

Uzależnienie od alkoholu, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, uzależnienia behawioralne cz. I

lek. Tomasz Tomczak

Klinika Zaburzeń Afektywnych
i Psychotycznych CSK UM w Łodzi



UNIWERSYTET
MEDYCZNY
W ŁODZI



Agenda

Klasyfikacje

- ICD-10
- ICD-11

SPA

- Epidemiologia
- Terminologia
- Uzależnienie od opiatów - zespół abstynencyjny
(pozostałe zostaną omówione podczas zajęć dydaktycznych na 4. roku)

Alkohol

- Epidemiologia
- Terminologia
- Zespół uzależnienia
- Konsekwencje somatyczne
- Zespół abstynencyjny
- Majaczenie alkoholowe
- Przypadki kliniczne

Uzależnienia behawioralne

- Pracoholizm
- Uzależnienie od hazardu
- Seksoholizm
- Uzależnienie od komputera, Internetu,
- Uzależnienie od zakupów

Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych - ICD-10 vs ICD-11

ICD-10	ICD-11
F10–F19: „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych”	6C4: „Zaburzenia związane z używaniem substancji” 14 klas substancji
•F10 – alkohol •F11 – opioidy •F12 – kannabinoidy •F13 – leki uspokajające i nasenne •F14 – kokaina •F15 – inne substancje pobudzające, w tym kofeina •F16 – halucynogeny •F17 – tytoń •F18 – rozpuszczalniki lotne •F19 – używanie wielu substancji / innych substancji psychoaktywnych 4. znak oznacza obraz kliniczny, m.in.: .0 ostre zatrucie → .1 używanie szkodliwe → .2 zespół uzależnienia → .3 zespół abstynencyjny → .4 abstynencja z majaczeniem → .5 zaburzenia psychotyczne → .6 zespół amnestyczny → .7 zaburzenia rezydualne i późno ujawniające się	• 6C40 – alkohol • 6C41 – konopie indyjskie • 6C41 – syntetyczne kanabinoidy (!) • 6C43 – opioidy • 6C44 – leki uspokajające, nasenne i przeciwlękowe • 6C45 – kokaina • 6C46 – substancje stymulujące, w tym amfetaminy i metamfetamina • 6C47 – syntetyczne katynony (!) • 6C48 – kofeina • 6C49 – halucynogeny • 6C4A – nikotyna • 6C4B – lotne środki wziewne • 6C4C – MDMA lub pokrewne (!) • 6C4D – substancje dysocjacyjne, np. ketamina (!) • 6C4D – inne określone • 6C4F – wiele określonych substancji psychoaktywnych • 6C4Z – zaburzenie związane z używaniem substancji, nieokreślone. (!) dodane substancje względem ICD-10

Klasyfikacja ICD-11 - co nowego?

- Zaktualizowany i rozszerzony zakres klas substancji;
- Uproszczenie kryteria diagnostycznych dla uzależnienia;
- Dokładniejsza specyfikacja różnych szkodliwych schematów używania substancji, które mogą mieć charakter ciągły, epizodyczny lub powtarzający się;
- Nowa kategoria oznaczająca pojedyncze przypadki szkodliwego używania 6C4x.0;
- Przeniesienie zaburzeń neurokognitywnych związanych z substancjami psychoaktywnymi do sekcji zaburzeń neurokognitywnych;
- w ICD-11 zaburzenia związane z używaniem substancji oraz **zaburzenia związane z zachowaniami uzależniającymi** tworzą szersze grupowanie, ale są odrębnymi kategoriami. Do tych drugich należą:
 - **zaburzenie związane z hazardem (6C50)**
 - **zaburzenie związane z grami sieciowymi (6C51).**Oba zawierają dwie podkategorie: on-line lub off-line.

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych (SPA)

Uzależnienia w liczbach

- Kontakt z narkotkami deklaruje co piąty dorosły obywatel Polski (ok. 21%)
- Najczęściej z przetworami konopi indyjskich (marihuana, haszysz)
- Po substancje psychoaktywne znacznie częściej sięgają mężczyźni
- Ok. 20% przyjęć do SOR/IP stanowią pacjenci pod wpływem alkoholu lub substancji psychoaktywnych (każdy lekarz spotka się z takim pacjentem)

Substancje psychoaktywne

to związki chemiczne pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, które po przyjęciu lub wprowadzeniu do organizmu **wpływają na procesy psychiczne**, takie jak świadomość, postrzeganie, nastrój, procesy poznawcze lub zachowanie (zmieniają chemię mózgu i sposób przekazywania sygnałów nerwowych).

Pojęcie obejmuje zarówno substancje legalne (np. kofeina, alkohol, nikotyna), leki przepisywane na receptę (np. opioidy, leki uspokajające), jak i substancje nielegalne (np. heroina, kokaina, LSD).

Określenie „psychoaktywna” opisuje sam mechanizm działania i nie oznacza automatycznie, że dany związek musi wywoływać silne uzależnienie fizyczne (choć wiele z nich je powoduje).

Ostre zatrucie

Stan występujący po przyjęciu substancji psychoaktywnej, który przejawia się zaburzeniami poziomu świadomości, procesów poznawczych, percepcji, afektu lub zachowania, bądź innych funkcji i reakcji psychofizjologicznych. Zaburzenia te są bezpośrednim następstwem działania farmakologicznego danej substancji i z czasem całkowicie ustępują, o ile nie doszło do uszkodzenia tkanek lub innych powikłań.

Powikłania mogą obejmować uraz, zachłyśnięcie się wymiocinami, majaczenie, śpiączkę, drgawki lub inne powikłania medyczne. Charakter tych powikłań uzależniony jest od klasy farmakologicznej, do której należy dana substancja, jak również sposobu jej podania.

Używanie szkodliwe

Używanie substancji psychoaktywnej w sposób szkodliwy dla zdrowia. Może to być szkoda somatyczna (jak w przypadkach zapalenia wątroby w wyniku autoiniekcji substancji psychoaktywnych) lub psychiczna (np. epizody depresyjne wtórne wobec spożycia dużej ilości alkoholu). Używanie szkodliwe trwa mimo występowania wyraźnych szkód zdrowotnych, ale też poważnych problemów w funkcjonowaniu i relacjach z innymi.

Zespół uzależnienia

Obejmuje (1) **objawy behawioralne, poznawcze i fizjologiczne**, które rozwijają się po wielokrotnym użyciu danej substancji i które zazwyczaj obejmują (2) silną potrzebę przyjmowania środka, (3) trudności z kontrolowaniem jego używania, (4) uporczywe używanie pomimo szkodliwych następstw, (5) przedkładanie przyjmowania środków ponad inne zajęcia i zobowiązania, (6) zwiększoną tolerancję, czasem występowanie (7) objawów fizycznych zespołu abstynencyjnego.

Zespół uzależnienia może dotyczyć pojedynczej substancji psychoaktywnej (np. tytoniu, alkoholu, diazepamu), określonej klasy substancji (np. opioidów), bądź różnych środków wykazujących odmienne właściwości farmakologiczne,

Zespół abstynencyjny

Grupa objawów występujących w różnych kombinacjach i w różnym nasileniu, pojawiających się po bezwzględnym lub względnym odstawieniu substancji psychoaktywnej po okresie jej stałego przyjmowania. Pojawienie się objawów i przebieg zespołu abstynencyjnego są ograniczone w czasie i są uzależnione od typu substancji psychoaktywnej oraz od dawki stosowanej bezpośrednio przed zaprzestaniem lub ograniczeniem przyjmowania tej substancji. Może być powikłany drgawkami.

Pojęcie tzw. "podwójnej diagnozy"

To współwystępowanie u tej samej osoby zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej oraz innego zaburzenia psychicznego

Przykładowo:

- schizofrenia + uzależnienie od alkoholu
- zaburzenie depresyjne + zaburzenie używania opioidów.

Zespół amotywacyjny (apatyczno-abuliczny)

- zespół objawów charakteryzujący się zmniejszeniem motywacji i aktywności, apatią, awolicją, wycofaniem społecznym oraz niekiedy spłyceniem afektu i zaburzeniami funkcji poznawczych, tradycyjnie wiązany z przewlekłym używaniem **konopi**.

Tolerancja krzyżowa

- zjawisko, w którym rozwój tolerancji na jedną substancję psychoaktywną powoduje zmniejszoną wrażliwość na działanie innej substancji, zwykle o podobnym mechanizmie działania. Przykładowo, osoba, która rozwinęła tolerancję na alkohol, może wykazywać częściowo zmniejszoną wrażliwość na działanie benzodiazepin, ponieważ obie grupy substancji nasilają przekąźnictwo GABA-ergiczne.

Uzależnienie od opioidów

- Zastosowanie opioidów: leki przeciwbólowe, przeciwkaszlowe, przeciwbiegunkowe.
- bardzo często spotykane uzależnienie w populacji ogólnej (szczególnie od leków przeciwbólowych - TRAMADOL)
- największa śmiertelność (przedawkowanie, choroby współistniejące, zakaźne)
- znaczna deterioracja funkcjonowania społecznego – wypadanie z ról społecznych
- OBJAWY ODSTAWIENNE: **rozszerzone źrenice, drżenie rąk, niepokój, gęsia skórka, dreszcze, potliwość, bóle kości, stawów, objawy kataru – objawy grypopodobne, tachykardia, biegunka, wymioty, lęk, agitacja, drażliwość, podniecenie.** Przewlekłe: zmęczenie, anhedonia, spadek łaknienia, bezsenność.
- LECZENIE OBJAWÓW ODSTAWIENNYCH
 - Ostre:
 - klonidyna,
 - BZD,
 - loperamid,
 - NLPZ,
 - środki przeciwwymiotne
 - Przewlekłe:
 - program metadonowy (metadon/buprenorfina)
 - rehabilitacja i oddziaływania odwykowe

Zaburzenia psychiczne związane z używaniem alkoholu

Epidemiologia

- szkodliwe używanie alkoholu
 - 12-15 % Polaków
- uzależnienie od alkoholu
 - 2 % Polaków (M>K)
 - nadal jedno z najczęstszych i najbardziej kosztownych problemów psychicznych.

Terminologia (1)

Upojenie zwykłe	stan związany ze znacznym wpływem alkoholu etylowego na organizm człowieka
Upojenie patologiczne	<u>natychmiast</u> po wypiciu <u>niewielkiej dawki</u> alkoholu, która u większości osób nie powoduje upicia. Nagłe <u>pojawienie się agresji</u> i często gwałtownego zachowania, <u>nietypowego dla danej osoby</u> , gdy jest trzeźwa.
Picie szkodliwe	zwane także nadużywaniem alkoholu, to taki wzorzec picia alkoholu, który <u>powoduje szkody zdrowotne</u> , często natury somatycznej (np. polineuropatię alkoholową, alkoholowe zapalenie, stłuszczenie lub marskość wątroby) oraz psychiczne, np. depresję alkoholową.
Używanie ryzykowne	takie używanie substancji, które <u>potencjalnie naraża</u> na powstanie szkód zdrowotnych. (brak takiego rozpoznania w ICD)
Upojenie na podłożu patologicznym	upojenie, w którym poza typowymi objawami upojenia zwykłego dochodzi do nasilenia objawów innych istniejących poprzednio zaburzeń psychicznych (zaburzeń świadomości, urojeń, omamów), których nie było w okresie bezpośrednio poprzedzającym spożycie. Występuje <u>u osób z chorobami psychicznymi, padaczką, ze zmianami organicznymi w OUN</u> (pозapalnymi, pourazowymi, miażdżycowymi) po małych dawkach alkoholu, co jest wyrazem jego zmniejszonej tolerancji u tych osób.

Terminologia (2)

	STĘŻENIE ALKOHOLU
STAN PO UŻYCIU	0,2-0,5‰ we krwi 0,1-0,25 mg alkoholu/1 l wydychanego powietrza
STAN NIETRZEŻWOŚCI	>0,5 ‰ we krwi

Upicie zwykłe

3 FAZY UPICIA ALKOHOLEWEGO

Lekkie upicie	0,5-1,5‰ stężenie alkoholu we krwi
Upicie alkoholowe	1,5-3‰ stężenie alkoholu we krwi
Głębokie upicie alkoholowe	3-4,5‰ stężenie alkoholu we krwi

W ciągu 2 min. stężenie alkoholu w tkance mózgowej odpowiada dokładnie określone mu stężeniu alkoholu we krwi.

0,2‰/h - szybkość eliminacji alkoholu z organizmu

WPŁYW ALKOHOLU NA ORGANIZM

0,3 – 0,5‰	upośledzenie koordynacji wzrokowo-ruchowej, zaburzenia równowagi, euforia
0,5 – 0,7‰	zaburzenia sprawności ruchowej, pobudliwość, gadatliwość, obniżenie samokontroli i oceny możliwości
0,7 – 2,0‰	wyraźne zaburzenia równowagi, obniżenie sprawności intelektualnej, opóźnienie czasu reakcji, nasilenie drażliwości, wzrost ciśnienia tętniczego krwi
2,0 – 3,0‰	zaburzenia mowy, przewracanie się, wzmożona senność, obniżona zdolność kontrolowania swoich zachowań
3,0 – 4,0‰	spadek ciśnienia krwi, obniżenie temperatury ciała, zanik odruchów fizjologicznych
> 4‰	śpiączka, śmierć



Zaburzenia psychiczne związane z alkoholem

1. Zatrucie alkoholem
2. Zespół abstynencyjny
3. Majaczenie alkoholowe
4. Psychozy alkoholowe
 - Paranoja alkoholowa (zespół Otella)
 - Halucynozja alkoholowa
 - Alkoholowy zespół amnestyczny (zespół Korsakowa)

ICD-10: F1x.2 Zespół uzależnienia

≥ 3 przejawów powtarzało się powtarzały się w okresie ostatnich **12 miesięcy**
lub występowało łącznie przez **1 miesiąc**

- silne **pragnienie** lub poczucie przymusu przyjmowania substancji
- upośledzona zdolność **kontroli**
- fizjologiczne objawy stanu **abstynencyjnego** (--> F1.x3, F1.x4) albo używanie substancji w celu uwolnienia się od objawów abstynencyjnych
- potwierdzenie **tolerancji** (konieczność przyjmowania coraz większej ilości substancji)
- silne **pochłonięcie** / narastające **zaniedbywanie alternatywnych zainteresowań i przyjemności**
- **uporczywe przyjmowanie**, mimo oczywistych szkód

ICD-11: Zespół uzależnienia

≥ 2 cech specyficznego wzorca picia alkoholu w okresie ostatnich 3 miesięcy picia ciągłego (codziennego lub prawie codziennego)

- Utrata kontroli nad piciem
- Wzrastający priorytet picia
- Objawy fizjologiczne wskazujące na tolerancję, neuroadaptację

6C40.2 Zespół uzależnienia od alkoholu (ICD-11)

Zaburzenie regulacji używania alkoholu wynikające z powtarzanego lub ciągłego używania alkoholu. Charakterystyczną cechą jest **silne wewnętrzne dążenie** do używania alkoholu, które przejawia się **upośledzoną zdolnością kontrolowania** używania, **pierwszeństwo używania** alkoholu w stosunku do innych działań i **uporczywością** używania pomimo szkód lub negatywnych konsekwencji. Tym doświadczeniom często towarzyszy subiektywne uczucie **pożądania lub „głodu”** używania alkoholu. Mogą również występować fizjologiczne cechy uzależnienia, w tym **tolerancja** działania alkoholu, **objawy odstawiennne** (abstynencyjne) po zaprzestaniu lub ograniczeniu używania alkoholu czy powtarzane używanie alkoholu lub farmakologicznie podobnych substancji w celu zapobieżenia lub złagodzenia objawów odstawiennych.

Cechy uzależnienia są zwykle widoczne przez okres co najmniej **12 miesięcy**, ale diagnozę można postawić, jeśli używanie alkoholu jest ciągłe (codzienne lub prawie codzienne) przez co najmniej **3 miesiące**.

Zespół uzależnienia od alkoholu

ICD-10 vs ICD-11

	ICD-10	ICD-11
Ilość objawów	$\geq 3/6$	$\geq 2/3$
Kryterium czasowe	1 mies. lub jeśli krócej to powtarzało się w okresie ostatnich 12 mies.	3 mies. ciągłego używania alkoholu (codziennie lub prawie codziennie); cechy uzależnienia są widoczne przez conajmniej 12 mies.

Zespół uzależnienia od alkoholu - fazy rozwoju

1.wstępna (prealkoholiczna, objawowa)	2. zwiastunowa	3. krytyczna	4. chroniczna
- Konwencjonalny styl pica - Alkohol jako źródło przyjemności, „lek” na trudne emocje - ↗ tolerancji	- Palimpsesty (zerwanie filmu, przerwa w życiorysie) - Picie po kryjomu - Duża koncentracja na piciu - Szukanie okazji do picia - Jeszcze zauważa zmianę w sposobie picia	- Utrata kontroli (nie może przestać) - Stany upojenia - Głód alkoholowy (przymus fizyczny picia) - Okresowa zdolność do czasowej abstynencji - Samooszukiwanie, własne uzasadnienia, rozwój postawy wielkościowej, odizolowanie, zaniedbywanie pracy, posiłków, relacji, utrata zainteresowań, obniżenie libido, epizody zazdrości alkoholowej	- Wielodniowe ciągi picia - Rozpad zasad moralnych - Uszkodzenie procesów myślenia, zdolności oceny faktów, pogorszenie motoryki - Psychozy alkoholowe, napady lęku - Picie także alkoholi niekonsumpcyjnych - ↘ tolerancji alkoholowej

Zespół uzależnienia od alkoholu - tło biologiczne (1)

- Nagradzające (przyjemne, pobudzające) efekty alkoholu etylowego wynikają z **uwalniania dopaminy w mezolimbicznym układzie nagrody**, z którego projekcje docierają do **kory oczodołowo-czołowej i przedczołowej** (obszary związane z regulacją motywacji i kontroli poznawczej).
- Alkohol oddziałuje również bezpośrednio na aktywność wielu układów neuroprzekaźnikowych, a także ma wpływ na aktywność układów neuroendokrynnych (w tym oś podwzgórze-przysadka-nadnercza).
- Utrata kontroli nad piciem alkoholu wiąże się ze zmianami funkcji obszarów OUN związanych z podejmowaniem zachowań umotywowanych oraz kontrolą emocji i stresu (śródmózgowie, układ limbiczny, kora przedczołowa, jądro migdałowe).
- Picie alkoholu jest podtrzymywane przez mechanizmy wzmocnienia:
 - pozytywnego (nagradzające i oczekiwane efekty alkoholu) - za pośrednictwem dopaminy, endogennych opioidów, GABA i endokannabinoidów;
 - negatywnego (przykre stany fizjologiczne i emocjonalne łagodzone przez alkohol) - wzmożenie wydzielania CRF (corticotropin-releasing factor) i aktywności układu glutaminergicznego oraz wyhamowania przekąźnictwa GABA-ergicznego.

Zespół uzależnienia od alkoholu - tło biologiczne (2)

- Długotrwała ekspozycja na alkohol prowadzi do zmian adaptacyjnych w wielu układach neuroprzekaźników (głównie GABA, gluta-, noradrenergicznym).
- Konsekwencją jest z jednej strony rozwój tolerancji etanolu a z drugiej objawy zespołu abstynencyjnego, w razie zaprzestania regularnego picia alkoholu.

ZZA jako charakter chorobowy :

- utrata kontroli pacjenta nad piciem
- progresja objawów chorobowych
- prowadzi do przedwczesnej śmierci

Czynniki rozwoju ZZA

- ✓ 60% stanowią czynniki **genetyczne**
- ✓ 40% czynniki **środowiskowe** (psychologiczne, socjokulturowe, biologiczne)

Zespół uzależnienia od alkoholu - typy wg Cloningera

	TYP 1	TYP 2
Płeć	głównie kobiety	głównie mężczyźni
Wiek	po 25 r.ż.	ok. 16 r.ż. (wcześniej)
Uwarunkowanie	środowiskowo	genetycznie
Cechy osobowości	introwersja, neurotyczność, zależność, unikanie	ekstrawertyzm, antyspołeczna osobowość
Model picia	intensywne picie szybko prowadzące do poważnych szkód psychicznych i fizycznych	brak wyraźnych abstynencji szkody zdrowotne po długim okresie picia
krytycyzm	zachowany + nasilone poczucie winy	ograniczony

Zespół uzależnienia od alkoholu - diagnostyka

Ma charakter jedynie pomocniczy (do diagnozy wystarczy spełnienie kryteriów ICD w trakcie badania psychiatrycznego)

- Skale
 - Test Cage
 - MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)
- Badania laboratoryjne
 - fosfatydyloetanol (PEth)
 - transferyna desialowana (CDT)
 - glukuronid etylu (EtG) we włosach i w moczu
 - Gamma-glutamilo-transferaza (GGTP)
 - Aminotransferazy: asparaginianowa i alaninowa (AST, ALT)
 - Transferyna desialowana (CDT)
 - Średnia objętość krwinki czerwonej (MCV) ↑

U pacjentów z ZZA
często obserwuje się także:

- hipokaliemię
- trombocytopenię

Zespół uzależnienia od alkoholu - diagnostyka

Test Cage

- Cut down – próbowałeś **ograniczyć** picie?
- Annoy – **denerwują** Cię uwagi na temat Twojego picia?
- Guilt – miałeś **poczucie winy** w związku z piciem?
- Eye-opener – zdarzało Ci się **klinować**?

min. 2 odpowiedzi twierdzące zwiększają prawdopodobieństwo rozpoznania uzależnienia.

MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)

1. Czy uważasz, że pijesz tyle, co większość ludzi?
2. Czy Twoi bliscy uważają, że pijesz za dużo?
3. Czy brałeś udział w spotkaniu AA?
4. Czy straciłeś dziewczynę lub przyjaciela z powodu picia?
5. Czy miałeś problemy w pracy z powodu picia?
6. Czy zaniedbałeś swoje obowiązki, sprawy rodzinne lub opuściłeś kilka dni w pracy?
7. Czy miałeś delirium?
8. Czy z powodu picia zwracałeś się do kogoś o radę?
9. Czy przebywałeś w szpitalu z powodu picia?
10. Czy prowadziłeś po alkoholu?

5 twierdzących odpowiedzi - stwierdzenie uzależnienia

Zespół uzależnienia od alkoholu - cechy osobowości sprzyjające uzależnieniu

introwersja, neurotyczność, zależność, unikanie → typ I wg Cloningera	cechy osobowości antyspołecznej, ekstrawertywnej → typ II wg Cloningera
• nadmierna zależność emocjonalna • trudność w wyrażaniu uczuć • niska samoocena • lęk przez relacjami interpersonalnymi • perfekcjonizm	• towarzyskość • impulsywność • skłonność do sytuacji ryzykownych • niska odporność na frustrację

Zespół uzależnienia od alkoholu - osoba wysokofunkcjonująca

Wysokofunkcjonująca osoba uzależniona od alkoholu to osoba, która mimo uzależnienia, jest w stanie funkcjonować społecznie, zawodowo, towarzysko; zapewnić byt materialny rodzinie.

Obraz wysokofunkcjonującej osoby uzależnionej od alkoholu:

- 30 - 40 letnia kobieta z wyższym wykształceniem
- często na kierowniczym stanowisku
- cechy perfekcjonistyczne
- wychowane w bardzo dobrych warunkach społecznych, materialnych i rodzinnych

Zespół uzależnienia od alkoholu - współuzależnienie (1)

Utrwalona **forma funkcjonowania** w długotrwałej, trudnej i niszczącej sytuacji życiowej związanej z patologicznymi zachowaniami partnera. Ogranicza swobodę wyboru postępowania osoby współuzależnionej, pogarsza jej stan, utrudnia zmianę własnego położenia.

O współuzależnieniu mówimy jedynie u osób **dorosłych** (bo tylko dorosły wchodzi dobrowolnie w dysfunkcyjny związek i w nim trwa)

Przyczyny:

- Sytuacja w rodzinie, małżeństwie
- Doświadczenia z dzieciństwa, urazy psychiczne
- Cechy osobowości niedojrzałej emocjonalnie, obniżone poczucie własnej wartości, potrzeba zależności;
- Zmiany funkcjonowania psychologicznego (sfer: poznawczej, emocjonalnej i struktury „ja”)

Zespół uzależnienia od alkoholu - współuzależnienie (2)

OBJAWY:

- strach, lęk, niepewność
- przewlekłe napięcie i przeciążenie emocjonalne
- gniew, złość, agresja
- smutek
- wstyd i upokorzenie
- poczucie winy
- poczucie krzywdy
- postawy autodestrukcyjne

Zespół uzależnienia od alkoholu - współuzależnienie (3)

FUNKCJONOWANIE:

poczucie konieczności kontrolowania picia męża

uporczywa koncentracja na zachowaniach alkoholowych męża

nadzieja na utrzymanie picia w „bezpiecznych” granicach

utrwalanie się sztywnego schematu kontaktów z mężem

usprawiedliwianie osoby uzależnionej „to moja wina, że pije, powinnam być lepszą żoną”

łagodzenie skutków picia (np. usprawiedliwianie nieobecności w pracy)

ukrywanie przed otoczeniem incydentów alkoholowych

niezdolność do obrony praw swoich i dzieci

poczucie nadmiernej odpowiedzialności za stany emocjonalne innych ludzi

przekonanie o możliwości kontroli i wpływu na picie męża

Zespół uzależnienia od alkoholu - zespół dorosłego dziecka alkoholika (DDA)

Schemat funkcjonowania utrudniający kontakt
z rzeczywistością, powodujący
psychologiczne zamknięcie w przeszłości

- EPIDEMIOLOGIA: 40% populacji dorosłej Polaków
- Cechy osoby DDA:
 - nieumiejętność nawiązywania bliskich związków
 - obawa przed zdemaskowaniem nieatrakcyjności
 - obawa przed porzuceniem
 - ukrywanie uczuć
 - podatność na zranienie
 - obawa przed konfliktem, gniewem
 - nadmierne podejmowanie odpowiedzialności lub unikanie jej
 - poczucie odmienności
 - izolacja od ludzi
 - nadmierne poczucie lojalności
 - obawa przed utratą kontroli
 - skłonność do kłamstwa bez powodu
 - nieumiejętność cieszenia się
 - szukanie trudności zamiast spokojnego życia
- LECZENIE: psychoterapia

Zespół uzależnienia od alkoholu - leczenie (1)

- ✓ Terapia odwykowa (najlepiej stacjonarnie)
- ✓ Oddziaływania psychoterapeutyczne
 - z elementami edukacyjnymi, poznawczymi - cel: nauczyć pacjenta znaleźć inne sposoby radzenia sobie z napięciem, emocjami.
 - uczenie umiejętności rozpoznawania sytuacji zagrażających picciem (tzw. wyzwalaczy) i radzenia sobie w takich sytuacjach,
 - treningi zachowań asertywnych
- ✓ Farmakoterapia – tylko jako leczenie wspomagające oddziaływania terapeutyczne
- ✓ Motywacja pacjenta
- ✓ Ruchy samopomocowe
 - ruch AA (Anonimowych Alkoholików) - oparty o program 12 kroków; należy do najbardziej skutecznych metod postępowania z osobami uzależnionymi od alkoholu

Zespół uzależnienia od alkoholu - leczenie (2)

Instytucje powołane do niesienia pomocy osobom uzależnionym

- **Telefon zaufania dla uzależnionych**
 - 800 199 990 Ogólnopolski Telefon Zaufania Uzależnienia (bezpłatne połączenia)
 - 22 823 65 31 Telefon Zaufania Uzależnień Stowarzyszenia MONAR
- **PLU = Poradnie Leczenia Uzależnień (ambulatoryjne)**
 - terapia indywidualna; grupowa dla osób uzależnionych; wsparcie dla ich rodzin (współuzależnienie, DDA).
- **OTUA = Oddziały Terapii Uzależnienia od Alkoholu**
 - spotkania grupowe, indywidualne terapie uzależnień, warsztaty radzenia sobie z nawrotami, zajęcia, które ułatwiają powrót do życia w trzeźwości, porady, turnus terapeutyczny trwa zazwyczaj od 4 do 8 tygodni.
- **CZP = Centra Zdrowia Psychicznego**
- ***** OLAZA = Oddziały Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych ***** (Uwaga: detoksykacja nie jest leczeniem uzależnienia)

Instytucje Samorządowe i Prawne

- **Gminne Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych**
 - tzw. procedura przymusowego leczenia /Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi./
- **(Miejskie) Ośrodki Pomocy Społecznej**
- **Grupy Wsparcia i Organizacje Pozarządowe**
- **Ruchy samopomocowe: Wspólnota Anonimowych Alkoholików (AA) - program 12 kroków**
- **Kluby Abstynenta**

Zespół uzależnienia od alkoholu - leczenie (3)

[O NAS](#)[AKTUALNOŚCI](#)[CO ROBIMY?](#)[PUBLIKACJE](#)[DLA MEDIÓW](#)[KONTAKT](#)

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

[AKTUALNOŚCI](#)

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom jest wyspecjalizowaną agendą Ministra Zdrowia, utworzoną w roku 2022 w wyniku połączenia *Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii* oraz *Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych*.

[KONTAKT](#)

Zespół uzależnienia od alkoholu - leczenie (4)



Zespół uzależnienia od alkoholu - leczenie (5)

I rzut	II rzut
NALTREKSON	DISULFIRAM
NALMEFEN	BAKLOFEN /off-label/
AKAMPROZAT	
III rzut	
Inne leki /off label/: gabapentyna, topiramata, ondansetron, wardeniklina, prazosyna	

Zespół uzależnienia od alkoholu - leczenie (6)

NALTREKSON

- nioselektywny **antagonista rec. opioidowych** (μ , κ , δ).
- blokuje mezo limbiczną aktywność opiodoergiczną - zmniejsza wyrzut dopaminy
- zmniejsza intensywność picia i liczbę dni, zmniejsza działanie euforyzujące i głód alkoholowy
- zarejestrowany w: **zapobieganiu nawrotom, wydłużaniu abstynencji**, redukcji głodu
- u pacjentów z **kilkudniową abstynencją**
- może dawać objawy zespołu abstynencyjnego u osób uzależnionych od opioidów (blokuje efekty opioidowych analgetyków)
- Najnowsze badania wskazują potencjalną skuteczność naltreksonu również w pozostałych typach uzależnień, w tym uzależnieniach behawioralnych
- D: 50 mg p.o. przez 12 mcy
- czas leczenia: 6-12 miesięcy
- P/W z niewydolnością lub zapaleniem wątroby

Zespół uzależnienia od alkoholu - leczenie (7)

NALMEFEN

- nioselektywny **antagonista rec. opioidowych** μ , γ oraz częściowy agonista κ
- D: 18 mg ok. 1-2 h przed przewidywanym piciem alkoholu
- zmniejsza działanie euforyzujące alkoholu
- zmniejsza intensywność picia (ilość alkoholu) oraz liczbę dni intensywnego picia (heavy drining)
- “lek w miarę potrzeby” - należy przyjmować każdego dnia gdy pacjent przewiduje, że może być narażony na wypicie alkoholu
- Nie służy do przerywania ciągu alkoholowego

Zespół uzależnienia od alkoholu - leczenie (8)

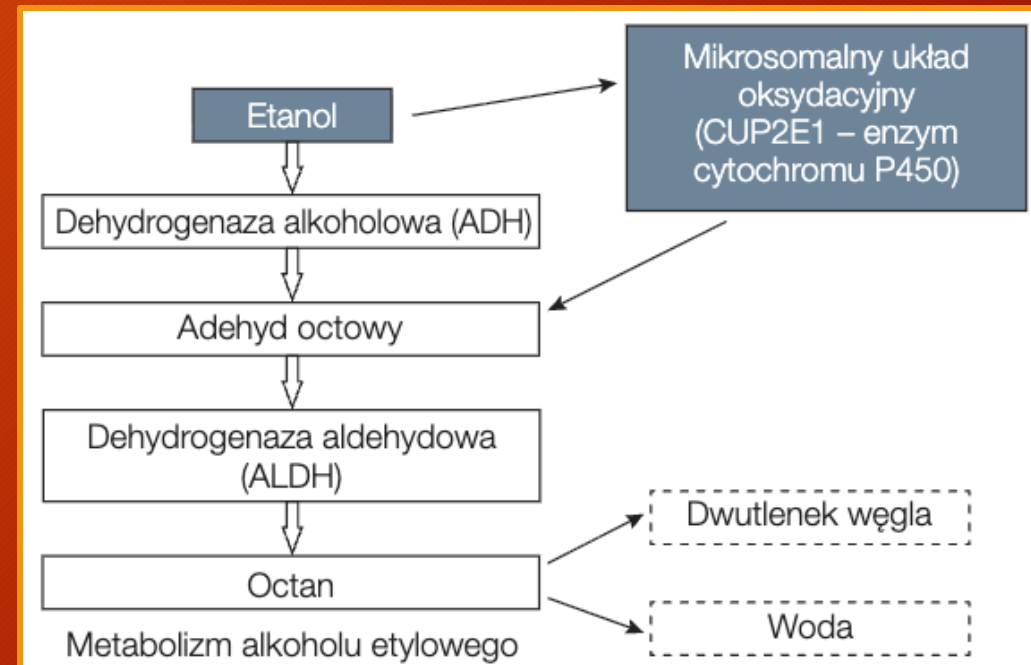
AKAMPROZAT

- **modulator ukł. GABAergicznego i słaby antagonistą rec. NMDA**
- mechanizm niewyjaśniony
- D: 1998 mg/dobę
- do podtrzymania wyjściowej abstynencji
- zmniejsza ryzyko spożycia alkoholu
- nie zmniejsza ryzyka intensywnego picia (binge drinking)
- nie wchodzi w interakcje z alkoholem i lekami psychotropowymi
- P/W w ciężkiej niewydolności wątroby i nerek

Zespół uzależnienia od alkoholu - leczenie (9)

DISULFIRAM

- **hamowanie dehydrogenazy aldehydowej** ==> kumulacja aldehydu octowego ==> liczne objawy somatyczne, silny lęk, wrażenie umierania
- Powoduje wymuszoną abstynencję (terapia awersyjna)
- Forma doustna lub implanty domięśniowe
- Duża toksyczność leku nawet bez połączenia z alkoholem
- D: 250-500 mg p.o./dobę



metabolizm alkoholu etylowego

Zespół uzależnienia od alkoholu - leczenie (10)

BAKLOFEN – *off label*

- **agonista** receptorów **GABA-ergicznych typu B**
- D: do 80 mg/dziennie
- zanika nagradzający efekt picia i przyjemność (zobojętnienie)
- zmniejsza nasilenie głodu alkoholowego, ogranicza ilość wypijanego alkoholu, zwiększa szansę abstynencji, wydłuża czas nawrotu picia
- u pacjentów z ciężkim przebiegiem uzależnienia; z uszkodzoną wątrobą
- Uwaga: przyjmowany w dawkach przekraczających zalecenia lekarskie może wywołać stan euforyzacji

Zespół uzależnienia od alkoholu - leczenie (11)

I rzut

II rzut

Zdrowy pacjent
lub choroba nerek

NALTREKSON

Używanie opioidów,
łagodna niewydolność
wątroby

AKAMPROZAT

Brak motywacji,
do stosowania doraźnie

NALMEFEN

Niewydolność wątroby

BAKLOFEN

Silna motywacja

DISULFIRAM

Zespół uzależnienia od alkoholu - efekty leczenia

Skuteczność leczenia wg WHO: utrzymanie długotrwałej, całkowitej abstynencji i/lub ograniczenie szkód spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych

Jedynie 20-30% uzależnionych od alkoholu (jeszcze mniej pacjentów uzależnionych od SPA) zachowuje całkowitą abstynencję

REMISJA PEŁNA - brak objawów uzależnienia od ponad **12 miesięcy**

Metoda redukcji szkód - zakłada łagodzenie negatywnych skutków używania substancji, bez założenia całkowitej abstynencji. Polega na redukcji liczby dni tzw. intensywnego picia (heavy drinking days), tj. dni, w których spożycie alkoholu przekracza:

- 4 standardowe porcje dla mężczyzn
- 3 standardowe porcje dla kobiet

1 standardowa porcja alkoholu
=10 g/12,5 ml etanolu

Powikłania zdrowotne przewlekłego picia alkoholu



Zwiększone ryzyko nowotworów złośliwych przełyku, jamy ustnej i krtani.



Zapalenie błony śluzowej żołądka, ryzyko krwawienia z przewodu pokarmowego.



Zwiększone ryzyko chorób układu krążenia



Częstsze infekcje dróg oddechowych, ryzyko zachłystowego zapalenia płuc



Zaburzenia wchłaniania substancji odżywczych w przewodzie pokarmowym.



Uszkodzenie wątroby, marskość wątroby, żylaki przełyku



Ostre zapalenie trzustki



Cukrzyca - uszkodzenie komórek trzustki przez alkohol

Objawy sugerujące zespół uzależnienia od alkoholu

Naczyniaki
pająkowe na
skórze

Żółtaczka

Ginekomastia

Widoczny
rysunek
naczyniowy na
skórze brzucha

Różnoczasowe
ślady urazów na
ciele

Neuropatia
obwodowa

Powiększenie
obwodu brzucha
(wątroby)

Grupa objawów o różnej konfiguracji i nasileniu, występujących po całkowitym lub częściowym wycofaniu substancji używanej w sposób powtarzalny, zwykle długotrwały i/lub w wysokich dawkach. Jego początek i przebieg jest ograniczony w czasie i związany z rodzajem przyjmowanej substancji oraz jej dawką.

Zespół abstynencyjny - definicja

Zespół abstynencyjny - kryteria ICD-10

Kryteria ICD-10 ZESPOŁU ABSTYNENCYJNEGO (F1x.3)

G1. Wyraźne stwierdzenie aktualnego przerwania lub ograniczenia przyjmowania substancji po okresie używania jej w sposób powtarzający się oraz zwykle długotrwały i/lub w wysokich dawkach

G2. Objawy i oznaki są zgodne ze znanymi cechami zespołów abstynencyjnych dla danej substancji

G3. Przyczyn objawów i oznak nie można wyjaśnić występowaniem zaburzeń somatycznych nie związanych z używaniem substancji, ani lepiej wyjaśnić występowaniem innych zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania

Alkoholowy Zespół Abstynencyjny (AZA) - obraz kliniczny

OBJAWY:

- Nadpobudliwość autonomiczna
 - Tachykardia
 - Nadciśnienie tętnicze
 - Pocenie się
- Drżenie rąk
- Nudności, odruch wymiotny lub wymioty
- Bezsenność
- Lęk
- Pobudzenie psychoruchowe
- Obniżony lub dysforyczny nastrój
- Przemijające złudzenia wzrokowe, dotykowe albo słuchowe bądź halucynacje
- Rozproszenie uwagi
- POCZĄTEK OBJAWÓW: zwykle w ciągu **6-12 godzin** od ostatniego spożycia (lub zmniejszenia dawki alkoholu)
- CZAS TRWANIA: zwykle objawy AZA utrzymują się przez **5-10 dni**

F10.3 Alkoholowy zespół abstynencyjny

- kryteria ICD-10

Spełnione kryteria ogólne zespołu abstynencyjnego F1x.3

i ≥ 3 objawy z niżej wymienionych:

1. Drżenie języka, powiek i wyciągniętych rąk
2. Pocenie się
3. Mdłości, nudności lub wymioty
4. Tachykardia lub podwyższone ciśnienie tętnicze
5. Pobudzenie psychoruchowe
6. Bóle głowy
7. Bezsenność
8. Złe samopoczucie lub osłabienie
9. Przemijające omamy lub iluzje wzrokowe, dotykowe lub słuchowe,
10. Napady drgawkowe typu grand mal

AZA - tło biologiczne

Alkohol etylowy

- nasila transmisję **GABA-ergiczną** (poprzez przyłączenie do receptorów GABA(A), co powoduje wzmożenie napływu jonów chloru do komórek nerwowych) ==> hamuje OUN
- hamuje aktywność **układu glutaminergicznego** (blokuje przyłączanie glicyny do receptorów NMDA) ==> hamuje OUN

PRZYPOMNIENIE:

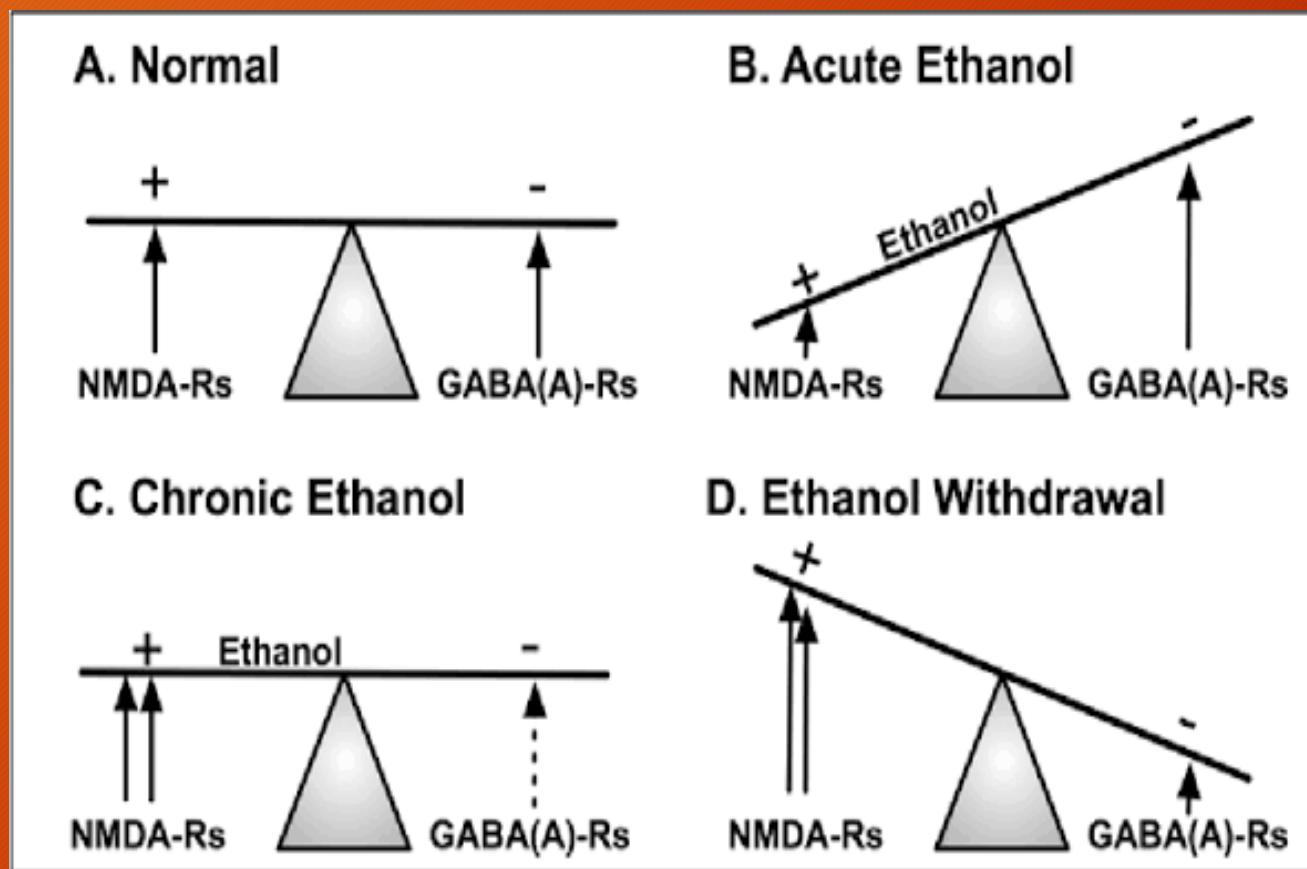
- Układ GABA-ergiczny - główny układ **hamujący** w OUN
- Układ glutaminergiczny - główny układ **pobudzający** w OUN



AZA - tło biologiczne

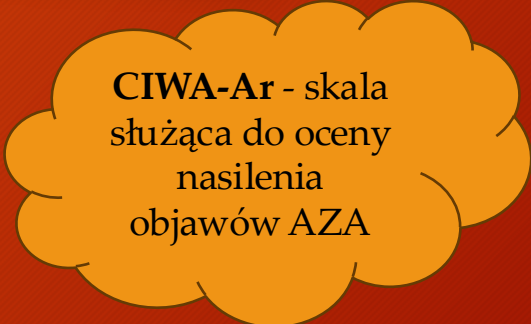
- W sytuacji przewlekłe używanego alkoholu (przewlekłe hamującego działania na OUN) zachodzą kompensacyjne procesy neuroadaptacji
 - wzmożenie pobudzającej transmisji glutaminergicznej (w celu zrównoważenia hamującego wpływu etanolu)
 - następuje wzrost tolerancji alkoholu i potrzeba regularnego spożywania celem utrzymania równowagi aktywności pobudzającej i hamującej
- Przy zaprzestaniu spożywania alkoholu dominują nasilone procesy pobudzające i osłabienie transmisji hamującej. Prowadzi to do nadaktywności układów monoaminergicznych (noradrenergicznego, serotoninergericznego, dopaminergicznego), obejmującą ośrodkowy jak i obwodowy układ nerwowy.

AZA - tło biologiczne



AZA - leczenie (1)

- ✓ przebieg łagodny
 - głównie obserwacja, umieszczenie w przyciemnionym pomieszczeniu
 - nawadnianie doustne
 - doustne wyrównywanie elektrolitów i witamin z grupy B
 - wsparcie, motywowanie do terapii
- ✓ przebieg umiarkowany/ciężki
 - hospitalizacja (w O. Detoksykacyjnym / O. Psychiatrycznym / O. Internistycznym)
 - farmakoterapia **benzodiazepinami**
 - *agonistyczny wpływ na aktywność rec. GABA(A) prowadzi do normalizacji aktywności GABA-ergicznej i hamowanie nadaktywności układu nerwowego*
 - nawadnianie p.o. lub jeśli wymioty to i.v.: 500 ml 0,9%NaCl, PWE
 - wyrównywanie zaburzeń elektrolitowych (Na, K, Mg) --> UWAGA na ryzyko wystąpienia zespołu demielinizacyjnego przy zbyt szybkim wyrównywaniu hiponatremii
 - uzupełnianie B1 (tiaminy) - pierwsza dawka przed ewentualnym pierwszym wlewem glukozy !!!
 - leczenie objawowe, np. nadciśnienia tętniczego (captopril), tachykardii (B-bloker), wymiotów (metoklopramid, ondansetron)



CIWA-Ar - skala
służąca do oceny
nasilenia
objawów AZA

AZA - leczenie (2)

Ad. Farmakoterapia benzodiazepinami

A) metoda szybkiego nasycania (preferowana; stosowana raczej w ośrodkach z zapleczem anestezyjologicznym)
do uzyskania senności lub ustąpienia objawów

B) metoda dawek podzielonych (częściej stosowana)

- diazepam 10 mg p.o. co 6 godzin (stopniowa redukcja dawki o 5mg/dobę do całkowitego odstawienia)
- lorazepam 2 mg p.o. co 6 godzin (stopniowa redukcja dawek o 1 mg/dobę do całkowitego odstawienia) - *lorazepam jest bezpieczniejszy u pacjentów z uszkodzeniem wątroby*

Gdy pacjent jest niewspółpracujący, odmawiający leków doustnych:

- lorazepam 2-4 mg i.m. lub klorazepat 20-40 mg i.m. co 2-3 godziny,
do czasu senności lub uzyskania poprawy umożliwiającej leczenie doustne

Czas leczenia: 7-10 dni

2 dni - ambulatoryjnie, celem uniknięcia ryzyka niekontrolowanego używania BZD, łączenia z alkoholem, próby s.



UWAGA!

Nie podawać BZD
pacjentom przed
całkowitym
wytrzeźwieniem

AZA - powikłania

- napady drgawkowe
- majaczenie drżenne (*delirium tremens*)
- inne:
 - skoki ciśnienia tętniczego
 - tachykardia
 - zaburzenia elektrolitowe --> arytmia serca
 - odwodnienie organizmu

Napady drgawkowe w przebiegu AZA

- Zwykle uogólnione, toniczno-kloniczne (typu grand mal), rzadko stan padaczkowy, zwykle jeden krótkotrwały napad ustępujący bez leczenia. Mogą poprzedzać wystąpienie majaczenia i występować w jego przebiegu
- Mechanizm: alkohol podwyższa próg drgawkowy, a po jego odstawieniu lub zmniejszeniu ilości przyjmowania próg drgawkowy obniża się - mogą pojawić się drgawki
- Leczenie: jak AZA z ciężkim przebiegiem – BZD domięśniowo, np. 2 - 4 mg lorazepamu i.m./i.v. lub 10 mg diazepam i.m./i.v.
- Do rozważenia dołączenie leku przeciwpadaczkowego (np. kwas walproinowy).

Majaczenie drżenne (delirium tremens) (1)

UWAGA!

stan zagrożenia życia!



- To **ostra psychoza z zaburzeniami świadomości** trwająca od kilku godzin do kilku dni.
- Przebiega głównie z **jakościowymi** zaburzeniami świadomości o typie przymglenia, żywymi omamami i iluzjami z zakresu różnych zmysłów oraz pobudzeniem układu współczulnego
- Pełny zespół objawów pojawia się **po 48-72 godzinach** od odstawienia alkoholu lub redukcji jego ilości
- Objawy nasilają się w godzinach wieczornych lub nocnych
- W przebiegu majaczenia następuje pobudzenie układu autonomicznego (tachykardia, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, potliwość)
- W wyniku długotrwałego używania alkoholu towarzyszy mu uszkodzenie wątroby, zaburzenia wodno-elektrolitowe, cukrzyca, zapalenie trzustki, niewydolność krążeniowa, infekcje układu oddechowego
- Bez specjalistycznej farmakoterapii i nawadniania ryzyko śmierci szacuje się na 10–15%, a w przebiegu leczonego delirium tremens ryzyko spada do 1-5% ==> **bezwzględne wskazanie do hospitalizacji** (mimo braku świadomej zgody pacjenta).
- Jest to jedyny rodzaj majaczenia, który z zasady zwykle leczony jest w O. Psychiatrycznym (najlepiej Detoksykacyjnym) - ale pacjent na każdym oddziale może rozwinąć delirium tremens i może być leczony przez lekarza każdej specjalności.
- UWAGA: majaczenie nie mające charakteru abstynencyjnego powinno być leczone w oddziałach o profilu internistycznym (!)

Majaczenie drżenne (delirium tremens) (2)

Rozpoznanie wg ICD-10 polega na stwierdzeniu objawów zespołu abstynencyjnego oraz:

- Zaburzeń świadomości (falujących w ciągu dnia)
- Upośledzeniem świeżej pamięci, bezpośredniego odtwarzania
- Dezorientacja auto i/lub allopsychiczna
- Zaburzenia psychoruchowe
- Zaburzenia snu lub cyklu sen-czuwanie
- Początek nagły, zmienność objawów w ciągu dnia

Majaczenie drżenne (delirium tremens) (3)

Postępowanie:

- **KLUCZOWA** kwestia starannego **badania fizykalnego** (z uwzględnieniem badania neurologicznego), poszukiwania ewentualnych śladów urazów (pacjent może ich nie pamiętać).
- **regularne badania laboratoryjne** (morfologia, zab. gospodarki wodno-elektrolitowej (sód, potas, magnez), glukozy, stanu zapalnego(CRP), parametrów wątrobowych (AST, ALT, GGTP), nerkowych (kreatynina, mocznik), kinazy kreatynowej (CK) i mioglobiny)
- pomiary ciśnienia tętniczego i akcji serca
- ocena ewentualnej niewydolności oddechowej (pulsoksymetr)
- **DIAZEPAM 10 mg** p.o./i.m./i.v co 6-8 godzin.; lub **LORAZEPAM 2 mg** i.m./i.m/i.v. co 6-8 godzin.
- w/r braku skuteczności BZD lub znacznego pobudzenia ewentualnie + doraźnie **haloperidol 1-5 mg** p.o. lub **2,5-5 mg** i.m. co 4-6 h (ale uwaga na ryzyko zgonu; wydłużenie QTc; ryzyko dyskinez; nie ma właściw. przeciwdrgawkowych)

W przypadku pobudzenia zagrażającego zdrowiu i życiu pacjenta lub osób w otoczeniu konieczność stosowania czasowo **środka przymusu bezpośredniego** (unieruchomienie czterokończynowe) - stosowane ze wskazań wymienionych w Art. 18 UoOZP (obowiązuje w każdym Oddziale szpitalnym)

- **płynoterapia dożylna:** 500 ml 0,9%NaCl; płyn wieloelektrolitowy – w zależności od jonogramu
- wyrównywanie **niedoborów elektrolitowych** (często hipokaliemia)
- suplementacja **witaminy B1 (!)** - przed ewentualnym wlewem z glukozy, wit. B6
- W przypadku drgawek/podejrzenia padaczki – do rozważenia leki przeciwpadaczkowe

Przypadki kliniczne

PACJENT POD WŁYWEM ALKOHOLU W IP/SOR

- Badanie poziomu alkoholu (alkomat)
- Zawsze przeprowadzić badanie fizykalne z oceną stanu neurologicznego i sprawdzeniem obecności śladów obrażeń zewnętrznych.
- Pomiar RR, HR, temperatury ciała
- Opisać wyniki w/w badania w dokumentacji medycznej
- Badania laboratoryjne na cito: morfologia, glikemia, elektrolity, AST, ALT, bilirubina, mocznik, kreatynina, CRP, CK.

(1) Przypadki kliniczne

- Grzegorz ma 30 lat, jest absolwentem uczelni, pracuje w firmie prawniczej. Codziennie po pracy idzie do baru z kolegami i wypija 1 szklaneczkę (50 ml) whisky, aby się odstresować. Czasem zdarza się, że wypije jeszcze 1-2 takie szklaneczki i wraca samochodem do domu. Kiedyś zdarzyło się, że na schodach potknął się i rozbił sobie głowę. Upił się kilka razy w życiu, jeszcze na studiach. W weekendy raczej nie pije, chyba że jest impreza. W czasie wakacji uprawia sport – pływa na desce, jeździ rowerem, chodzi po górach. Zdarza się, że wtedy w ogóle nie pije alkoholu przez 2 tygodnie. Dziewczyna Grzegorza uważa, że pije on za dużo, bywa wtedy drażliwy albo „zachowuje się jak głupek”, ale wg niego „ona się czepia”. W ostatnich badaniach okresowych stwierdzono podwyższony poziom transaminaz i GGTP. Lekarz medycyny pracy zalecił konsultację internistyczną.

Rozpoznanie? Postępowanie?

(2) Przypadki kliniczne

- 30-letni Jacek, obecnie bezrobotny, czasem znajduje dorywczą pracę na budowie. Na wizytę do lekarza POZ przyprowadziła go żona szukająca pomocy, według której pacjent od wielu lat nadużywa alkoholu. Kiedyś pił 1-2 piwa dziennie, ale ostatnio pije codziennie 0,5 litra wódki, która jak twierdzi pomaga mu w bezsenności i drżeniu rąk. Bywa też agresywny i konfliktowy. Stracił pracę, ponieważ pojawiał się tam pijany. Często prowadzi samochód pod wpływem alkoholu. Jacek kilka razy próbował rzucić alkohol, ale zawsze do niego wracał, bo jak tłumaczył "denerwuje go żona, która ciągle czepia się".
- Co może poradzić lekarz POZ Jackowi i jego żonie?
 - Zgłosić się do Poradni Leczenia Uzależnień
 - Zgłosić się na spotkanie Anonimowych Alkoholików - organizowane są w każdej miejscowości, nawet niewielkiej, godziny i miejsca można znaleźć w Internecie.
 - Żonie: zgłosić się na spotkanie grupy wsparcia dla rodzin osób uzależnionych.

Nawet w tym punkcie, w którym znajduje się Jacek (nie przyjmuje do wiadomości problemu i zaprzecza jego istnieniu), warto zaproponować pomoc, ponieważ może się okazać, że za jakiś czas ta porada uratuje Jackowi życie.

(3) Przypadki kliniczne

Kobieta lat 32, przywieziona do IP psychiatrycznej przez ZRM wezwany przez konkubenta, ponieważ „miała straszne lęki”. Badana 2 dni temu zakończyła ciąg opilczy trwający ok. miesiąc. Nadużywa alkoholu od 3-4 lat, nigdy nie leczyła się odwykowo „bo nie widziała takiej potrzeby”

Poziom alkoholu w wydychanym powietrzu 0,00‰

Badaniem pacjentka zorientowana co do własnej osoby, daty, miejsca. Widoczne uogólnione drżenie całego ciała, pacjentka ma problem ze złożeniem podpisu na dokumentacji medycznej. Spocona, RR 180/95mmHg, tętno 117/min, miarowe. Nie gorączkuje. Bez innych odchyleń w badaniu.

W badaniach laboratoryjnych: WBC 10,8 tys, RBC 3,4mln, HGB 10,2g/dl, MCV 101fl, PLT 113tys, AST 67, ALT 106, bilirubina 1,68, K⁺ = 2,86mmol/l, Na⁺ = 128mmol/l, glikemia 187mg/dl, CRP 78mg/dl

Diagnoza? Postępowanie?

(4) Przypadki kliniczne

- Pan Piotr, lat 52, chirurg. Przyjęty na oddział neurologiczny w trybie pilnym z powodu ostrego zespołu bólowego kręgosłupa z objawami nietrzymania moczu. W ciągu trzech dni przeprowadzano diagnostykę i włączono leczenie przeciwbólowe i miorelaksacyjne.
- **W drugim dniu hospitalizacji, w godzinach popołudniowych**, pacjent głośny, agresywny werbalnie, źle spał. W trzecim dniu hospitalizacji przed południem spokojny, w dobrym kontakcie, był na spacerze z rodziną. W tym samym dniu wieczorem stał się **agresywny werbalnie i fizycznie, był w silnym niepokoju, spocony, sprawiał wrażenie halucynującego**, uderzył innego pacjenta, zaatakował pielęgniarkę i zabarykadował się w dyżurce pielęgniarek. Wezwano lekarza dyżurnego i ochronę szpitala. Gdy weszli do dyżurki pielęgniarek, okazało się, że pacjent **wyskoczył z okna**, upadek zakończył się śmiercią. Co spowodowało nagłą zmianę zachowania pacjenta? Czy było to samobójstwo zamierzone?
- W trakcie wyjaśniania sytuacji okazało się, że pacjent był uzależniony od alkoholu od wielu lat i przez ostatnie dwa lata pił codziennie alkohol. W szpitalu nie przyznał się do uzależnienia, a wymuszona hospitalizacją abstynencja spowodowała pojawienie się zespołu majaczeniowego.

(5) Przypadki kliniczne

Kobieta lat 47, przywieziona do IP szpitala psychiatrycznego przez ZRM w asyście policji. Służby wezwali sąsiedzi, ponieważ pacjentka w nocy dobijała się do innych mieszkań, wyrzucała rzeczy ze swojego mieszkania przez okno, krzyczała „żeby zabrać tych tajniaków z podwórka”. ciągu ostatniego roku kilka pobytów w izbie wytrzeźwień. Z informacji od sąsiadów przekazanych policji - pije codziennie, dopóki nie skończą się pieniądze. Sąsiedzi w końcu przestali jej pożyczać.

W IP pobudzona psychoruchowo, spocona, wulgarna, arogancka, mówiła „i tak mnie nie dorwiecie”. W trakcie badania z lękiem rozgląda się po gabinecie, podnosi z podłogi nieistniejące przedmioty, dopytuje dlaczego pod stołem ruszają się jakieś kółka. Prawidłowo podaje swoje imię i nazwisko, całkowicie zdezorientowana co do czasu, twierdzi że jest „w sklepie u Mariolki a nie w żadnym szpitalu i do szpitala nie pojedzie, bo znajdzie ją tam policja”

Brak danych o chorobach somatycznych, we wstępnym badaniu fizykalnym bez istotnych odchyleń.

Poziom alkoholu w wydychanym powietrzu 0,00‰

(6) Przypadki kliniczne



Do IP szpitala wielospecjalistycznego został przywieziony 62 letni pacjent po napadzie drgawkowym. Od wielu lat uzależniony od alkoholu. Przerwał ciąg opilczy wczoraj. Wg rodziny napady drgawkowe po przzerwaniu picia występowały już kilka razy w przeszłości.



W IP pacjent bez zaburzeń świadomości, drżący, spocony. RR 178/123mmHg, tętno ok. 120/min, niemiadowe. Nad polami płucnymi pojedyncze firczenia, temperatura ciała 38,4°C.



W badaniach laboratoryjnych: WBC 16,8 tys, RBC 3,4mln, HGB 10,2g/dl, MCV 101fl, PLT



113tys, AST 67, 106, bilirubina 1,68, K⁺ = 2,86mmol/l, Na⁺ = 128mmol/l, glikemia 187mg/dl, CRP 178mg/dl



Poziom alkoholu w wydychanym powietrzu 0,00‰



Diagnoza? Postępowanie?

(7) Przypadki kliniczne

- Do psychiatrycznej IP ZRM przywiózł 40-letniego pacjenta, który w trakcie przyjęcia imieninowego zgłosił swojej partnerce, że jak go zostawi, to się zabije. W IP mowa bełkotliwa, w badaniu alkomatem 2‰ alkoholu w wydychanym powietrzu. Pacjent wydolny krążeniowo-oddechowo, bez śladu urazu, neguje dolegliwości somatyczne.
- Diagnoza? Postępowanie?
- Brak możliwości oceny stanu psychicznego u badanego w stanie upojenia alkoholowego. Ocenę stanu psychicznego można przeprowadzić po wytrzeźwieniu.

Pacjenta z poziomem alkoholu $> 1,5\text{‰}$ należy skierować do trzeźwienia w warunkach kontrolowanych w Izbie Wytrzeźwień (jeśli istnieje w danym mieście) lub w SOR.

W przypadku podejrzenia zatrucia alkoholem niekonsumpcyjnym – skierowanie do Oddziału Toksykologii.

Uzależnienia behawioralne

Terminologia

- **Uzależnienia behawioralne** - niekontrolowane wykonywanie pewnych czynności innych niż przyjmowanie substancji psychoaktywnych, celem odczucia przyjemności, ulgi, rozładowania napięcia i mimo negatywnych konsekwencji
- Nieformalnie (nie w klasyfikacji ICD-10) to wiele zachowań, które stanowią przejaw patologii, ze względu na intensywność ich podejmowania (i na konsekwencje jakie ponosi jednostka), a nie na sam fakt angażowania się w nie, np. **uzależnienie od hazardu, zakupoholizm, pracoholizm, tanoreksja (kompulsywna potrzeba bycia opalonym), ortoreksja (fiksacja na dbałości o zdrowy sposób odżywiania), seksoholizm, uzależnienie od gier komputerowych, uzależnienie od komputera, Internetu, uzależnienie od ćwiczeń fizycznych**

Uzależnienia behawioralne w klasyfikacjach (ICD-10, DSM)

- Brak kryteriów diagnostycznych w ICD-10 i w DSM-5.
- ICD-10: hazard patologiczny jest częścią F63 – zaburzeń nawyków i popędów.

Kryteria diagnostyczne i opisowe uzależnień behawioralnych:

1. Zaabsorbowanie
2. Modyfikacja nastroju
3. Tolerancja
4. Symptomy odstawienne
5. Konflikt
 1. interpersonalny
 2. intrapsychiczny
 3. między osobą a jej innymi aktywnościami (szkołą, pracą, zainteresowaniami itd.)
6. Nawroty

Uzależnienia behawioralne w klasyfikacjach (ICD-11)

W ICD-11 nastąpiła zmiana i powstała kategoria 6C5 – Zaburzenia związane z zachowaniami uzależniającymi i obejmuje ona obecnie dwie konkretne jednostki:

- 6C50 Zaburzenie hazardowe
- 6C51 Zaburzenie związane z graniem
 - Obie mogą mieć postać głównie online lub głównie offline.

Uzależnienie od hazardu

- częste, powtarzające się epizody uprawiania hazardu, które dominują w życiu pacjenta, prowadząc do zaniedbywania zobowiązań społecznych, zawodowych, materialnych i rodzinnych
- W ICD-10 hazard patologiczny (F63.0) należy do zaburzeń nawyków i popędów,
- W ICD-11 zaburzenie hazardowe (6C50) zostało zaliczone do zaburzeń związanych z zachowaniami uzależniającymi.
- zwykle utrzymuje się przez całe życie, jednak u młodych dorosłych i nastolatków często następuje samoistna remisja.
- Leczenie: terapia behawioralna – ekspozycja na zachowanie; terapia poznawczo-behawioralna; terapia rodzinna; grupy samopomocowe, farmakoterapia wspomagająco (leki przecidepresyjne, leki stabilizujące nastrój)

Uzależnienie od komputera / Internetu (1)

- Rodzaj nałogu polegający na ustawicznym spędzaniu czasu na kontaktach z komputerem, charakteryzujący się wewnętrznym przymusem "bycia w sieci"
- Szacuje się, że dot. **5-10%** wszystkich użytkowników internetu.
- Etiologia wieloczynnikowa; podłoże raczej środowiskowe niż fizjologiczne
 - związek z: 1/ **określonymi cechami indywidualnymi** (nieśmiałość, niska samoocena, niskie kompetencje interpersonalne, samotność, brak wsparcia społecznego, współistniejące zaburzenia psychiczne), 2/ wpływem społecznym (np. struktura rodziny) a 3/ skłonnością do zachowań prowadzących do uzależnienia.
- Negatywne konsekwencje (poza uzależnieniem)
 - Zaniedbywanie obowiązków (domowych, szkolnych, zawodowych)
 - Ograniczenie kontaktów społecznych
 - Kłopoty finansowe
 - Może być źródłem agresji i zachowań destrukcyjnych (gry polegające na zabijaniu, niszczeniu)
 - Zaburzenia lękowe i depresyjne
- Leczenie: techniki terapeutyczne najczęściej CBT (poznawczo-behawioralne)

Uzależnienie od komputera / Internetu (2)

Uzależnienie od komputera / Internetu

ICD-10 brak takiego rozpoznania - nie zostały określone kryteria diagnostyczne uzależnienia od Internetu i komputera.

Opierając się na definicji zespołu uzależnienia z klasyfikacji ICD-10, można jednak sformułować następujące wskazówki diagnostyczne:

- A. Spędzanie czasu przed komputerem dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio większą wartość dla badanego
- B. Zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań.
- C. Spędzanie znacznej ilości czasu w ciągu dnia przed komputerem.
- D. Silne pragnienie korzystania z komputera albo poczucie przymusu podjęcia tego zachowania.
- E. Trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z korzystaniem z komputera.
- F. Zespół abstynencyjny - złe samopoczucie w okresach ograniczonego dostępu do komputera, nadmierna nerwowość i zły nastrój.
- G. Tolerancja - potrzeba lepszego wyposażenia sprzętu, wydłużania czasu spędzanego przed komputerem.
- H. Traktowanie komputera jako środka łagodzącego stres
- I. Odczuwanie irytacji w sytuacjach innych niż kontakt z komputerem.
- J. Podawanie nieprawdziwych danych w odpowiedzi na pytanie o czas spędzany przy komputerze.

Uzależnienie od komputera / Internetu (3)

ICD-11 6C51 Zaburzenia związane z grami

Charakteryzujące się zaburzeniami kontroli gier, zwiększającym się pierwszeństwem gier w stosunku do innych działań do tego stopnia, że gry dominują nad innymi zainteresowaniami oraz codziennymi czynnościami, a także kontynuacją gry mimo wystąpienia negatywnych skutków. Konieczne jest upośledzenie funkcjonowania społecznego, które trwa przez **12 miesięcy**, chyba, że objawy są bardzo poważne - wówczas kryterium czasowe może być krótsze.

- Głównie wśród nastolatków i młodych dorosłych mężczyzn 12-20 rż
- Leczenie: terapia CBT, wywiad motywacyjny, interwencje oparte na rodzinie, terapia akceptacji i zaangażowania, 12-kroków, farmakoterapia wspomagająco (bupropion, escitalopram, metylofenidat (u pacjentów ze współtowarzyszącym ADHD))

Seksoholizm

Hiperseksualizm (tzw. „seksoholizm”)

- nadmierne zaabsorbowanie aktywnością seksualną lub nasilony popęd seksualny;
- W ICD-10 F52.7 Nadmierny popęd seksualny (satyriazis u mężczyzn oraz nimfomania u kobiet).

W przypadku utraty kontroli nad zachowaniami seksualnymi, ich powtarzalności i istotnego pogorszenia funkcjonowania w ICD-11 rozpoznaje się **kompulsywne zaburzenie zachowania seksualnego (CSBD, 6C72)**, należące do kategorii Zaburzeń kontroli impulsów



6C72 Kompulsywne zaburzenie zachowania seksualnego (CSBD) (ICD-11)

Utrwalony wzorzec niemożności kontrolowania intensywnych, powtarzających się impulsów lub pragnień seksualnych, prowadzący do powtarzających się zachowań seksualnych, które stają się centralnym elementem życia i prowadzą do istotnego cierpienia lub upośledzenia funkcjonowania. Kryterium czasowe: min. 6 mies.

- M>K

Zachowania seksualne: masturbacja, korzystanie z pornografii, cyberseks, sekstelefon i inne formy powtarzających się zachowań seksualnych.

Często zachowania seksualne w odpowiedzi na uczucie smutku, lęku, nudy, samotności lub innych negatywnych stanów afektywnych; często zachowania seksualne w preadolescencji lub adolescencji ryzykowne zachowania seksualne, masturbacja w celu modulowania afektu, częsta pornografia). Wysoki wskaźnik wykorzystania seksualnego w dzieciństwie (częściej u kobiet).

Pracoholizm

- nadmierne zaangażowanie w pracę, któremu towarzyszy:
 - trudność w ograniczeniu pracy (przymus lub trudność w powstrzymaniu się od pracy, ciągłe myślenie o pracy, poczucie napięcia lub dyskomfortu podczas niepracowania)
 - zaniedbywanie innych obszarów życia (trudność w odpoczywaniu, zaniedbywanie relacji, zdrowia lub innych aktywności)
 - kontynuowanie nadmiernej pracy mimo negatywnych konsekwencji.
- Nie jest odrębnym rozpoznaniem w ICD-10 ani w ICD-11

część II zostanie omówiona na IV roku

Dziękuję za uwagę.