

Robert Modrzyński

Zaburzenia wynikające z używania substancji w ICD-11. Zmiany w diagnostyce klinicznej

Disorders due to substance use in ICD-11. Changes in clinical diagnosis

Katedra Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii, Instytut Psychologii, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin, Polska
Adres do korespondencji: Robert Modrzyński, ul. Ignacego Czumy 1/54, 20-153 Lublin, e-mail: modrzyński.robert@gmail.com

ORCID iD

Robert Modrzyński  <https://orcid.org/0000-0002-5571-9894>

Streszczenie

Najnowsza rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11) została opublikowana 18 czerwca 2019 roku. ICD-11 przynosi spore zmiany w sposobie zarówno nazywania, jak i rozumienia wielu zaburzeń zdrowotnych – wśród nich zaburzeń wynikających z używania substancji. Zmiany obejmują tu przede wszystkim: uaktualniony i rozszerzony zakres klas substancji, wyszczególnienie dodatkowych szkodliwych wzorów używania substancji, nową kategorię – pojedynczy epizod szkodliwego używania, kategorię opisującą ryzykowne używanie substancji oraz uproszczenie wytycznych diagnostycznych w przypadku uzależnienia od substancji. Nadrzędnym celem prac nad ICD-11 stała się poprawa klinicznej użyteczności. Istotne jest zwrócenie uwagi na wskaźnik zapotrzebowania na leczenie, który znacząco przewyższa dostępną pomoc: różnica wynosi od 32% do 78% w zależności od zaburzenia. Ze względu na powyższe problemy Światowa Organizacja Zdrowia zdecydowała, że należy zwiększyć rozpoznawalność zaburzeń psychicznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i udostępnić możliwość podjęcia leczenia już na wczesnym etapie. Celem artykułu jest przedstawienie zmian w kryteriach rozpoznawania zaburzeń wynikających z używania substancji ujętych w ICD-11. W tekście zaprezentowano kategorie opisujące różne wzorce używania substancji, definicje i kryteria diagnostyczne.

Słowa kluczowe: ICD-11, zaburzenia używania substancji, diagnostyka kliniczna, uzależnienie

Abstract

The latest revision of the International Classification of Diseases (ICD-11) was published on June 18, 2019. ICD-11 introduces major changes in both the nomenclature and understanding of many health conditions, including disorders due to substance use. The introduced modifications mainly include an updated and extended range of substance classes, additional harmful patterns of substance use, a new category referred to as “a single episode of harmful use”, a category for high-risk substance use, and simplification of diagnostic guidelines for substance dependence. Improvement of clinical utility was the primary goal of the work on the ICD-11 system. It is important to note the demand for treatment, which significantly exceeds the available resources, with the difference ranging from 32% to 78%, depending on the disorder. Due to the above problems, the World Health Organization decided that there is a need to increase the identification and early management of mental disorders at the primary health care level. The aim of the paper is to discuss changes in the diagnostic criteria for disorders due to substance use listed in ICD-11. Categories for different patterns of substance use, definitions and diagnostic criteria have been presented.

Keywords: ICD-11, substance use disorders, addiction, clinical diagnosis, substance dependence

Oficjalnie 11. rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (International Classification of Diseases – 11th Revision, ICD-11) zaczęła obowiązywać 1 stycznia 2022 roku. W Polsce, podobnie jak w pozostałych państwach, przewidziano 5-letni okres przejściowy na wdrożenie ICD-11 (Ministerstwo Zdrowia, 2021). Nowa klasyfikacja przynosi spore zmiany w sposobie zarówno nazywania, jak i rozumienia wielu problemów zdrowotnych – wśród nich zaburzeń wynikających z używania substancji. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie zmian w kryteriach rozpoznawania zaburzeń wynikających z używania substancji ujętych w ICD-11. Poniżej zaprezentowane zostaną kategorie opisujące różne wzorce używania substancji, a także odpowiednie definicje i kryteria diagnostyczne.

MISJA WHO W KONTEKŚCIE UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Używanie substancji psychoaktywnych jest zjawiskiem powszechnym na całym świecie. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) w swoim raporcie za rok 2021 wskazuje, że około 83 mln – czyli 28,9% – dorosłych (w wieku od 15 do 64 lat) w Unii Europejskiej przynajmniej raz w życiu spróbowało substancji psychoaktywnych. W 2019 roku po narkotyki sięgnęło 16,6% młodych osób w wieku 15–34 lat. W Polsce odsetek dla powyższej grupy wiekowej wyniósł 10,4%, a dla całej populacji – 5,4% (EMCDDA, 2021). Obserwuje się również systematyczny wzrost średniego spożycia alkoholu w przeliczeniu na 1 mieszkańca. Badania na gruncie polskim wskazują, że około 14,2% populacji pije ryzykownie – dotyczy to 22,3% mężczyzn i 6,8 kobiet (Rowicka *et al.*, 2021).

Co więcej, konsekwencje zdrowotne używania substancji i zaburzeń związanych z używaniem substancji stanowią poważny problem globalny. W badaniu poświęconym obciążeniu chorobami na świecie za lata 1990–2015 palenie tytoniu i picie alkoholu znajdowały się w pierwszej dziesiątce czynników ryzyka odpowiadających za największą liczbę przedwczesnych zgonów (GBD 2015 Risk Factors Collaborators, 2016). Pozostałe substancje psychoaktywne uplasowały się na 24. pozycji spośród 79 ocenianych czynników ryzyka.

Organizacje zajmujące się zdrowiem publicznym zgodnie przyznają, że większość osób cierpiących na zaburzenia psychiczne nie otrzymuje adekwatnej pomocy i że dotyczy to w szczególności zaburzeń wynikających z używania substancji (Stofle, 2004). Choć istnieje wiele skutecznych interwencji w zakresie zaburzeń związanych z używaniem substancji, zapotrzebowanie stale rośnie. Według Światowego Badania Zdrowia Psychicznego (World Mental Health Survey), opartego na danych z 15 krajów o różnym poziomie dochodu, odsetek osób z zaburzeniami używania substancji, które otrzymały leczenie w ciągu 1 roku od pojawienia się problemu, wahał się od 0,9% w Meksyku do 18,6% w Hiszpanii (Poznyak *et al.*, 2018; Wang *et al.*, 2007). Podaje się,

że w populacji światowej mniej niż 1 na 18 osób z problemem alkoholowym otrzymuje leczenie dostosowane do potrzeb (Modrzyński i Malinowska, 2014; Wallace *et al.*, 2011).

Dostępne dane wskazują, iż wysiłki zmierzające do zmniejszenia obciążeń chorobowych wynikających z używania substancji psychoaktywnych powinny obejmować profilaktykę i populacyjne strategie zdrowia publicznego, a także skuteczne leczenie zaburzeń związanych z używaniem substancji. Potrzebne jest szerokie spektrum interwencji przeznaczonych do wdrażania przez różnorodne grupy pracowników ochrony zdrowia (Gaebel *et al.*, 2020). Mając na uwadze powyższe problemy, Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) zdecydowała, że należy zwiększyć rozpoznawalność zaburzeń psychicznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, co pozwoli na rozpoczęcie leczenia na wczesnym etapie ich rozwoju. ICD-11 ma zatem być ogólnodostępnym narzędziem dla klinicystów, badaczy, pacjentów oraz innych osób zajmujących się zdrowiem publicznym. Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) wskazała, że realizacja powyższych zadań to priorytet dla rządów i społeczności międzynarodowej (Samponga, 2017; Shidhaye *et al.*, 2015; Tyrer, 2014; United Nations, 2015; Wamboldt *et al.*, 2015; World Health Organization, 2019).

ZMIANY W ICD-11 ZWIĄZANE Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI

Proponowana struktura i definicje kategorii diagnostycznych ICD-11 są dostępne na platformie WHO (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>). Główne zmiany obejmują następujące kwestie (World Health Organization, 2022):

- uaktualnienie i rozszerzenie zakresu klas substancji;
- wyszczególnienie dodatkowych szkodliwych wzorców używania substancji, które mogą być epizodyczne lub ciągłe;
- dodanie nowej kategorii – pojedynczego epizodu szkodliwego używania;
- wyróżnienie ryzykownego używania substancji, które nie jest uznawane za zaburzenie, a jedynie za czynnik ryzyka (włączony do rozdziału ICD-11 *Factors influencing health status and encounters with health services*);
- uproszczenie kryteriów diagnostycznych dotyczących uzależnienia od substancji.

Kategorie diagnostyczne zastosowane w ICD-11 wynikają ściśle z przyjętego spektrum zaburzenia używania substancji – w przypadku każdej substancji rozciągającego się od używania ryzykownego, przez epizod szkodliwego używania, po szkodliwy wzorec używania i uzależnienie (ryc. 1). Ma to kluczowe znaczenie dla wyboru odpowiedniej interwencji terapeutycznej.

ICD-11 obejmuje 14 grup substancji: alkohol, leki uspokajające, hipnotyczne i anksjolityki, opioidy, substancje lotne, nikotynę, kokainę, środki pobudzające (w tym amfetaminę i metamfetaminę), syntetyczne katynony, kofeinę, konopie indyjskie, syntetyczne kannabinoidy, MDMA i pokrewne



Ryc. 1. Spektrum używania substancji według ICD-11

narkotyki, halucynogeny, leki dysocjacyjne (w tym ketaminę i fencyklidynę).

Ponadto przewidziano diagnozowanie zaburzeń wynikających z używania:

- innych określonych substancji psychoaktywnych, np. steroidów anabolicznych, kortykosteroidów, leków przeciwdepresyjnych;
- nieznanymi lub nieokreślonymi substancjami psychoaktywnymi;
- substancjami niepsychoaktywnymi, np. środków przeczyszczających, hormonu wzrostu, erytropoetyny i niesteroidowych leków przeciwzapalnych (tłum. autora artykułu).

Nowa wersja ICD przewiduje trzy podstawowe, wzajemnie się wykluczające diagnozy nozologiczne związane z używaniem substancji:

- epizod szkodliwego używania substancji;
- szkodliwy wzorzec używania substancji;
- uzależnienie od substancji.

Wprowadzono także kategorię ryzykownego używania substancji, ale nie została ona włączona do rozdziału dotyczącego zaburzeń używania substancji – używanie ryzykowne jest traktowane jako czynnik ryzyka.

Istnieje możliwość postawienia kilku diagnoz u jednego pacjenta w zależności od przyjmowanej substancji. Dodatkowo rozpoznania – zatrucie substancją, zespół odstawienny czy zaburzenia psychiczne wywołane substancjami – mogą być ustalane przy jednej z diagnoz podstawowych (Gaebel *et al.*, 2020; Reed *et al.*, 2019).

PODSTAWOWE ZABURZENIA UŻYWANIA SUBSTANCJI WYSZCZEGÓLNIONE W ICD-11

Uzależnienie od substancji

Uzależnienie opisywane jest jako zaburzenie kontroli używania substancji, wynikające z powtarzającego się lub ciągłego

używania. Centralną cechą uzależnienia stanowi silna wewnętrzna potrzeba użycia, manifestująca się upośledzoną zdolnością kontroli nad używaniem. W rezultacie rośnie znaczenie używania substancji, przedkładanego nad inne aktywności. Towarzyszy temu uporczywe używanie substancji pomimo występujących szkód i konsekwencji.

Diagnoza wymaga obecności 2 lub 3 głównych cech uzależnienia występujących jednocześnie i powtarzających się wielokrotnie w ostatnich 12 miesiącach. Diagnozę można postawić również wtedy, gdy używanie substancji ma charakter ciągły (codzienny lub prawie codzienny) przez co najmniej 3 miesiące. Wspomniane cechy to (Gaebel *et al.*, 2020; Poznyak, 2014; Saunders *et al.*, 2018; World Health Organization, 2022):

1. Upośledzona kontrola używania substancji – kryterium to odnosi się do typowego epizodu używania. Klinicysta powinien dążyć do ustalenia, czy zaburzona kontrola występuje w którymkolwiek z wymiarów używania (początek zażywania, ilość, intensywność, czas trwania i zakończenie). Może ona wynikać z kontekstu używania (np. nieodpowiednie otoczenie) lub częstych epizodów zaburzonej kontroli.

Często – ale nie zawsze – towarzyszy temu subiektywna silna potrzeba, czyli głód substancji. Nie jest on cechą istotną w ICD-11, może jednak być punktem centralnym niektórych interwencji terapeutycznych. W przypadku części substancji (np. poszczególnych leków na receptę) odczuwanie silnej potrzeby jest rzadkie.

2. Rosnący priorytet (pierwszeństwo) nadawany używaniu substancji w stosunku do innych aspektów życia: codziennych czynności, obowiązków, zainteresowań czy dbałości o zdrowie. Używanie substancji jest kontynuowane lub nasila się pomimo występowania szkód lub negatywnych konsekwencji w wymienionych obszarach. W pewnym momencie zaczyna odgrywać centralną rolę. Klinicysta powinien przyjąć perspektywę długoterminową i ocenić, czy używanie substancji ma coraz większe znaczenie w stosunku do innych aspektów życia i obowiązków, które mogą stawać się bardziej marginalne.

3. Cechy fizjologiczne wskazujące na neuroadaptację do substancji, m.in. tolerancję i objawy odstawienne – nie są one obowiązkowym warunkiem rozpoznania uzależnienia od substancji, ale mogą być jedną z dwóch kluczowych cech decydujących o diagnozie.

Co ważne, cechy fizjologiczne same w sobie nie wystarczają do rozpoznania uzależnienia od substancji. W sytuacjach, gdy można oczekiwać zwiększonej tolerancji i objawów odstawiennych (np. w przypadku opioidów przepisywanych przez lekarza), rozpoznanie uzależnienia od substancji nie może i nie powinno zostać ustalone, jeśli nie występuje jedna z pozostałych kluczowych cech: upośledzenie kontroli lub rosnący priorytet. Objawy odstawienia – pojawiające się u osób uzależnionych, kiedy przestają one używać substancji albo używają jej w mniejszej ilości – zależą od właściwości farmakologicznych danej substancji. Istotny jest fakt, że zespół odstawienny może wystąpić, gdy przepisane leki

psychoaktywne (np. opioidy, leki anksjolityczne, stymulanty) były stosowane w dawkach terapeutycznych, zgodnie z zaleceniem lekarza. Jak już wspomniano, nie musi to oznaczać, że dana osoba jest uzależniona.

Szkody fizyczne i psychiczne są bardzo często obserwowane u osób spełniających kryteria rozpoznania uzależnienia od substancji, jednakże ich występowanie nie jest wymagane do diagnozy.

Szkodliwy wzorzec używania substancji

Wzorzec szkodliwy odnosi się do kategorii zależności (*sub-dependency*) i jest rozpoznawany na podstawie powtarzającego się schematu używania substancji, który szkodzi danej osobie lub – poprzez jej zachowanie – komuś innemu. Główna różnica w stosunku do używania szkodliwego w ICD-10 polega właśnie na tym, że w ICD-11 omawiana kategoria obejmuje zachowania osoby diagnozowanej prowadzące do szkód u innej osoby (Saunders *et al.*, 2018). Obserwowany wzorzec musi utrzymywać się przez co najmniej 12 miesięcy w przypadku sporadycznego używania albo przez miesiąc w przypadku używania ciągłego, codziennego (World Health Organization, 2022).

Szkoda odnosi się do jednego z następujących obszarów:

- zachowanie związane z odurzeniem (np. agresja, upośledzenie psychomotoryczne prowadzące do urazu);
- bezpośrednie lub wtórne działanie toksyczne na narządy i układy organizmu (np. ostre zapalenie błony śluzowej żołądka, zaostrzenie wcześniej istniejących przewlekłych problemów zdrowotnych);
- szkodliwa droga podania (np. przyjmowanie narkotyków w formie iniekcji).

Z kolei szkoda innych osób obejmuje wszelkie formy uszkodzeń fizycznych (np. uraz wskutek wypadku z udziałem kierowcy będącego pod wpływem alkoholu) lub zaburzeń psychicznych (np. zespół stresu pourazowego w wyniku doświadczonej napaści).

Epizod szkodliwego używania substancji

To nowe rozpoznanie, wprowadzone w ICD-11 i niemające dokładnego odpowiednika w ICD-10. Dotyczy epizodu używania substancji, który spowodował szkody dla zdrowia fizycznego lub psychicznego danej osoby lub doprowadził do zachowań wywołujących szkody u innych osób. Nie jest tu jednak znany schemat używania substancji. Rozpoznanie epizodu jest wskazane w sytuacjach, w których szczegółowe informacje na temat historii używania substancji przez daną osobę są niedostępne (np. oddziały ratunkowe). Po uzyskaniu dostępu do większej ilości informacji rozpoznanie może zostać odpowiednio zmienione (Grant i Chamberlain, 2016; Saunders *et al.*, 2018; World Health Organization, 2022).

Ryzykowne używanie substancji

Ryzykowne używanie substancji, określane jako czynnik ryzyka, zostało włączone do rozdziału obejmującego czynniki

wpływające na stan zdrowia lub kontakt z ochroną zdrowia. Chodzi tu o wzorzec używania substancji, w którym częstotliwość używania lub ilość przyjmowanej substancji są wystarczające, by znacznie zwiększyć ryzyko szkodliwych konsekwencji dla zdrowia fizycznego lub psychicznego. Konsekwencje mogą dotyczyć osoby przyjmującej substancję lub innych osób – w stopniu, który uzasadnia interwencję ze strony specjalisty.

Opisywana kategoria uwzględnia funkcjonowanie osoby i wpływ używania substancji na wypełnianie przez nią codziennych obowiązków, realizację zainteresowań czy podtrzymywanie relacji interpersonalnych. Kolejnymi istotnymi czynnikami są szkodliwa droga przyjmowania substancji (np. wielorazowe używanie tych samych igieł czy picie alkoholu z nieznanymi źródłami) oraz skłonność do zachowań ryzykownych podejmowanych w stanie nietrzeźwości (np. praca na wysokości, narażenie na zakażenia czy infekcje, mandaty za przyjmowanie substancji w miejscach publicznych, posiadanie substancji w niedozwolonych ilościach, przypadkowe kontakty seksualne, kłótnie z bliskimi, prowadzenie pojazdów).

Ważnymi czynnikami zwiększającymi ryzykowność są: zazwyczaj natychmiastowy efekt i krótkotrwałe działanie substancji oraz długotrwałe skumulowane skutki zdrowotne – psychiczne i fizyczne. Bez odpowiedniego rozpoznania i właściwej interwencji wymienione czynniki mogą prowadzić do szkodliwych konsekwencji dla zdrowia oraz codziennego funkcjonowania osoby i jej otoczenia (Poznyak *et al.*, 2018; Saunders i Lee, 2000; Saunders *et al.*, 2019; Verhoog *et al.*, 2020; Wawrzyniak, 2020).

Klinicysta powinien zwrócić uwagę na fakt, że ryzykowne używanie substancji nie osiągnęło jeszcze poziomu powodującego szkody dla zdrowia fizycznego lub psychicznego. Taki wzorzec używania substancji często się utrzymuje, mimo że osoba ma świadomość zwiększonego ryzyka szkód dla siebie lub innych.

PODSUMOWANIE

Klasyfikacja zaburzeń wynikających z używania substancji zaprezentowana w ICD-11 zawiera szereg kategorii diagnostycznych, które odzwierciedlają różne poziomy i wzorce używania substancji psychoaktywnych. Głównymi celami zmian są ułatwienie wczesnego rozpoznawania zagrożeń zdrowia oraz zapewnienie ukierunkowanych interwencji w zakresie profilaktyki i terapii. ICD-11 może być użytecznym narzędziem, które pozwoli zniwelować różnice między liczbą osób potrzebujących pomocy a liczbą osób rzeczywiście ją otrzymujących.

Konflikt interesów

Autor nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA): Europejski raport narkotykowy 2021. Tendencje i osiągnięcia. Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg 2021. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_PL_03.pdf [cited: 4 May 2022].
- Gaebel W, Stricker J, Kerst A: Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues Clin Neurosci* 2020; 22: 7–15.
- GBD 2015 Risk Factors Collaborators: Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388: 1659–1724.
- Grant JE, Chamberlain SR: Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS Spectr* 2016; 21: 300–303.
- Ministerstwo Zdrowia: Odpowiedź na petycję PET/IV/38/21. Warszawa 2021. Available from: <https://www.gov.pl/attachment/377b8638-2123-4428-a6a5-25bc4bef3f7a> [cited: 19 June 2022].
- Modrzyński R, Malinowska J: Nowe wyzwanie dla systemu leczenia uzależnień. Zastosowanie Internetu do pomocy osobom z problemem alkoholowym. *Alkohol Narkom* 2014; 27: 67–75.
- Poznyak V: Alcohol use disorders: their status in the draft ICD-11. Presented at the Joint Congress of the Research Society on Alcoholism and the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Seattle, USA, June 2014.
- Poznyak V, Reed GM, Medina-Mora ME: Aligning the ICD-11 classification of disorders due to substance use with global service needs. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018; 27: 212–218.
- Reed GM, First MB, Kogan CS et al.: Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry* 2019; 18: 3–19.
- Rowicka M, Postek S, Zin-Sędek M: Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2021.
- Samponga G: ICD-11 – Projekt wytycznych diagnostycznych dla zaburzeń psychicznych: raport dla członków WPA. *Psychiatr Pol* 2017; 51: 397–406.
- Saunders JB, Lee NK: Hazardous alcohol use: its delineation as a sub-threshold disorder, and approaches to its diagnosis and management. *Compr Psychiatry* 2000; 41 (Suppl 1): 95–103.
- Saunders JB, Degenhardt L, Reed GM et al.: Alcohol use disorders in ICD-11: past, present, and future. *Alcohol Clin Exp Res* 2019; 43: 1617–1631.
- Saunders JB, Peacock A, Degenhardt L: Alcohol use disorders in the draft ICD-11, and how they compare with DSM-5. *Curr Addict Rep* 2018; 5: 257–264.
- Shidhaye R, Lund C, Chisholm D: Closing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders by strengthening existing health care platforms: strategies for delivery and integration of evidence-based interventions. *Int J Ment Health Syst* 2015; 9: 40.
- Stofle GS: Addiction treatment online. The promises and problems of alcohol and drug interventions in cyberspace. *Behav Health Manag* 2004; 24: 53–55.
- Tyrer P: Time to choose – DSM-5, ICD-11 or both? *Arch Psychiatry Psychother* 2014; 16: 5–8.
- United Nations: Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations, 2015. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf> [cited: 1 February 2023].
- Verhoog S, Dopmeijer JM, de Jonge JM et al.: The use of the alcohol use disorders identification test – consumption as an indicator of hazardous alcohol use among university students. *Eur Addict Res* 2020; 26: 1–9.
- Wallace P, Murray E, McCambridge J et al.: On-line randomized controlled trial of an Internet based psychologically enhanced intervention for people with hazardous alcohol consumption. *PLoS One* 2011; 6: e14740.
- Wamboldt M, Kaslow N, Reiss D: Description of relational processes: recent changes in DSM-5 and proposals for ICD-11. *Fam Process* 2015; 54: 6–16.
- Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J et al.: Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007; 370: 841–850.
- Wawrzyniak S: Rola współczesnej szkoły w zakresie profilaktyki uzależnień od substancji szkodliwych. *Studia Edukacyjne* 2020; 59: 151–172.
- World Health Organization: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). World Health Organization, 2022. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> [cited: 20 May 2022].
- World Health Organization: ICD-11 Implementation or Transition Guide. World Health Organization, 2019. Available from: https://icd.who.int/docs/ICD-11%20Implementation%20or%20Transition%20Guide_v105.pdf [cited: 31 May 2022].