

Joanna Hauser, Marzena Zakrzewska
Klinika Psychiatrii Dorosłych Akademii Medycznej w Poznaniu

ANALIZA TYPOLOGICZNA MĘŻCZYŹN Z ZESPOŁEM UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU W OPARCIU O WYNIKI KWESTIONARIUSZA MMPI

WSTĘP

Ogólnie przyjęty jest pogląd, że diagnoza alkoholizmu obejmuje heterogenną grupę osób, charakteryzujących się znacznym zróżnicowaniem w zakresie czynników etiologicznych oraz odmiennym przebiegiem klinicznym.

Przynajmniej dwie przesłanki wskazują na konieczność wyodrębnienia grup homogennych w obrębie zespołu zależności alkoholowej. Po pierwsze, mogłoby to ułatwić klinicystom opracowanie odpowiednich strategii terapeutycznych dla każdej z grup. Po drugie, umożliwiłoby lepsze porównywanie wyników badań biologicznych, psychologicznych czy też neurofizjologicznych.

Wraz z rozwojem nauk biologicznych i społecznych sposób klasyfikacji alkoholików oparty był na różnych przesłankach. Np. Bowmann i Jellinek stosowali hierarchiczny system klasyfikacji, podobny do schematów przyjętych w naukach biologicznych [3]. Psychoanalitycy charakteryzowali poszczególne typy osób uzależnionych opierając się na koncepcjach zaburzeń rozwoju psychoseksualnego [11].

W latach 70. podjęto badania empiryczne, których celem było wyodrębnienie homogennych grup pacjentów. Badania te prowadzone były metodą a priori oraz metodą a posteriori. Badania oparte o metodykę a priori klasyfikowały osoby badane do dwóch grup. Podziały dychotomiczne obejmowały najczęściej następujące kryteria podziału: płeć, psychopatologię, sposób picia oraz obciążenie rodzinne problemami alkoholowymi [16, 17, 18, 19].

Podsumowując wyniki tych badań można wskazać, że wyodrębniono dwa typy alkoholiczków. Pierwszy typ obejmuje osoby o późnym początku choroby, mniejszym obciążeniu rodzinnym problemami alkoholowymi i łagodniejszym przebiegu uzależnienia. Natomiast typ drugi cechuje się wczesnym początkiem choroby oraz głębszym stopniem uzależnienia.

Drugą metodą eksperymentalną stosowaną przy badaniach typologicznych jest metoda tworzenia homogennych grup pacjentów a posteriori. Przy ocenie cech osobowości osób uzależnionych najczęściej za pomocą Inwentarza Osobowości MMPI stosowano analizę skupień [10]. Conley wyodrębnił trzy typy osobowości alkoholiczków: typ neurotyczny, psychotyczny i psychopatyczny [6]. Dokonał też zewnętrznej walidacji swojej typologii. Wyniki tej analizy wykazały, że osoby należące do typu psychopatycznego cechują się wczesnym wiekiem początku uzależnienia [6]. Nerviano i Gross uważają, że u alkoholiczków charakteryzujących się szczególnie ciężkim przebiegiem choroby stwierdza się podwyższenie wyników wszystkich skal MMPI [15].

Obecnie używane typologie uzależnienia oparte są o wielowymiarowe koncepcje alkoholizmu. Najbardziej znane są typologie Cloningera i wsp. oraz Babora i wsp. [2, 4, 5]. Cloninger stworzył klasyfikację alkoholizmu opartą na opisach fenomenologicznych i uwzględniającą czynniki etiologiczne [4, 5]. W toku badań autor wyodrębnił osoby u których w rodzinie biologicznej występowały przypadki alkoholizmu i osoby, u których nie było obciążenia alkoholizmem.

W podsumowaniu swoich badań Cloninger opisał dwa typy alkoholizmu: typ 1 „milleu limited” oraz typ 2 „male limited”. Pacjenci którzy uzależnili się od alkoholu po 25 roku życia (typ 1) charakteryzowali się następującymi cechami osobowości: neurotyczna, schizoidalna, bierna, depresyjna. Natomiast osoby, których początek choroby był wczesny tj. przed 25 rokiem życia (typ 2) były ekstrawertywne, impulsywne, często antysocjalne [5].

W piśmiennictwie polskim klasyfikacja cloningerowska została zaadaptowana i spopularyzowana przez Habrata [7, 8]. Autor ten wskazał, że osoby leczone na oddziałach detoksykacyjnych należały do typu 2 wg Cloningera, natomiast pacjenci korzystający z różnych form terapii ambulatoryjnej częściej zaliczani byli do typu 1.

Typologia Babora powstała w oparciu o wyniki analizy skupień, autor ten wyodrębnił dwa typy alkoholiczków charakteryzujących się następującymi czynnikami: typ A - późny początek choroby, rzadsze występowanie powikłań psychiatrycznych; typ B - wczesny początek uzależnienia, rodzinne obciążenie alkoholizmem, podwyższone wyniki skal klinicznych MMPI [2].

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY I METODA

Cel badań

Podział badanych na grupy typologiczne przeprowadzony metodą empiryczną - w oparciu o wyniki skal klinicznych Kwestionariusza MMPI oraz ocena zależności między klinicznym podziałem typologicznym badanych (typ 1, typ 2) a typologia opartą o wyniki Kwestionariusza MMPI (typ I, typ II).

Badaniami objęto 118 mężczyzn w wieku 25-53 (średnio 41,8) lat hospitalizowanych po przebytych ciagu picia w Klinice Psychiatrii AM w Pozna-

niu. Wszyscy badani spełniali kryteria diagnostyczne DSM III-R uzależnienia od alkoholu [1].

Osoby badane uzależniły się średnio w 37,8 roku życia, czas trwania choroby wynosił średnio 13 lat.

Wykształcenie podstawowe miało 20 badanych, zawodowe 72, średnie 8 i wyższe 18 osob. Stan cywilny kształtował się następująco – 52 osoby były żonate, 20 osoby były rozwiedzione, natomiast 46 pacjentów było kawalerami.

Ocena osobowości

Ocenę osobowości przeprowadzono w oparciu o wyniki kwestionariusza MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) - analizowano podstawowe skale kliniczne: hipochondria (Hd), depresja (D), histeria (Hy), psychopatia (Pd), paranoja (Pa), psychastenia (Pt), schizofrenia (Sc), mania (Ma), introwersja społeczna (Si) [10]. Dla obliczania wyników wykorzystano komputerowy system wspomagający obliczanie i interpretacje MMPI opracowany przez M. Matkowskiego [14].

Kwestionariusz MMPI badani wypełniali po ustąpieniu objawów abstynencyjnych.

Zastosowane metody statystyczne

Wykorzystane metody statystyczne: w celu podzielenia badanych na grupy homogeniczne pod względem cech osobowości uwzględnionych w MMPI przeprowadzona została analiza skupień [13]. Metodą k-średnich (ang. k-means) podzielono badanych na dwa skupienia. W celu sprawdzenia efektywności grupowania za pomocą analizy skupień oraz oceny poszczególnych zmiennych objaśniających w tej klasyfikacji zastosowano analizę dyskryminacyjną, w ocenie statystycznej wyników badań zastosowano testy istotności różnic.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Podział badanych na dwa skupienia w oparciu o wyniki Inwentarza osobowości MMPI.

Efekt podziału badanych na dwie grupy przedstawiony został w tabeli 2, w której podane zostały średnie oraz odchylenia standardowe wszystkich analizowanych zmiennych.

Jak wykazują przedstawione w tabeli 2 wyniki jednoczynnikowych analiz wariancji, wszystkie zmienne będące podstawą grupowania istotnie statystycznie różnicują wyodrębnione skupienia ($p < 0,001$). Osoby zaklasyfikowane do drugiego skupienia (typ II) w porównaniu z osobami ze skupienia pierwszego (typ I) charakteryzują podwyższone (powyżej normy) wyniki wszystkich analizowanych skal klinicznych: skala hipochondrii (Hd), depresji (D), histerii (Hy), psychopatii (PD), paranoi (Pa), psychastenii (PT), schizofrenii (Sc), manii (MA). Aby określić udział każdej z analizowanych zmiennych w efektywności różnicowania pomiędzy pierwszym i drugim skupieniem wykonano analizę dyskryminacyjną. Przynależność do danego skupienia (skupienie pierwsze, skupienie drugie) potraktowano tu jako zmienną zależną. Metodą krokowej selekcji zmiennych (ang. stepwise variable selection) minimalizowano Lambdę Wilkinsa. Tabela 3 prezentuje wyniki tej analizy. Analiza wag dyskryminacyjnych wykazuje, że największy udział w różnicowaniu pomiędzy pierwszym i drugim skupieniem mają następujące czynniki: psychastenia (Pt), hipochondria (Hd), paranoja (Pa), schizofrenia (Sc), psychopatia

TABELA 1

Porównanie cech alkoholików w dwóch skupieniach (typ 1, typ 2)
(metoda k-średnich)

Skupienia	Wiek uzależnienia	Obciążenie ZUA	Choroby somatyczne	Zaburzenia psychiczne	Głębokość uzależ. wg MAST
typ 1 (43%)(n=127)	32,53±6,28	0,26±0,45	0,31±0,54	0,24±0,47	30,31±11,12
typ 2 (57%)(n=169)	23,37±4,21	0,55±0,56	1,02±0,81	0,64±0,72	45,27±6,73
Wartość stat. F	224,82 ^{xxx}	23,58 ^{xxx}	71,95 ^{xxx}	29,07 ^{xxx}	205,62 ^{xxx}

xxx-p<0,001

TABELA 2

Porównanie cech osobowości osób uzależnionych należących do typ 1 i typ 2 wg MMPI
(metoda k-średnich)

Skale MMPI	typ 1(n=69)	typ 2(n=49)	Wartość statystyki F
hipochondria	49,86±7,84	70,10±11,55	128,5 ^{xx}
depresja	51,51±9,15	68,40±8,80	100 ^{xx}
histeria	51,20±8,62	65,84±8,14	86,55 ^{xx}
psychopatia	55,14±9,72	68,04±8,59	55,57 ^{xx}
paranoja	49,89±8,05	67,98±10,21	115,61 ^{xx}
psychastenia	46,46±7,83	66,46±7,41	198,5 ^{xx}
schizofrenia	44,69±6,71	65,20±10,15	174,27 ^{xx}
mania	48,46±9,55	56,44±9,43	20,10 ^{xx}

xx-p<0,001

(Pd) następne w kolejności to skale: hysterii (Hy) depresji (D), oraz mani (Ma). Wszystkie zmienne istotnie statystycznie różnicują wyodrębnione skupienia (p<0,001).

Porównanie grupowania przewidywanego przez funkcję dyskryminacyjną z grupowaniem dokonany przez analizę skupień wykazało, iż analiza dyskryminacyjna

TABELA 3

Wyniki analizy funkcji dyskryminacyjnej w dwóch skupieniach - typ 1, typ 2

Skale MMPI	Lambda Wielkości	Wartość statystyki F	Waga dyskryminacyjna
psychastenia	0,37640	0,81066 ^{xx}	0,52240
hipochondria	0,30877	0,65747 ^{xx}	0,48421
paranoja	0,29142	0,62341 ^{xx}	0,26634
schizofrenia	0,28796	0,76538 ^{xx}	0,21968
psychopatia	0,28400	0,43233	- 0,17588

xx-p<0,001

TABELA 4

Przynależność osób badanych do grup typologicznych stworzonych w oparciu o cechy kliniczne i cechy osobowości (n=118)

Typologia kliniczna	Typologia oparta o czynniki osobowościowe	
	Typ I (n = 69)	Typ II (n = 49)
Typ 1 (n = 49)	40	9
Typ 2 (n = 69)	29	40

$\chi^2 = 20,34; df = 1; p < 0,0001$

poprawnie sklasyfikowała 98,33% osób badanych. Spośród 120 osób tylko 2 zostały przez te dwie metody zaliczone do innego skupienia.

Ocena zależności między podziałem typologicznym opartym o czynniki kliniczne (typ 1, typ 2) a podziałem opartym o cechy osobowości badanych (typ I, typ II).

Wyniki badań typologicznych opartych o cechy kliniczne przedstawiliśmy w innym oparowaniu [9]. W analizach typologicznych bazujących na danych klinicznych i osobowościowych uwzględniono tych samych pacjentów, możliwe jest więc porównanie wyników obu analiz klasyfikacyjnych.

Podział osób badanych na grupy typologiczne (typologia oparta o cechy kliniczne) przeprowadzono w oparciu o wyniki analizy skupień i analizy dyskryminacyjnej. W ten sposób utworzone zostały dwie grupy pacjentów. Do skupienia pierwszego należały osoby o późnym wieku początku choroby, nieobciążone rodzinnie problemami alkoholowymi

mi, o łagodniejszym przebiegu choroby. Natomiast osoby tworzące skupienie drugie cechuje wczesny wiek początku uzależnienia, obciążenie rodzinne problemami alkoholowymi, gorszy przebieg choroby. Wiek początku choroby był czynnikiem najsilniej dyskryminującym oba wyodrębnione skupienia. Dane te ilustruje tabela 1.

Jak wynika z danych przedstawionych w tabeli 4 stwierdzono zależność między przynależnością osób badanych do skupień wyodrębnionych w oparciu o czynniki kliniczne i skupień wyodrębnionych w oparciu o cechy osobowości. 40 osób (81,63%) tworzących pierwsze skupienie (typologia kliniczna) jednocześnie należało do skupienia pierwszego wg typologii osobowościowej. Natomiast 40 badanych (57,97%) należących do drugiego skupienia (typologia kliniczna) jednocześnie należało do drugiej grupy typologicznej stworzonej w oparciu o cechy osobowości. Zależności te były istotne statystycznie.

Celem naszych badań była analiza typologiczna mężczyzn uzależnionych od alkoholu. Zastosowano metodę podziału pacjentów na grupy w oparciu o wyniki analizy skupień, a następnie sprawdzano efektywność grupowania badanych za pomocą analizy skupień stosując analizę dyskryminacyjną. Analizowano wyniki podstawowych skal klinicznych MMPI.

Metodą analizy skupień podzielono badanych na dwa skupienia, porównanie grupowania przewidywanego przez funkcję dyskryminacyjną, z grupowaniem dokonanym przez analizę skupień, wykazało, że analiza dyskryminacyjna poprawnie sklasyfikowała 98,33% badanych.

Wyniki przeprowadzonych analiz statystycznych wskazują, że osoby tworzące dwa skupienia różnią się istotnie statystycznie w zakresie wszystkich skal klinicznych MMPI.

Można wskazać, że u pacjentów należących do drugiej grupy typologicznej stwierdzono podwyższone wyniki wszystkich podstawowych skal klinicznych MMPI. Wartości skal klinicznych są ważnym wskaźnikiem poziomu przystosowania psychologicznego pacjentów, tj. efektywności radzenia sobie w określonych sytuacjach zewnętrznych. Przyjmuje się, że im więcej w profilu MMPI jest podwyższonych skal tym jest bardziej prawdopodobny gorszy poziom przystosowania psychologicznego [10].

Zgodnie z tą koncepcją można wskazać, że badani typu drugiego charakteryzują się zaburzeniami w funkcjonowaniu w rolach społecznych oraz wyższym poziomem odczuwanego przez nich dyskomfortu psychicznego. Podobną grupę pacjentów, tj. o podwyższonych wynikach skal MMPI wyodrębnili Nerviano i Gross i określili tych badanych mianem „globalnie zaburzeni” [15].

Analiza wag dyskryminacyjnych wskazuje, że największe znaczenie w różnicowaniu pomiędzy typem I i typem II mają wyniki skal: psychasteni, hipochondrii, paranoi, schizofrenii oraz psychopatii. Ten profil zaburzeń stwierdzany w skalach MMPI implikuje poczucie alienacji społecznej, brak umiejętności wchodzenia w satysfakcjonujące kontakty z otoczeniem, pesymistyczne nastawienie do świata. Osoby te charakteryzują się ponadto poczuciem dyskomfortu psychicznego, żyją w poczuciu winy, zagrożenia ze strony otoczenia [12, 15].

Można wskazać, że osoby należące do drugiej grupy typologicznej charakteryzowały się szczególnie cechami osobowości opisywanymi jako typ psychotyczny według typologii Conley'a [6].

Drugim celem naszych badań była ocena korelacji między przynależnością osób badanych do grup typologicznych wyodrębnionych w oparciu o dane kliniczne i cechy osobowości.

Wyniki naszych badań wskazują że: osoby typu 2 częściej niż osoby typu 1 (podział kliniczny) charakteryzują się cechami osobowości typu II (podział wg. MMPI). Stwierdzono zatem, że wczesny wiek początku choroby ma istotny wpływ nie tylko na gorszy obraz kliniczny uzależnienia, implikuje też występowanie znacznych zaburzeń struktury osobowości alkoholików. Podobną zależność między cechami klinicznymi a typem osobowości pacjentów stwierdził Babor [2]. Autor ten u osób o wczesnym początku uzależnienia także obserwował podwyższone wyniki skal klinicznych MMPI.

Wyniki naszych badań nie potwierdziły natomiast koncepcji typologicznych Cloningera, który wskazywał, że u alkoholików o wczesnym wieku początku uzależnienia stwierdza się psychopatyczne cechy osobowości, natomiast u osób o późniejszym początku choroby cechy neurotyczne i depresyjne. Można jednak wskazać, że mimo, iż klasyfikacja alkoholików Cloningera jest ogólnie przyjęta to jednak inni autorzy także nie potwierdzili wyników badań tego autora dotyczących cech osobowości osób uzależnionych [16].

WNIOSKI

1. Klasyfikacja mężczyzn uzależnionych od alkoholu, pozwoliła na wyodrębnienie dwóch grup typologicznych dotyczących cech osobowości badanych.

2. Osoby uzależnione od alkoholu należące do drugiej grupy typologicznej charakteryzowały się zaburzeniami w przystosowaniu psychologicznym, na co wskazywały podwyższone wyniki podstawowych skal klinicznych Kwestionariusza Osobowości MMPI.

4. Wczesny wiek początku uzależnienia implikuje gorsze przystosowanie psychologiczne osób uzależnionych od alkoholu.

J. Hauser, M. Zakrzewska

A MMPI-based typological analysis of male alcoholics

Summary

118 males hospitalized after a drinking bout were assessed. In our previous studies the sample had been divided into two clusters on the basis of clinical criteria. Namely, a group of patients with early onset of the disease and a more severe course of alcohol dependence, and another group of those with late onset and a milder course of the disease had been distinguished then. In this study two groups of patients were distinguished on the grounds of their MMPI scores. One of the groups was characterized by higher scores in all the clinical MMPI scales. A correlation was found between the clinical typology and that based on personality traits. Patients with early onset of the disease were characterized by psychological maladjustment, i.e. by impaired functioning in social roles and by a sense of psychological discomfort.

Key words: alcoholism \ typology \ MMPI

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition, Revised, American Psychiatric Association, Washington, DC.
2. Babor T.F., Dolinsky Z. *Alcoholic typologies: Historical evaluation and empirical evaluation of some common classification schemes*. Alcoholism. Origins and Outcome. Raven Press. New York. 1988, 245-263.
3. Bowmann K.M, Jellinek E.M.: *Alcohol addiction and its treatment*. Q.J.Stud.Alcohol. 1941, 2: 98-176.
4. Cloninger C.R.: *Neurogenetic adaptive mechanism in alcoholism*. Science. 1987, 236, 410-416.
5. Cloninger C.R.: *A systematic method for clinical description and classification of personality variants*. Arch.Gen.Psychiat.1987,44, 573-588.
6. Conley J.: *An MMPI typology of male alcoholics.Admission, discharge and outcome comparison*. J.Pres.Assess. 1981, 45: 33-39.
7. Habrat B.: *Klasyfikacja alkoholizmu wg Cloningera*. Postępy Psychiatrii i Neurologii. 1992, 1, 155-160.
8. Habrat B., Chachaj L.: *Występowanie alkoholizmu typu 1 i typu 2 wg Cloningera u osób uzależnionych od alkoholu*. Postępy Psychiatrii i Neurologii. 1992, 1, 161-164.
9. Hauser J. Zakrzewska M.: *Analiza typologiczna mężczyzn z zespołem uzależnienia od alkoholu*. Praca przyjęta do druku Psych. Polska. 1995.
10. Hathaway S., McKinley J.A.: *Multiphasic personality schedule (Minnesota): Construction of the schedule*. Journal of Psychology. 1940, 10, 249-254.
11. Knight R.P.: *Psychoanalytic treatment in a sanatorium of chronic addiction to alcohol*. JAMA, 1938, 111, 1444-1448.
12. Litt M., Babor T., Del Bocka T., Kadden R.: *Types of alcoholics*. Arch.Gen.Psychiatry, 1992, 49, 609-614.
13. MacQueen J.B.: *Some methods for classification and analysis of multivariate observation*. Fifth Berkeley Symposium on Mathematical Statistics and Probability. 1967, 1, 281-297.
14. Matkowski M.: *MMPI, badanie, opracowanie, interpretacja*. Poznań 1992.
15. Nerviano V., Gross H.W.: *Personality types of alcoholics on objective inventories*. J.Stud. Alcohol. 1983, 44, 837-851.
16. Penick E.C., Powell B.J., Nickel E.J., Read M.R., Gabrielli, W.F. Liskow B.I.: *Examination of Cloningers type 1 and type 2 alcoholism with a sample of men alcoholics in treatment*. Alc. Clin. Exp. Res. 1990, 14, 623-629.
17. Rimmer J., Pitts F., Winokur G.: *Alcoholism, sex, socioeconomic status and race in two hospitalized samples*. Q.J.Stud.Alcohol, 1971, 32, 942-952.
18. Tomsovic, M.: *Bingle and continuous drinkers: Characteristics and treatment follow -up*. Q.J.Stud.Alcohol. 1974, 35, 558-564.
19. Winokur G.Reich T.: *Alcoholism. Diagnosis and familial psychiatric history in 254 alcoholic probands*. Arch.gen. Psychiatry. 1970, 23, 104-111.