

## **Capitolul 1: Alcoolismul, o entitate clinica heterogena**

Alcoolismul este o tulburare complexa care poate fi inteleasa cel mai bine ca o cale finala comuna care izvoraste din nenumarate situsuri etiopatogenice. Urmarirea istoriei unui caz de alcoholism releva particularitati care fac ca fiecare caz in parte sa aiba particularitatile sale. De aici vine fascinatia perpetua si inversunarea continua a cercetatorilor de a face clasificari ale alcoolismului, incercari care au dus la aparitia a nenumarate tipologii, fiecare valabila in sine, dar nici una din ele neacoperind intreaga "heterogenitate" a acestei entitati. In 1960 Jellinek facea o trecere in revista a teoriilor etiopatogenice a alcoolismului si gasea o raspndire remarcabila a speculatiilor teoretice pe aceste tema (vezi tabelul nr. 1).

---

### **Numar de teorii etiologice distincte**

Ca o tulburare psihologica	33
Ca un simptom al unei tulburari psihologice	13
Alergie	6
Tulburare biochimica & fiziopatologica	13
Patologie cerebrala	9
Problema de nutritie	7
Tulburare endocrinologica	6
Indicand un raspuns farmacologic	24
<b>Total</b>	<b>111</b>

---

**Tabelul Nr. 1. Speculatiile etiologice in alcoholism intre 1938-1959 conform lui Jellinek (reprodus dupa Mark C. Russell (2002)<sup>1</sup>.**

Astazi exista un consens precum ca alcoolismul este o tulburare cu o variabilitate mare intr-o serie de dimensiuni precum varsta de debut, severitatea, curcul clinic, caracteristicile premorbide, comorbiditatea si istoria familiala si ca aceasta heterogenitate este expresia vulnerabilitatii diferite pe care indivizii o au pentru a genera tipologii diferite<sup>2</sup>.

Cercetarile etiologice, in special cele genetice, cercetarile epidemiologice si cele clinice au relevat ca sub eticheta clinica de alcoolism exista a varietate larga de personae cu caracteristici particulare privind predispozitia genetica, caracteristicile de personalitate, simptomatologia prezentata, modelele de consum, severitatea dependentei, varsta de aparitie, comorbiditatea, raspunsul diferit la terapie<sup>3</sup>. Astfel, desi s-au putut contura cel putin doua entitati clinice pendinte de conceptual de alcoolism, respectiv consumul nociv/daunator de alcool si dependenta de alcool (conform Clasificarii Internationale a Bolilor, versiunea a 10-a), alcoolismul ca atare ramane tributara unei concepii multidimensionale care integreaza variabilitatea interindividuala. Astfel, nu tuturor indivizilor ce dezvoltaza alcoolism li se pot decela aceleasi caracteristici, ci din contra, parca fiecare individ este altfel, ca si cum fiecare alcoolic a avut propriul lui drum. Aceasta situatie vine sa deceptioneze intr-un anumit grad practicianul obisnuit sa aiba de-aface cu tulburari omogene, izvorate din aceiasi cauzalitate si care i-a forjat treptat o gandire clinica cartezianista, liniara.

Studiile genetice au aratat ca exista o componenta genetica care se transmite transgenerational. Astfel, studiile familiale, studiile pe gemeni mono- si dizigoti si studiile de adoptie au evidentiat in mod clar componenta genetica, intrafamiliala, a alcoolismului. Astfel studiile familiale au demonstrat ca alcoolicul are mai multe rude de gradul I si II cu alcoolism decat familiile din populatia generala.; riscul de a dezvoltati alcoolism la rudele de gradul I este de 4 – 7 ori mai mare decat in populatia generala<sup>4</sup>. Pe de alta parte, s-a constatat ca

probabilitatea ca într-o pereche de gemeni monozigoti să existe alcoolism la ambii subiecți este semnificativ mai mare decât la gemenii dizigoti, respectiv gemenii univitelini prezintă o concordanță semnificativ mai mare pentru alcoolism decât cei bivitelini<sup>5</sup>. Mai mult, studiile de adopție au evidențiat că dacă se ia un copil născut într-o familie cu un părinte alcoolic și este dat spre adopție unei familii “nealcoolice” rata de apariție a alcoolismului la acești adoptați este mai mare decât la copiii născuți în familiile din populația generală<sup>6</sup>. Sexul influențează rata de transmitere a alcoolismului în familie, transmiterea pe linie masculină fiind mai preponderantă în toate studiile.

Cu toată relevanța științifică a acestor studii și cu preocuparea de a găsi markeri genetici convingători în sprijinul transmiterii genetice a alcoolismului, nu s-a putut incrimina nici o genă în acest proces. Mai mult, indicii de ereditabilitate al alcoolismului fac ca să nu putem afirma cu certitudine că mecanismul genetic este singurul responsabil de apariția alcoolismului în familie; dacă mecanismul ar fi exclusiv genetic indicii de ereditabilitate a alcoolismului la gemenii monozigoti ar fi de 100%.

Coroborarea datelor de epidemiologie genetică au condus la concluzia că ce se transmite în familie este o vulnerabilitate pentru alcoolism, vulnerabilitate care se relevă doar în condițiile unei ambianțe particulare. Această vulnerabilitate intrafamilială ar fi de trei feluri: i) nivel scăzut de psihopatologie în familie și nivel moderat de alcoolism familial; ii) nivel crescut de personalitate antisocială în familie și violență și alcoolism și iii) nivel ridicat de depresie în familie și manie, tulburare anxioasă și alcoolism<sup>1</sup>.

Se poate spune că predominant astăzi este teoria transmiterii alcoolismului prin mecanism genetic-ambianță care postulează că interacțiunea dintre factorii genetici și factorii de mediu conduce la generarea unei susceptibilități față de apariția unui model de consum maladiv de alcool<sup>7</sup>.

Deși alcoolismul masculin a fost studiat cel mai des, cercetătorii au găsit diferențe notabile care există între bărbații și femeile alcoolice și astfel sexul a devenit o variabilă majoră în tipizarea alcoolismului. Prin studierea acestor diferențe, cercetătorii au căutat să deceleze trăsăturile și caracteristicile ce disting alcoolismul la bărbați de cel la femei și astfel s-a descris o tipologie bazată pe sex. În general femeile trebuie să prezinte un arbore genetic mai încărcat pentru a deveni alcoolice, consumă mai mult ca răspuns la stres, prezintă simptome afective înainte de a deveni alcoolice și au consecințe fizice și sociale ale consumului mai mari decât bărbații care prezintă, în schimb, simptome de personalitate antisocială preexistente alcoolismului, consumă cantități mai mari de alcool și au o istorie mai lungă de consum<sup>8</sup>.

Femeile alcoolice sunt cele care “internalizează”, au depresie și anxietate, raportează că folosesc alcoolul ca să combată anxietatea sau suferințele și prezintă dependență severă și au consecințe somatice serioase ale consumului. Alcolicii care “externalizează”, sunt cu precădere bărbații care prezintă un consum ridicat de alcool, consecințe sociale serioase și trăsături de personalitate antisocială; prognosticul este defavorabil<sup>9</sup>.

Studiile epidemiologice indică că femeile beau mai puțin decât bărbații. Spre exemplu, se estimează că în Statele Unite există 15,1 milioane de indivizi care prezintă abuz sau dependență de alcool și din aceștia 4,6 milioane (o treime) sunt femei<sup>10</sup>. Toate studiile au fost arătat că femeile care beau consumă mai puțin alcool și au mai puține probleme date de alcool sau dependență de alcool. Date din 39 studii longitudinale efectuate în 15 țări au confirmat aceste diferențe dintre sexe, în fiecare țară și în fiecare grup de vârstă, bărbații beau mai mult și raportează mai multe probleme generate de alcool decât femeile<sup>11</sup>.

Alta variabilă care conduce la heterogenitatea alcoolismului este vârsta de debut a consumului maladadaptativ. Ca și alte tulburări psihice și consumul

maladaptativ poate debuta la varsta variate dar ca nici intr-un alt caz, varsta de debut nu duce la aparita unor forme atat de deosebite. Astfel alcoolismul care apare la varste tinere este legat de tulburari de comportament in copilarie, de prezenta tulburarii de atentie, de trasaturi de personalitate antisociala sau de antecedente de injurii cerebrale si are o evolutie severa ce duce la aparitia precoce a sindromului de dependenta. Aceasta grupa poate fi definita ca o varianta “endoforma” a alcoolismului<sup>12</sup>. Alcoolismul la varsta inaintata are o evolutie lenta, este mai “benign” si nu genereaza atatea probleme conexe si ar putea fi definite ca o entitate “exoforma”, fara o predispozitie biologica spre alcoolism.

Asociatia dintre problemele comportamentale in copilarie si adolescenta (de ex. tulburare de atentie, hiperkinezie, comportament opozitionist, probleme disciplinare scolare, furturi, violente, etc.) si alcoolismul de mai tarziu a fost gasit in multe studii. Alcoolicul cu astfel de antecedente in copilarie prezinta un prognostic sever, mai ales daca are si un parinte alcoolic<sup>13</sup>.

Un alt grup de alcoolici se releva a fi cei ce prezenta un anume tip de temperament caracterizat mai ales prin un nivel crescut de activitate si sociabilitate, emotionalitate crescuta si tendinta de cautare a senzatiilor<sup>14</sup>. Acesti indivizi se releva a fi incapabili de a-si controla comportamentul, inclusiv comportamentul de consum de alcool. Mult mai pregnanta este categoria alcoolicilor care prezinta tulburari de personalitate, in special trasaturi de personalitate antisociala. Alcoolismul la acestia are o evolutie foarte severa, dezvolta rapid dependenta si tulburari in functionare sociala si familiala si nu au complianta la tratament<sup>15</sup>.

In cautarea unor grupuri omogene de alcoolici necesare pentru validarea tehnicilor de evaluare sau tratament, cercetatorii au cautat ca din puzderia de feluri de alcoolici sa gasesca cateva tipuri confidente. Prima tipologie a fost cea

clasica a lui Jellinek (1960) care propunea patru tipuri de alcoolici in functie de severitatea, pierderii controlului, cravingul, sevrajul si aparitia problemelor somatice. Ulterior, utilizand metodologi sofisticate de analiza, Cloninger introduce o tipologie neurobiologica, Morey si Skinner propune un model hibrid, Zucker un model developmental si Babor o clasificare bazata pe vulnerabilitate. Astfel tipul I a lui Cloninger, numit si “mediu-limitat” prezinta un debut tardiv al alcoolismului, cu dependenta psihologica mai mult decat fizica si cu sentimente de vinovatie fata de comportamentul de consum. Tipul II, “masculine-limitat” prezinta un debut precoce, comportament de cautarea a consumului si turbulenta sociala. In aceasta tipologie personalitatea subiectului, corespunzator unei anume neurobiologii este cea determinanta (dependenta de premiere, evitarea daunelor si cautarea noutatii)<sup>16</sup>. Morey si Skinner introduce o clasificare cu trei subgrupe: i) bautorii cu debut precoce ce prezinta o multitudine de probleme legate de consum dar nu si dependenta; ii) bautorii de grup, care au tendinta de a consuma zilnic si care dezvolt o dependenta moderata fata de alcool si iii) bautorii schizoizi care sunt izolati, beau mult si prezinta simptome severe<sup>17</sup>. Modelul developmental al lui Zucker se bazeaza pe constatarea ca traiectoria unui alcoolic porneste devreme din copilarie, familia, calitatea parentingului, presiunea egalilor si problemele comportamentale aparute devreme in viata fiind unii dintre determinanti principali ai alcoolismului<sup>18</sup>. El propune patru tipuri de alcoolism: i) alcoolismul antisocial avand incarcatura genetica mare, debutand devreme, cu trasaturi de personalitate antisociala si cu prognostic nefericit; ii) alcoolismul cumulativ developmental sau alcoolismul primar, fara comorbiditate, indus social si progresiv; iii) alcoolismul cu affect negative, ce apare mai ales la femei pe baza unei tulburari afective sau unei relatii sociale/maritale defectuase si iv) alcoolismul limitat developmental cu indivizii care beau mult dar cu tendinta de remisiune spontana si cu tendinta de a-si

indeplini rolurile sociale si familiale. Babor si colab. (1992)<sup>19</sup> propune doua tipuri bazate pe factori de risc, vulnerabilitate, severitatea dependentei si a consecintelor: i) tipul A caracterizat de debutul tardiv, severitate scazuta a consecintelor si a dependentei si comorbiditate putina si ii) tipul B cu factori de risc si vulnerabilitate genetica-ambientala mare, debut precoce, dependenta si consecinte severe si curs cronic. Prelipceanu si Mihaescu<sup>20</sup>, verificand pe un lot mare de alcoolici veridicitatea clasificarii tip A versus B constata ca exista si o categorie reziduala denumita de ei “varianta nonA nonB” care ar raspunde la alte criterii ale clasificarii (criterii biologice, psihologice, clinice si comportamentale). Foarte recent Cardoso si colab.<sup>21</sup> identifica cinci tipuri de alcoolici: anxipatic (cu simptomatologie anxioasa), heredopatic (cu influente familiale si genetice), timopatic (cu simptomatologie afectiva), sociopatic (cu expresivitate antisociala) si adictopatic (utilizare de mai multe substante). Windle si Scheidt identifica si ei patru subtipuri desi se intrebau daca doua tipuri ar fi suficiente<sup>22</sup>.

Din toata aceasta prezentare se poate constata ca alcoolici nu reprezinta un grup omogen, ei venind din diferite directii pentru a prezenta un tablou clinic oarecum asemanator. Aceasta heterogenitate impune o precautie speciala atunci cand un subiect este considerat legitim pentru o forma de tratament. Insa si aceste tipologii au fost create pentru a facilita relatia pacient-terapie bazata pe presupunerea ca forme specifice de alcoholism raspund mai bine la forme specifice de terapie. Pe de alta parte se poate spune si ca incercarea de a tipiza un fenomen asa de complex ca alcoholismul este o “fictiune splendida” create de nevoia umana de simplitate si ordine<sup>23</sup>.

---

#### **Bibliografie:**

- 
- <sup>1</sup> Russell MC (2002): Why do we drink? A history and philosophy of heredity and alcoholism, *Bulletin of Science, Technology & Society*, Vol. 22, 48-55.
- <sup>2</sup> Finn PR, Sharkansky EJ, Viken R et al (1997): Heterogeneity of the families of sons of alcoholics: The impact of familial vulnerability type on offspring characteristics, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol.106, 26-36.
- <sup>3</sup> Babor TF (1994): Methods and theory in the classification of alcoholics, in *Types of Alcoholics* (TF Babor, V Hesselbrock, RE Meyer, W Shoemaker Eds.) *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol.708, New York, 1994
- <sup>4</sup> Merikangas KR (1990): The genetic epidemiology of alcoholism. *Psychological Medicine*, Vol. 20, 11-22.
- <sup>5</sup> Kendler KS, Heath AC, Neale MC, et al (1992): A population-based twin study of alcoholism in women. *JAMA*, Vol. 268, 1877-1882.
- <sup>6</sup> Cadoret RJ, Cain CA, & Grove WM (1980): Development of alcoholism in adoptees raised apart from alcoholic biologic relatives. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 37, 561-563.
- <sup>7</sup> Cadoret RJ, Yates WR, Troughton E, Woodworth G & Stewart MA (1995) Adoption study demonstrating two genetic pathways to drug abuse. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 52, 42-52.
- <sup>8</sup> Del Boca F & Hesselbrock MN (1996): Gender and alcoholic subtypes, *Alcohol Health & Research World*, Vol. 20, 56-62.
- <sup>9</sup> Del Boca FK & Hesselbrock MN (1995): Types of alcoholics: A reanalysis of risk, severity, and gender, paper presented at the Research Society on Alcoholism, Steamboat Spring, Colorado, USA.
- <sup>11</sup> Fillmore KM, Hartka E, Johnstone BM et al (1991): A meta-analysis of life course variation in drinking: The Collaborative Alcohol-Related Longitudinal Project, *British Journal of Addiction*, Vol. 10, 1221-1268
- <sup>12</sup> Vrsulevsky AG (1989): Variants of alcoholism: Patterns of formation, course and prognosis. Dissertation for a Doctorate in Medical Sciences, USSR Ministry of Public health. Moscow, Russia.
- <sup>13</sup> Zucker RA, Fitzgerald HE, Moses HD (1995): Emergence of alcohol problems and the several alcoholisms: A developmental perspective on etiologic theory and life course trajectory, in *Developmental Psychopathology*, vol.2: Risk, Disorder, and Adaptation, D.Cicchetti & DJ Cohen (Eds), John Wiley & Sons Inc, London.
- <sup>14</sup> Tarter RE, Kabene M, Escallier EA., et al. (1990): Temperament deviation and risk for alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, Vol. 14, 380-382.



---

<sup>15</sup> Liskow B, Powell BJ, Nickel E, Penick E (1991): Antisocial alcoholics: Are there clinically significant diagnostic subtypes? *J.Stud.Alcohol*, Vol. 52, 62-69.

<sup>16</sup> Cloninger CR (1987): Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, Vol. 236, 410-416

<sup>17</sup> Morey LC, Skinner HA (1986): Empirically derived classifications of alcohol-related problems, in *Recent Developments in Alcoholism*, M. Galanter (Ed.), Vol.5, Plenum Press, New York.

<sup>18</sup> Zucker RA, Fitzgerald HE (1991): Early developmental factors and risk for alcohol problems, *Alcohol Health and Research World*, Vol.15, 18-24.

<sup>19</sup> Babor TF, Del Boca FK, Hesselbrock V, et al. (1992): Types of alcoholics, I: Evidence for an empirical derived typology based on indicators of vulnerability and severity, *Archive of General Psychiatry*, Vol.49, 599-608

<sup>20</sup> Prelipceanu D, Mihailescu R (2005): NonA nonB variants in the binary typology of alcoholics, *Addictive Disorders & Their Treatment*, Vol.4, 149-156.

<sup>21</sup> Cardoso JM, Neves R, Barbosa A et al (2006): Neter alcoholic typology, *Alcohol Alcohol*, Vol. 41, 133-139.

<sup>22</sup> Windle M, Scheidt DM (2004): Alcoholic subtypes: are two sufficient? *Addiction*, Vol. 99, 1508-1519.

<sup>23</sup> Babor TF, Caetano R (2006): Subtypes of substance dependence and abuse: implications for diagnostic classification and empirical research, *Addiction*, Vol. 101 (Suppl.1), 104-110.