

Alkoholizm osób w podeszłym wieku to problem, z którego wagi i zasięgu często nie zdajemy sobie sprawy. Jeszcze mniej wiemy o tym, jakie są specyficzne sposoby na leczenie starszych ludzi z uzależnienia, w które popadli całkiem niedawno albo przed dziesiątkami lat

Anna M. Węgierek

KIEDY STARSI PIJĄ ...

Starsi ludzie zaczynają pić z różnych powodów. Czasami ich uzależnienie trwa dziesiątki lat, ale najczęściej pojawia się z chwilą wystąpienia różnych życiowych zmian. Uzależnienie, które pojawiło się przed sześćdziesiątym rokiem życia, nazywamy uzależnieniem wczesnym. Do charakterystyki uzależnienia późnego, czyli wystąpienia zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych nadużywaniem alkoholu, należą przypadki osób około 60 roku życia, które zaczęły spożywać alkohol z chwilą przejścia na emeryturę czy rentę, aby załagodzić stres związany z odejściem z pracy, zmianami w życiu codziennym, środowisku, rodzinie, ukoić ból po utracie bliskich, rozwodzie, owdowieniu. Problemy z alkoholem mogą pojawić się u starszych osób także w związku z samotnym zamieszkaniem, przewlekłą chorobą, problemami finansowymi, nagłymi wypadkami czy operacją.

Nadużywanie i uzależnienie od alkoholu, leków czy narkotyków przez osoby starsze to problem, który rośnie z dnia na dzień. Ze statystyk medycyny uzależnień wynika, że w Stanach Zjednoczonych 6 do 11% przyjęć do szpitali ogólnych, 20% przyjęć na oddziały psychiatryczne i 16% interwencji w izbach przyjęć dotyczy osób powyżej 65 lat, a głównym powodem zgłaszania się jest nadużycie alkoholu. Bardzo prawdopodobne, że w 2030 roku uzależnienie od alkoholu wśród starszego pokolenia wzrośnie i będzie dwa razy większe niż dzisiaj.

Ja tylko od czasu do czasu...

Osoby starsze nadużywające alkoholu są narażone na większe ryzyko problemów zdrowotnych czy komplikacji już istniejących zaburzeń. Proces starzenia się organizmu cechuje się mię-

dzy innymi zmniejszeniem ilości wody w organizmie, w rezultacie czego stężenie alkoholu we krwi osoby starszej jest większe niż u osoby młodszej, która wypija taką samą ilość alkoholu. Do najczęstszych, i jednych z pierwszych skutków nadużywania alkoholu u osób starszych, należą choroby psychiczne – zaburzenia nastroju i osobowości oraz zaburzenia nerwicowe. Nadużywanie alkoholu powoduje pięciokrotnie wyższe ryzyko pojawienia się wy-

mienionych chorób. Następnym, równie ważnym skutkiem, są choroby fizyczne, czyli schorzenia wątroby, układu krwionośnego, cukrzyca, niewłaściwe odżywianie, złamania kości, urazy ciała (głowy) oraz *delirium tremens*.

Jeden z większych problemów związanych z utrzymaniem trzeźwości przez osoby starsze stanowią przyjmowane przez nie lekarstwa. Człowiek w podeszłym wieku zażywa średnio przynajmniej dwa lekarstwa dziennie.



Z powodu przyjmowanych leków czas rozkładu alkoholu w organizmie osoby starszej znacznie się wydłuża. Detoksykacja w takich przypadkach powinna odbywać się w szpitalu. Warunki szpitalne zapewniają bezpieczne odstawienie alkoholu i możliwość monitorowania pozostałych schorzeń, na które cierpi dana osoba.

Biorąc pod uwagę fakt, że życie osób starszych zależy od systematycznego zażywania leków, nawet okresowe używanie alkoholu może spowodować wiele zmian, na przykład neutralizowanie działania leków i/lub alkoholu albo odwrotnie – silniejsze działanie leków i/lub alkoholu. Skutki uboczne połączenia obu środków mogą być przyczyną poważnych powikłań – upadków, wypadków, zmian w funkcjonowaniu wątroby czy spowolnienia trawienia, a nawet śmierci.

Liczba przedczesnych zgonów osób starszych zwiększa się wraz z nadużywaniem szkodliwym. Wiele osób starszych umiera z powodów bezpośrednio związanych z piciem alkoholu. Jednak okresowe nadużywanie alkoholu u osób starszych niełatwo wykryć z wielu powodów. Sporej części starszych pacjentów podczas wizyty u lekarza nikt nie pyta o częstotliwość picia, jego skutki i inne dolegliwości związane z konsumpcją alkoholu. A niestety, starsi ludzie często mają opory przed rozmowami na temat ich zdrowia, a szczególnie na temat zdrowia psychicznego. Te opory zwiększają się, gdy pacjent jest nieufny wobec nieznanymi osobami, takich jak nowy lekarz, terapeuta czy osoba dużo młodszą. Zdarza się też, że pacjent nie ma żadnej wiedzy na temat alkoholu i narkotyków. Kolejną przeszkodą może być fakt, że osoby starsze często mieszkają same, bez bliskich, którzy mogliby rozpoznać problem. Bywa też tak, że alkoholizm starszych osób jest przemilczany przez ich dorosłe dzieci, wciąż mieszkające z rodzicami i mające świadomość sytuacji. W większości przypadków rodzic nadużywający alkoholu terroryzuje swoją rodzinę i zabrania jakichkolwiek uwag na ten temat. Taka sytuacja jest postrzegana przez dorosłe dzieci, które się zajmują rodzicami, jako sytuacja bez wyjścia.

W mojej praktyce wykorzystuję często jedno pytanie, niezwykle pomocne w diagnostyce używania okreso-

wego alkoholu. Podczas rozmów pytam starszych pacjentów: „Czy wypił/a pan/pani większą ilość alkoholu za jednym razem i czy zdarzyło się to w ciągu ostatnich trzech miesięcy?” Pytanie to otwiera wiele możliwości odpowiedzi, które zwykle potwierdzają moje przypuszczenia o nadużywaniu alkoholu przez pacjenta.

Trudna diagnoza

Zebrane materiały naukowe oraz moje osobiste wnioski z pracy z pacjentami pozwoliły na sformułowanie głównych problemów związanych z diagnozą uzależnienia u osób starszych.

Najczęściej jest to po prostu brak wywiadu na temat spożywania alkoholu, narkotyków i leków oraz brak odpowiedniej dokumentacji historii uzależnień pacjenta. Często też personel szpitali i przychodni nie korzysta z dostępnych kwestionariuszy, specjalnie przygotowanych dla starszych pacjentów, u których spodziewamy się problemów z nadużywaniem alkoholu. Podobna sytuacja występuje przy przyjęciu pensjonariusza do domu spokojnej starości. Wywiad kwalifikacyjny, przeprowadzany podczas wstępnej rozmowy, nie zawiera pytań na temat alkoholu, prawdopodobnie dlatego, że jego używanie w tych miejscach nie jest tolerowane.

Pracujący z osobami starszymi nadużywającymi alkoholu mają do wyboru kilka metod diagnozowania – rozmowę kwalifikacyjną, gromadzenie informacji o historii picia, badania krwi i moczu. Pomocne w postawieniu poprawnej diagnozy są kwestionariusze CAGE i S-MAST-G – *Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version*.

Przy diagnozowaniu osób starszych należy pamiętać, że opisy symptomów zawarte w oficjalnych klasyfikacjach nadużywania, czy też uzależnienia od substancji psychoaktywnych, niezbyt przystają do tej grupy pacjentów. Różnice mogą ujawnić się szczególnie przy poniższych symptomach uzależnienia:

ICD-10/DSM-IV: PROBLEMY W RELACJI Z BLISKIMI W ZWIĄZKU Z NADUŻYWIANIEM ALKOHOŁU

Osoby starsze mieszkające same nie potwierdzają, że „ktoś w domu narzeka na ich styl życia związany z nadużywaniem alkoholu”. Starsi spędzają więcej czasu w domu, stąd też rzadziej doświadczają dezaprobaty swojego środowiska.

ICD-10/DSM-IV: WYSTĄPIENIE PROBLEMÓW PRAWNYCH ZE WZGLĘDU NA NADUŻYWANIE ALKOHOŁU

Większość osób starszych nie prowadzi samochodu, więc nie zatrzymuje się im prawa jazdy i nie znajdują się w konflikcie z prawem.

ICD-10/DSM-IV: ZMIANY W TOLERANCJI

Większość osób starszych nie pije dużych ilości alkoholu i dlatego nie przechodzi ostrych zatruć. Brak zauważalnych zmian w tolerancji może być też związany z zażywaniem leków.

ICD-10/DSM-IV: ZWIĘKSZENIE SIĘ ILOŚCI CZASU SPĘDZONEGO NA SAMYM PICIU I TRZEŹWIENIU

Pojęcie czasu u osób starszych, nieaktywnych zawodowo, jest inne niż u osób młodszych, więc osoba starsza może nie przyznać się, że traci dużo czasu na spożywanie alkoholu czy na leczenie kaca.

ICD-10/DSM-IV: ZMNIJSZENIE ILOŚCI CZASU POŚWIĘCANEGO NA CODZIENNE ZAJĘCIA, ODPOCZYNEK CZY REKREACJĘ ZE WZGLĘDU NA PICIE ALKOHOŁU

Osoby starsze, które nie pracują i nie chodzą do szkoły, mogą zaprzeczyć, że nadużywanie alkoholu powoduje zaniedbywanie codziennych obowiązków.

ICD-10/DSM-IV: ZWIĘKSZONA IZOLACJA

Bardzo często zdarza się, że osoby starsze mieszkają same, bo wielu z ich bliskich zmarło. Samotni mogą nie zauważyć, że picie alkoholu powoduje wzmożoną izolację od innych.

Metody pracy terapeutycznej

Bardzo ważną rolę w pracy z osobami starszymi odgrywa edukacja na temat uzależnienia oraz własnej psychiki i zachowań. Pacjenci uczą się pozytywnego myślenia, radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, rozpoznawania ryzykownych sytuacji i zachowań. Warto zachęcić starszą osobę do uczestniczenia w grupach AA. Część badań dowodzi, że wskazane jest stworzenie grup AA dla osób starszych nie tylko ze względu na charakterystykę ich stylu życia, ale i również ze względu na przyjmowane przez nie leki.

Inne badania natomiast wykazują, że osoby starsze uczestniczące w grupach AA przeznaczonych dla ogółu radzą sobie bardzo dobrze, są traktowani

jak członkowie rodziny i często przyjmują rolę ojca, dziadka czy też starszego przyjaciela. Osoba starsza powinna mieć łatwy dostęp do opieki zdrowotnej: lekarza rodzinnego i specjalisty (kardiolog, laryngolog itp.), lekarza psychiatry, opieki terapeuty czy też psychologa. Bardzo ważnym elementem w programie odwykowym jest również dostęp do kościoła, księdza czy innych osób duchownych.

Jedną z najlepszych metod pracy terapeutycznej z osobami starszymi to połączenie psychologii behawioralno-poznawczej (*Cognitive Behavioral Therapy*) z terapią Rogersa (*Client Cen-*

terapy z osobami starszymi. Pracując z takimi pacjentami, należy zwrócić uwagę na różne specyficzne aspekty ich życia. Jednym z nich jest prozaiczny fakt, że starsi pacjenci mają często problemy ze sprawnym poruszaniem się i potrzebują pomocy przy dojeździe na terapię czy na grupę.

Terapeuta powinien mieć wiedzę dotyczącą procesu starzenia się, jego normalnego toku, a także związanych z nim kłopotów medycznych, neurologicznych i psychologicznych. Zazwyczaj osoby pracujące z osobami starszymi są młodsze od swoich podopiecznych. Dlatego też bardzo waż-

ne, żeby nabyć umiejętności nawiązywania kontaktu z takimi pacjentami. Przed rozpoczęciem pracy z osobą w podeszłym wieku warto też przeanalizować własne stereotypy na temat starości. Funkcjonują dwa rodzaje stereotypów: pozytywny: na przykład „ona jest jak moja babcia, słodka i miłutka” albo negatywny „on jest stary i złośliwy”.

I sprawa najtrudniejsza dla wielu z nas – osoba pracująca ze starszymi musi być otwarta na rozmowy o śmierci. Niezwykle istotne jest przeanalizowanie własnych doświadczeń związanych z utratą bliskich. W sytuacjach trudnych, na przykład kiedy mamy

do czynienia ze zjawiskiem przeniesienia czy przeciwprzeniesienia, doradzałabym korzystanie z pomocy innego terapeuty czy superwizora. Brak doświadczenia czy niechęć do rozmowy z osobą starszą na temat śmierci spowoduje terapeutyczną lukę pomiędzy nim a terapeutą. W takiej sytuacji pacjent jest pozostawiony sam sobie i zdaje się na łaskę innych albo ucieka w alkohol. Pracując z osobami starszymi, należy pamiętać, że mają one wiele powodów, dla których opuszczają sesje terapeutyczne. Mogą to być częste wizyty lekarskie, problemy z samopoczuciem, uboczne skutki leków,

tymczasowe problemy z koncentracją, skupieniem i pamięcią itp. Nieobecność na sesji może być spowodowana kłopotami finansowymi. Powszechnie uważa się, że osoby młodsze mają czas na zarobienie pieniędzy, a osoby starsze powinny mieć oszczędności na starość. Dlatego też, osobie starszej trudniej się przyznać do problemów materialnych i jednocześnie trudniej o dodatkowy dochód.

Bibliografia:

1. Gunter, Tracy D.; Arndt, Stephan. *Maximizing treatment of substance abuse in the elderly. Behavioral Health Management, Mar/Apr 2004, Vol. 24, 2, p38-43, 3p, 1c; (AN 14018749)*
2. Krach, P. (1998). *Myths and facts about the elderly alcoholic. Nursing "98," 25.*
3. Naik, PG, Jones, RG and Lilley, J. (1995) *How can we detect sick elderly excessive drinkers? Int. J. Geriatr. Psychiat. 10, 1063±1066.*
4. Naik, PG, Jones, RG and Lilley, J. (1995) *How can we detect sick elderly excessive drinkers? Int. J. Geriatr. Psychiat. 10, 1063±1066.*
5. *Chicago Tribune, 2005*
6. Haley, W. *Psychotherapy with older adults in primary care medical settings. Psychotherapy in Practice. 55 (8). 991-1004, 1999.*
7. Thibault JM, Maly RC. *Recognition and treatment of substance abuse in the elderly. Primary Care 1993; 20:155-165.*
8. Johnson, Ian. 2000. *Alcohol problems in old age. International Journal of Geriatric Psychiatry, Vol 15, 7, 575-581.*
9. Mirand, A; Welte, JW. 1996. *Alcohol Consumption among the elderly in a general population, Erie county, New York. American Journal of Public Health, Vol 86, Issue 7 978-984.*
10. R Wiscott, K Kopera-Frye, A Begovic. *Binge drinking in later life. Psychological Addiction Behavior, 2002 - biologicalprocedures.com, 2002 Sep;16(3):252-5.*
11. Buellens, J. Aertgeerts, B. *Screening for alcohol abuse and dependency in older people using DSM criteria. Aging and Mental Health, 2004, 8(1): 76-82.*
12. Nirenberg, T.D., Lisansky-Gomberg, E.S. & Cellucci, T. (1998). *Substance abuse disorders. In M. Hersen & V.B. Van Hasselt (Eds.), Handbook of Clinical Geropsychology. (pp. 147-172). New York: Plenum Press.*
13. *Connors and Maisto, 1998.*
14. Zimberg, S. *The elderly. In Washton A, editor. Psychotherapy and substance abuse. NY: Guilford Press, 1995*
15. Barrick, C.; Connors, G.J.. *Relapse prevention and maintaining abstinence in older adults. Therapy and Practice. Drugs & Aging, 2001; Vol. 19 Issue 8, p583-594, 12p;*

PRAWDA CZY FAŁSZ

Podczas różnych kontaktów zawodowych z osobami, które zajmują się ludźmi starszymi, często spotykam się z mitami o picciu i stylu życia pacjentów w podeszłym wieku. Warto zdementować przynajmniej niektóre z nich:

Mit	Fakt
Alkoholizm nie jest problemem u osób starszych.	Na pięć osób starszych jedna nadużywa alkoholu lub ma inne uzależnienia.
U osób starszych objawy alkoholizmu są bardziej widoczne.	Objawy alkoholizmu są u wszystkich podobne, na przykład brak orientacji, częste upadki, brak higieny.
Ilość używanej substancji jest wskaźnikiem diagnostycznym.	Osoby starsze piją jednorazowo mniej niż osoby młodsze, ale piją częściej.
Do diagnozy uzależnienia i nadużywania należy używać wyłącznie DSM-IV.	Diagnostując osoby starsze, należy używać specjalnych kwestionariuszy, a podczas wywiadu z takim pacjentem trzeba zadawać specyficzne pytania, aby rozpoznanie było prawidłowe.
Osoby starsze mają wysoką tolerancję na alkohol.	Tolerancja zmniejsza się z biegiem lat.
Starsi alkoholicy są szczęśliwi.	Starsze osoby uzależnione od alkoholu mają podobne problemy jak każdy alkoholik.
Jeśli on (ona) pije przez czterdzieści lat, to już nie przestanie.	Osoby starsze, które zdecydują się na leczenie, mają takie same szanse na utrzymanie trzeźwości jak osoby młodsze.

tered Approach). Jeżeli planujemy terapię grupową, zwróćmy uwagę na odpowiednie dobranie składu i przygotujmy się na powolny przebieg procesu grupowego.

Terapia farmakologiczna jest często niezbędnym dodatkiem do leczenia uzależnień, aczkolwiek w czasie jej stosowania u starszych pacjentów trzeba uważać na skutki uboczne oraz interakcje pomiędzy przyjmowanymi przez pacjenta lekami.

Kilka rad dla terapeutów

Na zakończenie chciałabym podzielić się własnymi obserwacjami na temat



Autorka jest doktorem psychologii klinicznej, prowadzi prywatną praktykę w Chicago i Hickory Hills w USA oraz jest adiunktem na uniwersytetach Argosy University, Illinois School of Professional Psychology i DePaul University.