

Fenomeno alcolismo e differenze di genere

Alcoholism and sex difference

R. TRAVAGLINI,
L. GIARDINELLI*

UO Psichiatria, ASL 10 Firenze;
* Dipartimento di Scienze
Neurologiche e Psichiatriche,
Università di Firenze

Key words

Alcoholism • Sex differences • Abstinence • Social adjustment

Correspondence: Dr. Lisa Giardinelli,
Clinica Psichiatrica, Dipartimento
di Scienze Neurologiche e Psichiatriche,
viale Morgagni 85, 50134 Firenze - Italy
Tel. +39 055 4298457
E-mail: lisagi@unifi.it

Summary

Background and aim

It is commonly accepted that familiarity for alcohol abuse, psychiatric comorbidity and bad social adjustment are frequently associated with alcoholism. Aim of the present study was to detect and evaluate the sex-related differences in alcoholism, in particular regarding abstinence, associated psychiatric symptomatology and social adjustment.

Material and methods

A group of 84 outpatients (58 males, 26 females, age range 26-76 years) spontaneously coming to the Alcoholic Department for alcohol-related problems, were evaluated with Symptom Check List-90 (SCL-90), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Beck Depression Inventory (BDI) and Social Adjustment Scale (SAS). Analysis of Variance and Twice-Repeated Multivariate Analysis of Variance were used in the statistical analysis. Some patients in the study population (39.28%) were taking psychotropic drugs prescribed by a specialist or general physician.

Results

Results of the study revealed:

1. Mean age of access to the Alcoholic Department is higher in females;
2. SCL-90 somatization subscale score is higher in females ($p < 0.033$) (Table I);
3. BDI score is higher in females ($p < 0.015$) (Table II) in accordance with a higher presence of depressive symptomatology among alcoholic females. Statistically, this sex difference is not confirmed by HDRS (Table II), that shows, however, an analogous trend;
4. Abstinence causes a reduction in symptoms evaluated by some SCL-90 subscales (SCL-90 R $p < 0.017$; SCL-90 PAR $p < 0.001$ and SCL-90 PSI $p < 0.036$) with no sex differences (Table I). Similarly, a significant correlation was found between days of abstinence and social adjustment with no sex differences (SAS 1 $p < 0.001$; SAS 2 $p < 0.021$; SAS 3 $p < 0.001$; SAS 4 $p < 0.004$; SAS 5 $p < 0.001$) (Table III);
5. Correlation between social adjustment and three job levels (external workers, housewives and unemployed) was also investigated. Housewives show a general and working adjustment similar to external workers ($p < 0.001$ and $p < 0.001$, respectively).

Discussion and conclusion

This study shows that females come later to specialist services for alcohol-related problems, probably because of the social stigma: alcohol abuse is considered an inadequate behaviour as far as concerns the sexual role. The presence of significant depressive symptomatology, in alcoholic women, is confirmed in accordance with the acknowledged greater tendency to suffer from depression in females. On the contrary, the significant presence of hostility/rage manifestations was evident in males in accordance with the confirmed prevalence of social personality disorders in male alcoholics. Abstinence seems to influence the expression of some psychopathological manifestations, however with no sex differences. Likewise, there are no significant differences in social adjustment between males and females. Finally, the study highlights the need of a sex approach to treatments, bearing in mind the peculiarities of alcoholism in the two sexes.

Introduzione

L'alcolismo si presenta come fenomeno molto complesso. Dalle trattazioni sull'argomento emerge spesso la difficoltà di inquadrare e definire tale fenomeno in modo chiaro¹, tanto che alcuni Autori giungono a dubitare l'esistenza stessa dell'alcolismo come entità unitaria².

Esistono pertanto diverse classificazioni dell'alcolismo³, ciascuna delle quali sottolinea aspetti specifici del fenomeno. È importante ricordare l'inquadramento di Jellineck⁴ che definisce l'alcolismo sulla base di un criterio di gravità progressiva, preferendo parlare di tipi di alcolismo (alcolismo alfa, beta, gamma, delta ed epsilon) piuttosto che di una sindrome unitaria; la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha fornito nel tempo diverse definizioni inserendo l'alcolismo, a partire dal 1975, fra le tossicodipendenze, identificandolo con la dipendenza alcolica; così ancora l'impostazione di Cloninger⁵ che propone la distinzione di due tipi di alcolismo sulla base dell'interazione fra personalità e ambiente: Tipo I, detto anche tipo ambientale e Tipo II detto anche maschile, con caratteristiche epidemiologiche e prognostiche diverse; infine la classificazione del DSM-IV⁶ che identifica l'alcolismo con la dipendenza alcolica inserendola in asse I fra i Disturbi da Uso di Sostanze. Il Manuale distingue i disturbi da uso di sostanze dai disturbi indotti, quadri clinici direttamente connessi con gli effetti tossici della sostanza e fra questi ultimi include anche l'intossicazione acuta e la sindrome di astinenza. I disturbi da uso di sostanze vengono poi distinti in abuso e dipendenza ma, nella pratica clinica, l'abuso è ridotto a categoria diagnostica residua o di attesa. Nel DSM-IV vengono individuati in modo preciso e dettagliato i criteri per la diagnosi di dipendenza per la cui conferma non sono sufficienti lo sviluppo della tolleranza e l'astinenza, mentre risultano più significativi sul piano diagnostico sia la perdita di controllo sulle modalità di assunzione che le conseguenze sulla qualità della vita. Il paziente con alcool-dipendenza ha perso la capacità di controllare la quantità e le modalità di uso della sostanza, può astenersene ma, se la usa, non è in grado di prevedere quando e come si fermerà e quali problemi potrà causare a se stesso o agli altri. Considera inoltre l'assunzione dell'alcool uno scopo prioritario sulla base del quale riorganizzare la propria esistenza. È così possibile effettuare una chiara distinzione fra consumo ed alcool-dipendenza ma è certo molto difficoltoso definire un unico ed inequivocabile percorso che conduca dal consumo alla dipendenza alcolica, in termini di frequenza del bere, di quantità assunte, di durata dell'uso o di tratti personologici. Verosimilmente questa difficoltà è stata alla base dello sviluppo del concetto di dipendenza già nel DSM-III⁷ dove viene distinta

in lieve, moderata e grave a seconda del numero dei sintomi e della compromissione della qualità della vita, mentre la categoria dell'abuso non viene definita in modo altrettanto preciso e particolareggiato.

L'esperienza clinica insegna come spesso si arrivi alla diagnosi di dipendenza alcolica solo quando sono comparse patologie alcool-correlate ed il soggetto è costretto a riflettere sull'uso dell'alcool, sul posto che occupa nella propria vita e sul rapporto costi-benefici di tale comportamento. Nell'ottica di capire come è possibile passare dal consumo alla dipendenza, risulta quindi di particolare rilevanza osservare l'evoluzione nel tempo dell'assunzione alcolica ed il ruolo che essa riveste nella gestione della sofferenza individuale e nelle strategie di *problem solving*⁸. Giunti allo stadio di alcolista, mentre è possibile arrivare ad un totale non consumo di bevande alcoliche, è quasi impossibile tornare ad essere solo bevitori; il legame con la sostanza è tale che anche l'ingestione di una modica quantità viene seguita, in tempi più o meno brevi, dall'assunzione di quantità eccessive, con la perdita di controllo sulla quantità e la modalità di assunzione dell'alcool.

Come già sottolineato, ci sono vari aspetti che possono influenzare il percorso che può condurre alla dipendenza alcolica: la personalità del soggetto, le condizioni in cui vive, varie componenti socioculturali. Un altro fattore che ha un peso rilevante nell'influenzare nel tempo il possibile sviluppo della dipendenza alcolica è sicuramente il genere.

Nella pratica clinica, infatti, emergono peculiarità della dipendenza alcolica maschile e femminile, con differenze epidemiologiche, di comorbidità e di effetti della sostanza che possono implicare diverse scelte terapeutiche.

Epidemiologia

L'uomo tende ad iniziare più precocemente ad abusare di alcool anche se tale differenza si sta rapidamente attenuando negli ultimi anni⁹⁻¹¹. È importante sottolineare come circa il 40% di chi inizia ad assumere alcolici prima dei 15 anni diventa alcool-dipendente; la percentuale scende di circa il 10% se l'inizio è dopo i 20 anni¹². L'età media di inizio del bere è 25 anni nella donna e 19 nell'uomo; circa il 67% delle donne inizia fra i 12-21 anni contro il 90% dei maschi. Il tempo che intercorre fra inizio del bere e abuso alcolico è però simile: 9,6 anni nell'uomo e 9,2 anni nella donna¹³. Con il nome di "effetto telescopico" si intende proprio il fenomeno per cui la donna pur iniziando a bere più tardi manifesta complicanze molto più precocemente rispetto all'uomo¹⁴⁻¹⁷.

Le alcoliste sono più frequentemente separate, divorziate o vedove (55% contro il 15% della popolazione generale)¹⁸. L'alcool è riportato come causa di divor-

zio dall'80% dei maschi contro il 27% delle donne: i conflitti coniugali più frequentemente esitano nel divorzio e con maggiore probabilità l'uomo arriva ad affermare che l'alcool ne è la causa principale¹³. Le donne che abusano di alcool hanno infatti una minore propensione alla separazione pur avendo maggiori problematiche relazionali nella vita coniugale; d'altra parte alcuni Autori individuano nel matrimonio un fattore predisponente per la psicopatologia femminile¹⁹ e più specificamente per le ricadute nella donna alcolista^{13 20}.

Nelle alcoliste vi è una maggiore probabilità di avere un parente di primo grado con disturbi psichiatrici (13% delle donne contro il 5% degli uomini) e alcolismo (35% contro il 13%)^{13 21 22}.

L'abuso e/o la violenza fisica rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza dell'alcool-dipendenza nel sesso femminile^{23 24}. Le donne con pregresso abuso sessuale o fisico nell'infanzia o in età adolescenziale/adulta, ad esempio violenza del compagno, hanno infatti una maggiore probabilità di diventare alcoliste²⁵⁻²⁷. Widom et al. (1995) mostrano che è comunque predittiva, in modo significativo, l'esperienza di "neglect", anche senza che vi sia un abuso fisico o sessuale, indipendentemente da età, razza, condizione economica e problemi alcool-correlati dei genitori²⁸.

Comorbidità

Nell'uomo, l'alcolismo è più spesso associato a uso di sostanze (poliabuso) e a disturbo di personalità antisociale^{29 30}. Nella donna è invece prevalente una maggiore associazione con bulimia, disturbi di ansia e depressione³¹⁻³³. Da alcuni dati di letteratura emerge come nella donna alcolista ci sia una maggiore probabilità di avere una depressione primaria mentre non appare significativa la differenza fra i sessi nell'incidenza della depressione secondaria all'abuso di alcool che nella donna sembra però avere una prognosi migliore¹³. È da sottolineare come la depressione sia in maniera ubiquitaria prevalente nel sesso femminile con una *sex ratio* di circa 2:1 riportata nei vari studi effettuati sulla popolazione generale³⁴⁻³⁶. Inoltre, nel sesso femminile, la gravità dell'abuso è direttamente correlata con la gravità del quadro depressivo ed è accompagnata da un maggior rischio suicidiario e una più bassa autostima³⁷.

Effetti secondari dell'alcool

Se consideriamo gli effetti dell'alcool nei due sessi, vi sono differenze nel metabolismo e nelle complicanze organiche. Nella donna infatti si rileva una maggiore concentrazione di alcool nel sangue per

uguali quantità assunte, cosa che è verosimilmente legata a diversi fattori: genetici, fisiologici legati soprattutto alla minore concentrazione media di acqua nel corpo femminile, ormonali (minore attività dell'alcool deidrogenasi nella donna, enzima particolarmente stimolato dagli androgeni)^{38 39}. Per quanto riguarda le complicanze organiche nella donna, a parità di alcool assunto, si verificano maggiori problemi epatici (epatiti e cirrosi)^{40 41} e cerebrali (riduzione del volume cerebrale)^{16 42 43}. Le complicanze cardiache sono sovrapponibili a quelle dell'uomo ma con un consumo di alcool giornaliero inferiore⁴⁴. Nelle alcoliste inoltre la mortalità è cinque volte maggiore rispetto alla popolazione generale mentre nell'uomo è solamente tre volte¹⁴.

Comportamenti alcool-correlati

L'uomo tende a bere soprattutto fuori casa condividendo con altri l'esperienza, la donna invece è prevalentemente in casa da sola, manifestando la tendenza all'assunzione compulsiva e periodica, con una maggiore sensazione di perdita di controllo sulla sostanza^{13 45}.

Se consideriamo le differenze premorbose, nell'uomo l'alcool è più spesso usato come strumento di socializzazione mentre la donna più spesso lo assume a scopo autoterapeutico, spesso in associazione con benzodiazepine⁴⁶.

L'uomo tende ad essere più aggressivo dopo aver bevuto: solo il 4,5% degli alcolisti non è stato mai arrestato contro il 60% delle alcoliste⁴⁰; più spesso va incontro a problemi di guida con maggiori probabilità di essere coinvolto in incidenti mortali, a parità di alcolemia^{18 47 48}. Va comunque considerato il ruolo delle aspettative sociali per le quali è più riprovevole che una donna che ha bevuto si metta al volante⁴⁹. Ciò nonostante la percentuale di donne ubriache coinvolte in incidenti stradali sta crescendo: 16% di tutti gli incidenti mortali nel 1996 contro il 13% nel 1986 ad ulteriore conferma del cambiamento nello stile di consumo delle sostanze fra i due sessi⁵⁰.

Trattamento

Vi è un maggior *insight* nel sesso femminile e le donne arrivano prima al trattamento¹³. D'altra parte sembra che le donne seguano trattamenti specifici in misura minore degli uomini, scegliendo più spesso di rivolgersi a medici di base e/o a psichiatri piuttosto che a servizi specifici^{14 51-54}. In letteratura compaiono dati contrastanti rispetto alla rilevanza del genere come fattore di rischio di ricaduta. Dunne et al.¹³, infatti, rilevano che, dal momento in cui un soggetto entra in un programma di trattamento, sono più significative

del genere la comorbidità con la depressione maggiore e i sentimenti di scarsa autostima nel predire le ricadute nell'anno seguente. Bottlender e Soyka⁵⁵ individuano invece nel genere femminile un preciso fattore di rischio di ricaduta a 3 anni.

Sono inoltre fattori prognostici negativi la presenza di abusi fisici e/o sessuali⁵⁶⁻⁵⁸.

Considerando che i precedenti fattori sono di gran lunga più rappresentati nel sesso femminile, sarebbe presumibile aspettarsi una peggiore prognosi per le donne con problemi di alcolismo in trattamento anche se, come già affermato, ciò non emerge in modo univoco dai dati di letteratura.

Con il nostro studio abbiamo cercato di dare un contributo all'analisi della differenza di genere e della sua rilevanza rispetto al problema dell'astinenza, della sintomatologia psichiatrica e dell'adattamento sociale.

Materiali e metodi

L'ambulatorio alcologico presso il quale è stato effettuato questo studio è nato nel marzo 1998 come centro di riferimento regionale per l'alcolismo. Il protocollo di accoglienza per pazienti con problemi alcool-correlati prevede: visite mediche ed esami ematici di controllo, possibilità di ricovero in *day hospital* o in regime ordinario nel reparto di gastroenterologia dell'Azienda Ospedaliera Careggi, colloqui motivazionali ed inserimento in club di alcolisti in trattamento (CAT) secondo l'approccio ecologico-sociale di Hudolin⁵⁹, interventi psicoterapici brevi ad orientamento psicodinamico, consulenze psichiatriche ed eventuale appoggio ai servizi psichiatrici territoriali nei casi che necessitino di una presa in carico psichiatrica.

Abbiamo considerato, nel periodo fra gennaio e giugno 2005, 84 pazienti che si sono rivolti spontaneamente al servizio per un problema riconosciuto di dipendenza da alcool, poi confermato dalla psichiatra consulente secondo i criteri del DSM IV⁶.

Il campione considerato è formato da 58 maschi (69%) e 26 femmine (31%), di età compresa fra 26 e 76 anni (con età media di anni 42,52 nei maschi e 47,73 nelle femmine) Tale campione è stato inoltre suddiviso in tre gruppi sulla base del livello di occupazione: lavoratori esterni, casalinghe, disoccupati. Al momento del primo colloquio, che permetteva di accertare l'esistenza di alcolismo e di problemi alcool-correlati, 33 (39,28%) di loro assumevano psicofarmaci (benzodiazepine, neurolettici, antidepressivi) prescritti in precedenza da specialisti o dal medico di base.

Al secondo colloquio, a tutti i pazienti sono stati somministrati la *Social Adjustment Scale* (SAS)⁶⁰ e la Scala di Hamilton per la Depressione (HAM-D)⁶¹,

ed ogni soggetto ha poi compilato il *Beck Depression Inventory* (BDI)⁶² e la *Symptom Check List-90* (SCL-90)⁶³.

La SAS è formata da 52 *items* che valutano l'adattamento del soggetto in cinque aree: lavoro (SAS 1), famiglia (SAS 2), famiglia esterna (SAS 3), *hobbies* e tempo libero (SAS 4), adattamento generale (SAS 5).

La SCL-90 è formata da 90 *items* che indagano la presenza e la gravità della sintomatologia psichiatrica; i vari *items* sono raggruppati in 10 sottoscale: somatizzazione (SCL-90 S), sintomi ossessivo-compulsivi (SCL-90 OCD), sensibilità interpersonale (SCL-90 SEN), depressione (SCL-90 D), ansia (SCL-90 A), ostilità e rabbia (SCL-90 R), ansia fobica (SCL-90 AF), ideazione paranoidea (SCL-90 PAR), psicotismo (SCL-90 PSI), sintomi residui (SCL-90 altri). Abbiamo analizzato i risultati dei test mediante le metodiche di analisi statistica *Analysis of Variance* (ANOVA) e *Twice-Repeated Multivariate Analysis of Variance* (MANCOVA analisi dell'ANOVA con controllo della covarianza). Per ciascuna delle variabili osservate sono state calcolate le medie e le deviazioni standard; i dati dei due sessi sono stati confrontati con il test "t" di Student.

Risultati

Nella Tabella I sono riportati le medie, le deviazioni standard ed il confronto con il t test di Student dei punteggi ottenuti all'SCL-90 nei due sessi; compare una differenza di genere significativa solo per la sottoscala della somatizzazione ($p < 0,033$; $p < 0,034$), con valori più alti nel sesso femminile. Analogamente nella Tabella II compaiono le medie, le deviazioni standard ed il confronto con il t test dei punteggi ottenuti alla HDRS e al BDI: quest'ultima scala fa rilevare una significatività statistica, con maggiore punteggio nel sesso femminile ($p < 0,015$; $p < 0,022$).

Nella Tabella III sono riportati le medie, le deviazioni standard ed il confronto con il t test dei punteggi ottenuti alla SAS, con nessuna significatività fra i sessi.

Prendendo come covariante i giorni di astinenza, emerge che l'astinenza è significativa solo per alcune sottoscale dell'SCL-90 ma senza differenza di genere: SCL-90 R ($p < 0,017$); SCL-90 PAR ($p < 0,001$); SCL-90 PSI ($p < 0,036$). Un'analoga correlazione significativa si rileva fra i giorni di astinenza e l'adattamento sociale (SAS): generale ($p < 0,001$), lavorativo ($p < 0,021$), familiare ($p < 0,001$), nei rapporti con la parentela ($p < 0,004$) e negli *hobbies* ($p < 0,001$) senza differenze di genere.

Considerando l'astinenza come variabile dicotomica e suddividendo il campione in due gruppi (con $< e > 30$ giorni) emerge che non c'è una riduzione statisticamente significativa della sintomatologia depressiva.

Tab. I. SCL-90 nei due sessi: medie, deviazioni standard e "t" test. *SCL- 90 in both sexes: mean \pm SD and "t" test.*

	N = 58 Maschi	N =26 Femmine	N. tot = 84 Totale	t	p
SCL 90 S	9,29 \pm 7,41	13,38 \pm 9,13	10,56 \pm 8,15	-2,18	0,033
SCL 90 OCD	10,48 \pm 8,21	12,96 \pm 7,15	11,25 \pm 7,94	-1,33	0,188
SCL 90 SEN	8,33 \pm 7,09	9,81 \pm 6,46	8,79 \pm 6,89	-0,91	0,366
SCL 90 D	13,5 \pm 9,90	17,62 \pm 10,52	14,77 \pm 10,21	-1,73	0,088
SCL 90 A	9,49 \pm 6,98	11,92 \pm 6,58	10,25 \pm 6,92	-1,50	0,138
SCL 90 R	5,41 \pm 5,30	5,88 \pm 4,85	5,56 \pm 5,14	-0,39	0,701
SCL 90 AF	3,64 \pm 3,95	3,77 \pm 4,10	3,68 \pm 3,98	-0,14	0,890
SCL 90 PAR	6,17 \pm 5,20	7,00 \pm 4,82	6,43 \pm 5,07	-0,69	0,492
SCL 90 PSIC	7,48 \pm 6,42	9,46 \pm 7,45	8,10 \pm 6,77	-1,24	0,218
SCL 90 Altri	7,00 \pm 5,35	7,46 \pm 4,66	7,14 \pm 5,12	-0,38	0,705

Tab. II. HDRS e BDI nei due sessi: medie, deviazioni standard e "t" test. *HDRS and BDI in both sexes: mean \pm SD and "t" test.*

	N = 58 Maschi	N =26 Femmine	N. tot = 84 Totale	t	p
HDRS totale	9,4 \pm 5,80	12,00 \pm 5,34	10,21 \pm 5,76	-1,93	0,057
Beck totale	12,36 \pm 9,29	18,08 \pm 10,41	14,08 \pm 9,93	-2,48	0,015

Tab. III. SAS nei due sessi: medie; deviazioni standard e "t" test. *SAS in both sexes: mean \pm SD and "t" test*

	N = 58 Maschi	N =26 Femmine	N. tot = 84 Totale	t	p
Adattamento lavoro (SAS 1)	2,47 \pm 1,69	2,58 \pm 1,47	2,50 \pm 1,62	-0,29	0,772
Adattamento famiglia (SAS 2)	2,86 \pm 1,57	3,15 \pm 1,46	2,95 \pm 1,54	-0,80	0,424
Ad. Famiglia esterna (SAS 3)	2,60 \pm 1,51	3,19 \pm 1,33	2,79 \pm 1,47	-1,71	0,090
Interessi e <i>hobbies</i> (SAS 4)	3,00 \pm 1,52	3,42 \pm 1,45	3,13 \pm 1,50	-1,20	0,235
Adattamento generale (SAS 5)	2,76 \pm 1,48	3,12 \pm 1,53	2,87 \pm 1,49	-1,01	0,315

Se andiamo a valutare l'adattamento sociale, esplorato attraverso la SAS, non emergono differenze di genere significative nei due sessi (Tab. III).

Per quanto riguarda la distribuzione nei tre livelli di occupazione è risultato che il 39,3% del campione lavora esternamente, il 26,2% è formato da casalinghe (non ci sono soggetti di sesso maschile in questa categoria) mentre il 34,5% non ha occupazione.

In questi tre gruppi è stata indagata la correlazione con l'adattamento sociale misurato attraverso la SAS ed emergono differenze di genere significative in alcune aree: adattamento lavorativo (SAS 1) ($p < 0,001$), adattamento generale (SAS 5) ($p < 0,001$) e *hobbies* (SAS 4) ($p < 0,001$). Utilizzando il *Post-Hoc Test* si evidenzia:

– le casalinghe hanno un adattamento nell'area lavorativa analogo a quello dei lavoratori esterni (p

$< 0,583$) e migliore rispetto ai disoccupati ($p < 0,001$);

- le casalinghe hanno migliore adattamento riguardo all'area degli interessi personali e degli *hobbies* sia rispetto ai lavoratori esterni ($p < 0,042$) che ai disoccupati ($p < 0,001$);
- non c'è differenza significativa nell'adattamento generale fra lavoratori esterni e casalinghe ($p < 0,155$), mentre i disoccupati fanno rilevare un punteggio molto peggiore rispetto sia ai lavoratori esterni ($p < 0,004$) che alle casalinghe ($p < 0,001$).

Discussione

Il dato che l'età media del campione sia più elevato nel sesso femminile, in linea con i dati ISTAT del

2000⁶⁴ può essere spiegato con il fatto che le donne, pur avendo una maggiore tendenza a cercare e chiedere aiuto medico, giungono più tardivamente ai servizi specialistici per problemi alcool-correlati^{13 52-55 65}. Ciò potrebbe essere in relazione con il fatto che l'alcolismo femminile si presenta come disturbo comportamentale incongruo rispetto al ruolo sessuale⁶⁶ e quindi di più difficile accettazione sociale. Le donne con problemi alcool-correlati si rivolgono quindi più facilmente al medico di base o allo psichiatra ottenendo per lo più un trattamento farmacologico.

Analizzando i risultati relativi all'SCL-90 (Tab. I) è da sottolineare come emergano differenze di genere significative solo per la sottoscala della somatizzazione (SCL-90 S) che fa rilevare una prevalenza nel sesso femminile. Questo dato trova supporto in altri studi⁶⁷ che segnalano una predominanza femminile nell'ambito dei disturbi somatoformi. Secondo Taylor et al. (2000) questa differenza deriva da diverse modalità di risposta allo stress nei due sessi ed in particolare della tendenza nella donna ad una fisiologica *down-regulation* del sistema simpatico e dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene⁶⁸.

Le medie dei punteggi dell'SCL-90 di coloro che assumono psicofarmaci sono sempre più elevate per tutti i sintomi indagati, a conferma della valutazione psicopatologica iniziale effettuata dai curanti.

L'eccezione è il valore della sottoscala ostilità-rabbia (SCL-90 R) che risulta più elevata in chi non assume farmaci; ciò si rileva in particolare nel sesso maschile. Questo dato, come emerge da un recente lavoro, può riportare alla maggiore prevalenza di disturbo antisociale di personalità nell'uomo alcolista³⁰. Tale valore tende comunque a ridursi con l'aumentare dei giorni di astinenza, senza però differenze di genere.

L'astinenza risulta inoltre un elemento significativo, pur senza differenze di genere, per la riduzione della sintomatologia psicotica ma non per quella depressiva, a differenza di quanto emerge da un nostro precedente lavoro⁶⁹.

Si sottolinea come anche il dato relativo alla sensibilità interpersonale non faccia rilevare differenze fra i sessi, in controtendenza rispetto agli studi di popolazione generale che indicano una maggiore prevalenza nel sesso femminile⁷⁰.

La mancata differenza fra i sessi in molte aree indagate con l'SCL-90 potrebbe spiegarsi con il fatto che l'assunzione continuativa di alcool determinerebbe una sorta di appiattimento della personalità e dell'espressione psicopatologica stessa, annullando anche l'importanza dell'effetto genere.

La valutazione dei risultati del BDI e dell'HDRS (Tab. II) mostra con chiarezza l'esistenza di una maggiore sintomatologia depressiva nella donna alcolista.

Esiste un'ampia letteratura che sostiene la maggiore rilevanza della depressione nel sesso femminile, con un rapporto fra i sessi che si presenta in maniera ubiqui-

taria di circa 2:1^{35 36}. L'alcool potrebbe rappresentare quindi per la donna una sorta di tentativo autoterapico rispetto al proprio malessere depressivo^{13 31}. Tale tentativo è comprensibilmente destinato a fallire: il quadro depressivo può anzi essere mantenuto o peggiorato dall'azione depressogena dell'alcool che determina, a lungo termine, le stesse modificazioni biochimiche che si verificano in corso di depressione⁷¹. La donna, inoltre, realizzando il verificarsi della dipendenza, condizione francamente inadeguata rispetto al ruolo sessuale, vive un calo di autostima che diventa ulteriore fattore di rischio verso la depressione stessa.

È però interessante notare come la differenza di genere sia statisticamente significativa per la sintomatologia depressiva rilevata con il BDI mentre l'HDRS mostra solamente una tendenza al rialzo del punteggio. A tale proposito, va comunque considerato che la HDRS evidenzia in modo particolare i sintomi depressivi connessi con la sfera vegetativa (insonnia, riduzione dell'appetito e della libido, apatia, facile affaticabilità) e con la presenza di ansia, sintomi potenzialmente presenti nella sindrome di astinenza da alcool, mentre il BDI indaga soprattutto gli aspetti cognitivi. La differenza di significatività rilevata fra i punteggi delle due scale potrebbe quindi dipendere dal fatto che aspetti organizzativi cognitivi di tipo depressivo sono più frequentemente riscontrabili nel sesso femminile⁷² mentre i sintomi depressivi connessi con la sfera vegetativa sono ugualmente rappresentati nei due sessi. Questa discrepanza potrebbe inoltre suggerire come la sintomatologia depressiva nella donna in corso di alcoolismo non sia tanto legata ad una sindrome astinenziale quanto rappresentare l'espressione di una comorbidità.

In base ai risultati della SAS si rileva la presenza di una tendenza verso un peggiore adattamento sociale nella donna alcolista, pur non statisticamente significativa; ciò potrebbe collegarsi al conflitto fra le aspettative sociali ed il comportamento del bevitore incongruo rispetto al ruolo sessuale femminile.

Da sottolineare che non vi sono differenze di genere significative nell'adattamento generale e sul lavoro fra i gruppi dei lavoratori esterni e delle casalinghe. Ciò potrebbe dipendere sia dalla difficoltà di valutare l'entità della compromissione delle capacità a svolgere i compiti domestici, più difficili da quantificare e controllare ma anche sottovalutati e minimizzati⁷³, che dalla tendenza della donna stessa a nascondere le conseguenze dell'abuso dell'alcool sulla sua efficienza lavorativa perché, come già sottolineata, meno accettato socialmente.

Conclusioni

Il nostro studio conferma che le donne giungono più tardivamente ai servizi specialistici per problemi al-

cool-correlati, verosimilmente per una scarsa accettazione sociale dell'alcolismo femminile in quanto comportamento incongruo rispetto al ruolo sessuale. I nostri dati depongono per una prevalenza della sintomatologia depressiva nella donna alcolista, a conferma di una precisa tendenza verso una maggiore presenza di depressione nel sesso femminile. Sono più rappresentati i sintomi cognitivi (idee di colpa e di inadeguatezza, perdita di speranza), ricollegando tale aspetto psicopatologico ad una preesistente condizione depressiva e quindi alla presenza di una comorbidità con i disturbi affettivi. Nei soggetti di sesso maschile risulta maggiore l'es-

pressione di ostilità/rabbia, in linea con la accertata prevalenza di disturbo antisociale di personalità nell'uomo alcolista.

L'astinenza sembra influenzare l'espressione di alcune manifestazioni psicopatologiche ma senza differenze di genere; ugualmente non rilevante la differenza fra i sessi nell'area dell'adattamento sociale. In conclusione, alla luce dei dati disponibili, sarebbe auspicabile individuare strategie specifiche per effettuare soprattutto un trattamento mirato, veicolato da un approccio di genere, che si rivolga alla donna tenendo conto della sua peculiarità e delle discriminanti rispetto alla popolazione maschile.

Bibliografia

- 1 Orlandini D, Bertinaria A. *Un contributo alla comprensione dell'eziologia multifattoriale della dipendenza alcolica*. SI 1990;5:6-14.
- 2 Pattison E, Sobell M. *Emerging concepts of Alcohol Dependence*. New York: Springer 1987.
- 3 Pigatto A. *La diagnosi neuropsicologica nella dipendenza alcolica*. In: *Alcool e disturbi mentali*. Collana dell'Elleboro 1996.
- 4 Jellinek EM. *The disease concept of alcoholism*. College and New Haven: University Press 1960.
- 5 Cloninger CR. *A systematic method for clinical description and classification of personality variants*. Arch Gen Psychiatry 1987;44:573-88.
- 6 A.P.A. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd Edn. (Revised) Trad. it. *DSM-III-R*. Milano: Masson 1996.
- 7 A.P.A. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Trad. it. *DSM-IV-R*. Milano: Masson 1989.
- 8 Marcomini F. *Alcool e salute mentale*. In: *Alcool e disturbi mentali*. Collana dell'Elleboro. Forte dei Marmi: Centro Studi Psichiatria e Territorio 1996.
- 9 Larison C, Ghadialy R. *Substance use among women in the United States*. SAMHSA Analytic Series: A-3 Rockville MD 1997.
- 10 Brezee E. *Women and drinking*. London, UK: HMSO 1985.
- 11 Dunne F. *Are women more easily damaged by alcohol than men?* Br J Addict 1988;83:1135-6.
- 12 Grant BF, Dawson DA. *Age at onset of alcohol use and its association with DSM IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey*. J Sub Abuse 1997;9:103-10.
- 13 Dunne FJ, Galatopoulos C, Schipperheijn JM. *Gender differences in psychiatric morbidity among alcohol misusers*. Compr Psych 1993;34:95-101.
- 14 Greenfield SF. *Women and alcohol use disorders*. Harvard Rev Psychiatry 2002;10:76-85.
- 15 Blume SB. *Women and alcohol: a review*. JAMA 1986;256:467-70.
- 16 Mann K, Ackermann K, Croissant B, Mundle G, Nakovics H, Diehl A. *Neuroimaging of gender differences in alcohol dependence: are women more vulnerable?* Alcohol Clin Exp Res 2005;29:896-901.
- 17 Morgan MY, Sherlock S. *Sex-related differences among 100 patients with alcoholic liver disease*. Br Med J 1977;1:934-41.
- 18 Blankfield A. *Female alcoholics. II The expression of alcoholism in relation to gender and age*. Acta Scand 1990;81:448-52.
- 19 Gove WR, Tudor JF. *Adult sex roles and mental illness*. AJS 1973;78:812-35.
- 20 Dahlgren L. *Female alcoholics. IV. Marital situation and husbands*. Acta Psychiatr Scand 1979;59:59-69.
- 21 Beckman LJ. *Alcoholism problems and women: an overview*. In: Greenblatt M, Schuckit MA, editors. *Alcoholism problems in women and children*. New York, NY: Grune and Stratton 1976.
- 22 Vaglum S, Vaglum P, Larsen O. *Family risk factors of alcoholism and drinking patterns among non alcoholic women: an inverse relationship?* Scand J Soc Med 1988;16:277-82.
- 23 Gross WC, Billingham RE. *Alcohol consumption and sexual victimization among college women*. Psychol Rep 1988;82:80-2.
- 24 Malik S, Sorenson SB, Aneshensel CS. *Community and dating violence among adolescents: perpetration and victimization*. J Adolesc Health 1997;21:291-302.
- 25 Miller BA. *Partner violence experiences and women's drug use: exploring the connections*. In: Wetherington CL, Roman AB, editors. *Drug addiction research and the health of women*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse 1998, p. 407-16.
- 26 Wilsnack SC, Vogeltanz ND, Klassen AD, Harris TR. *Childhood sexual abuse and women's substance abuse: National survey findings*. J Stud Alcohol 1997;58:264-71.
- 27 Miller BA, Downs WR, Testa M. *Interrelationships between victimization experiences and women's alcohol use* J Stud Alcohol 1993;11(Suppl):109-17.
- 28 Widom CS, Ireland T, Glynn PJ. *Alcohol abuse in abused and neglected children followed-up: are they at increased risk?* J Stud Alcohol 1995;56:207-17.
- 29 Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. *Lifetime co-occurrence of DSM III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry 1997;54:313-21.
- 30 Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Colliver JD, Grant BF. *Prevalence, correlates and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions*. J Clin Psychiatry 2005;66:677-85.

- ³¹ Brady KT, Randall CL. *Gender differences in substance use disorders*. Psychiatr Clin North Am 1999;22:241-52.
- ³² King AC, Bernardy NC, Hauner K. *Stressful events, personality and mood disturbance: gender differences in alcoholics and problem drinkers*. Addict Behav 2003;28:171-87.
- ³³ Reiger DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area – ECA Study*. JAMA 1990;264:2511-8.
- ³⁴ Frank E, Carpenter LL, Kupfer DJ. *Sex differences in recurrent depression: are there any that are significant?* Am J Psychiatry 1988;145:41-5.
- ³⁵ Noble RE. *Depression in women*. Metabolism 2005;54(Suppl 1):49-52.
- ³⁶ Weisman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. *Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder*. JAMA 1996;276:293-9.
- ³⁷ Beckman LJ. *Self-esteem of women alcoholics*. J Stud Alcohol 1978;39:491-8.
- ³⁸ Frezza M, Di Padova C, Pozzato G, Terpin M, Baraona E, Lieber CS, et al. *High blood alcohol levels in women. The role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism*. N Engl J Med 1990;322:95-9.
- ³⁹ Taylor JL, Dolhert N, Friedman L, Mumenthaler M, Yesavage JA. *Alcohol elimination and simulator performance of male and female aviators: a preliminary report*. Aviat Space Environ Med 1996;67:407-13.
- ⁴⁰ Tuyns AJ, Pequignot G. *Greater risk of ascitic cirrhosis in females in relation to alcohol consumption*. Int J Epidemiol 1984;13:53-7.
- ⁴¹ Gavalier GS, Arria AM. *Increased susceptibility of women to alcoholic liver disease: artifactual or real?* In: Hall P, editor. *Alcoholic liver disease: pathology and pathogenesis*. 2nd Edn. London, UK: Edward Arnold 1995, p. 123-33.
- ⁴² Mann K. *Do women develop alcoholic brain damage more readily than men?* Alcohol Clin Exp Res 1992;16:1052-6.
- ⁴³ Kroft CL, Gescuk B, Woods BT, Mello NK, Weiss RD, Mendelson JH. *Brain ventricular size in female alcoholics: an MRI study*. Alcohol 1991;8:31-4.
- ⁴⁴ Urbano-Marquez A, Estruch R, Fernández-Solà J, Nicolas JM, Pare JC, Rubin E. *The greater risk of alcoholic cardiomyopathy and myopathy in women compared with men*. JAMA 1995;274:149-54.
- ⁴⁵ Dunne FJ. *Women and alcohol*. Postgrad Med J 1990;41:421-9.
- ⁴⁶ Orford J, Keddie A. *Gender differences in the functions and effects of moderate and excessive drinking*. Br J Clin Psychol 1985;24:265-79.
- ⁴⁷ Zador PL. *Alcohol-related relative risk of fatal driver injuries in relation to driver age and sex*. J Study Alcohol 1991;52:302-10.
- ⁴⁸ Walzer PF, Blow FC. *Women alcohol and driving*. In: Galanter M, editor. *Recent developments in alcoholism*. New York: Plenum Press 1995, p. 103-23.
- ⁴⁹ Greenfield TK, Room R. *Situational norms for drinking and drunkenness: trends in the US adult population, 1979-1990*. Addiction 1997;92:33-47.
- ⁵⁰ Yi H, Stinson FS, Williams GD. *Trends in alcohol-related fatal traffic crashes, United States, 1977-1996*. Surveillance Report n. 46 Bethesda, MD: NIAAA 1998.
- ⁵¹ Schober R, Annis HM. *Barriers to help-seeking for change in drinking: a gender focused review of literature*. Addict Behav 1996;21:81-92.
- ⁵² Weisner C, Greenfield T, Room R. *Trends in treatment of alcohol problems in the US general population, 1979 through 1990*. Am J Public Health 1995;85:55-60.
- ⁵³ Weisner C, Schmith L. *Gender disparities in treatment for alcohol problems*. JAMA 1992;268:1872-6.
- ⁵⁴ Thom B. *Sex differences in help-seeking for alcohol problems. The barriers to help seeking*. Br J Addict 1986;81:777-88.
- ⁵⁵ Bottlender RM, Soyka M. *Outpatient alcoholism treatment: predictors of outcome after 3 years*. Drug Alcohol Depend 2005 (in press).
- ⁵⁶ Hurley DL. *Women alcohol and incest: an analytical review*. J Study Alcohol 1991;52:253-68.
- ⁵⁷ Miller BA, Downs WR, Testa M. *Interrelationships between victimization experiences and women's alcohol use*. J Stud Alcohol 1993;11(Suppl):109-17.
- ⁵⁸ Root MP. *Treatment failures: the role of sexual victimization in women's addictive behavior*. Am J Orthopsychiatry 1989;59:542-9.
- ⁵⁹ Hudolin V. *Manuale di algologia*. Trento: Erickson 1992.
- ⁶⁰ Weismann MM, Paykel ES. *The depressed woman: study of social relationships*. Chicago, IL: University of Chicago Press 1974.
- ⁶¹ Hamilton M. *Development of a rating scale for primary depressive illness*. Br J Soc Clin Psychol 1967;6:278-96.
- ⁶² Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Arch Gen Psychiatry 1961;4:561-71.
- ⁶³ Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. *The SCL-90: an out-patient psychiatric rating scale. Preliminary report*. Psychopharmacol Bull 1973;9:13-28.
- ⁶⁴ Istituto Nazionale di Statistica. *Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo annuale su "Aspetti di vita quotidiana"*. Roma: ISTAT 2000.
- ⁶⁵ Pala B. *Il consumo alcolico femminile tra ricerca di parità e aumento del rischio: quale prevenzione?* Ann Ist Super Sanità 2004;40:41-6.
- ⁶⁶ D'Atena P. *Malattia mentale e ruoli sessuali*. Roma: Bulzoni 1989.
- ⁶⁷ Woll CA, Barsky AJ. *Do women somatize more than men? Gender differences in somatization*. Psychosomatics 1994;35:445-52.
- ⁶⁸ Taylor SE, Klein LC, Lewis BP, Gruenewald TL, Gurung RA, Updegraff JA. *Biobehavioural responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight*. Psychol Rev 2000;107:411-29.
- ⁶⁹ Travaglini R, Salvini R, La Malfa GP, Patussi V, Cabras PL. *Sintomatologia depressiva in corso di alcolismo: l'esperienza di un ambulatorio alcolico*. Algologia 2000;2(Suppl):144.
- ⁷⁰ Giardinelli L, Paiomni A, Zucchi T, Viviani B, Cabras PL. *Differenze di genere e spettro ansioso-depressivo: la sensibilità interpersonale come fattore di rischio*. Minerva Psychiatr 1999;40:55-60.
- ⁷¹ Travaglini R, La Malfa G, Bertelli M, Conte M, Cabras PL. *Relazione fra le variazioni timiche e biochimiche nella prima fase dell'astinenza da alcool*. In: Atti XLI Congresso Nazionale Società Italiana di Psichiatria, Bari aprile 1999 (Quaderni di Psichiatria in Puglia 4).
- ⁷² Nolen-Hoeksema S. *Sex differences in unipolar depression: evidence and theory*. Psychol Bull 1987;101:259-82.
- ⁷³ Reale E. *Patologie e genere: gli studi e le ricerche su genere e stress*. Sistema Previdenza 2002;XIX(211) INPS.