

*Bogusław Habrat

Problemy związane z piciem alkoholu przez osoby starsze

Problems connected with alcohol use in elderly

Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Kierownik Zakładu: dr med. Bogusław Habrat

Streszczenie

Picie alkoholu przez osoby starsze i szkody zdrowotne tym spowodowane są jednym z najbardziej niedocenianych problemów. Choć częstość i intensywność picia alkoholu zmniejsza się w starszych grupach wiekowych, problemy związane z piciem alkoholu występują u ok. 2-5% osób u osób ponad 60-letnich. Ok 2/3 z tych osób, to rozpoczynający picie znacznie wcześniej i dożywający późnego wieku mimo najczęściej znacznych szkód zdrowotnych. Natomiast 1/3 to osoby, które zaczęły pić ok. 60. roku życia i najczęściej ich problemy zdrowotne nie są identyfikowane jako spowodowane alkoholem. Większa toksyczność alkoholu na tkanki, w tym na mózg, jest spowodowana m.in. zmieniającą się z wiekiem farmakokinetyką i farmakodynamiką alkoholu, większą podatnością tkanek i częstymi interakcjami z lekami powszechnie przyjmowanymi w tym wieku. Wbrew obiegowym poglądom, podejmowanie interwencji u osób w tej grupie wiekowej (od krótkiej interwencji do specjalistycznych programów odwykowych) może skutkować zmianom zachowań przynoszącą poprawę stanu psychicznego i somatycznego.

Słowa kluczowe: picie alkoholu, starość

Summary

Alcohol drinking by older people and alcohol caused harms are ones from the most hidden medical problems. Although frequency and intensity of drinking is reduced in older populations, problems caused by alcohol appear in about 2-5% people older than 60 years old. In that group there are about 2/3 persons who begun their drinking much earlier and survives despite massive alcohol caused harms. One third of problematic drinkers are patients increasing alcohol abuse about 60 and rarely are identified as possessing mental or physical problems caused or exacerbated by alcohol. Toxicity of alcohol in elderly (on brain tissues, especially) is caused between other by altered pharmacokinetics and pharmacodynamics of alcohol, increased sensitivity of tissues and interactions with often prescribed medicines. In contrary to current myths, interventions (from brief intervention to specialized therapeutic programs) are successful and lead to behavioral changes causing improvement in mental and physical health.

Key words: alcohol drinking, elderly

WSTĘP

Do niedawna zaburzenia spowodowane alkoholem u osób starszych budziły mierne zainteresowanie badawcze, a i klinicyści przywiązywali do nich mniejszą wagę, koncentrując się na alkoholizmie osób młodych i w średnim wieku, u których ekspresja zaburzeń (np. zachowania agresywne) i szkody społeczne (np. rozkład życia rodzinnego, konflikty z prawem) są szczególnie duże. Ekonomisci podkreślają koszty społeczne picia, na które składa się m.in. zmniejszona wydajność pracy osób w wieku produkcyjnym i znaczne koszty leczenia zaburzeń związanych z piciem alkoholu. Milcząco zakładano, że fakt iż intensywne picie alkoholu przyczynia się do skracania życia, dochodzi do „naturalnego rozwiązania problemu”, a nieliczni alkoholicy, którym udało się przeżyć do wieku starszego, nie stanowią większego problemu zdrowia publicznego.

Z kolei, duże zainteresowanie budzi zwiększanie się spożycia alkoholu przez młodzież, co obok szybciej występujących szkód zdrowotnych i społecznych, pozwala na antycypowanie poważnych zaburzeń w wieku dorosłym. Dopiero starzenie się społeczeństw zmieniło perspektywę oceny picia alkoholu przez osoby starsze i zaowocowało zwiększonym zainteresowaniem badawczym nad tą grupą osób oraz wdrażaniem konkretnych, specyficznych programów leczniczych.

EPIDEMIOLOGIA

Badania epidemiologiczne dotyczące picia alkoholu przez osoby starsze i jego skutków są nieliczne i, na ogół, fragmentaryczne.

Pomimo że picie alkoholu zmniejsza się z wiekiem (szczególnie u kobiet), to jest ono jednak częste. Amerykańskie badania przesiewowe na populacji

leczonych w podstawowej opiece zdrowotnej wykazały, że 15% mężczyzn i 12% kobiet w wieku ponad 60 lat pije powyżej zalecanych przez National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism górnych norm spożycia (> 7 standardowych porcji na tydzień przez kobiety i > 14 standardowych drinków przez mężczyzn), a 9% mężczyzn i 2% kobiet regularnie wypija w ciągu tygodnia ponad 21 standardowych porcji alkoholu i dość dobrze pokrywa się to z wynikami skryningu narzędziem CAGE wskazującym osoby nadużywające alkoholu (1). Beresford i wsp. wychodząc z założenia, że w populacji osób > 60. roku życia alkoholizm stwierdza się u od 2 do 5%, to przy obecnym tempie starzenia się populacji amerykańskiej w roku 2020 będzie ok 2,5 mln alkoholików w podeszłym wieku, a w roku 2030 – ponad 3 mln (2).

Mimo iż kobiety piją mniej i rzadziej niż mężczyźni, to jednak ich szanse na rozpoczęcie picia w starszym wieku są większe. Szanse te są większe u kobiet samotnych niż u mężatek.

W Polsce wykazano, że spożycie alkoholu zmniejsza się z wiekiem co m.in., wyraża się większym odsetkiem abstynentów wśród osób pow. 60. roku życia w stosunku do osób między 18 a 59 roku życia (mężczyźni: 29,2% vs 7,2%, kobiety: 49,2% vs 17,3%), mniejszymi odsetkami osób pijących szkodliwie (mężczyźni: 6,9% vs 16,7%, kobiety: 0,3% vs 4%), mniejszą częstością picia i mniejszą ilością spożywanego alkoholu w czasie jednej okazji (3). Warto zwrócić uwagę na rzadkość intensywnego picia alkoholu przez kobiety pow. 60. roku życia i większe różnice w tym zakresie w porównaniu z osobami z populacją osób młodszych.

O ile osoby powyżej 55. roku życia to prawie 1/5 populacji ogólnej, to w lecznictwie odwykowym stanowią zaledwie 4,8% wszystkich leczonych (4).

SPECYFIKA OBRAZU KLINICZNEGO

Obraz kliniczny picia szkodliwego i uzależnienia u osób w wieku podeszłym, oprócz cech wspólnych z uzależnieniem w wieku średnim, ma wiele odrębności. O ile prac badawczych na ten temat jest stosunkowo mało, to liczne są opisy kliniczne takich stanów. **Podkreśla się, że populacja osób uzależnionych w starszym wieku składa się z dwóch wielkich grup** (5).

Pierwszą z nich stanowią osoby, które uzależniły się znacznie wcześniej i, mimo związanych z alkoholem szkód zdrowotnych, dożyły wieku emerytalnego. Grupę tę cechuje mnogość szkód zdrowotnych (m.in. poalkoholowe uszkodzenia wątroby, trzustki, kardiomiopatie, zaburzenia rytmu serca, polineuropatie, upośledzony stan odżywienia, ogólny zły stan somatyczny), a z zaburzeń psychicznych głównie upośledzenie funkcji poznawczych różnego nasilenia, do otępienia włącznie oraz odstawienne stany majaczeniowe i drgawkowe. Osoby te często przejawiają zaburzenia funkcjonowania społecznego przejawiające się zerwaniem związków rodzinnych, wczesną utratą pracy, niskim statusem społecznym, nierzadko bezdomnością z konfliktami (najczęściej drobnymi) z prawem. Interesujące, że w części rodzin z czasem dochodzi do akceptacji statusu alkoholika: pacjenci stabilizują spo-

życie alkoholu lub w związku ze zmniejszoną tolerancją – piją mniej osiągając mniej, dokuczliwą dla otoczenia niż zachowania agresywne sedację. Typowy jest brak krytycyzmu do uzależnienia i związana z tym niechęć do podejmowania leczenia. Diagnozowanie takich osób zazwyczaj nie przysparza trudności ze względu na zewnętrzne znamiona wieloletniego nadużywania alkoholu oraz liczne szkody zdrowotne typowe dla przewlekłego, nadmiernego picia.

Drugą grupę stanowią osoby, które zaczęły pić alkohol stosunkowo niedawno, np. po przejściu na emeryturę. W grupie tej znaczną rolę patogenną odgrywają czynniki psychologiczne i środowiskowe, co nieco upodabnia je do typu 1 alkoholizmu wg Cloningera. Między innymi opisuje się: „zespół opuszczonego gniazda” spowodowany usamodzielnieniem się dzieci i wnuków; nadmiar niezagospodarowanego czasu i trudności wypełnienia luki po zaprzestaniu pracy zawodowej; egzystencjalne zderzenie się z problemem starzenia się, wypadnięcia z głównego nurtu życia, utrata małżonka itp. Atkinson i wsp. (6) jednak sceptycznie podchodzą do hipotezy o „reaktywnym” charakterze picia w wieku starszym podkreślając, że więcej w tym spekulacji niż dowodów. Z czynników medycznych wymienia się częstsze zaburzenia depresyjne, lękowe oraz bezsenność, które mogą być przyczyną sięgania po alkohol i stwierdzenia, że jest on skuteczny w łagodzeniu lub usuwaniu wymienionych dolegliwości. Często nadużywanym argumentem jest picie alkoholu w celach kardioprotekcyjnych. Ponieważ osoby te swoje zwiększenie spożycia alkoholu zaczęły długo po ukształtowaniu swych relacji społecznych, najczęściej przestrzegają normy społeczne, a nadużywanie alkoholu nierzadko traktują jako rzecz wstydlivą, ukrywają je i albo tworzą system maskowania picia bądź odczuwają poczucie winy z powodu niekontrolowania swoich zachowań. W przeciwieństwie do osób z poprzedniej części szukają pomocy medycznej, ale głównie w celu poradzenia sobie z bezsennością, obniżeniem nastroju, lękiem lub dolegliwościami somatycznymi. Mimo iż częste zgłaszanie się do lekarza jest doskonałą okazją do rozpoznania picia szkodliwego lub uzależnienia, prawidłowa diagnoza stawiana jest rzadko. Nie tylko lekarze ogólni, ale nawet doświadczeni psychiatry koncentrują się na depresji, lęku, bezsenności i zaburzeniach poznawczych u pacjentów, których wygląd i zachowanie odbiega od stereotypu alkoholika.

Brak dokładnych danych dotyczących procentowego rozkładu „alkoholików-niedobitków” (*survivors*) i osób zaczynających pić alkohol pod koniec drugiej połowy życia. Orientacyjnie przyjmuje się, że tych pierwszych jest ok. 2/3, a drugich 1/3 (5).

POSTAWY LEKARZY WOBEC STARSZEJ OSOBY UZALEŻNIONEJ OD ALKOHOLU

Na postawy te rzutują: brak rzetelnej wiedzy o alkoholizmie w wieku podeszłym, czynniki emocjonalne i mity dotyczące picia przez osoby starsze.

Czynniki emocjonalne odgrywają istotną rolę w traktowaniu pacjenta: w stosunku do alkoholików przewle-

kłych powszechną postawą jest niechęć wynikająca m.in. z przewlekłości choroby, nawrotowości urazów i zaostrzeń chorób somatycznych, nie stosowaniem się do zaleceń lekarskich.

Starsze osoby alkoholizujące się od niedawna wzbudzają inne emocje: zazwyczaj jest to skrępowanie pytaniem starszej osoby o picie alkoholu. Z nieuzasadnionego przekonania o małej skuteczności leczenia alkoholizmu w tej grupie osób i „niepotrzebnych” dolegliwości z tym związanych oraz równie nieuzasadnionych przekonaniach o większych szkodach niż korzyściach wynikających z intensywnego leczenia – nierzadko odstępuje się i od pogłębienia rozpoznania i od właściwego postępowania leczniczego.

POSTĘPOWANIE WOBEC OSÓB STARSZYCH, CO DO KTÓRYCH ISTNIEJE PODEJRZENIE PICIA SZKODLIWEGO LUB UZALEŻNIENIA

W związku z powszechnością zaburzeń spowodowanych alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi oraz atypowym obrazem alkoholizmu, u osób starszych należy zwracać szczególną uwagę na możliwość występowania tych zaburzeń. Oprócz zasad ogólnych zbierania wywiadu (empatia, nieocenianie, niekonfrontacyjność, nastawienie na rozwiązanie problemu) poleca się używanie specjalnie opracowanych dla tej grupy wiekowej narzędzi przesiewowych. Jednym z nich jest narzędzie o akronimie CHARM (wdzięk) składające się z 5 pytań, które może być użyteczne również w odniesieniu do pacjentów z zaburzeniami pamięci. Istotną rolę ma odgrywać komunikowanie się z rodziną lub innymi osobami znającymi pacjenta, pewną użytecznością konfirmacyjną może wnieść badanie i monitorowanie wskaźników biochemicznych zmienionych w przypadku przewlekłego picia (GGT, aminotransferazy).

W przypadku picia ryzykownego lub szkodliwego często dobre wyniki przynosi tzw. krótka interwencja. Podkreśla się, że część osób (szczególnie zaczynających pić później) jest zaniepokojona swoimi dolegliwościami somatycznymi oraz dysfunkcjami i dlatego chętnie podejmuje działania w celu przywrócenia poprzedniego poziomu funkcjonowania i poprawy samooceny. Picie ryzykowne i szkodliwe dla osób z populacji generalnej jest wskazaniem do rekomendowania raczej zmniejszenia picia i picia mniej ryzykownego/szkodliwego. W przypadku osób starszych znacznie częściej zaleca się całkowitą abstynencję m.in. ze względu na możliwość interakcji z innymi przyjmowanymi lekami, inny metabolizm alkoholu.

W przypadku osób uzależnionych należy rozważyć leczenie specjalistyczne. Większość osób starszych źle znosi leczenie szpitalne, jednak jest ono wskazane w przypadku ciężkiego stanu somatycznego, konieczności dobrania leków i ich dawek. Bez względu na wskazanie są powikłane zespoły abstynencyjne (majaczenie, napady drgawkowe), które zazwyczaj wymagają diagnostyki, gdyż ich etiologia może być złożona.

Osoby starsze chętniej niż młodsze korzystają z grupowych form terapii odwykowej, jednak często zraża je hałas i kulturowo uwarunkowane zachowania osób młodszych. Z tych względów, jak również z powodu konieczności poruszania odrębnej tematyki (problemy zdrowia, starzenia się, organizacji wolnego czasu) postuluje się tworzenie programów odwykowych skonstruowanych dla tej specyficznej grupy osób. Specyfiką programów leczenia osób starszych jest większy udział elementów oddziaływań środowiskowych.

PICIE ALKOHOLU A ZABURZENIA PSYCHICZNE

Toksyczność alkoholu zwiększa się z wiekiem. Wynika to m.in. ze zmienionej farmakokinetyki: ta sama ilość wypitego alkoholu u osób starszych prowadzi do średnio 20% większego jego stężenia we krwi. Zarówno skutki jednorazowego upicia, jak i picia przewlekłego u osób starszych powodują znacznie większe dysfunkcje poznawcze oraz zaburzenia motoryki. Przewlekłe picie może prowadzić do zmian otępiennych, które mogą występować u ok. 25% osób po 60. roku życia hospitalizowanych z powodu uzależnienia od alkoholu (7). Jest to ponad 2 razy częściej niż współwystępowanie dużej depresji. Inni badacze podają większe odsetki osób z obniżonym nastrojem, co jednak może mijać bez leczenia. W części badań wykazano zwiększone ryzyko samobójstw u starszych uzależnionych osób. **Zespoły abstynencyjne pojawiające się u osób starszych są częściej powikłane drgawkami i majaczeniem, wymagają dłuższych pobytów w szpitalu, większych dawek benzodiazepin, częściej kończą się utrwalonymi lub długo ustępującymi objawami upośledzenia funkcji poznawczych (otępienie, encefalopatia, zespół amnestyczny), a śmiertelność w ich wyniku jest większa niż u uzależnionych osób młodszych (8).** Patogeneza zmian organicznych w tych przypadkach jest zazwyczaj złożona, a alkohol choć okazuje się niejedynym czynnikiem, najczęściej jest czynnikiem najważniejszym lub istotnym.

Zaburzenia somatyczne i psychiczne współwystępujące z często maskowanym piciem szkodliwym lub uzależnieniem mogą być powodem nie tylko pomyłek diagnostycznych, ale mogą skutkować nieprawidłowym leczeniem. Typowym przykładem może być leczenie bezsenności lekami o krzyżowej tolerancji z alkoholem (9). Przeciwbólowe działanie alkoholu może zamazywać obraz choroby niedokrwiennej serca i prowadzić do zbyt późnego rozpoznania zawału. Znaczna część leków wchodzi w interakcje z alkoholem, co może skutkować m.in. zwiększonymi stężeniami alkoholu lub być przyczyną oporności (zbyt małe stężenia leku) lub poważnych powikłań wynikających z kumulacji leku.

ROKOWANIE

Beresford i wsp. (2) uważają, że brak dowodów na gorszy przebieg alkoholizmu u ludzi starszych w porównaniu z młodszymi. W przypadku pacjentów leczonych, w niektórych badaniach wykazano, że osiągają oni lepsze wyniki niż osoby młodsze, i to nawet dwukrotnie (10).

PIŚMIENNICTWO

1. Adams WL, Barry KL, Fleming MF: Screening for problem drinking in older primary care patients. *JAMA* 1996; 276: 1964-7.
2. Beresford TP, Blow FC, Brower KJ: Alcoholism in the elderly. *Compr Therapy* 1990; 16: 38-43.
3. Sierosławski J: Starszy wiek a konsumpcja napojów alkoholowych. *Świat Problemów* 2000; 3: 7-11.
4. Kucińska M: Starsi pacjenci w lecznictwie odwykowym. *Świat Problemów* 2000; 3: 15-20.
5. Zimberg S: Two types of problem drinkers. Both can be managed. *Geriatrics* 1974; 29: 135-9.
6. Atkinson RM, Ganzini L, Bernstein MJ: Alcohol and substance-use disorders in the elderly. [In:] Birren JE, Sloane RB, Cohen GD et al (ed.): *Handbook of Mental Health and Aging*, Academic Press, Inc., Harcourt Brace Jovanovich Publ., San Diego, New York 1992; 515-55.
7. Finlayson RE, Hurt RD, Davis LJ et al.: Alcoholism in elderly persons: A study of the psychiatric and psychosocial features of 216 inpatients. *Mayo Clin Proc* 1988; 63: 761-8.
8. Brower KJ, Mudd S, Blow FC et al.: Severity and treatment of alcohol withdrawal in elderly versus younger patients. *Alc Clin Exp Res* 1994; 18: 196-201.
9. Aparasu RR, Fliginger SE: Inappropriate medication prescribing for the elderly by office-based physicians. *Am J Geriatr Pharmacother* 1997; 31: 823-9.
10. Kofoed LL, Tolson RL, Atkinson RM et al.: Treatment compliance of older alcoholics. *J Stud Alcohol* 1987; 75: 455-63.

otrzymano/received: 30.05.2011

zaakceptowano/accepted: 06.07.2011

Adres/address:

*Bogusław Habrat

Instytut Psychiatrii i Neurologii

ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

tel.: (22) 458-27-40, fax: (22) 651-93-11

e-mail: habratb@ipin.edu.pl