Volkow N, Li TK. *What's in a word? Addiction versus dependence in DSM-V*. Am. J. Psychiatry 2006; 163: 764–765.
14. Casey M, Adamson G, Shevlin M, McKinney A. *The role of craving in AUDs: dimensionality and differential functioning in the DSM-5*. Drug Alcohol Depend. 2012; 125(1–2): 75–80.
15. Bond J, Ye Y, Swiatkiewicz G. *Scaling properties of the combined ICD-10 dependence and harms criteria and comparison with DSM-5 alcohol use disorder criteria among patients in the emergency department*. J. Stud. Alcohol Drugs 2012; 73(2): 328–336.

16. Shaffer HJ, LaPlante DA, LaBrie RA, Kidman RC, Donato AN, Stanton, MV. *Toward a syndrome model of addiction: Multiple expressions, common etiology*. Harv. Rev. Psychiatry 2004; 12(6): 367–374.
17. Singleton EG, Gorelick DA. *Mechanisms of alcohol craving and their clinical implications. Recent developments in alcoholism*. W: Galanter M. red. *The consequences of alcoholism*. New York: Plenum Press; 1998. s. 177–195.
18. Anton RF. *What is craving*. Alcohol Res. Health 1999; 23(3): 165–173.
19. Drummond DC. *Theories of drug craving, ancient and modern*. Addiction 2001; 96(1): 33–46.
20. Niaura R. *Cognitive social learning and related perspectives on drug craving*. Addiction 2000; 95(8): 155–163.
21. Marlatt GA, Donovan DM. *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press; 2005.
22. Panksepp J. *Affective neurosciences – the foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press; 1998.
23. Panksepp J, Knuson B, Burgdorf J. *The role of brain emotional systems in addictions: a neuro-evolutionary perspective and new 'self-report' animal model*. Addiction 2002; 97(4): 459–469.
24. Nurnberger JI, Foroud T, Flury L, Su J, Meyer ET. *Evidence for a locus on chromosome 1 that influences vulnerability to alcoholism and affective disorders*. Am. J. Psychiatry 2001; 158(5): 718–724.
25. Kostowski W. *Podstawowe mechanizmy i teorie uzależnień*. Alkohol. Narkom. 2006; 19(2): 139–168.
26. Janiri L, Calvosa F, Dario T, Pozzi G, Ruggeri A, Addolorato G. *The Italian version of the Obsessive–Compulsive Drinking Scale: validation, comparison with the other versions, and difference between type 1-and type 2-like alcoholics*. Drug Alcohol Depend. 2004; 74(2): 187–195.
27. Monti P, Rohsenow D. *Development of a behavior analytically derived alcohol-specific role-play assessment instrument*. J. Stud. Alcohol. 1993; 54(6): 710–721.
28. Hutchison KE. *Toward bridging the gap between biological, psychobiological and psychosocial models of alcohol craving*. Addiction 2000; 95(2): 229–236.
29. Drummond DC, Phillips TS. *Alcohol urges in alcohol-dependent drinkers: further validation of the Alcohol Urge Questionnaire in an untreated community clinical population*. Addiction 2002; 97(11): 1465–1472.
30. Anton RF. *Obsessive-compulsive aspects of craving: Development of the Obsessive Compulsive Drinking Scale*. Addiction 2000; 95(2): 211–217.
31. Anton RF, Moak DH, Latham PK. *Obsessive Compulsive Drinking Scale: A new method of assessing outcome in alcoholism*. Arch. Gen. Psychiatry 1996; 53(3): 225.
32. Anton RF, Moak DH, Waid LR, Latham PK, Malcolm RJ, Dias J K. *Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of outpatient alcoholics: results of a placebo-controlled trial*. Am. J. Psychiatry 1999; 156(11): 1758–1764.
33. Deas D, Roberts JS, Randall CL, Anton RF. *Confirmatory analysis of the adolescent obsessive compulsive drinking scale (A-OCDS): a measure of craving and problem drinking in adolescents/young adults*. J. Natl. Med. Assoc. 2002; 94(10): 879–887.
34. Potgieter AS, Deckers F, Geerlings P. *Craving and relapse measurement in alcoholism*. Alcohol Alcohol. 1999; 34(2): 254–260.
35. Samochowiec A, Mordasewicz A, Arentowicz G, Samochowiec J. *Wpływ badań genetycznych na poznanie patogenezy uzależnień*. Psychiatria 2005; 2(1): 9–18.

36. Bieńkowski P, Habrat B, Jarema M, Mierzejewski P, Samochowiec J, Wojnar M. i wsp. *Długoterminowa farmakoterapia wspierająca utrzymywanie abstynencji lub zmniejszająca spożycie alkoholu u osób uzależnionych od alkoholu. Zalecenia Sekcji Farmakoterapii Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami (PTBU) i Sekcji Psychofarmakologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP)*. Farmakoter. Psychiatr. Neurol. 2013; 29(3–4): 133–139.

Adres: Katarzyna Iwanicka
Ośrodek Leczenia Uzależnień w Lublinie
20-027 Lublin, ul. Karłowicza 1

Otrzymano: 21.02.2014
Zrecenzowano: 25.05.2014
Otrzymano po poprawie: 3.06.2014
Przyjęto do druku: 25.02.2015