

ALEKSANDRA KASPEROWICZ-DĄBROWIECKA

*Katedra i Klinika Psychiatrii  
Akademii Medycznej w Bydgoszczy  
Kurpińskiego 19, 85-096 Bydgoszcz  
e-mail: S\_Dabrowiecki@hernia.pl*

## RÓŻNICE PŁCI W ALKOHOLIZMIE

W codziennej praktyce klinicznej obserwuje się istotne różnice w częstości występowania uzależnienia alkoholowego u mężczyzn i u kobiet. Szeroko zakrojone badania populacyjne przeprowadzone w latach 90. w Stanach Zjednoczonych wykazały, że ryzyko wystąpienia uzależnienia od alkoholu i nadużywania alkoholu w ciągu życia (ang. lifetime prevalence) wynosiło 25,6 % dla mężczyzn (18,6 % uzależnienie, 7% nadużywanie) i 10,7% dla kobiet (8,4% uzależnienie, 2,3% nadużywanie) (HANNA i GRANT 1997). Oznaczało to, że powyżej jednej piątej populacji mężczyzn miało w którymś momencie swojego życia poważne problemy z alkoholem. Zdumiewająca była też niespodziewanie wysoka częstość rozpoznawania uzależnienia od alkoholu u kobiet. W potocznej obserwacji wydaje się, że problem ten dotyczy kobiet jedynie w znikomym stopniu. W cytowanym powyżej badaniu demograficznym oszacowano również współwystępowanie różnych zaburzeń psychicznych u tych samych osób. Okazało się, że znacznie większą częstość uzależnienia od alkoholu wykazywały osoby, u których stwierdzono również depresję (mężczyźni 45,2%, kobiety 23,3%).

Dość powszechnie panuje przekonanie, że pacjenci z zaburzeniami psychicznymi, a zwłaszcza w obniżonym nastroju, piją alkohol w celu „samoleczenia” objawów depresyjnych, co w konsekwencji u niektórych osób prowadzi do rozwinięcia się uzależnienia od alkoholu. Prawdopodobne jest jednak, że płytkie stany obniżenia nastroju (subdepresje) mogą sprzyjać sięganiu po alkohol, podczas gdy

głębokie zespoły depresyjne rzadziej powodują takie sytuacje. Podczas rocznej obserwacji pacjentów z depresją, popijających alkohol, zauważono, że początkowo alkohol zmniejszał objawy depresyjne, natomiast później depresja nasilała się pod jego wpływem (ANESHENSEL i HUBA 1983).

W wielu badaniach naukowych stwierdzano ponadto odmienną chronologię występowania alkoholizmu i depresji u obu płci. Na ogół u kobiet depresja i zaburzenia lękowe poprzedzały wystąpienie alkoholizmu (WINOKUR i współaut. 1970, HESSELBROCK i współaut. 1985), a u mężczyzn występowały one w trakcie trwania uzależnienia (SCHUCKIT 1983). W jednym z badań porównano cechy osobowości przedchorobowej kobiet i mężczyzn uzależnionych od alkoholu. Okazało się, że kobiety częściej charakteryzowały się wysokim poziomem lęku, niskim poczuciem własnej wartości oraz miały ojców alkoholików. Bardzo często miały również uzależnionych od alkoholu mężów (DUNNE i współaut. 1993). Autorzy sugerowali, że to właśnie wysoki poziom lęku powodował u wielu kobiet sięganie po alkohol w celu zmniejszenia stresu, podczas gdy mężczyźni pili raczej ze względów towarzyskich. Obecność objawów depresyjnych u pijących kobiet łączy się z ogólnie lepszym efektem leczenia alkoholizmu, a u mężczyzn pogarsza jego przebieg. Dzieje się tak prawdopodobnie dlatego, że wyleczenie depresji usuwa równocześnie główną przyczynę sięgania po alkohol, a z taką sytuacją mamy najczęściej do czynienia wśród płci żeńskiej.

W latach 80. popularny stał się podział alkoholizmu zaprezentowany przez Cloningera i jego zespół (CLONINGER i współaut. 1979, 1981; BOHMAN i współaut. 1981, 1984) na podstawie wniosków z badań epidemiologicznych i rodzinnych. Cloningerowski typ I, tzw. środowiskowy (ang. milieu limited), dotyczył w większości kobiet, mających niewielu krewnych alkoholików, u których uzależnienie od alkoholu rozwinęło się późno (po 25 roku życia). Osoby z tej grupy charakteryzowały się neurotycznymi cechami osobowości, miały poczucie winy z powodu picia, obawiały się oceny społecznej. Pomimo późnego początku, uzależnienie w tej grupie rozwijało się bardzo szybko i częściej powodowało powikłania takie jak majaczenie drżenne czy choroby somatyczne. Typ II (ang. male limited) oznaczał dziedziczenie alkoholizmu w linii męskiej i 90% chorych stanowili mężczyźni mający ojców alkoholików. W typie II występowanie alkoholizmu było 9 razy częstsze niż w populacji ogólnej i charakteryzowało się znacznym stopniem dziedziczenia. Istotnie zwiększone ryzyko zachorowania występowało nawet wtedy, gdy dzieci alkoholików były adoptowane i od niemowlęctwa wychowywane w prawidłowych rodzinach. Pacjenci z II typem alkoholizmu charakteryzowali się wczesnym początkiem picia, nawet w okresie młodzieńczym, znacznym nasileniem uzależnienia, ale rzadkimi powikłaniami somatycznymi i psychicznymi. Zarówno oni, jak i ich uzależnieni ojcowie, byli często impulsywni, mieli antyspołeczne cechy osobowości oraz przejawiali zachowania kryminalne. Popularność podziału Cloningera spowodowała zróżnicowanie programów terapeutycznych leczenia alkoholizmu. Pacjenci z typem I używali poprawę w trakcie psychoterapii interpersonalnej, a pacjenci z II typem alkoholizmu, mający cechy psychopatyczne, lepiej reagowali na dyrektywny trening pożądanych zachowań i umiejętności społecznych. Badania przeprowadzone przez HABRATA (1996) w Polsce wykazały, że w naszym kraju z różnych form pomocy ambulatoryjnej korzysta znacznie więcej osób z I typem uzależnienia od alkoholu, podczas gdy w oddziałach detoksykacyjnych leczą się przede wszystkim pacjenci z typem II.

Drugim uznanym systemem kwalifikacji alkoholizmu jest typologia BABORA i współaut. (1992), w której jednak nie ma wyraźnie zarysowanego podziału ze względu na płeć uzależnionych osób. Po przeanalizowaniu wielu czynników wpływających na przebieg alkoholi-

lizmu takich jak: czynniki genetyczne, głębokość uzależnienia, powikłania somatyczne i psychiczne, autorzy wyodrębnili dwie grupy alkoholików, które zostały nazwane A i B. Podobnie jak w klasyfikacji Cloningera w typie A znalazły się osoby z późnym początkiem uzależnienia od alkoholu i małą częstością rodzinnego alkoholizmu, a do typu B zaliczono osoby z wczesnym początkiem uzależnienia, dużym obciążeniem rodzinnym alkoholizmem, a także antyspołecznym zachowaniem w czasie intoksykacji alkoholowej. Różnica pomiędzy oboma klasyfikacjami polegała na tym, że objawy lękowe i depresyjne, które towarzyszyły alkoholizmowi, występowały raczej w typie B niż w typie A, odwrotnie niż w klasyfikacji Cloningera. Z tego powodu również w typie B znalazło się wiele kobiet, podczas gdy cloningerowski typ II dotyczył w 90% mężczyzn. Na różnice płci w zachorowalności na zaburzenia psychiczne w rodzinach alkoholików zwrócił wcześniej uwagę WINOKUR (1979). Jego hipoteza tzw. „spektrum depresyjnego” dotyczyła grupy kobiet z depresją, charakteryzujących się wczesnym początkiem zachorowania na depresję (przed 40. rokiem życia) oraz dziedziczeniem depresji w linii żeńskiej (matka-córka). U spokrewnionych z tymi kobietami mężczyzn, częściej niż w populacji ogólnej, występował alkoholizm i osobowość antyspołeczna. Winokur uznał, że w tych rodzinach alkoholizm u mężczyzn był formą depresji, a powiązanie rodzinne depresji i alkoholizmu nazwał spektrum depresyjnym. Prace innych autorów wykazały, że nie tylko kobiety, ale i mężczyźni ze spektrum depresyjnego (co oznaczało, że sami mieli tylko depresję, ale wśród bliskich krewnych również alkoholików) charakteryzowali się nieustabilizowanym trybem życia i częściej mieli problemy rodzinne i socjalne (ZIMMERMAN i współaut. 1986), ponadto cechowali się ogólną niestabilnością emocjonalną, neurotyzmem i wysokim poziomem lęku (WINOKUR 1985). W trakcie 5-letniej obserwacji takiej grupy stwierdzono, że u kobiet często rozwijało się uzależnienie od alkoholu i środków psychoaktywnych (TSUANG i WINOKUR 1992, WINOKUR i CORYELL 1992).

Próbie oceny zależności występujących między płcią uzależnionych osób, przebiegiem ich alkoholizmu, współwystępowaniem depresji oraz obciążeniem rodzinnym alkoholizmem i depresją, przeprowadzono w Klinice Psychiatrii w Bydgoszczy (KASPEROWICZ-DĄBROWIECKA i RYBAKOWSKI 2001). Pacjenci zostali po-

dzieleni na trzy grupy: A – z depresją poprzedzającą wystąpienie alkoholizmu, B – z depresją, która pojawiła się w trakcie uzależnienia od alkoholu oraz C – z „czystym” alkoholizmem bez depresji. Kobiety znalazły się przede wszystkim w grupie A (74% badanych kobiet), mężczyźni w grupie C (55% badanych mężczyzn). Wcześniejszy początek uzależnienia obserwowano wśród osób obu płci z podwójną diagnozą alkoholu i depresji (grupa A i B). Najwięcej krewnych z depresją oraz alkoholików, zwłaszcza w linii żeńskiej, mieli mężczyźni i kobiety z grupy A, czyli te osoby, u których objawy depresyjne występowały zanim rozwinęło się uzależnienie od alkoholu. Nasze obserwacje były zgodne z koncepcją Winokura, wyodrębniającą osoby (kobiety i mężczyzn) o zwiększonym ryzyku alkoholizmu, u których uzależnienie rozpoczęło się w młodszym wieku, a w ich rodzinach stwierdzono wysoką częstość alkoholizmu, depresji i przypadków współistnienia obu tych chorób. W naszym badaniu ponad trzy czwarte osób w grupie A stanowiły kobiety, więc przeciwnie niż w typolo-

gii Cloningera, a bardziej w zgodzie z koncepcją Babora, były znacząco bardziej obciążone rodzinnie alkoholizmem i zaburzeniami psychicznymi (depresją). Z drugiej strony, w grupie C z „czystym alkoholizmem” znajdowało się 16% badanych przez nas kobiet i one uzależniały się później, same nie miały objawów depresyjnych, a w rodzinach niewielu krewnych uzależnionych od alkoholu.

Podsumowując można stwierdzić, że w chwili obecnej brak jest przekonujących danych umożliwiających podział alkoholizmu ze względu na jedno kryterium np. płci. Większość badaczy uwzględnia w analizie wiele czynników i wydaje się, że można w ten sposób wyodrębnić co najmniej dwa podstawowe typy, w których obecni są, w różnych proporcjach, zarówno mężczyźni, jak i kobiety. Niezależnie od płci osób uzależnionych, większe obciążenie rodzinnym alkoholizmem łączy się z wcześniejszym początkiem choroby, głębszym uzależnieniem, występowaniem chorób somatycznych i psychicznych.

## GENDER DIFFERENCES IN ALCOHOLISM

### S u m m a r y

This article reviews current classifications of alcohol abuse showing gender differences among alcoholics. The most popular Cloninger's classification and Winokur's depressive spectrum hypothesis have been

discussed. The author also presents results of a study in which a case of familial depression and familial alcoholism was investigated.

### LITERATURA

- ANESHENSEL C. S., HUBA G. J., 1983. *Depression, alcohol use, and smoking over one year: a four-wave longitudinal causal model*. J. Abnorm. Psychol. 92, 134-150.
- BABOR T. F., HFMANN M., DELBOCA F. K., HESSELBROCK V., MEYER R., DOLINSKY Z. S., ROUNSAVILLE B., 1992. *Types of alcoholics, 1. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity*. Arch. Gen. Psychiatry 49, 599-608.
- BOHMAN M., CLONINGER C. R., VON KNORRING L., SIGVARDSSON S., 1984. *An adoption study of somatoform disorders. III. Cross-fostering analysis and genetic relationship to alcoholism and criminality*. Arch. Gen. Psychiatry 41, 872-878.
- BOHMAN M., SIGVARDSSON S., CLONINGER C. R., 1981. *Maternal inheritance of alcohol abuse; cross-fostering analysis of adopted women*. Arch. Gen. Psychiatry 38, 965-969.
- CLONINGER C. R., BOHMAN M., SIGVARDSSON S., 1981. *Inheritance of alcohol abuse: cross-fostering analysis of adopted men*. Arch. Gen. Psychiatry 38, 861-868.
- CLONINGER C. R., REICH T., WETZEL R., 1979. *Alcoholism and affective disorders: familial association and genetic models*. [W:] *Alcoholism and affective disorders: clinical, genetic, and biochemical studies*. GOODWIN D. W., ERICKSON C. K. (red.) SP. Medical and Scientific Books, New York.
- DUNNE F. J., GALATOPOULOS CH., SCHIPPERHEIJN J. M., 1993. *Gender differences in psychiatric morbidity among alcohol misusers*. Compr. Psychiatry 34, 95-101.
- HABRAT B., 1996. *Powiązania etiopatogenetyczne między chorobami afektywnymi a alkoholizmem oraz wynikające z tego konsekwencje diagnostyczne i terapeutyczne*. Lęk i Depresja 1 (Suppl.), 38-53.
- HANNA E. Z., GRANT B. F., 1997. *Gender differences in DSM-IV alcohol use disorders and major depression as distributed in the general population: clinical implications*. Compr. Psychiatry. 38, 202-212.
- HESSELBROCK N., MEYER E., KEENER J., 1985. *Psychopathology in hospitalised alcoholics*. Arch. Gen. Psychiatry 42, 1050-1055.

- KASPEROWICZ-DĄBROWIECKA A., RYBAKOWSKI J., 2001. *Beyond the Winokur concept of depression spectrum disease: which types of alcoholism are related to primary affective illness?* J. Affect. Disorders 63, 133-138.
- SCHUCKIT M. A., 1983. *Alcoholic patients with secondary depression.* Am. J. Psychiatry 140, 711-714.
- TSUANG D. W., WINOKUR G., 1992. *Testing the validity of the neurotic depression concept.* J. Nerv. Ment. Dis. 180, 446-450.
- WINOKUR G., 1979. *Unipolar depression, is it divisible into autonomous subtypes?* Arch. Gen. Psychiatry 24, 135-144.
- WINOKUR G., 1985. *The validity of neurotic-reactive depression. New data and reappraisal.* Arch. Gen. Psychiatry 42, 1116-1122.
- WINOKUR G., CORYELL W., 1992. *Familial subtypes of unipolar depression: a prospective study of familial pure depressive disease compared to depression spectrum disease.* Biol. Psychiatry 32, 1012-1018.
- WINOKUR G., REICH T., RIMMER J., 1970. *Alcoholism III: diagnosis and familial psychiatric illness in 259 alcoholic probands.* Arch. Gen. Psychiatry 23, 104-111.
- ZIMMERMAN M., CORYELL W., PFOHL B., 1986. *Validity of subtypes of primary unipolar depression, clinical, demographic, and psychosocial correlates.* Arch. Gen. Psychiatry 43, 1090-1096.