

Alkohol w wieku podeszłym

Trudno nie zgodzić się z opinią, że "nasza znajomość problemów związanych z postępowaniem lekarskim u pacjentów w wieku podeszłym jest nadal zbyt mała". Trudno też zadowolić się stwierdzeniem, że problem ten występuje również w wielu innych krajach oraz, że: "niezbędne jest co najmniej zwiększenie czasu poświęconego na zagadnienia związane z alkoholem w programach szkół medycznych, podczas staży podyplomowych i w kształceniu ustawicznym".

Nadużywanie alkoholu (alcohol abuse) i uzależnienie (alkoholizm) to zaburzenia spotykane często w wieku podeszłym. Wprawdzie problemy te, wśród osób w wieku 65 lat i więcej, są mniej rozpowszechnione niż wśród ludzi młodszych, jednak z medycznego punktu widzenia, nadużywanie alkoholu bądź innych substancji psychoaktywnych (głównie leków o działaniu uspokajającym, nasennym i przeciwbólowym) przez osoby powyżej 65 roku życia, jest problemem bardzo poważnym. Związane jest to m.in. z większą wrażliwością osób starszych na działanie alkoholu lub leków oraz bardzo szeroki wachlarz możliwych następstw. Stwierdzono, że osoby starsze gorzej znoszą intoksykację alkoholową z powodu zmniejszenia proporcji wody do tłuszczu. Związany z wiekiem wzrost masy tkanki tłuszczowej w stosunku do masy mięśni powoduje, że stężenie alkoholu we krwi jest wyższe ponieważ alkohol nie jest wchłaniany przez tkankę tłuszczową. Działanie określonego stężenia alkoholu na tkankę mózgową nasila się wraz z wiekiem. Wraz z wiekiem następuje także ograniczenia przepływu przez wątrobę, obniżenia skuteczności działania enzymów wątrobowych i redukcji klirensu nerkowego.

Nadmierne używanie alkoholu bądź leków przez osoby w wieku podeszłym jest niestety zbyt rzadko rozpoznawane przez lekarzy. Stwierdzane często osłabienie zdolności poznawczych spowodowane częstym używaniem alkoholu bądź leków bywa na przykład przypisywane otępieniu starczemu a inne następstwa działania tych substancji na organizm traktowane są jako swoista norma dla osób w tym wieku. Starsze osoby, pijące alkohol, ich rodziny czy przyjaciele mogą błędnie przypisywać efekty działania alkoholu procesowi starzenia się, przewlekłej chorobie lub działaniu ubocznemu przyjmowanych leków. Lekarze są skłonni przypisywać takie objawy jak: zaburzenia poznawcze, niedożywienie bądź częste upadki starzeniu się, związanemu z tym zniedołężnieniu itp. a nie nadużywaniu czy uzależnieniu od alkoholu. Podobnie, wielu lekarzy uważa, że występowanie objawów depresyjnych jest jednym z przejawów starzenia się i nie traktuje ich jako zaburzenie, które należy leczyć. Przyczyny takiego stanu rzeczy należałoby doszukiwać się w zaniedbywaniu a nawet pomijaniu problematyki ludzi starszych, w tym tematyki szkodliwego wpływu alkoholu i leków na zdrowie ludzi starszych, zarówno w programach szkolenia studentów Akademii Medycznych jak i podczas późniejszych specjalistycznych kursów doskonalących.

Badania wykazują, że szkodliwe używanie alkoholu stanowi problem u 5-12% mężczyzn i u 1-2% kobiet po 60 roku życia. Proporcje te są znacznie wyższe u osób, które są pacjentami poradni i szpitali. Z badań wynika także, że 4-20% osób w podeszłym wieku nadużywa alkoholu. Szacuje się, że odsetek ludzi w wieku powyżej 65 roku życia, u których występują problemy alkoholowe wynosi 10% w przypadku mężczyzn i 3-5% w przypadku kobiet. Wśród nich można wydzielić dwa typy pacjentów. Grupa pierwsza to osoby, u których problemy te istnieją od dawna ("od młodości"). Są one traktowane jako "niedobitki", bowiem wielu ich rówieśników już nie żyje w związku z różnego rodzaju następstwami szkodliwego picia lub uzależnienia od alkoholu. Grupa ta stanowi około dwóch trzecich ludzi w starszym wieku z problemami alkoholowymi. Tę grupę bardzo łatwo zidentyfikować w gabinecie lekarskim ponieważ większość z nich ma poważne problemy zdrowotne takie jak np. marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki, utrwalone nadciśnienie tętnicze, zapalenie wielonerwowe, encefalopatię, otępienie czy inne stany wynikające ze szkodliwego używania alkoholu. Pozostała jedna trzecia to osoby, które zaczęły pić alkohol w dużych ilościach w wieku późniejszym, nierzadko w wyniku stresów związanych ze starzeniem się.

Starzenie się jest okresem głębokich przemian, które dotyczą nie tylko sfery fizycznej ale również psychicznej, emocjonalnej i społecznej. Proces przystosowywania się do przemian i nowych warunków nie przebiega tak szybko jak szybko ulega zmianie sytuacja zewnętrzna. Stąd, stosunkowo często możemy spotkać się z negatywną reakcją na przemiany a to z kolei może przyczynić się do sięgnięcia po alkohol lub leki.

Większe predyspozycje do sięgania po alkohol będą miały osoby samotne a wśród nich osoby owdowiałe oraz osoby chore i osoby, które znalazły się w niekorzystnej sytuacji życiowej. Stopniowe pogarszanie się stanu zdrowia, osłabienie zdolności poznawczych, wzroku i słuchu, gorsza pamięć, ograniczenia wynikające np. z goścowego zapalenia stawów czy osteoporozy wpływają niekorzystnie na ogólne samopoczucie i mogą skłaniać do spożywania alkoholu w celu poprawy swojego samopoczucia czy złagodzenia dolegliwości bólowych. Podobnie utrata bliskiej osoby, związana z tym samotność, nagła zmiana sytuacji społecznej i materialnej mogą doprowadzić do wystąpienia objawów zespołu depresyjnego i "leczenia się" przy pomocy alkoholu. Dla wielu osób poważnym przeżyciem jest przejście na emeryturę. Dotyczy to szczególnie tych osób, które bardzo intensywnie pracowały, nie miały żadnego hobby i nie mają doświadczenia w organizowaniu sobie wolnego czasu. Dla niektórych osób właśnie nuda

może stać się powodem sięgania po alkohol. Kolejny problem może wynikać ze zmieniającego się w starości pojęcia i wymiaru czasu. Czas "przecieka między palcami", bo wykonywanie czynności trwa dłużej niż kiedyś a jednocześnie liczy się on inaczej, kiedy człowiek przestaje planować i oczekiwać. O upływie czasu stary człowiek myśli na ogół z trwogą, bo zawsze działa on na jego niekorzyść. Część osób w wieku podeszłym reaguje na nową sytuację depresją, sięganiem po leki czy alkohol, inni z kolei poszukują spokoju i oparcia w praktykach religijnych. Jedne z badań opisują mniejszą na przykład umieralność wśród osób, które uczestniczyły w praktykach religijnych co tydzień w porównaniu z osobami, które w nich nie uczestniczyły. Autorzy zastrzegali się jednak, że konieczne są dalsze badania nad wyjaśnieniem uzyskanych wyników.

Wraz z wiekiem wzrasta częstość występowania psychotycznych zaburzeń nastroju. Depresja występuje po raz pierwszy w życiu u 10-20% osób powyżej 60 roku życia i u ok. 30% pacjentów z chorobą Alzheimera. Stwierdzono też, że objawy depresji występują u 27% osób powyżej 65 roku życia, które żyją poza instytucjami opiekuńczymi a u ok. 1% tych osób można rozpoznać tzw. wielką depresję. Z kolei wskaźnik samobójstw w Stanach Zjednoczonych jest najwyższy w populacji osób w podeszłym wieku i latach 1980-1992 wykazywał stałą tendencję wzrostową. Wiadomo, że wiele osób usiłuje radzić sobie z depresją przy pomocy alkoholu. Bardziej narażone na rozpoczęcie nadużywania alkoholu w wieku starszym są kobiety. Znany jest w psychiatrii tzw. "zespół opuszczonego gniazda" polegający na wystąpieniu objawów depresyjnych w związku ze zmianą trybu życia matki, po opuszczeniu domu przez dorosłe dzieci. Kobiety z tymi objawami często zapełniają powstałą pustkę pić alkoholu.

W wykryciu problemowego picia alkoholu bądź nadużywania innych substancji psychoaktywnych bardzo przydatne mogą okazać się badania przesiewowe. Bardzo przydatny jest test przesiewowy CAGE, który stosunkowo łatwo wychwytuje występowanie problemów alkoholowych, jednak jego czułość jest zbyt mała do wykrycia picia ryzykownego oraz do postawienia diagnozy uzależnienia. Dlatego też powinien być uzupełniany pytaniami dotyczącymi ilości wypijanego alkoholu, problemów z kontrolowaniem ilości czy częstotliwości picia, zjawiska tolerancji oraz ewentualnego występowania objawów abstynencyjnych po odstawieniu alkoholu. Pomocny w rozpoznawaniu zaburzeń związanych z pić alkoholu jest także test AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test), który został zaprojektowany do wykrywania wczesnych stadiów problemów alkoholowych w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Należy jednak pamiętać, że informacje podawane przez osoby starsze mogą być niepełne w związku z upośledzeniem pamięci, trudnością z udzieleniem odpowiedzi na niektóre pytania kwestionariuszy, szczególnie wówczas, kiedy trzeba podać częstotliwość picia alkoholu. Wpływ na rzetelność odpowiedzi może mieć także większa niż u ludzi młodych, obawa przed napiętnowaniem z powodu picia alkoholu.

Wyśmienitą okazją do rozpoznawania i ograniczania problemów alkoholowych u osób w wieku podeszłym są stosunkowo częste i regularne wizyty tych osób w gabinetach lekarskich w związku z koniecznością leczenia innych schorzeń. Dodatkowym ułatwieniem może być spotykana często u osób starszych potrzeba mówienia o sobie i wdzięczność za to, że ich przeżycia i problemy kogoś interesują, że ktoś ma cierpliwość i czas aby ich wysłuchać. Ten fakt może dać lekarzowi wiele materiału do ewentualnej identyfikacji problemów alkoholowych czy lękowych. Należy jednak pamiętać, że osoby starsze mogą mieć trudności z przypominaniem sobie średnich ilości spożywanego alkoholu (przy ocenie ilości spożywanego alkoholu przyjmuje się, że jedna standardowa porcja - "drink" zawiera 10 gramów czystego etanolu i odpowiada ok. 25 ml. wódki, 100 ml. wina i 200 ml. piwa). Osoby te, mogą także niechętnie odpowiadać na "kłopotliwe" pytania. Lekarze, z kolei, zbyt często nie zadają "kłopotliwych" pytań błędnie sądząc, że ludzie starsi a zwłaszcza kobiety, piją stosunkowo rzadko.

Podczas rozmowy należy uwzględnić fakt, że osoby starsze cechuje z reguły pewna sztywność schematów myślenia i stąd niechętnie zmieniają swoje poglądy i przyjmują nowe. Mają one utrwalone nawyki działania i postępowania, wykształcone w okresie całego życia, nawyki ściśle związane z przyjętym przez daną osobę systemem wartości, mogą mieć także trudności w uczeniu się nowych czynności. Ponadto wiele osób uważa na przykład, że wypicie niewielkiej ilości alkoholu w postaci rumu czy whisky w herbacie bądź w kawie nie jest czymś nagannym, natomiast daje poczucie pewnego komfortu, co z kolei podtrzymuje chęć utrzymywania tego zwyczaju. Dotyczy to także spożywania przez osoby starsze niewielkich ich zdaniem, ilości wina czy piwa.

Szpecially przydatna w zwróceniu pacjentowi uwagi na szkodliwe używanie alkoholu oraz na konieczność ograniczenia spożycia jest tzw. krótka interwencja. Opiswane w piśmiennictwie krótkie interwencje zawierają ocenę aktualnego spożycia, informację na temat ryzykownego i szkodliwego spożywania alkoholu oraz klarowną poradę. Stąd rola lekarza powinna polegać na udzieleniu pacjentowi porady dotyczącej niezdrowego modelu picia i poinformowaniu go o stwierdzonych u niego problemach zdrowotnych spowodowanych pić, przekazaniu materiałów do czytania, wydaniu zaleceń oraz przygotowaniu pacjenta do ewentualnego podjęcia leczenia specjalistycznego. Pacjent powinien uzyskać świadomość, że warunkiem wyleczenia lub zahamowania postępu stwierdzonych zmian chorobowych jest znaczne ograniczenie picia a być może nawet całkowita abstynencja. Pomocnym argumentem może okazać się przekazanie informacji o ewentualnych interakcjach przepisywanych pacjentowi leków z alkoholem i związaną z tym możliwością wystąpienia dodatkowych powikłań zdrowotnych oraz

o pogarszaniu się różnych funkcji organizmu w wyniku działania alkoholu. Wyjątkowo ważne jest, aby podczas interwencji, naruszyć mit o nieuleczalności osób pijących alkohol w sposób szkodliwy, natomiast stwierdzone problemy zdrowotne omawiać nie w kategoriach moralnych lecz wyłącznie w kategoriach medycznych. Jednym z czynników ułatwiających skuteczne przeprowadzenie interwencji jest włączenie do niej osób bliskich pacjentowi. Należy jednak liczyć się z tym, że postawa rodziny, która w trosce o swoją reputację minimalizuje lub zaprzecza istnieniu jakiegokolwiek problemu, może także stanowić dodatkowe utrudnienie w zidentyfikowaniu problemów alkoholowych i przeprowadzeniu interwencji.

Z mojej praktyki zawodowej wynika, że osoby w wieku podeszłym, bez wyraźniejszych organicznych zaburzeń psychicznych (np. głębokie zmiany otępienne czy charakterologiczne), mogą skutecznie uczestniczyć w oferowanych obecnie przez placówki lecznictwa odwykowego programach terapeutycznych. Osoby te korzystają także z powodzeniem ze spotkań Wspólnoty Anonimowych Alkoholików (AA) oraz Programu Dwunastu Kroków AA.

Program Dwunastu Kroków jest proponowanym przez Wspólnotę AA programem zdrowienia z alkoholizmu. Podstawowe informacje na temat Wspólnoty zawiera Preambuła AA: "Anonimowi Alkoholicy są wspólnotą mężczyzn i kobiet, którzy dzielą się nawzajem swoim doświadczeniem, siłą i nadzieją, aby rozwiązać swój wspólny problem i innym pomagać w wyzdrowieniu z alkoholizmu. Jedynym warunkiem uczestnictwa jest chęć zaprzestania picia. Nie ma w AA żadnych składek ani opłat, jesteśmy samowystarczalni poprzez własne, dobrowolne datki. Wspólnota AA nie jest związana z żadną sekta, wyznaniem, partią organizacją lub instytucją; nie angażuje się w żadne publiczne polemiki; nie zajmuje stanowiska w jakichkolwiek sporach. Naszym najważniejszym celem jest pozostawać trzeźwym i pomagać innym alkoholikom w osiągnięciu trzeźwości".

Proponowany przez Wspólnotę AA program zdrowienia wyłożony jest w Dwunastu Krokach. Program ten traktowany jest jak program rozwoju duchowego a duchowość można rozumieć jako tę sferę życia, która wiąże się z jakością zaangażowania w sprawy, rzeczy czy ludzi, którzy zajmują najważniejsze miejsce w naszym życiu. Odzwierciedla ona kierunek zaangażowania emocjonalnego i charakter związków z czymś lub kimś najważniejszym, dotyczy wartości, celu i sensu życia, decyduje o chęci życia.

Niestety zbyt często jeszcze, w naszym społeczeństwie, duchowość mylona jest lub utożsamiana z religijnością, koniecznością wiary w Boga, uczestniczeniem w praktykach religijnych itp..

Dostępność spotkań AA jest bardzo duża, bowiem na terenie Polski spotyka się obecnie prawie 1500 grup AA, a informację o najbliższych miejscach spotkań można uzyskać praktycznie w każdej placówce lecznictwa odwykowego

W ostatnich latach, osoby powyżej 65 roku życia stanowiły nieco powyżej 1% pacjentów leczonych z powodu psychoz alkoholowych i zespołu uzależnienia od alkoholu w placówkach stacjonarnych oraz nieco powyżej 2% pacjentów leczonych w poradniach odwykowych. Z przeprowadzonych w USA badań wynika, że w tym samym czasie osoby powyżej 55 roku życia stanowiły 6% pacjentów hospitalizowanych w oddziałach leczących alkoholików. Leczenie osób w wieku podeszłym powinno różnić się nieco od leczenia innych osób. Z badań wynika, że wiek jest sam w sobie istotnym czynnikiem wpływającym na nasilenie objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego. Z tego powodu osoby starsze mogą wymagać dłuższego niż młodzi okresu detoksykacji przed rozpoczęciem programu psychoterapii uzależnienia jak również dawka benzodiazepin potrzebna do opanowania objawów abstynencyjnych jest u nich większa niż u pacjentów wieku 21-33 lata. Najlepszy efekt terapeutyczny uzyskiwały osoby po 54 roku życia biorące udział w niekonfrontacyjnych, odbywających się raz w tygodniu, sesjach grupowych poświęconych głównie socjalizacji i wsparciu. Stwierdzono także, że pacjenci w wieku podeszłym uczestniczyli w ponad dwukrotnie większej liczbie sesji i ponad czterokrotnie częściej wzięli udział w całym programie leczenia niż osoby leczone w standardowych grupach dla osób w różnym wieku.

Niestety nie dysponujemy jeszcze specyficznymi programami terapii dla osób starszych, jednak postęp jaki nastąpił w ostatnich latach w polskim lecznictwie odwykowym, pozwala przypuszczać, że w niedalekiej przyszłości powstaną specjalistyczne programy terapii uwzględniające specyficzne problemy osób w wieku podeszłym.