

Typologia uzależnienia alkoholowego według Lescha – opis kliniczny

Lesch Alcoholism typology – clinical picture

Katarzyna Iwanicka¹, Dariusz Malicki¹, Marcin Olajossy²

¹Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu ZLO WOTUiW
Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublinie (COTUA)

²Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

W artykule przedstawiono typologię uzależnienia od alkoholu autorstwa Otto Lescha. Omawiana typologia została stworzona w oparciu o badania długoterminowe pacjentów, a analizowane dane dotyczyły przyczyn sięgania po alkohol, rysów osobowościowych pacjentów, jak również obejmowała analizę ich funkcjonowania w oparciu o parametry neurofizjologiczne. Pierwszy typ – tzw. model alergii związany jest z ciężkimi objawami abstynencyjnymi, takimi jak drżenie, tachykardia czy niepokój, a alkohol spożywany jest jako „lek” przeciwdziałający tym objawom. Typ II, określany jako tzw. model lęku, dotyczy osób, u których pierwotne są zaburzenia lękowe, a alkohol konsumowany jest w celu obniżenia napięcia. W przypadku pacjentów zaklasyfikowanych do typu III, alkohol służy jako środek niwelujący objawy towarzyszących zaburzeń psychicznych, np. jako środek antydepresyjny, poprawiający nastrój. Typ IV, określany jako tzw. model warunkowy, odnosi się do pacjentów, którzy we wczesnym dzieciństwie, w okresie poprzedzającym uzależnienie, doznali uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, czemu towarzyszy upośledzenie zdolności poznawczych i mniejszy krytycyzm co do skutków nadmiernego picia alkoholu.

Słowa kluczowe: typologia Lescha, uzależnienie od alkoholu, zespół abstynencyjny

Abstract

The article presents alcoholism typology created by Otto Lesch. The discussed typology was based on longitudinal studies among patients. The analyzed data concerned different reasons for consuming alcohol, patients' personality structure, as well as neuro - physiological parameters of their functioning. The first type, called "the allergy model", is connected with severe withdrawal symptoms, such as tremor, tachycardia or anxiety. In this case, alcohol is used to cope with withdrawal symptoms. Type II, named "the fear model", regards patients with primal anxiety and mood disorder. In this type alcohol is consumed in order to alleviate tension and anxiety. Patients included in the type III, use alcohol as antidepressant that enhances mood and reduces associated symptoms of psychiatric disorders. The last one, type IV, called "the conditioning model", refers to patients, who underwent a central nervous system trauma in the early childhood. Moreover, these patients experience impaired cognitive functioning and present less criticism towards effects of overusing alcohol.

Keywords: Lesch typology, alcohol addiction, withdrawal symptoms

Wstęp

Typologia alkoholizmu według Otto Lescha (Lesch Alcoholism Typology – LAT) powstała na podstawie badań długoterminowych prowadzonych wśród grupy osób uzależnionych od alkoholu liczącej 444 osoby (rozpoznanie nastąpiło na podstawie kryteriów obowiązującej wtedy klasyfikacji DSM III). Podczas tworzenia tej typologii autorzy bazowali na danych biochemicznych, fizjologicznych oraz klinicznych związanych z funkcjonowaniem pacjentów. Ponadto, należy podkreślić, że badanie diagnozy i skuteczności leczenia dokonywane było w okresie 5 lat obserwacji, czego owocem było wyodrębnienie czterech typów uzależnienia od alkoholu, ze względu na zróżnicowane przyczyny sięgania po alkohol, różniący się obraz zespołu abstynencyjnego oraz zalecane formy terapii [1]. Poniżej podjęto próbę przybliżenia charakterystyki każdego z czterech typów.

Typ I – Model alergii

Pierwszy omawiany typ określony został przez twórców typologii jako model alergii [2]. W piśmiennictwie funkcjonuje także nazwa „właściwy” lub „pierwotny” [3]. U osób reprezentujących ten typ uzależnienia, okazjonalne spożywanie alkoholu (tak zwane „picie społeczne, towarzyskie”) przeszło w picie „nawykowe”, a głód alkoholu jest coraz trudniej kontrolowany. Chęć konsumpcji alkoholu wymyka się spod kontroli, spożycie porcji alkoholu zwykle prowadzi do wypicia następnych, a później do upojenia. Początki sięgania po alkohol są motywowane chęcią wzmocnienia doznań, potencjalizacji przeżywania, redukcji nudy, stanowią środek afiliacji do grupy rówieśniczej lub środowiskowej.

Należy podkreślić, że w rodzinach osób reprezentujących ten typ uzależnienia często występował alkoholo-

lizm. Tacy pacjenci są długo tolerowani przez otoczenie jako osoby pijące, warto także zwrócić uwagę na rolę najbliższego środowiska, które akceptując takie funkcjonowanie tych osób, sprawia, że spożywanie alkoholu przez pacjentów ma mały wpływ na ich funkcjonowanie społeczne, rzadko też dochodzi w ich przypadku do konfliktów z prawem. Często tacy pacjenci, przed hospitalizacją, bywali także leczeni ambulatoryjnie.

Alkohol jawi się więc jako środek samoleczenia, przeciwdziałający objawom zespołu abstynencyjnego [4]. Pacjenci często zaczynają szukać profesjonalnej pomocy z powodu objawów abstynencyjnych. Bez właściwego leczenia symptomy zespołu abstynencyjnego mogą się nasilać i przechodzić w zagrażający życiu zespół majaczeniowy. Samo obniżenie dawkowania alkoholu, niekoniecznie nawet stan całkowitej abstynencji, może powodować napady toniczno – kloniczne.

Typ II – Model lęku

Typ II, określany przez twórców jako model lęku, zakłada, że alkohol spożywany jest ze względu na swoje właściwości sedatywne [4]. W piśmiennictwie można spotkać także określenie – model „neurotyczny” lub „lękowy” [3]. Lesch zwraca uwagę, że kiedy zmieniają się okoliczności zewnętrzne (okres urlopowy, mniej napięta atmosfera) pacjenci konsumują mniej alkoholu niż zazwyczaj [4]. Osoby te są raczej pasywne, prezentują niewielką aktywność w czasie wolnym od obowiązków. Może to wskazywać, że u tych pacjentów pierwotne wobec uzależnienia są zaburzenia lękowe bądź zaburzenia osobowości. Charakterystyczny jest podwyższony poziom lęku, początki sięgania po alkohol są motywowane chęcią doznania ulgi oraz obniżenia niepokoju. Warto podkreślić, że w populacji osób uzależnionych od alkoholu wskaźnik częstości występowania zaburzeń lękowych jest wysoki, dla lęku uogólnionego może wynosić od 3 – 52% [5]. Zaburzenia lękowe i mechanizmy sięgania po alkohol mogą się wzajemnie indukować, co stanowi czynnik podtrzymujący picie. Warto też nadmienić, że często błędnie można zakwalifikować osoby rozpoczynające picie alkoholu w młodości, początkowo pijące towarzysko i z biegiem czasu uzależniające się, do typu I wg Lescha. Jak pokazuje bowiem dokładniejsza analiza, oparta właśnie o kryteria typologiczne, właściwym predyktorem do ich uzależnienia stały się cechy fobii socjalnej doświadczanej w okresie adolescencji. Należy je więc traktować jako bliższe typowi II i zgodnie z takim obrazem leczyć.

Należy zwrócić uwagę, że często w sytuacjach konfliktowych, szczególnie o charakterze interpersonalnym, osoby reprezentujące II typ starają się rozwiązywać problemy za pomocą alkoholu, to rodzaj „samoleczenia”. Omawiani pacjenci odznaczają się niską samooceną oraz słabo rozwiniętym ego [2]. Doświadczają trudności

z wyrażaniem swoich osobistych opinii oraz potrzeb. Do deficytów psychospołecznych tej grupy pacjentów zaliczyć trzeba również brak zdolności stawiania granic w komunikacji z innymi. Omawiając środowisko rodzinne warto dodać, że u tych pacjentów występuje znaczne niedostosowanie w relacjach z rodzicami oraz innymi członkami rodziny. Często większość życia spędzają z partnerem, który jest dominującą stroną w związku. Charakterystyczne dla osób reprezentujących ten typ uzależnienia jest to, że pod wpływem alkoholu zmienia się ich zachowanie – ze spokojnego i biernego staje się ono agresywne. Znajdując się w stanie upojenia pacjenci prezentują tendencje auto – destrukcyjne, takie jak podejmowanie prób samobójczych. Alkohol staje się niejako dla nich „uwolnieniem”. Tak charakterystyczne dla tej grupy osób cechy jak niepokój i wzburzenie, postrzegane są przez najbliższe otoczenie jako przyczyna, a nie konsekwencja spożywania alkoholu, ponieważ w sytuacji problematycznej pacjenci ci zwykli byli niezwłocznie sięgać właśnie po alkohol.

Badania prowadzone wśród rodziców osób uzależnionych od alkoholu pokazały, że ojcowie probantów typu II charakteryzowali się większą impulsywnością. Mieli także większe problemy z koncentracją uwagi, jak również odznaczali się wyraźniejszą skłonnością do poszukiwania nowości [6].

Typ III – Alkohol jako model antydepresantu

Typ III uzależnienia wyróżniony przez Lesch'a nazwany został modelem alkoholu jako antydepresantu [2]. W literaturze przedmiotu funkcjonują również określenia takie jak typ „objawowy”, „psychotyczny” czy „psychiatryczny” [3]. Kluczowe jest to, że pacjenci nadużywają alkoholu w celu samoleczenia współwystępujących objawów zaburzeń i chorób psychicznych, głównie zaburzeń afektywnych. Picie alkoholu występuje w związku z pojawieniem się zaburzeń psychicznych, jednak ma to miejsce wymiennie z okresami abstynencji lub picia umiarkowanego. Alkohol jest np. wypijany głównie w celu poprawy nastroju czy jako środek nasenny. Pacjenci czynią to z częściej z przekonania niż własnych doświadczeń. Alkohol ma bowiem tzw. działanie dwufazowe i po początkowym efekcie „lecznym” potęguje problemy. W ostatecznym bowiem efekcie alkohol wpływa niekorzystnie na napęd, nastrój oraz sen, pogarszając chronobiologiczne i „emocjonalne” funkcjonowanie mózgu. Warto nadmienić, że badania pokazują, że zaburzenia snu występują znacznie częściej u osób uzależnionych od alkoholu niż w populacji ogólnej. Ta prawidłowość zdaje się jeszcze bardziej nasilać w grupie pacjentów podejmujących terapię odwykową, gdzie w zależności od charakterystyki badanej grupy, odsetek ten wynosi od 36 do 72% [7].

W historii rodzinnej pacjentów występują przypadki chorób psychicznych (np. depresji, psychoz schizofre-

nicznych), jak również uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz samobójstw. Warto również nadmienić, że w rodzinach osób uzależnionych reprezentujących III typ, stwierdza się poważne zaburzenia społecznego funkcjonowania. Obraz funkcjonowania samych pacjentów jest oczywiście bardzo różny, gdyż zależy od wypadkowej deficytów związanych z pierwotnym zaburzeniem psychicznym jak i uzależnieniem. Badacze zauważają jednak pewne wspólne cechy. U osób prezentujących III typ alkoholizmu, pojawiają się tendencje do niestabilności emocjonalnej. Pacjenci odznaczają się sztywnością myślenia, mają silną potrzebę osiągnięć, co objawia stawianiem sobie wysokich wymagań, którym trudno sprostać. Mają oni słaby kontakt z własnym ciałem, szczególnie wyczuleni są na bodźce bólowe [2]. Zarówno w stanie upojenia alkoholowego, jak i trzeźwości, pacjenci ci prezentują zachowania auto-destrukcyjne, są agresywni, czemu towarzyszy labilność emocjonalna i nietrzymanie afektu. W przypadku tych pacjentów należy zwrócić uwagę na ryzyko wystąpienia prób samobójczych. Warto jednak podkreślić, że tendencje samobójcze obecne są nie tylko w związku z piciem alkoholu. U tych pacjentów znacznie upośledzone są także relacje z rodziną oraz osobami bliskimi.

Na związek objawów depresyjnych i uzależnienia od alkoholu w tej grupie pacjentów wskazują badania przeprowadzane na zamkniętym oddziale detoksykacyjnym [8]. Pacjenci reprezentujący III typ uzyskali istotnie statystycznie wyższe wyniki na skali depresji niż pozostałe 3 grupy. Pomiar ten został przeprowadzony w trzecim tygodniu hospitalizacji, zależność ta nasiliła się wyraźniej po pięciu tygodniach od przyjęcia na oddział. Ta stabilność objawów depresyjnych w czasie, może wskazywać na zaburzenia nastroju jako pierwotne w tej grupie.

Porównania międzypłciowe pokazały, że odmienny jest rozkład liczebny jeśli chodzi o przynależność do poszczególnych grup (typów alkoholizmu wg Lescha) wśród kobiet, jak i mężczyzn. Jak pokazują badania, do omawianej grupy pacjentów spożywających alkohol w celu poprawy nastroju, należy więcej kobiet niż mężczyzn, odpowiednio 24, 8% do 12% [9]. Wyniki te nawiązują do wcześniejszych doniesień, mówiących o tym, że wśród kobiet uzależnionych od alkoholu objawy depresyjne są bardziej nasilone niżeli wśród uzależnionych mężczyzn.

Typ IV – Model warunkowany

Typ IV uzależnienia od alkoholu nazywany jest przez autora typologii – „warunkowym”, jednak w literaturze można znaleźć również określenia takie jak „organicznie pierwotny” czy „alkohol jako przystosowanie” [2,3]. Charakterystyczne dla tych pacjentów jest pierwotne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, mające miejsce we wczesnym dzieciństwie. Mogły to być na przykład urazy okołoporodowe lub uszkodzenie głowy przed 14

rokiem życia, czyli w okresie najbardziej sensytywnym dla rozwoju mózgu. Wspomniane uszkodzenia organiczne oraz niesprzyjające środowisko rodzinne mogą manifestować się w zaburzeniach zachowania w dzieciństwie oraz adolescencji, takich jak długotrwałe jękanie się, obgryzanie paznokci oraz moczenie nocne. Z powodu trudności w kontrolowaniu impulsów oraz braku krytycyzmu co do własnych postaw i działań, pacjenci nie potrafią przeciwstawić się społecznej presji jeśli chodzi o spożywanie alkoholu. Funkcjonując w konkretnym środowisku mają tendencję do bezrefleksyjnego przyjmowania panujących tam norm i zasad, również tych związanych ze spożywaniem alkoholu. Charakterystyczne dla osób reprezentujących ten typ uzależnienia jest występowanie zawsze nasilonych objawów upojenia alkoholowego, nawet po małych dawkach alkoholu.

Największym problemem osób reprezentujących ten typ uzależnienia jest upośledzenie zdolności poznawczych. Znajdują one odzwierciedlenie w testach neuropsychologicznych, obrazie klinicznym somatopsychicznym, jak i w zaburzonym funkcjonowaniu społecznym. Alkohol w tym przypadku dodatkowo zaburza funkcjonowanie kognitywne. Pacjenci ci mają problemy z pamięcią, pojawiają się tendencje paranoidalne [2]. Historie pacjentów ukazują często napady toniczno – kloniczne, nie związane z okresami abstynencji czy intoksykacji alkoholowej. Alkohol więc jawi się tu raczej jako czynnik komplikujący schorzenia na podłożu organicznego uszkodzenia centralnego układu nerwowego, a produkty jego rozpadu, takie jak aldehyd octowy, nasilają obraz i przebieg zespołu abstynencyjnego. Podkreślana jest w tych przypadkach ogromna waga diagnozy różnicowej, tak by wykluczyć udar, guz mózgu, stany hipoglikemii w przebiegu schorzeń metabolicznych czy stany zapalne centralnego układu nerwowego.

Rokowania wobec tej grupy pacjentów są umiarkowanie optymistyczne, ponieważ uzależnienie współwystępuje z wczesnym uszkodzeniem mózgu. Wielu z nich zachowuje abstynencję tylko w warunkach hospitalizacji lub długoterminowych form terapii pośredniej [2]. Spowodowane jest to tym, że pacjenci ci, łatwo ulegają wpływom środowiska, proces decyzyjny jest upośledzony, zachodzi wolniej. Często pacjenci żyją w odosobnieniu, doświadczają osamotnienia, a wspólne spożywanie alkoholu jawi się dla nich jako jedyne źródło interakcji społecznych. Takie społeczne usankcjonowanie roli alkoholu, obok innych problemów towarzyszących pacjentom typu IV takich jak zaburzenia rezydualne, padaczka czy polineuropatie, stanowi kolejny czynnik utrudniający proces terapeutyczny.

Podobnie jak w przypadku omawianego powyżej typu III, porównania międzypłciowe pokazały, że odmienny jest rozkład liczebny jeśli chodzi o przynależność także do tej grupy. Obserwuje się nadreprezentację mę-

czyżn, stosunek wynosi 29.6% do 11.2% [9]. Ponadto badania pokazały, że wśród pacjentów należących do IV grupy, tylko 22.6% było praworęcznych, podczas gdy w grupie III ich odsetek wynosił 84.7%. Świadczyć to może o wczesnych zaburzeniach lateralizacji.

Podsumowanie

Podsumowując, według Lescha - typ pierwszy to typ „klasyczny”, związany z rozwojem kolejnych faz uzależnienia - od osoby pijącej ryzykownie, poprzez picie szkodliwe do uzależnienia. Typ drugi jest związany z zaburzeniami osobowościowo-lękowymi (picie „neurotycznym”). Typ trzeci występuje u osób z tzw. podwójną diagnozą, gdzie nadużywanie alkoholu jest „samoleczeniem” współwystępujących pierwotnych w sensie chronologii zaburzeń nastroju lub innych zaburzeń psychicznych oraz ostatni, czwarty występujący na podłożu uszkodzenia organicznego centralnego układu nerwowego, szczególnie przed okresem dojrzałości.

Przedstawiona typologia uzależnienia alkoholowego według Lescha, obok typologii Cloningera, Babora i Zuckera, jest jedną z najobszerniejszych prób klasyfikacji tej choroby podjętych na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci. Ma ona szerokie zastosowanie nie tylko w badaniach naukowych, ale również w praktyce klinicznej. Pozwala na jeszcze bardziej precyzyjne określenie obrazu pacjenta niż tylko według kryteriów ICD-10 czy DSM-IV-TR. Co wydaje się być najistotniejsze - diagnoza i kwalifikacja pacjentów do jednego z czterech wymienionych typów pozwala na dobranie najefektywniejszych metod leczenia farmakologicznego, jak również pozwala na wybór odpowiedniego podejścia psychoterapeutycznego, a połączenie tych dwóch form oddziaływania zwiększa szanse osób uzależnionych na poprawę funkcjonowania i budowę satysfakcjonujących relacji interpersonalnych.

References

1. Lesch O., Dietzel M., Musalek M., Walter H., Zeiler K. The course of alcoholism. Long-term prognosis in different types. *Forensic Science International*, 1988; 36(1-2): 121-138.
2. Kogoj D, Lesch O, Walter H, et al. Lesch Alcoholism Typology Medical Treatment and Research. *Arch. Psychiatr. Psychother.*, 2010; 12(4): 37-48.
3. Woronowicz B.T. Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia. Warszawa; Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA: 2009.
4. Lesch O., Walter H. Subtypes of alcoholism and their role in therapy. *Alcohol Alcohol.*, 1996; 31(1): 63-67.
5. Wojnar M., Ślusarska A., Klimkiewicz A. Nawroty w uzależnieniu od alkoholu Część 3: Społeczno-demograficzne i psychologiczne czynniki ryzyka. *Alkoholizm i Narkomania*, 2007; 20(1): 81-102.
6. Samochowiec A. The influence of parents personality measured by temperamental and character inventory (TCI) on course of alcoholism characterized by Cloninger's and Lesch's typologies. *Roczniki Pomorskiej Akademii w Szczecinie*, 2010; 56 (2): 33-29.
7. Jakubczyk A., Wojnar J., Wojnar M., Klimkiewicz A., Brower K. Zaburzenia snu u osób uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 2009; 22(2): 143-159.
8. Kiefer F., Barocka A. Secondary depression in weaned alcoholics: Implications of Lesch's typology of chronic alcoholism. *Alcohol Alcohol.*, 1999; 34(6): 916-919.
9. Walter H, Gutierrez K, Ramskogler K, Hertling I, Dvorak A, Lesch O. Gender-specific differences in alcoholism: Implications for treatment. *Arch. Womens Ment. Health*, 2003; 6(4): 253-258.

Correspondence address

Katarzyna Iwanicka
 Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia
 od Alkoholu ZLO WOTUiW (COTUA)
 Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie
 ul. Abramowicka 4B 20-001 Lublin
 tel. 81 744 22 28
 e mail: iwanicka.kasia@gmail.com