

Klasyfikacja alkoholizmu wg Cloningera

BOGUSŁAW HABRAT

Z II Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE *Opisano mało znany w Polsce, ale dość powszechnie stosowany na świecie podział alkoholizmu wg Cloningera. Podział ten bazuje na etiologii uzależnienia od alkoholu, uwzględnia czynniki genetyczne, predysponujące czynniki osobowościowe, anomalie neuroprzeżywalności, początek uzależnienia oraz dane kliniczne (przebieg i obraz kliniczny)*

Słowa kluczowe: alkoholizm - klasyfikacja

Mimo oczywistej dla każdego klinicysty heterogenności uzależnienia od alkoholu, w ostatnich latach obserwuje się kryzys w jego klasyfikacji [28]. Klasyfikacja Jellinka [20] uznawana jest powszechnie za anachroniczną, a odróżnianie przez DSM-III [1] nadużywania i uzależnienia od alkoholu spotyka się z krytyką m.in. ze względu na coraz większą ilość dowodów na to, że objawy tzw. "uzależnienia psychicznego" zdefiniowane są biologicznie. Także odejście przez Światową Organizację Zdrowia w X Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów od wszelkiego podziału alkoholizmu i tłumaczenie jego polimorficzności wyłącznie czynnikami predyspozycyjnymi i kulturowo-środowiskowymi budzi duże wątpliwości.

Jedną z bardziej interesujących propozycji w ostatnich latach jest klasyfikacja Cloningera [10]. Jest ona stosunkowo mało znana w Polsce, a wydaje się zasadnym zapoznanie z nią szerszego grona czytelników. Zamiarem Cloningera było stworzenie klasyfikacji alkoholizmu opartej nie tylko na opisach fenomenologicznych, ale także na etiologii. Punktem wyjścia były badania porównawcze nad uzależnieniem od alkoholu występującym w dwóch grupach osób: z przypadkami alkoholizmu w rodzinie i bez alkoholizmu występującego wśród krewnych [4]. Okazało się, że te dwie grupy różnią się znacznie pod względem przebiegu uzależnienia oraz predysponujących cech osobowości. Już wcześ-

niej stwierdzono różnice pomiędzy alkoholizmem występującym rodzinnie (najczęściej w linii męskiej) a uzależnieniem bez "obciążenia rodzinnego" przypadkami alkoholizmu. W tych pierwszych przypadkach nadużywanie alkoholu zaczynało się wcześniej, trudniej było wyróżnić okresy nadużywania alkoholu od okresów abstynencji, stosunkowo późno rozwijały się objawy uzależnienia. U osób, które nie były "obciążone" alkoholizmem (szczególnie dotyczy to kobiet) sięganie po alkohol zaczynało się później, związane było z próbami "samoleczenia" objawów z kręgu depresyjnego, szybciej dochodziło do uzależnienia oraz poważnych powikłań psychopatologicznych i somatycznych, mimo picia okresowego z dość długimi okresami remisji.

Cloninger oparł się na stworzonej przez siebie oryginalnej klasyfikacji osobowości [11] bazującej na tzw. teorii biosocjalnej. W myśl tej klasyfikacji każda osobowość (zarówno prawidłowa, jak i patologiczna) może być opisana w trzech wymiarach, mianowicie: aktywacji czyli zapotrzebowania na stymulację (novelty seeking), hamowania czyli unikania wzmocnień negatywnych (harm avoidance) i podtrzymywania (behavioral maintenance) czyli uzależnienia od wzmocnienia (reward dependence). Powyższe wymiary osobowości Cloninger wiązał z aktywnością układów neuroprzeżywalnościowych: zapotrzebowanie na stymulację – z układem dopaminergicznym, unikanie wzmocnień negatywnych – z układem serotonergicznym a uzależ-

Tabela 1. Różnicowanie dwóch typów alkoholizmu wg Cloningera [10].

Cechy	Typ alkoholizmu	
	typ I	typ II
<i>Problemy alkoholowe</i>		
Wiek zachorowania	po 25 rż	przed 25 rż
Spontaniczne poszukiwanie alkoholu (niemożność utrzymania abstynencji)	rzadka	częsta
Bójki i aresztowania w stanie nietrzeźwym	rzadkie	częste
Uzależnienie psychiczne (upośledzenie kontroli picia)	częste	rzadkie
Poczucie winy i lęk przed uzależnieniem	częste	rzadkie
<i>Cechy osobowości</i>		
Poszukiwanie stymulacji	niskie	wysokie
Unikanie wzmocnie negatywnych	wysokie	niskie
Uzależnienie od wzmocnień	wysokie	niskie

nienie od wzmocnień – z układem noradrenergicznym.

Pozwoliło to na wyodrębnienie tzw. typu 1 i typu 2 alkoholizmu. Dane różnicujące te dwa typy zestawiono w tabeli 1.

Zarówno Cloninger i wsp., jak i badacze z innych ośrodków [2,26] kontynuowali prace nad oboma typami alkoholizmu, co pozwoliło w krótkim czasie na wypracowanie zasad klasyfikacji alkoholizmu. Dane te zebrano w tabeli 2.

Wyniki badań nad dziedziczeniem alkoholizmu wykazały istotną rolę czynników genetycznych w patogenezie uzależnienia od alkoholu. Istnieje jednak różnica między dziedziczeniem alkoholizmu u kobiet a u mężczyzn. U mężczyzn "obciążenie genetyczne" odgrywa istotną rolę (wykazano to w badaniach nad dziećmi adoptowanymi w celu wyeliminowania wpływu tzw. "dziedziczenia behawioralnego" czyli przekazywania nie materiału genetycznego, ale zwyczajów środowiskowych) [7,9,15,18]. U większości kobiet czynnik genetyczny (przekazywanie alkoholizmu przez rodziców) jest mniej ważny [16,17], natomiast czynnik środowiskowy odgrywa rolę dominującą [8].

Szereg przesłanek potwierdza dziedziczne uwarunkowania części przypadków alkoholizmu u mężczyzn. W badaniach elektrofizjologicznych wykazano "dziedziczenie" typu zapisu eeg [13] i załamka P3 w potencjałach wywołanych [3]. Schuckit [37] i Nagoshi ze wsp. [29] wykazali liczne odrębności w metabolizowaniu alkoholu i aktywności układów neuroprzekaznikowych u synów alkoholików. Badania psychologiczne ujawniają genetycznie defekty funkcji poznawczych badanych metodami neuropsychologicznymi [35].

Tarter [40] podsumował wyniki wszystkich badań nt. dziedzicznych czynników (psychologicznych, elektrofizjologicznych i biochemicznych) zwiększonego ryzyka rozwinięcia się alkoholizmu i stwierdził, że wszystkie składają się na ogólną niemożność młodego organizmu do modulowania, regulowania i właściwego adaptowania się do bodźców środowiskowych.

Liczne badania potwierdziły zależność między rodzinnie występującym alkoholizmem a wcześniejszym wystąpieniem problemów alkoholowych [2,5,12,39,31,32], a wczesny początek problemów alkoholowych ma największą

Tabela 2. Porównanie cech alkoholizmu typu I i typu II. Współczesny stan wiedzy.

	Typ I	Typ II
Alkoholizm w rodzinie	rzadko	często ("dziedziczenie z ojca na syna")
Wpływ czynników środowiskowych	wyraźny	mniej istotny
Osobowość przedchorobowa	neurotyczna, schizoidalna, bierna, perfekcjonistyczna, depresyjna	ekstrawertywna, impulsywna, często antysocjalna
Płeć	typowy dla większości kobiet	częściej występuje u mężczyzn
Początek	rzadko przed 25 rż.	często już w okresie adolescencji
Przebieg	szybko dochodzi do uzależnienia	często długotrwałe picie nadmierne bez wyraźniej szych objawów uzależnienia
Krytycyzm	typowe picie ciągami z długimi okresami abstynencji	często trudno wyodrębnić ciągi picia i okresy abstynencji
Powikłania	zachowany a często pogłębiony poczuciem winy i in. objawami depresyjnymi	brak lub powierzchowny (częste porzucanie leczenia)
Powikłania	częste, zarówno psychiczne (depresja, majaczenie), jak i somatyczne (marskość wątroby itp.)	występują rzadziej i później
Aktywność układów neuroprzekaznikowych:		
- NA	niska	—
- 5-HT	—	niska
- DA	niska	—
Aktywność MAO	—	niska

moc dyskryminującą przy podziale na typ 1 i typ 2 [19,31,32,33,39].

U osób uzależnionych z antysocjalnymi cechami osobowości stwierdzono wcześniejsze wystąpienie problemów alkoholowych [24,25] jak i większe nasilenie uzależnienia [2,24,25].

Podział alkoholizmu wg Cloningera potwierdzają również badania przebiegu alkoholizmu. Nordstrom i Berglund [30] stwierdzili częstsze przestrzeganie abstynencji i częstsze picie towarzysko akceptowane u alkoholików typu 1, podczas gdy alkoholicy typu 2 częściej nadużywali alkoholu. Schonfeld i Dupree [36] opisują pacjentów z późnym początkiem picia, z cięższymi postaciami alkoholizmu, ale jako mających większą motywację do leczenia i lepsze warunki materialne.

Badania nad rolą osobowości antysocjalnej w patogenezie alkoholizmu są bardzo liczne, ale ich wyniki nie są jednoznaczne [14]. Pewne jest tylko, że cechy osobowości antysocjalnej są najczęściej stwierdzanymi u osób uzależnionych [22,23]. Liskow i wsp. [24] stwierdzili występowanie osobowości antysocjalnej (wg DSM-III-R) u 30% osób uzależnionych, ale cechy osobowości antysocjalnej występowały znacznie częściej. Potwierdzono też jednoznacznie częstsze zróżnicowanie cech osobowości osób z typem 1 i typem 2 alkoholizmu, głównie pod względem częstszego występowania cech antysocjalnych [22]. Nie jest natomiast jasne, czy wspólne mechanizmy patogenetyczne takie, jak np. niska aktywność układu serotonergicznego [2,34] prowadzą do kompleksu zaburzeń zachowania,

którego przejawami są zachowania antysocjalne i alkoholizm. Schuckit i wsp. [39] są skłonni uważać, że cloningerowski typ 2 alkoholizmu nie jest alkoholizmem pierwotnym, lecz zjawiskiem wtórnym, wynikającym z osobowości antysocjalnej.

W alkoholizmie typu 2 stwierdza się obniżoną aktywność układu serotonergicznego, natomiast w alkoholizmie typu 1 prawdopodobnie istnieje hypofunkcja układu noradrenergicznego. Tłumaczyłoby to występowanie objawów depresyjnych w tej ostatniej grupie i sięganie po alkohol w celach "samoleczenia" (alkohol stymuluje układ noradrenergiczny). O ile niska aktywność serotonergiczna może być biologicznym podłożem niektórych cech osobowości alkoholików typu 2 (słaba reakcja na bodźce negatywne), to obniżona aktywność układu noradrenergicznego u osób z alkoholizmem typu 1 może leżeć u podłoża takiej cechy osobowości, jak unikanie sytuacji stymulujących.

Dalsze badania, w tym prowadzone w innych ośrodkach, potwierdziły zasadność podziału wg Cloningera. Stwierdzono m.in., że wyodrębnione dwa typy alkoholizmu różnią się między sobą aktywnością monoaminoooksydaz, chociaż - być może - jest to artefakt będący wynikiem różnic temperamentalnych, co do których istnieją podejrzenia, że są uwarunkowane właśnie aktywnością MAO [21].

Oprócz artykułów wspierających typologię Cloningera można też spotkać prace, które podnoszą wątpliwości. M.in. dyskutowany jest fakt, że dychotomiczny podział dotyczy głównie skrajnych postaci alkoholizmu, a cloningerowska klasyfikacja nie dotyczy wielu form pośrednich. Schuckit [39] podnosi kwestię heterogenności alkoholizmu typu 2 sugerując, że jeden z podtypów jest alkoholizmem wtórnym do osobowości antysocjalnej. Grupa z Kansas City postuluje, że zamiast cloningerowskiego dwuwymiarowego modelu (wymiar osobowościowy i wymiar obciążenia alkoholizmem) do pełnego obrazu klasyfikacji alkoholizmu powinno używać się i innych wymiarów, z których najważ-

niejszy - to współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych [31,32,33].

Mimo kontrowersji, typologia Cloningera jest coraz bardziej ceniona nie tylko za inspirowanie badań na tym polu, ale i za fakt, że jest otwarta na uzupełnienia.

Rozróżnianie tych dwóch typów alkoholizmu wydaje się mieć daleko idące implikacje zarówno w badaniach naukowych jak i w praktyce klinicznej. Dotyczy to głównie wyodrębniania bardziej homogennych, a co za tym idzie, bardziej porównywalnych grup osób uzależnionych. Prawdopodobnie będą musiały ulec weryfikacji te prace, które nie uwzględniały podziału Cloningera, a w każdym razie wydaje się, że podział ten stanie się standardem przy nowych badaniach. Rozbieżności w dotychczasowych wynikach badań mogą być interpretowane jako wynik niehomogenności grup. Klasyfikacja Cloningera implikuje zróżnicowanie programów leczniczych w zależności od typu alkoholizmu. Dotyczy to zarówno farmakoterapii (leki o selektywnym działaniu serotonergicznym i noradrenergicznym) jak i psychoterapii (zróżnicowanie postępowania w zależności od cech osobowości) [26]. Typologia Cloningera daje też istotne przesłanki co do poprawy trafności rokowania krótko- i długoterminowego.

PODSUMOWANIE

1. Cloningerowska wielowymiarowa typologia alkoholizmu jako opierająca się nie tylko na fenomenologii, ale i na etiologii przewyższa dotychczasowe klasyfikacje.

2. Ww podział alkoholizmu ma nie tylko wartości heurystyczne pozwalające lepiej zrozumieć heterogenność alkoholizmu, ale również wartości uylitarne zarówno badawcze jak i terapeutyczne.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association Task Force on Nomenclature and Statistics: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III). Washington D. C. 1980,
2. Babor T.F., Hofmann M., DelBoca F.K., Hesselbrock V., Meyer R.E., Dolinsky Z.S., Rounsaville B.: Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived

- typology based on indicators of vulnerability and severity. Arch. Gen. Psychiatry. 1992, 49, 599-698,
3. Begleiter R, Porjesz B., Bihari B., Kissin B.: Event-related brain potentials in boys at risk for alcoholism. Science. 1984, 225, 1493-1496,
 4. Bohman M., Cloninger R., Sigvardsson S., von Knorring A.L.: The genetics of alcoholism and related disorders. J. Psychiat. Res. 1987, 21, 447-452,
 5. Buydens-Branchey L., Branchey M., Noumair D.: Age of alcoholism onset. I. Relationship to psychopathology. Arch. Gen. Psychiat. 1989, 46, 225-230,
 6. Buydens-Branchey L., Branchey M.H., Noumair D., Lieber C.S.: Age of alcoholism onset. II. Relationship to susceptibility to serotonin precursor availability. Arch. Gen. Psychiat. 1989, 46, 231-236,
 7. Cadoret R.J., Gath A.E. Inheritance of alcoholism in adoptees. Brit. J. Psychiat. 1978, 137, 252-258,
 8. Cadoret R.J., Troughton E., O'Gorman T.W.: Genetic and environmental factors in alcohol abuse and antisocial personality. J. Stud. Alc. 1987, 48, 1-8,
 9. Cadoret R.J., Troughton E., O'Gorman T.W., Heywood E.: An adoption study of genetic and environmental factors in drug abuse. Arch. Gen. Psychiat. 1986, 43, 1131-1136,
 10. Cloninger C.R.: Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. Science. 1987, 236, 410-416,
 11. Cloninger C.R.: A systematic method for clinical description and classification of personality variants. Arch. Gen. Psychiat. 1987, 44, 573-588,
 12. Cook B.I., Winokur G.: A family study of familial positive vs. familial negative alcoholics. J. Nerv. Ment. Dis. 1985, 173, 175-178,
 13. Gabrielli W.F., Mednick S.A., Volavka J., Poolock V.E., Schulsinger F., Itil T.M.: Electroencephalograms in children of alcoholic fathers. Psychophysiology. 1982, 19, 404-407,
 14. Gerstley L.J., Alterman A.I., McLellan A.T., Woody G.E.: Antisocial personality disorder in patients with substance abuse disorders: a problematic diagnosis. Am. J. Psychiat. 1990, 147, 173-178,
 15. Goodwin D.W., Schulsinger F., Hermansen L., Guze S.B., Winokur G.: Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents. Arch. Gen. Psychiatry. 1973, 28, 328-243,
 16. Goodwin D.W., Schulsinger F., Knop J., Mednick S., Guze S.B.: Alcoholism and depression in adopted-out daughters of alcoholics. Arch. Gen. Psychiatry. 1977, 34, 751-766,
 17. Goodwin D.W., Schulsinger F., Knop J., Mednick S., Guze S.B.: Psychopathology in adopted and non-adopted daughters of alcoholics. Arch. Gen. Psychiatry. 1977, 34, 1005-1009,
 18. Goodwin D.W., Schulsinger F., Moller N., Hermansen L., Winokur G., Guze S.B.: Drinking problems in adopted and nonadopted sons of alcoholics. Arch. Gen. Psychiatry. 1974, 31, 164-169,
 19. Habrat B., Bidzińska E.: Choroby afektywne a problemy alkoholowe. Biul. Inst. Psychiat. Neurol. 1991, nr 2, 73-110,
 19. Irwin M., Schuckit M., Smith T.L.: Clinical importance of age at onset in type 1 and type 2 primary alcoholics. Arch. Gen. Psychiat. 1990, 47, 320-324,
 20. Jellinek D.M.: The Disease Concept of Alcoholism. 1960, Hillhouse Press, New Haven.
 21. von Knorring A.L., Hallman J., vom Knorring L., Orelund L.: Platelet monoamine oxidase activity in type 1 and type 2 alcoholism. Alcohol & Alcoholism. 1991, 26, 409-416,
 22. von Knorring L., von Knorring A.L., Smigan L., Lindberg U., Edholm M.: Personality traits in subtypes of alcoholics. J. St. Alc. 1987, 48, 523-527,
 23. Kofoed L., MacMillan J.: Alcoholism and antisocial personality. The sociobiology of an addiction. J. Nerv. Ment. Dis. 1986, 174, 332-335,
 24. Liskow B., Powell B.J., Nickel E., Penick E.: Diagnostic subgroups of antisocial alcoholics: outcome at 1 year. Compr. Psychiat. 1990, 31, 549-556,
 25. Liskow B., Powell B.J., Nickel E., Penick E.: Antisocial alcoholics: Are there clinically significant diagnostic subtypes? J. St. Alc. 1991, 52, 62-69,
 26. Litt M.D., Babor T.F., DeBoca F.K., Kadden R.M., Cooney R.L.: Types of alcoholics, II. Application of an empirically derived typology to treatment matching. Arch. Gen. Psychiatry. 1992, 49, 609-614,
 27. MacMillan J., Kofoed L.: Sociobiology and antisocial personality. An alternative perspective. J. Nerv. Ment. Dis. 1984, 172, 701-706,
 28. Meyer R.E., Babor T.F., Mirkin P.M.: Typologies in alcoholism: an overview. Int. J. Addict. 1983, 18, 235-249,
 29. Nagoshi C.T., Wilson J.R.: Influence of family alcoholism history on alcohol metabolism, sensitivity, and tolerance. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1987, 11, 392-398,
 30. Nordstrom G., Berglund M.: Type 1 and type 2 alcoholics (Cloninger & Bohman) have different patterns of successful long-term adjustment. Brit. J. Addict. 1987, 82, 761-769,
 31. Penick E.C., Powell B.J., Bingham S.F., Liskow B.I., Miller N.S., Read M.R.: A comparative study of familial alcoholism. S. St. Alc. 1987, 48, 136-146,
 32. Penick E.C., Powell B.J., Nickel E.J., Read M.R., Gabrielli W.F., Liskow B.I.: Examination of Cloninger's type 1 and type 2 alcoholism with a sample of men alcoholics in treatment. Alc. Clin. Exp. Res. 1990, 14, 623-629,
 33. Read M.R., Penick E.C., Powell B.J., Nickel E.J., Bingham S.F., Cambell J.: Subtyping male alcoholics by family history of alcohol abuse and co-occurring psychiatric disorder: a bi-dimensional model. Brit. J. Addict. 1990, 85, 367-378,
 34. Roy A., Virkkunen M., Linnoila M.: Reduced central serotonin turnover in a subgroup of alcoholics. Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. 1987, 11, 173-178,
 35. Schandler S.L., Cochen M., J., Antick J.R.: Activation, attention, and visuospatial learning in adults with and without a family history of alcoholism. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1992, 16, 566-571,
 36. Schonfeld L., Dupree L.W.: Antecedents of drinking for early- and late-onset elderly alcohol abusers. J. St. Alc. 1991, 52, 587-592,
 37. Schuckit M.A.: Biological vulnerability to alcoholism. J. Consult. Clin. Psychol. 1987, 55, 301-307,

38. Schuckit M.A., Irwin M.: An analysis of the clinical relevance of type 1 and type 2 alcoholics. *Brit. J. Addict.* 1989, 84, 869-876,
39. Schuckit M.A., Irwin M., Mahler H.I.M.: Tridimensional personality questionnaire scores of sons of alcoholic and nonalcoholic fathers. *Am. J. Psychiatry.* 1990, 147, 481-487,
40. Tarter R.E., Alterman A.I., Edwards K.L.: Vulnerability to alcoholism in men: A behavior-genetic perspective. *J. St. Alc.* 1985, 46, 329-356,
41. Yates W.R., Wilcox J., Knudson R., Myers C., Kelly M.W.: The effect of gender and subtype on platelet MAO in alcoholism. *J. St. Alc.* 1990, 51, 463-467,

Adres: Dr Bogusław Habrat, II Klinika Psychiatryczna IPiN, Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa