

## Alkoholicy wysokofunkcjonujący – odrębny typ? Poszukiwanie wspólnych cech w istniejących typologiach alkoholizmu

High-functioning alcoholics – a separate type?

The search for common features in current alcoholism typologies

Zakład Psychoprofilaktyki i Psychologii Uzależnień, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki, Łódź, Polska

Adres do korespondencji: Jan Chodkiewicz, Zakład Psychoprofilaktyki i Psychologii Uzależnień, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki, ul. Smugowa 10/12, 91–433 Łódź,

tel.: +48 605 346 935, e-mail: janchodkiewicz@poczta.onet.pl

### Streszczenie

W pracy zawarto przegląd wybranych klasyfikacji alkoholizmu, w których uwzględniono podtyp osób uzależnionych o względnie dobrym funkcjonowaniu. Przeanalizowano zarówno znane typologie, zajmujące stałe miejsce w psychologii alkoholizmu, jak i badania innych autorów, w których wyszczególniono grupę o podobnych właściwościach, jakimi charakteryzuje się wysokofunkcjonujący podtyp alkoholików. Zasadniczym celem artykułu był przegląd klasyfikacji ze szczególnym naciskiem na wskazanie cech spójnych z obrazem alkoholików wysokofunkcjonujących otrzymanym w badaniach Mossa i wsp. (2007). Stwierdzono, że większość typologii zawiera typ o cechach zbliżonych do wysokofunkcjonującego (późna inicjacja alkoholowa i późniejszy niż w innych grupach początek choroby, łagodny przebieg, wyższy poziom funkcjonowania psychospołecznego, niski wskaźnik alkoholizmu w rodzinie, rzadsze występowanie innych zaburzeń psychicznych czy mniejsze nasilenie objawów abstynencyjnych), jednak wykazano także pewne różnice. Potrzebne są dalsze badania na temat czynników osobowościowych, temperamentalnych, obejmujących zasoby osobiste czy związanych z podejmowaniem i przebiegiem terapii oraz utrzymywaniem abstynencji. Ponadto należy przeprowadzić analizę szkód dokonywanych przez chorobę u alkoholików wysokofunkcjonujących. Wyniki takich badań miałyby zastosowanie zarówno praktyczne (pomogłyby w diagnostyce i skutecznej terapii), jak i teoretyczne (pozwoliłyby stworzyć ramy, w które można ująć omawianą grupę alkoholików, i wskazały, jakie cechy i w jakim zakresie różnicują alkoholików wysokofunkcjonujących od pozostałych).

**Słowa kluczowe:** uzależnienie od alkoholu, alkoholicy wysokofunkcjonujący, typologie alkoholizmu

### Abstract

The presented paper is a review of selected alcoholism typologies, some of which include the relatively well-functioning type. The analysis covers widely known typologies, deeply grounded in addiction psychology, as well as other research, all of which consider the shared characteristics of high-functioning alcoholics. Thus, the aim of the paper is to provide an overview of these classifications of alcoholics, focusing on the groups whose traits are consistent with the image of high-functioning alcoholics described by Moss et al. (2007). It was found that the majority of classifications include a subtype showing features similar to high-functioning alcoholics (such as older age of alcohol use initiation, later onset of alcohol dependence, mild course of alcohol dependence, higher psychosocial functioning, low prevalence of familial alcoholism, low rates of comorbid psychiatric disorders, and lower level of withdrawal symptoms compared to other groups). However, there are significant differences in each of the mentioned typologies. Further research should expand on the subject, aiming to find particular personality and temperamental traits, personal resources and factors associated with undergoing addiction therapy/treatment, its course and maintaining abstinence in high-functioning alcoholics. Moreover, negative consequences of alcohol abuse in high-functioning alcoholics should be assessed. Such research could have both practical (supporting the diagnosis and effective therapy) and theoretical implications (allowing for the development of a conceptual framework for high-functioning alcoholics and the extent to which they differ from other types).

**Keywords:** alcohol dependence, high-functioning alcoholics, typologies of alcoholism

## WSTĘP

Od początków badań i terapii osób uzależnionych od alkoholu pojawiały się dowody wskazujące na wysokie zróżnicowanie tej grupy. Zauważano, iż pacjenci różnią się występowaniem predyspozycji genetycznych, wiekiem rozpoczęcia picia problemowego, cechami osobowości, współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi czy też wzorcem picia. Eksploracja tematu doprowadziła do podjęcia szeregu prób klasyfikowania osób uzależnionych, a więc wyodrębnienia homogenicznych podgrup, mających wspólne cechy (por. Hildebrandt *et al.*, 2017; Schlaff *et al.*, 2011). Tworzenie typologii alkoholików miało służyć wielu celom praktycznym, takim jak lepsze zrozumienie mechanizmów stojących za rozwojem choroby, konstrukcja bardziej dopasowanych programów terapeutycznych i poprawa skuteczności leczenia. Od czasów autora pierwszej typologii – Jellinka (1960a, 1960b) powstało szereg klasyfikacji, opartych na zmiennych socjodemograficznych, psychologicznych i psychopatologicznych. Ponieważ stosowana metodologia często była niedoskonała, w ostatnich latach podejmowane są próby replikacji wielu typologii, dające zróżnicowane i niejednorodne rezultaty (m.in. Hesselbrock i Hesselbrock, 2006; Hildebrandt *et al.*, 2017; Saha *et al.*, 2007).

Jedną z nowszych klasyfikacji, mających ważne implikacje praktyczne, stworzyli w 2007 roku Moss, Chen i Yi. Badacze ci, korzystając z danych National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), w grupie prawie 1500 osób, u których zdiagnozowano uzależnienie, dowiedli istnienia pięciu typów ludzi uzależnionych od alkoholu. Charakterystyka kliniczna opierała się m.in. na danych dotyczących rodzinnej historii używania alkoholu, wieku wystąpienia uzależnienia, obecności zaburzeń współwystępujących, poszukiwania pomocy terapeutycznej oraz na kryteriach alkoholizmu według DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Ze względu na problematykę niniejszego artykułu na szczególną uwagę zasługuje *functional subtype* – grupa często określana w języku polskim jako „alkoholicy wysokofunkcjonujący” (w języku angielskim *high-functioning alcoholics*, HFA). Ludzie należący do tego podtypu (19% badanych) wyróżniali się przede wszystkim dobrym funkcjonowaniem społecznym, zawodowym czy rodzinnym. Mieli najwyższy spośród wszystkich wyróżnionych grup poziom wykształcenia, osiągnęli wysokie dochody oraz przeważnie byli w związkach małżeńskich. Choć sposób lub częstotliwość korzystania z alkoholu wskazywały na uzależnienie, z reguły nie szukali specjalistycznej pomocy. Cechowali się brakiem zaburzeń psychicznych (internalizacyjnych i eksternalizacyjnych) i innych uzależnień substancjalnych (poza paleniem tytoniu). Duże znaczenie miał również późny wiek rozwoju uzależnienia – osoby te uzależniały się około 37. roku życia. Członków omawianej grupy charakteryzowała też późniejsza niż w innych podtypach inicjacja alkoholowa (średnia wieku: 18,5 roku). HFA okazali się osobami pracującymi w pełnym wymiarze godzin, niemającymi

konfliktów z prawem. W ich rodzinach pochodzenia rzadko występowały problemy związane z nadużywaniem alkoholu. Typ obejmował zarówno kobiety, jak i mężczyzn (Moss *et al.*, 2007).

Po publikacji pracy Mossa i wsp. odnotowano znaczny wzrost zainteresowania problematyką HFA, co zaowocowało pojawieniem się szeregu tekstów. Jednakże zainteresowanie to ogranicza się do prac o charakterze popularnonaukowym lub studiów przypadków. Przykładowo w 2009 roku ukazała się książka autorstwa Sarah Allen Benton: *Understanding the High-Functioning Alcoholic: Professional Views and Personal Insights*. Autorka – odnosząca sukcesy zawodowe psycholog – bazując na własnych doświadczeniach zmagania się z problemem alkoholowym, opisała osoby uzależnione od alkoholu (m.in. znanych aktorów, piosenkarzy, polityków i sportowców), które mimo nałogu przez długi czas funkcjonowały w pełni poprawnie.

Zdaniem Benton HFA cierpią na tę samą chorobę co pozostali alkoholicy, lecz choroba inaczej u nich przebiega i inaczej się manifestuje. Trzeba podkreślić, że na uzależnienie osób należących do grupy HFA wskazuje spełnianie kryteriów diagnostycznych (zgodne z klasyfikacjami DSM-V lub ICD-10 – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), takich jak: silne pragnienie używania alkoholu, upośledzona zdolność kontroli nad piciem, objawy stanu abstynencyjnego w przypadku ograniczenia albo odstawienia substancji, wzmożona tolerancja na działanie alkoholu czy przyjmowanie substancji pomimo świadomości szkodliwych następstw. Jednak HFA wyróżniają się kilkoma cechami utrudniającymi diagnozę. Przede wszystkim prowadzą swoje podwójne życie, w którym intensywne picie alkoholu nie wpływa znacząco na inne obszary funkcjonowania (rodzinę, pracę, przyjaźnie). Ponadto nie doświadczają (i nie jest to ich racjonalizacja – przyp. autorów) wyraźnych strat i negatywnych konsekwencji związanych z piciem, a proces degradacji przebiega u nich wolniej niż u innych uzależnionych. HFA nie porzucają dotychczasowych aktywności, zainteresowań, ról ani obowiązków z powodu swojej choroby. Nie uważają się za uzależnionych, gdyż nie pasują do stereotypu alkoholika, a intensywne picie wyjaśniają koniecznością relaksu (resetu) po ciężkim dniu (tygodniu) pracy, potrzebą zmniejszenia stresu, zapomnienia o codziennych problemach. Nie piją też w sytuacjach ryzykownych. Są pracowici i doceniani przez otoczenie za swoje osiągnięcia. Mają bogate życie towarzyskie i otaczają się z reguły ludźmi również pijącymi bardzo dużo. Nie zmagają się z problemami finansowymi, więc mogą sobie pozwolić na drogie alkohole (Benton, 2009a, 2009b).

Powyższa charakterystyka, choć być może trafna, nie doczekała się dotąd empirycznej weryfikacji (ani nawet prób weryfikacji). Mimo to jest często uwzględniana przez psychologów i terapeutów uzależnień, a także obecna w świadomości społecznej (Chodkiewicz, 2010).

Poniższa analiza literatury przedmiotu dotyczącej typologii alkoholizmu ma pomóc w odpowiedzi na pytanie, czy cechy

podobne jak w typie stworzonym przez Mossa i wsp. (2007) oraz Benton (2009a, 2009b) zostały wyróżnione w znanych i potwierdzonych empirycznie typologiach. Analiza ta może stanowić punkt wyjścia do zaprojektowania badań służących replikacji badań Mossa i wsp. (2007) oraz badań zmierzających do rozszerzenia koncepcji HFA o cechy psychologiczne.

## WCZESNE TYPOLOGIE

Prawie 60 lat temu Jellinek opublikował swoją koncepcję typologii alkoholizmu, w której wyróżnił pięć podtypów: Alfa, Beta, Gamma, Delta i Epsilon (Jellinek, 1960a, 1960b). Zaproponowany podział zachęcił innych badaczy do zgłębiania różnic między alkoholikami, jednak obecnie uważa się, iż klasyfikacja ta ma znaczenie wyłącznie historyczne (m.in. Babor, 2002). Choć Jellinek nie uwzględnił podtypu funkcjonującego (co nie dziwi, gdyż swoje badania przeprowadził na osobach głęboko uzależnionych), warto przedstawić krótki opis poszczególnych typów.

Alkoholików typu Alfa charakteryzowały niska tolerancja na frustrację i deficyt zdolności radzenia sobie ze stresem. Osoby te piły alkohol, by dodać sobie odwagi, usmierzyc cierpienie psychiczne i zapomnieć o kłopotach, co prowadziło do problemów społecznych. Jednostki należące do podtypu Beta spożywały alkohol nieregularnie, lecz w dużych ilościach (mogły być stale pod wpływem alkoholu, ale się nie upijać – przyp. autorów). Typ Beta charakteryzowało szybkie pojawienie się problemów somatycznych, a picie mogło prowadzić do uzależnienia fizycznego. W podtypie Gamma występowało pełnoobjawowe uzależnienie fizyczne i psychiczne, przejawiające się wzrostem tolerancji na alkohol, utratą kontroli nad piciem czy głodem alkoholowym. Kolejny typ chorych – Delta cechował się systematycznym piciem z możliwością kontrolowania ilości przyjmowanej substancji (ale nie zaprzestania picia w ogóle). W odróżnieniu od alkoholików Gamma chorzy nie byli zdolni do przerywania picia bez wystąpienia objawów abstynencyjnych. Ostatnia forma alkoholizmu opisana przez Jellinka to Epsilon (inaczej opilstwo okresowe lub dipsomania). Wyróżniała się ona wyraźnymi, intensywnymi ciągami alkoholowymi, przeplatanymi okresami abstynencji, które nierzadko trwały dość długo (Babor *et al.*, 1992a, 1992b; Jellinek, 1960b; Lindenmeyer, 2007).

Jellinek za alkoholików uznawał wyłącznie osoby, u których występowały wzorce Gamma, Delta i Epsilon, aczkolwiek zaznaczał, iż ze względu na wielość odmian choroby alkoholowej typy Alfa i Beta również wskazują na zaburzenie (Frąckowiak i Motyka, 2015). Jak więc widać, pewne (nieznaczące) podobieństwa do HFA występują tu jedynie w przypadku typów Alfa (radzenie sobie ze stresem przez picie) oraz Epsilon (zdolność do długotrwałego powstrzymania się od picia). Równocześnie zaobserwować można szereg różnic, co dokładnie ukazano w tab. 1.

Najwcześniejsze klasyfikacje, w których wyróżniono podtypy o cechach w większym stopniu spójnych z obrazem

HFA, należy przypisać Cloningerowi i Baborowi. Pierwszy autor przeprowadził wraz ze współpracownikami klasyczne już Sztokholmskie Badania Adopcyjne na dużej grupie osób adoptowanych w dzieciństwie (Cloninger, 1987; Cloninger *et al.*, 1981). Na podstawie wieku wystąpienia objawów alkoholizmu (z uwzględnieniem zaburzeń psychicznych, płci, sposobu picia), alkoholizmu rodziców biologicznych i adopcyjnych oraz osobowości uzależnionych wyodrębniono dwa typy uzależnienia. Typ I, o predyspozycjach genetycznych zdecydowanie słabszych niż w typie II, obejmował osoby obu płci (ze znacznym udziałem kobiet), których uzależnienie rozpoczynało się stosunkowo późno – po 25. roku życia. Niewiele było tu przypadków alkoholizmu rodzinnego, a nawet jeśli rodzice nadużywali alkoholu, to w sposób na tyle „łagodny”, że niewymagający leczenia. Osoby należące do typu I łączyła także skłonność do picia okresowego, najczęściej w celu redukcji odczuwanego stresu, na przemian z długimi okresami abstynencji. Jednostki typu I nie miały z reguły problemów z prawem, lecz wraz z nasileniem uzależnienia zapadały na choroby somatyczne i zaburzenia psychiczne (Cloninger, 1987; Cloninger *et al.*, 1981; Leggio *et al.*, 2009) – to wskaźnik, który jako jedyne wyraźnie odróżnia tę grupę od podtypu wysokofunkcjonującego.

Z kolei klasyfikacja Babora i wsp. (Babor, 2002; Babor *et al.*, 1992a, 1992b) przypisuje heterogeniczność osób uzależnionych od alkoholu złożonym interakcjom czynników biologicznych, genetycznych, społeczno-kulturowych i psychologicznych. W rezultacie homogeniczne podtypy różnią się między sobą znaczną liczbą cech. Po dokonaniu przeglądu piśmiennictwa i analizy danych 321 alkoholików obu płci autorzy postulowali istnienie dwóch jednorodnych podtypów (A i B), różniących się aż 17 cechami (m.in. przedchorobowymi czynnikami ryzyka, objawami zaburzeń psychicznych czy przewlekłością i skutkami picia – Babor *et al.*, 1992b). Typ A charakteryzował się późnym początkiem choroby, mniejszym rodzinnym obciążeniem problemami alkoholowymi, mniejszą liczbą czynników ryzyka w okresie dzieciństwa (zaburzenia uwagi, problemy wychowawcze etc.), rzadszym występowaniem zaburzeń psychicznych, mniejszym nasileniem uzależnienia i mniejszą liczbą problemów związanych z piciem (konflikty z prawem, utrata pracy). Przypisywano mu też lepsze niż w przypadku typu B rokowania leczenia, choć podejmowane było ono często z opóźnieniem (Babor *et al.*, 1992a; Brown *et al.*, 1994; Del Boca i Hesselbrock, 1996; Leggio *et al.*, 2009). Odnotowano tutaj niewielką nadproporcję kobiet w stosunku do mężczyzn (67% vs 47%).

Warto dodać, iż typ A przypomina typ I z klasyfikacji Cloningera. Różnica dotyczy współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, których większe nasilenie Cloninger przypisał do typu I, natomiast Babor – do typu B (Cierpiałkowska i Ziarko, 2010). Można zatem sformułować hipotezę, że typ A wyróżniony przez Babora jest bardziej spójny z obrazem HFA w klasyfikacji Mossa i wsp. (2007). Oprócz rzadszego występowania zaburzeń psychicznych

<b>Autorzy typologii; wyróżniony podtyp</b>	<b>Podobieństwa</b>	<b>Różnice</b>	<b>Nieuwzględnione zmienne/ograniczenia badań</b>
Jellinek, 1960a, 1960b; Alfa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Picie w celu poradzenia sobie z emocjami, łagodny przebieg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Problemy społeczne w następstwie picia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dane oparte na próbie głęboko uzależnionych alkoholików (badanie nie obejmowało osób lepiej funkcjonujących)</li> <li>Badania przeprowadzone wyłącznie na osobach leczących się (uczestnikach mitingów AA)</li> <li>Nieuwzględnienie zmiennych socjodemograficznych (wykształcenie, stan cywilny, zatrudnienie)</li> </ul>
Jellinek, 1960a, 1960b; Epsilon	<ul style="list-style-type: none"> <li>Umiejętność powstrzymania się od picia przez długi czas</li> <li>Słaby głód alkoholu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>W momencie rozpoczęcia picia następuje całkowita i długotrwała utrata kontroli</li> </ul>	
Cloninger <i>et al.</i> , 1981; typ I	<ul style="list-style-type: none"> <li>Późny początek uzależnienia</li> <li>Względnie równa częstość występowania u kobiet i mężczyzn</li> <li>Niski poziom alkoholizmu w rodzinie</li> <li>Brak problemów z prawem</li> <li>Zdolność do czasowego wstrzymania się od picia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Choroby somatyczne i zaburzenia psychiczne</li> <li>Lepsze wyniki leczenia</li> <li>Udokumentowane różnice temperamentalne (unikanie szkody, zależność od nagrody)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brak danych dotyczących roli stanu cywilnego, poziomu zarobków, posiadania stałej pracy, poziomu wykształcenia, podejścia do terapii</li> <li>Brak danych na temat poszukiwania/nieposzukiwania pomocy</li> <li>Badania przeprowadzone wyłącznie na osobach leczących się</li> </ul>
Babor <i>et al.</i> , 1992a, 1992b; typ A	<ul style="list-style-type: none"> <li>Późny początek uzależnienia</li> <li>Względnie równa częstość występowania u kobiet i mężczyzn</li> <li>Niski poziom alkoholizmu w rodzinie</li> <li>Brak problemów z prawem oraz konfliktów społecznych</li> <li>Mniej fizycznych konsekwencji picia</li> <li>Niski poziom zaburzeń psychicznych</li> <li>Mniejsze szanse na wcześniejsze leczenie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mniejsza częstość picia i mniejsza ilość wypijanego alkoholu</li> <li>Lepsza skuteczność terapii</li> <li>Mniejsza głębokość uzależnienia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brak danych dotyczących roli stanu cywilnego, poziomu zarobków, posiadania stałej pracy, poziomu wykształcenia, podejścia do terapii</li> <li>Brak danych na temat poszukiwania/nieposzukiwania pomocy</li> <li>Badania przeprowadzone na osobach leczących się</li> </ul>
Zucker, 1986; typ rozwojowy	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dobre funkcjonowanie społeczne w dorosłości</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wczesna inicjacja alkoholowa</li> <li>Intensywne picie alkoholu głównie w okresie młodości</li> <li>Wczesny początek uzależnienia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brak danych dotyczących roli stanu cywilnego, poziomu zarobków, posiadania stałej pracy, poziomu wykształcenia, podejścia do terapii</li> <li>Badanie podłużne</li> </ul>
Schuckit, 1985; typ 1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Późny początek uzależnienia</li> <li>Brak problemów z prawem</li> <li>Mniej zaburzeń psychicznych</li> <li>Rzadkie stosowanie leków uspokajających</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mniejsza intensywność picia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brak danych dotyczących roli stanu cywilnego, poziomu zarobków, posiadania stałej pracy, poziomu wykształcenia, podejścia do terapii, wywiadu rodzinnego</li> <li>Brak danych na temat poszukiwania/nieposzukiwania pomocy</li> <li>Badania przeprowadzone na osobach uzależnionych</li> </ul>
Del Boca i Hesselbrock, 1996; typ 2. ( <i>low risk-low severity</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niewielka głębokość uzależnienia</li> <li>Względnie równa częstość występowania u kobiet i mężczyzn</li> <li>Niski poziom alkoholizmu w rodzinie</li> <li>Rzadkie występowanie zaburzeń psychicznych i używanie innych środków</li> <li>Niewielkie konsekwencje picia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lepsze rokowania leczenia (w przypadku Mossa i wsp., 2007 – nieznane)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brak danych dotyczących roli stanu cywilnego, poziomu zarobków, posiadania stałej pracy, poziomu wykształcenia, podejścia do terapii, wywiadu rodzinnego</li> <li>Brak danych na temat poszukiwania/nieposzukiwania pomocy</li> <li>Wtórna analiza danych uzyskanych przez Babora (2002) w grupie osób leczących się</li> </ul>
Hauser i Rybakowski, 1997; typ 1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Późny początek uzależnienia</li> <li>Niski poziom alkoholizmu w rodzinie</li> <li>Mało problemów z prawem</li> <li>Rzadkie występowanie zaburzeń psychicznych i somatycznych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Badano wyłącznie mężczyzn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brak danych dotyczących roli stanu cywilnego, poziomu zarobków, posiadania stałej pracy, poziomu wykształcenia, podejścia do terapii</li> <li>Brak danych na temat poszukiwania/nieposzukiwania pomocy</li> <li>Badania przeprowadzone na osobach leczących się</li> </ul>
Windle i Scheidt, 2004; typ <i>mild course</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Późna inicjacja i początek uzależnienia</li> <li>Niski poziom alkoholizmu w rodzinie</li> <li>Względnie równa częstość występowania u kobiet i mężczyzn</li> <li>Niewiele skutków społecznych</li> <li>Niski poziom zaburzeń psychicznych i używania leków</li> <li>Niska intensywność objawów odstawiennych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mniejsza ilość wypijanego jednorazowo alkoholu</li> <li>Cechy osobowości antisocjalnej na podobnym poziomie jak w innych typach</li> <li>Różnice temperamentalne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brak danych dotyczących roli stanu cywilnego, poziomu zarobków, posiadania stałej pracy, poziomu wykształcenia, podejścia do terapii</li> <li>Brak danych na temat poszukiwania/nieposzukiwania pomocy</li> <li>Badania przeprowadzone na osobach leczących się</li> </ul>
Lesch i Walter, 1996; typ II	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brak poważnych zaburzeń somatycznych</li> <li>Niski poziom alkoholizmu w rodzinie</li> <li>Alkohol używany ze względu na właściwości sedatywne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Osoby bierne, pasywne</li> <li>Podwyższony poziom lęku</li> <li>Zaburzenia psychiczne</li> <li>Wysoki poziom zachowań autodestrukcyjnych po alkoholu</li> <li>Częste spożywanie alkoholu w połączeniu z lekami uspokajającymi</li> <li>Liczne deficyty psychospołeczne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Badanie (podłużne) przeprowadzone wyłącznie na osobach leczących się</li> <li>Brak danych dotyczących roli stanu cywilnego, poziomu zarobków, posiadania stałej pracy, poziomu wykształcenia, podejścia do terapii</li> </ul>

414 Tab. 1. Typologie alkoholizmu – różnice i podobieństwa między wyodrębnionymi typami a typem HPA Mossa i wsp. (2007)

inne cechy typu A pokrywające się z właściwościami grupy HFA to późny początek uzależnienia, rzadkie występowanie rodzinnej historii uzależnienia, mniej problemów wynikających z picia i rozkład grupy obejmujący obie płcie (Babor *et al.*, 1992b; Moss *et al.*, 2007).

Opisując typologie alkoholizmu, wspomnieć należy o pracach Zuckera (1994, 1986; Zucker *et al.*, 1996). Zaproponował on cztery typy alkoholizmu: antyspołeczny, spowodowany negatywnymi nastrojami, kumulowany rozwojowo i rozwojowy. Dla niniejszego artykułu znaczenie ma wyłącznie typ rozwojowy. Charakteryzuje się on intensywnym i częstym piciem w okresie późnej adolescencji, które po pomyślnym przejściu w dorosłość zmienia się w picie okazjne czy społecznie akceptowane, nieprzeszkadzające jednostce wywiązywać się z ról zawodowych czy rodzinnych (Babor, 2002; Brown *et al.*, 1994; Zucker, 1986). Pokrywa się to w pewien sposób z cechami HFA, którzy dobrze wypełniają swoje obowiązki i chociaż prezentują wzorec korzystania z alkoholu świadczący o uzależnieniu, nie można powiedzieć, by odczuwali wyraźne szkody wynikające z picia. Zarazem jednak podtyp rozwojowy w klasyfikacji Zuckera charakteryzuje się wczesną inicjacją alkoholową i wczesnym początkiem choroby alkoholowej, co nie jest zgodne z cechami HFA.

W połowie lat 80. Schuckit (1985), na podstawie wywiadów z 577 mężczyznami biorącymi udział w terapii alkoholizmu, starał się ustalić przebieg choroby dla czterech najliczniejszych grup diagnostycznych. Najliczniejsza (432 osoby), a równocześnie najbardziej zbliżona do podtypu HFA była grupa 1. – pacjenci cechujący się późniejszym początkiem alkoholizmu i mniejszą intensywnością picia. Były to osoby starsze niż w pozostałych grupach, zażywające mniej leków uspokajających, niemające konfliktów z prawem ani problemów społecznych (Schuckit, 1985). Powyższe cechy wskazują na duże podobieństwo grupy 1. do typu wyróżnionego przez Mossa i wsp. (2007).

## TYPLOGIE PÓŹNIEJSZE

W 1996 roku Del Boca i Hesselbrock, opierając się na danych zebranych przez Babora (jednak z użyciem pogłębionych metod statystycznych), wyodrębnili cztery typy alkoholików. Typ 2. (*low risk-low severity*) tworzyły osoby obu płci o najmniejszej głębokości uzależnienia, niskim poziomie współwystępujących zaburzeń psychiatrycznych i niskim poziomie alkoholizmu rodzinnego, nieużywające wraz z alkoholem narkotyków. Opisany typ, w przeciwieństwie do pozostałych, wykazuje podobieństwo do wyróżnionego przez Mossa i wsp. (2007).

Z kolei w roku 1997 polscy badacze Hauser i Rybakowski wśród 296 mężczyzn uzależnionych od alkoholu wyodrębnili – na podstawie pięciu czynników klinicznych: wieku wystąpienia uzależnienia, rodzinnej historii alkoholizmu, częstości występowania chorób psychicznych i somatycznych, nasilenia problemów związanych z alkoholem – trzy typy. Z uwagi na temat niniejszej pracy szczególnie istotny

wyduje się typ 1., którego cechy to późny początek choroby alkoholowej (średnia wieku: 34,48 roku), niski wskaźnik alkoholizmu rodzinnego, mniej problemów związanych z używaniem alkoholu, rzadkie zaburzenia psychiczne lub schorzenia somatyczne oraz łagodny przebieg choroby alkoholowej (Hauser i Rybakowski, 1997). Widzimy więc, że typ 1. odpowiada pod wieloma względami typowi I u Cloningera (1987; Cloninger *et al.*, 1981), jest też podobny do typu A u Babora (Babor *et al.*, 1992a, 1992b). Podstawowa różnica dotyczy natomiast uwzględnienia przez polskich badaczy jedynie uzależnionych mężczyzn. W 2004 roku Windle i Scheidt także wyodrębnili cztery typy alkoholików. Uwzględnili używanie substancji, zaburzenia psychiczne, rodzinną historię alkoholizmu, cechy społeczne, temperament, zmienne kliniczne dotyczące zdrowia i oczekiwania względem alkoholu. Uczestnikami badania były 802 osoby obu płci. Ponownie okazało się, że cechy jednego z podtypów (*mild course subtype*) w znacznym stopniu pokrywają się z cechami HFA. Były to: późniejsza inicjacja alkoholowa, niższy poziom spożycia alkoholu i mniejsza intensywność objawów odstawiennych. W omawianej grupie odnotowano też niski poziom problemów behawioralnych w dzieciństwie i rzadkie przypadki alkoholizmu w rodzinie. Osoby te nie tylko piły najrzadziej, ale również rzadko używały benzodiazepin lub narkotyków. Ponadto *mild course subtype* cechował się niemalże brakiem negatywnych społecznych skutków picia. Alkoholicy należący do podtypu o łagodnym przebiegu raportowali najniższy poziom problemów emocjonalnych (*disruptive emotional functioning*), przykładowo depresyjnych i lękowych. Wyłącznie poziom symptomów osobowości antisocjalnej był w pewnym stopniu zbliżony do poziomu cechującego inne podtypy wyłonię w badaniu (choć także niższy niż we wszystkich pozostałych grupach). Równocześnie jednostki należące do opisywanego podtypu miały najwyższe oczekiwania względem alkoholu w zakresie poprawy swojego funkcjonowania seksualnego. Jak sugerują autorzy, być może właśnie dlatego – mimo spełniania kryteriów uzależnienia – osoby te nie piją tak często jak inni alkoholicy, a ich choroba nie ma tak szkodliwych skutków. W zakresie temperamentu grupa *mild course* wyróżniała się najniższym poziomem negatywnego nastroju, najwyższym poziomem orientacji na zadanie i wyraźną elastycznością behawioralną. W grupie wystąpiła niewielka przewaga kobiet nad mężczyznami (52,6% vs 41,2%). Powyższy opis wskazuje na znaczne podobieństwo między *mild course subtype* i HFA (Windle i Scheidt, 2004). Jedną z najczęściej obecnie cytowanych typologii, mającą istotne implikacje dla terapii i farmakoterapii uzależnienia od alkoholu, jest typologia Lescha i wsp. (Lesch i Walter, 1996; Lesch *et al.*, 2011; Schlaff *et al.*, 2011). Opiera się ona na danych pochodzących z długoterminowego badania prospektywnego z udziałem pacjentów uzależnionych. Na podstawie analizy parametrów biochemicznych, fizjologicznych, behawioralnych i klinicznych autorzy wskazali cztery typy alkoholików. Podtyp II, nazywany typem lęku (stresu), w pewnych (niewielu) aspektach koreluje

z *functional subtype* Mossa i wsp. (2007). Generalnie typ II obejmuje chorych, u których pierwotne wobec alkoholizmu są zaburzenia lękowe. Ludzie ci spożywają alkohol przede wszystkim ze względu na jego właściwości sedatywne – w celu obniżenia napięcia i poziomu stresu. Są to osoby raczej pasywne, przejawiają jednak tendencje autodestrukcyjne. Picie alkoholu często łączą z przyjmowaniem benzodiazepin (zwłaszcza gdy chcą złagodzić objawy odstawienne). Właściwym predyktorem uzależnienia są tutaj cechy fobii społecznej pojawiające się w okresie adolescencji (Lesch *et al.*, 2011). Jak widać, typ II i HPA więcej dzieli, niż łączy. Jedyną cechą wspólną jest picie alkoholu w celu złagodzenia przykrych emocji i odreagowania stresu.

Charakterystykę omówionych wyżej podtypów z różnych typologii oraz ich porównanie z HPA zawarto w tab. 1.

## PODSUMOWANIE

Zaprezentowany przegląd literatury przedmiotu sugeruje, że w zdecydowanej większości typologii alkoholizmu występuje podtyp o cechach wskazujących na późniejszy początek i łagodny przebieg choroby, a także na późniejszą inicjację alkoholową (Babor *et al.*, 1992b; Cloninger, 1987; Cloninger *et al.*, 1981; Hauser i Rybakowski, 1997; Schuckit, 1985; Windle i Scheidt, 2004).

W wielu przypadkach powielają się też charakterystyki dotyczące dobrego funkcjonowania: u Cloningera (1987) typ uwarunkowany środowiskowo ma mniej problemów z prawem; cechą typu A u Babora (Babor *et al.*, 1992b) i typu *low risk-low severity*, który wyodrębnili Del Boca i Hesselbrock (1996), są mniejsze konsekwencje picia; Zucker (1986) charakteryzuje typ rozwojowy jako dobrze funkcjonujący w dorosłości; Schuckit (1985) podkreśla, że jednostki należące do grupy 1. rzadko wchodzi w konflikty z prawem i doświadczają najmniejszych komplikacji społecznych. Również u Hauser i Rybakowskiego (1997) oraz Windle'a i Scheidta (2004) znalazły się podobne grupy.

Znamienny jest ponadto fakt, iż w większości omawianych badań grupy w istotny sposób przypominające podtyp wysokofunkcjonujący u Mossa i wsp. (2007) charakteryzowały się niskim wskaźnikiem alkoholizmu w rodzinie i prezentowały mniejsze nasilenie objawów alkoholizmu czy objawów abstynencyjnych. Jedynie wyniki badań sztokholmskich wskazywały na pojawianie się i rozwój zaburzeń psychicznych wraz z postępem choroby alkoholowej (Cloninger, 1987), a Lesch i Walter (1996) sygnalizowali istnienie zaburzeń lękowych lub zaburzeń osobowości w typie II. Pozostali autorzy zgodnie dowodzili, że u alkoholików o łagodniejszym przebiegu choroby rzadziej pojawiają się zaburzenia psychiczne (Babor *et al.*, 1992b; Del Boca i Hesselbrock, 1996; Hauser i Rybakowski, 1997; Schuckit, 1985; Windle i Scheidt, 2004).

Niektórzy badacze zwracali uwagę na rzadkie przyjmowanie innych środków psychoaktywnych i stosunkowo wysoki procent kobiet (Babor *et al.*, 1992a, 1992b; Cloninger, 1987; Del Boca i Hesselbrock, 1996; Windle

i Scheidt, 2004) w grupach alkoholików lepiej funkcjonujących. Wskazywano także na picie okresowe, mniej częste niż w pozostałych grupach, z mniejszym fizycznym uzależnieniem od substancji (Babor *et al.*, 1992b; Cloninger, 1987; Del Boca i Hesselbrock, 1996; Schuckit, 1985; Windle i Scheidt, 2004). Część badaczy wykazywała mniejszą liczbę czynników ryzyka (takich jak zaburzenia uwagi i zachowania) w dzieciństwie (Babor *et al.*, 1992a, 1992b; Windle i Scheidt, 2004) czy mniejsze konsekwencje picia alkoholu. Podsumowując: przedstawiony przegląd literatury zdecydowanie przemawia za potrzebą dalszych badań nad HFA. Ponieważ typologię Mossa i wsp. (2007) oparto na badaniach osób z rozpoznaniem uzależnieniem, które się nie leczyły, a pozostałe badania – wyłącznie na danych pochodzących od osób podejmujących terapię, należy określić, czy istnieje czynnik, który u HFA powoduje zgłoszenie się po pomoc, jak funkcjonują oni w terapii, a także czy różnią się od innych uzależnionych w zakresie utrzymywania abstynencji. Istnieje też potrzeba dokładnej analizy szkód, jakie czyni alkoholizm w grupie alkoholików wysokofunkcjonujących. Wiele mogłyby tu wnieść badania podłużne, które jednak wymagają odpowiedniego przygotowania i klarownych czynników wykluczających. Ponadto warto przeprowadzić badania mogące wskazać różnice między HFA leczącymi się i niepodlegającymi leczeniu. Kolejne wyzwanie wynika z faktu, że dotychczas przedstawiono jedynie dane socjodemograficzne grupy HFA (m.in. wiek, stan cywilny, zarobki). Brakuje badań psychologicznych – obejmujących zmienne osobowościowe (temperamentalne), a przede wszystkim poziom zasobów osobistych i sposoby radzenia sobie ze stresem, które mogą mieć decydujące znaczenie dla funkcjonowania chorych.

Typ wysokofunkcjonujący jest więc nadal słabo określony i zbadany. Po wpisaniu hasła związanego z HFA do przeglądarki internetowej najczęściej pojawiają się rady dla osób nadużywających alkoholu lub strony poświęcone diagnozowaniu (Patterson, *The myth of the high-functioning addict*). Proponowane tam kryteria diagnostyczne – utrata kontroli, przerwy w pamięci czy szkody z picia – są kryteriami dotyczącymi wszystkich alkoholików, które w specyficznej grupie HFA mogą mieć bardzo słabą moc dyskryminacyjną albo nie mieć jej wcale.

Analizując literaturę przedmiotu, stwierdzić można, że w innych typologiach istnieje pewna powtarzalność cech wyodrębnionych przez Mossa i wsp. (2007). Jednak szczegółowy opis stworzony przez Benton (2009a, 2009b) w wielu aspektach różni się od tychże cech, co stanowi kolejny impuls do dalszych badań. Miałyby one istotne implikacje praktyczne – temat HFA jest od kilku lat coraz częściej poruszany przez terapeutów, którzy zauważają, iż dopasowanie do odpowiedniej typologii daje konkretne efekty w pracy terapeutycznej. Jak już wspomniano, nie prowadzono dotychczas badań obejmujących dobrze dookreśloną grupę HFA, w związku z czym nie ma źródeł, z których można byłoby czerpać w pełni rzetelne informacje o diagnozie i skutecznej terapii. Jest to niewątpliwie wyzwanie wymagające dalszych poszukiwań.

## Konflikt interesów

*Autorzy nie zgłaszają 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

- Babor TF: Klasyfikacja alkoholików. Teorie typologiczne od XIX wieku do współczesności. In: Durda R (ed.): Typologia alkoholizmu. Seria: Alkohol i zdrowie, nr 20, PARPA, Warszawa 2002: 24–44.
- Babor TF, Dolinsky ZS, Meyer RE et al.: Types of alcoholics: concurrent and predictive validity of some common classification schemes. *Br J Addict* 1992a; 87: 1415–1431.
- Babor TF, Hofmann M, DelBoca FK et al.: Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch Gen Psychiatry* 1992b; 49: 599–608.
- Benton SA: Treating the high-functioning alcoholic. *Addict Prof* 2009a; 7: 26–29.
- Benton SA: Understanding the High-Functioning Alcoholic: Professional Views and Personal Insights. Praeger Publishers, Westport 2009b.
- Brown J, Babor TF, Litt MD et al.: The type A/type B distinction. Subtyping alcoholics according to indicators of vulnerability and severity. *Ann N Y Acad Sci* 1994; 708: 23–33.
- Chodkiewicz J: Wysokofunkcjonujący alkoholicy. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 2010; 2: 6–8.
- Cierpiałkowska L, Ziarko M: Psychologia uzależnień – alkoholizm. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010.
- Cloninger CR: Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987; 236: 410–416.
- Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S: Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 861–868.
- Del Boca FK, Hesselbrock MN: Gender and alcoholic subtypes. *Alcohol Health Res World* 1996; 20: 56–62.
- Frąckowiak M, Motyka M: Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania. *Probl Hig Epidemiol* 2015; 96: 315–320.
- Hauser J, Rybakowski J: Three clusters of male alcoholics. *Drug Alcohol Depend* 1997; 48: 243–250.
- Hesselbrock VM, Hesselbrock MN: Are there empirically supported and clinically useful subtypes of alcohol dependence? *Addiction* 2006; 101 Suppl 1: 97–103.
- Hildebrandt T, Epstein EE, Sysko R et al.: Using factor mixture models to evaluate the type A/B classification of alcohol use disorders in a heterogeneous treatment sample. *Alcohol Clin Exp Res* 2017; 41: 987–997.
- Jellinek EM: Alcoholism, a genus and some of its species. *Can Med Assoc J* 1960a; 83: 1341–1345.
- Jellinek EM: The Disease Concept of Alcoholism. Hillhouse Press, New Haven 1960b.
- Leggio L, Kenna GA, Fenton M et al.: Typologies of alcohol dependence. From Jellinek to genetics and beyond. *Neuropsychol Rev* 2009; 19: 115–129.
- Lesch OM, Walter H: Subtypes of alcoholism and their role in therapy. *Alcohol Alcohol Suppl* 1996; 31: 63–67.
- Lesch OM, Walter H, Wetschka C et al.: Alcohol and Tobacco: Medical and Sociological Aspects of Use, Abuse and Addiction. SpringerWienNewYork, 2011.
- Lindenmeyer J: Ile możesz wypić? O nałogach i ich leczeniu. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
- Moss HB, Chen CM, Yi HY: Subtypes of alcohol dependence in a nationally representative sample. *Drug Alcohol Depend* 2007; 91: 149–158.
- Patterson E: The myth of the high-functioning addict. Available from: <https://drugabuse.com/library/high-functioning-alcoholic-addict/> [cited: 4 January 2019].
- Saha TD, Stinson FS, Grant BF: The role of alcohol consumption in future classifications of alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend* 2007; 89: 82–92.
- Schlaff G, Walter H, Lesch OM: The Lesch alcoholism typology – psychiatric and psychosocial treatment approaches. *Ann Gastroenterol* 2011; 24: 89–97.
- Schuckit MA: The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 1043–1049.
- Windle M, Scheidt DM: Alcoholic subtypes: are two sufficient? *Addiction* 2004; 99: 1508–1519.
- Zucker RA: Pathways to alcohol problems and alcoholism: a developmental account of the evidence for multiple alcoholism and for contextual contributions to risk. In: Zucker RA, Boyd G, Howard J (eds.): The Development of Alcohol Problems: Exploring the Biosociological Matrix of Risk. Research Monograph – 26. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville 1994: 255–289.
- Zucker RA: The four alcoholisms: a developmental account of the etiologic process. *Nebr Symp Motiv* 1986; 34: 27–83.
- Zucker RA, Ellis DA, Bingham CR et al.: The development of alcoholic subtypes: Risk variation among alcoholic families during the early childhood years. *Alcohol Health Res World* 1996; 20: 46–54.