

Paulina Drożdziel¹ , Aleksandra Sobieszczkańska-Drożdziel² ¹Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie, Szkoła Doktorska, 20-950 Lublin, Al. Raławickie 14²Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Lekarski, II Katedra Pediatrii, Klinika Nefrologii Dziecięcej, 20-093 Lublin, ul. prof. Antoniego Gębali 6

e-mail: paulina.drozdziel98@gmail.com

AKTUALNE POGLĄDY NA TEMAT PROBLEMATYKI UZALEŻNIEŃ W WIEKU PODESZŁYM

CURRENT VIEWS ON THE PROBLEM OF ADDICTION IN THE ELDERLY

ABSTRACT

The problem of an aging population creates new public health challenges. Research clearly indicates an increasing problem of addiction among the elderly. This is partly due to reaching the retirement age by the post-war baby boom generation, “the flower children”, who often experimented with stimulants in their youth. The leading problems include alcohol and drug abuse. The most common prescription drugs causing addiction are opioid analgesics and benzodiazepines for anxiety disorders and insomnia. Recently addiction to nicotine, food, and illicit drugs increased in seniors. Interestingly virtually everything that gives pleasure and an adrenaline rush, such as gambling, shopping, pornography, computer games or risky behavior, may cause addiction. By activating dopaminergic pathways in the brain, it stimulates the reward system and, consequently, causes positive experiences, reduces anxiety, emotional tension, and uncertainty, and improves self-esteem.

Specifically in the elderly addictions are difficult to diagnose due to comorbidities, neurocognitive disorders, and deterioration of functioning. Seniors are more susceptible to the effects of psychoactive substances, which are more toxic due to their reduced liver and kidney clearance.

The thematic scope of the article includes the presentation of the most common addictive substances and behaviors, risk factors, mechanisms leading to the development of addiction, and its specificity and therapeutic possibilities in the elderly. The aim of the study is to take a broad look at the addiction problem among seniors, paying attention to symptoms that may indicate addiction. For this purpose, based on a review of current literature, the needs in the field of education, prevention, and therapy of addictions in the elderly were analyzed. The results indicate the necessity for a holistic approach to the problem and the need for systemic solutions

KEY WORDS: addiction, risk factors, prevention, the elderly.

STRESZCZENIE

Problem starzenia się społeczeństwa stwarza nowe wyzwania w zakresie zdrowia publicznego. Badania jednoznacznie wskazują na wzrost częstości uzależnień wśród osób w podeszłym wieku. Po części wynika to z osiągnięcia wieku emerytalnego przez pokolenie powojennego wyżu demograficznego „dzieci kwiatów”, które w młodości często eksperymentowało z różnymi używkami. Do wiodących problemów w tej grupie osób należy nadużywanie alkoholu i leków. Wśród leków dostępnych na receptę najczęstszą przyczynę uzależnień stanowią opioidowe leki przeciwbólowe oraz benzodiazepiny stosowane w leczeniu stanów lękowych i bezsenności. Ponadto wielu seniorów jest uzależnionych od nikotyny i jedzenia oraz zażywa narkotyki. Obecnie wiadomo, że uzależnić można się nie tylko od substancji chemicznych, ale praktycznie od wszystkiego, co daje uczucie przyjemności i „zastrzyk” adrenaliny, jak chociażby hazard, zakupy, pornografia, gry komputerowe czy ryzykowne zachowania. To z kolei, aktywując szlaki dopaminergiczne w mózgu, pobudza układ nagrody i w konsekwencji wywołuje pozytywne doznania, redukuje poziom lęku, napięcia emocjonalnego i niepewności, a także

poprawia samoocenę. Wbrew powszechnej opinii problem ten dotyczy nie tylko młodych osób, ale także seniorów.

Specyfiką uzależnień wieku podeszłego jest fakt, że są one trudne do rozpoznania ze względu na choroby współistniejące, zaburzenia neurokognitywne i ogólne pogorszenie funkcjonowania. Seniorzy są bardziej podatni na działanie substancji psychoaktywnych, które wykazują w tym wieku większą toksyczność, ze względu na ich zmniejszony klirens wątrobowy i nerkowy.

STRESZCZENIE

Zakres tematyczny artykułu obejmuje przedstawienie najczęstszych substancji i zachowań uzależniających, czynników ryzyka, mechanizmów prowadzących do rozwoju uzależnienia oraz jego specyfiki i możliwości terapeutycznych w wieku podeszłym. Celem pracy jest szerokie spojrzenie na problem uzależnień wśród seniorów ze zwróceniem uwagi na objawy mogące świadczyć o uzależnieniu. Na podstawie przeglądu najnowszej literatury, przeanalizowano potrzeby w zakresie edukacji, profilaktyki i terapii uzależnień seniorów. Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę holistycznego podejścia do problemu i wypracowania systemowych rozwiązań przyczyn rozwoju uzależnień, ich następstw, profilaktyki i leczenia w tej grupie pacjentów.

SŁOWA KLUCZOWE: uzależnienie, czynniki ryzyka, profilaktyka, wiek podeszły.

WPROWADZENIE

Powszechnie uważa się, że na uzależnienie najbardziej narażeni są ludzie młodzi, co wynika z ich niedojrzałości emocjonalnej, mniejszej wiedzy i odporności psychicznej oraz braku doświadczenia. Niewiele zaś w aspekcie uzależnień mówi się o osobach starszych, pomimo gwałtownie postępującego w ostatnich dekadach procesu globalnego starzenia się społeczeństwa. Prognozy ONZ przewidują, że do 2030 r. odsetek ludności Europy powyżej 65. r.ż. wyniesie prawie 24%. Dostępne w literaturze, nieliczne wyniki przeprowadzonych badań, jednoznacznie wskazują na zwiększone niebezpieczeństwo rozwoju uzależnień w wieku podeszłym. Szacuje się, że ok 4% populacji w wieku 65 lat i więcej nadużywa substancji psychoaktywnych i odsetek ten ma tendencję wzrostową. Pokolenie wyżu demograficznego, urodzone w latach 1946–1964, w młodszym wieku było w znacznym stopniu narażone na alkohol i narkotyki, co może częściowo tłumaczyć większą ilość uzależnień wśród tych osób w wieku późniejszym (Jaqua et al., 2022; Salim et al., 2020).

UZALEŻNIENIE – DEFINICJA I ROZPOZNAWANIE

Według WHO uzależnienie to stan psychiczny i fizyczny wynikający z interakcji między organizmem a środkiem uzależniającym. Ciągłe lub okresowe zażywania tego środka prowadzi do silnej zależności organizmu od jego działania oraz zmian behawioralnych. Środek uzależniający zażywany jest celowo, aby doznać jego wpływu na umysł i ciało lub uniknąć objawów wynikających z jego braku. Dochodzi do wzrostu znaczenia substancji uzależniającej i przedkładanie jej użycia nad inne aktywności. Co się z tym wiąże, istotną rolę w uzależnieniu odgrywa upośledzenie kontroli osoby uzależnionej nad swoim myśleniem i zachowaniem, które ukierunkowane jest na zdobycie środka uzależniającego (Zou et al., 2017). Co istotne, używanie substancji jest kontynuowane pomimo negatywnych konsekwencji zdrowotnych i społecznych z tym związanych. U osób uzależnionych niejednokrotnie dochodzi do występowania objawów abstynencyjnych oraz rozwoju tolerancji nadużywanej substancji i w efekcie przyjmowanie jej w coraz większej dawce, co nasila toksyczność (Gaebel et al., 2017).

Kryteria diagnostyczne uzależnienia od substancji zostały określone w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-V) oraz w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) opracowanej przez WHO. Są one szeroko stosowane w diagnostyce uzależnień i ocenie wyników ich leczenia (Zou et al., 2017). Oprócz uzależnienia od substancji psychoaktywnych zdefiniowano tzw. uzależnienie behawioralne, w któ-

-rym czynnikiem uzależniającym są czynności takie jak np. hazard, jedzenie, Internet, pornografia, zakupy czy korzystanie z telefonu komórkowego (Zou et al., 2017).

Na potrzeby badań przesiewowych opracowano kilka prostych testów służących do oszacowania ryzyka uzależnienia. Najpopularniejszym z nich jest test CAGE (Tabela 1) do oceny zaburzeń związanych ze spożywaniem alkoholu, test CAGE zaadaptowany do uwzględnienia nadużywania leków (CAGE-AID) oraz test DUST, który może być wykorzystany dla wszystkich substancji uzależniających (Jaqua et al., 2022; Joshi et al., 2021).

TABELA 1. Test przesiewowy CAGE (Jaqua et al., 2022).

CAGE
1. Czy zdarzały się Pani/Panu takie okresy, kiedy próbował/a Pan/Pani ograniczyć picie (C –Cut down)?
2. Czy zdarzało się Pani/Panu, że osoby z otoczenia denerwowały Panią/Pana uwagami na temat Pani/Pana picia (A –Annoyed)?
3. Czy zdarzało się Pani/Panu odczuwać wstyd lub mieć poczucie winy z powodu swojego picia? (G – Guilty)?
4. Czy zdarzało się Pani/Panu, że rano po obudzeniu pierwszą rzeczą jaką Pan/Pani zrobił/a było wypicie alkoholu (E - Eye-opener)?
<p>Udzielenie co najmniej dwóch pozytywnych odpowiedzi na powyższe pytania jest znaczące klinicznie i świadczy o dużym prawdopodobieństwie uzależnienia od alkoholu.</p>

NAJCZĘSTSZE PRZYCZYNY UZALEŻNIEŃ W WIEKU PODESZŁYM

Zwiększone ryzyko uzależnienia osób starszych często związane jest z pogorszeniem stanu zdrowia. Dla wielu osób sam proces starzenia, zmiana wyglądu i obniżenie sprawności zarówno fizycznej jak i intelektualnej są trudne do zaakceptowania. Dodatkowo często pojawia się poczucie osamotnienia, zagubienia i pustki egzystencjonalnej związane z utratą najbliższych czy zakończeniem aktywności zawodowej. Co więcej, wiele osób zmaga się z problemami materialnymi, a powszechne w tym wieku choroby przewlekłe i uporczywe dolegliwości bólowe mogą skłaniać do nadużywania leków czy sięgania po używki. Specyfiką tego okresu życia jest zjawisko wielochorobowości i nadużywania leków, których zmieniony metabolizm zwiększa nie tylko ryzyko rozwoju uzależnienia, ale także toksyczność i możliwość wystąpienia groźnych objawów ubocznych. W konsekwencji ostatnio odnotowuje się sukcesywny wzrost liczby osób starszych, u których rozpoznaje się uzależnienie (Jaqua et al., 2022).

Warto podkreślić, że również konsekwencje przymusowej izolacji oraz poczucia zagrożenia, które zostały wywołane przez pandemię COVID-19 istotnie przyczyniły się do nasilenia problemu uzależnień wśród seniorów (Wang et al., 2021). Badania wykazały, że czynnikami gorszego rokowania były płeć żeńska oraz impulsywność (Wang et al., 2021).

RODZAJE UZALEŻNIEŃ I ICH SPECYFIKA W WIEKU PODESZŁYM

Do najczęściej nadużywanych przez osoby w wieku podeszłym substancji zalicza się alkohol, leki przepisywane na receptę, takie jak opiaty i benzodiazepiny (BZD) oraz leki dostępne bez recepty (OTC) (Jaqua et al., 2022).

U osób starszych nadużywanie substancji psychoaktywnych jest trudne do rozpoznania, a jedynie ok. 18% programów leczenia uzależnień jest przeznaczonych dla tej grupy wiekowej. Jest to szczególnie niebezpieczne, gdyż nadużywanie substancji psychoaktywnych może zwiększać ryzyko złamań w wyniku powtarzających się upadków, utraty pamięci, zaburzeń snu, lęku i depresji (Jaqua et al., 2022).

W ostatnich latach wzrasta spożycie alkoholu przez osoby powyżej 65 roku życia. Ok. 16% starszych dorosłych pije ryzykownie tzn. więcej niż 3 standardowe drinki przy jednej okazji lub więcej niż 7 drinków tygodniowo (Lal and Pattanayak, 2017). Badania przeprowadzone w placówkach medycznych wykazały, że około 10–15% osób w podeszłym wieku w praktykach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i aż 30% hospitalizowanych w oddziałach internistycznych ma problemy z używaniem alkoholu lub narkotyków. Nadużywanie alkoholu przyspiesza niekorzystne zmiany związane ze starzeniem się. Alkohol w starszym wieku częściej powoduje refluks żołądkowo-przełykowy, uszkodzenie wątroby, zaburzenia neurologiczne oraz zespół Wernickego-Korsakowa. Jego przewlekłe spożywanie może też zaostrzać cukrzycę oraz nadciśnienie i hiperlipidemię, a także maskować chorobę wieńcową, zwiększając ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. Co więcej, indukując stres oksydacyjny, alkohol predysponuje do zachorowania na złośliwe nowotwory. Starzenie się zmienia też farmakokinetykę alkoholu. Spożywanie alkoholu w wieku podeszłym przyczynia się do zwiększenia wrażliwości na spowodowane alkoholem ostre zaburzenia pamięci i pogorszenie koordynacji wzrokowo-ruchowej, która z kolei zwiększa ryzyko upadków i wypadków komunikacyjnych prowadzących do urazów (Lal and Pattanayak, 2017). Co ciekawe, kobiety są bardziej niż mężczyźni narażone na negatywne konsekwencje fizyczne i psychiczne związane ze spożywaniem alkoholu (Epstein et al., 2007).

U osób starszych alkohol osiąga wyższe stężenie we krwi ze względu na mniejszą zawartość wody w organizmie oraz wolniejszy metabolizm. W konsekwencji alkohol, nawet spożyty w niewielkiej ilości, kumulując się może doprowadzić do zatrucia. Co więcej, wrażliwość na alkohol wzrasta, ponieważ jego tolerancja maleje wraz z wiekiem. Nadużywanie alkoholu jest bardziej szkodliwe u osób starszych ze względu na współistniejące choroby serca i wątroby oraz upośledzenie odporności. Nie bez znaczenia pozostaje również fakt, że wiele leków stosowanych przez seniorów wchodzi w interakcje z alkoholem (White, 2022). Interakcje te mogą zwiększać stężenie alkoholu we krwi oraz zmieniać metabolizm leków i nasilać ich toksyczność oraz obniżać skuteczność leczenia (Lal and Pattanayak, 2017). Wyniki przeprowadzonych badań jednoznacznie wskazują, że osoby uzależnione od alkoholu żyją krócej (Westman, 2015). Niestety u pacjentów w podeszłym wieku często nie przeprowadza się szczegółowego badania pod kątem spożywania alkoholu, co prowadzi do niedostatecznego rozpoznania tego problemu. Przyczyną może być brak świadomości i uwrażliwienia na problem alkoholizmu u osób w wieku podeszłym oraz stereotypowe postrzeganie nadużywania alkoholu jako zjawiska występującego w młodych grupach wiekowych. Często też problemy zdrowotne oraz psychiczne seniorów, jak na przykład bezsenność czy stany dezorientacji, nie są związane z możliwością nadużywania substancji psychoaktywnych, lecz przypisywane procesowi starzenia się. Co więcej, leczenie pacjentów geriatrycznych może być trudniejsze ze względu na ich mniejszą motywację do zmiany sposobu picia od osób młodszych. Ponadto wiara we własną skuteczność w ograniczaniu picia może zmniejszać się wraz z wiekiem, zwłaszcza w przypadku stresujących wydarzeń życiowych. Co więcej, u osób starszych uzależnionych od alkoholu i narkotyków często współistnieją choroby psychiczne, w tym stany lękowe i depresja, a nadużywanie alkoholu jest związane ze zwiększonym ryzykiem samobójstwa (Lal and Pattanayak, 2017). W przypadku zaburzeń związanych z używaniem alkoholu lub poważnych chorób współistniejących, w tym chorób psychicznych, skierowanie do specjalistycznej opieki wielodyscyplinarnej może uratować życie (Rodin, 2022). Szacuje się, że u ok. jednej trzeciej osób uzależnionych od alkoholu alkoholizm zaczyna się w późniejszym wieku, a problemy z piciem pojawiają się po raz pierwszy ok. 40–50 roku życia. W przeciwieństwie do osób, które uzależniły się od alkoholu w młodszy wiek, osoby te są zwykle lepiej wykształcone i mają za sobą stresujące wydarzenie życiowe, które często powoduje lub zaostrza spożywanie alkoholu. Zazwyczaj ta grupa osób pijących lepiej reaguje na leczenie (Lal and Pattanayak, 2017).

Na drugim miejscu wśród substancji prowadzących do uzależnienia w wieku podeszłym są leki, w tym przepisywane na receptę. W miarę starzenia się organizmu zwiększa się ilość przewlekłych chorób, a tym samym zażywanych leków. W konsekwencji rośnie narażenie na leki potencjalnie uzależniające. Najczęściej do uzależnienia prowadzą wydawane na receptę opioidy, które są powszechnie stosowane jako leki przeciwbólowe oraz benzodiazepiny działające przeciwlękowo i nasennie. Niestety brakuje wysokiej jakości badań dotyczących nadużywania leków przez osoby

starsze, a wyniki istniejących badań są niejednorodne, co utrudnia wyciąganie ogólnych wniosków (Maree et al., 2016). Jedno z badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych z udziałem 3500 osób w wieku 57–85 lat wykazało powszechne mieszanie leków na receptę, leków bez recepty i suplementów diety. Ponad połowa uczestników badania stosowała więcej niż pięć leków lub suplementów, co stwarzało u co najmniej 1 na 25 osób ryzyko wystąpienia poważnych interakcji między lekami (Qato et al., 2008).

Kolejnym problemem jest palenie papierosów. Nikotyna jest jedną z najczęściej nadużywanych substancji na świecie. Prawie 12% osób w wieku 65 lat i więcej w Europie i ok. 9% w USA to palacze papierosów (Cawkwell et al., 2015). Większość z nich zaczęła palić wcześniej. Osoby w wieku podeszłym są bardziej podatne na negatywne skutki palenia papierosów niż młodsze grupy wiekowe. Do negatywnych skutków należą przede wszystkim choroby układu krążenia, układu oddechowego, układu nerwowego i nowotwory (Bassil et al., 2022). Poza tym palenie papierosów jest czynnikiem ryzyka choroby Alzheimera, demencji oraz pogorszenia wzroku i funkcji poznawczych. Pomimo tego osoby w wieku podeszłym są mniej zainteresowane rzuceniem palenia, niż młodszy dorośli (Arancini et al., 2021), chociaż ponad połowa z nich deklaruje, że chce rzucić palenie. Udaje się to jednak, według badań przeprowadzonych w USA, tylko ok. 5% z nich rocznie (Henley et al., 2019). Prawdopodobnie wynika to z braku informacji na temat korzyści zdrowotnych wynikających z zaprzestania palenia w starszym wieku oraz fałszywej opinii, że rzucenie palenia w tym wieku jest niemożliwe. Warto podkreślić, że ryzyko zgonu związanego z paleniem papierosów istotnie maleje u starszych osób, które rzuciły palenie. Typowy palacz, który przestał palić po 65 roku życia, może wydłużyć swoje życie o dwa do trzech lat, a w ciągu roku od rzucenia palenia maleje ryzyko choroby niedokrwiennej serca o połowę (Fahey et al., 2023).

Obecnie modną alternatywą palenia tytoniu są e-papierosy. Jak dotąd przeprowadzono niewiele badań na temat skutków stosowania e-papierosów wśród osób starszych, a ich wyniki nie są jednoznaczne. Niektóre badania sugerują, że e-papierosy mogą być mniej szkodliwe niż tradycyjne papierosy. Pomimo tego, nie zostały one oficjalnie zatwierdzone jako środek pomagający w rzuceniu palenia (Rubenstein et al., 2023).

Współcześnie żyjemy w świecie z nieograniczonym dostępem do żywności. Często sięgamy po po silek nie tylko wtedy, gdy odczuwamy głód, ale także z nudów, zdenerwowania albo by nawiązać relacje towarzyskie. W konsekwencji ogromnym problemem społecznym, w ciągu ostatnich lat, stały się zaburzenia odżywiania takie jak kompulsywne objadanie się czy uzależnienie od jedzenia. Praxedes et al., przeanalizowali łącznie 6425 streszczeń publikacji, w których uwzględniono 272 badania. Średnia ważona częstość występowania uzależnienia od jedzenia wyniosła aż 20% i była częstsza u osób z klinicznie potwierdzonym rozpoznaniem objadania się. Dwa z ww. badań obejmowały wyłącznie dzieci, natomiast żadne badanie nie dotyczyło wyłącznie osób w wieku podeszłym (Praxedes et al., 2022). Jednakże zmieniający się w ostatnich latach model żywienia wpływa na osoby w każdym wieku. Żywność wysoko przetworzona (WP) tj. bogata w rafinowane węglowodany i tłuszcze jest stosunkowo niedroga, łatwo dostępna i reklamowana. Ponadto udowodniono, że bardzo skutecznie aktywuje ona układ nagrody. W przeciwieństwie do tradycyjnych narkotyków, narażenie na żywność WP jest powszechne i to już na wczesnym etapie rozwoju człowieka. Należy pamiętać, że uzależnienie od takiej żywności powoduje wiele negatywnych skutków pogarszających zarówno stan zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Pacjenci narażeni są na otyłość, zespół metaboliczny i gorszą skuteczność leczenia odchudzającego. Dlatego też coraz więcej uwagi poświęca się uzależnieniu od żywności WP. Badania osób w podeszłym wieku są nieliczne. Chociaż wydaje się, że osoby te są mniej narażone na ten rodzaj uzależnienia niż dzieci i młodzi dorośli, to deficyt wiedzy na ten temat wymaga dalszych badań (Emma et al., 2020). W przypadku cukru sytuacja jest złożona, a uzależnienie od słodkiego smaku zostało ostatnio zakwestionowane przez niektórych autorów (Greenberg and St Peter, 2021). Przyjmowanie pokarmów reguluje ośrodek głodu i sytości, który zapobiega przejadaniu się. Okazało się, że spożycie słodkich pokarmów poza stymulowaniem układu nagrody przesuwają kontinuum głodu i sytości, ułatwiając tym samym jedzenie w przypadku braku zapotrzebowania na energię. Zatem, spożycie nadmiernych ilości cukru opiera się na mechanizmach wyzwalających, które promują zachowania podobne do uzależnień, oraz na nadrzędnych sygnałach neuroendokrynych, które chronią środowisko wewnętrzne

(Olszewski et al., 2019). Kolejnym, powszechnie występującym wśród seniorów, ale niestety zbyt rzadko rozpoznawanym zjawiskiem jest przyjmowanie niedostatecznej ilości płynów prowadzące do przewlekłego odwodnienia. Osoby starsze mają zaburzone odczuwanie pragnienia, czasem też celowo ograniczają picie np. w przypadku popuszczania moczu. Co ciekawe, jednym z objawów odwodnienia może być apetyt na słodczyce. Ponadto wraz z wiekiem dochodzi do pogorszenia zmysłu smaku i zaniku receptorów, a posiłki wydają się mdłe i nieapetyczne. Problem ten jest najbardziej nasilony u osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona. W przypadku stosowania niewłaściwej diety ze zbyt małą zawartością węglowodanów złożonych, by pokryć zapotrzebowanie energetyczne, niedobory mogą być uzupełniane słodyczami oraz poprzez dosładzanie posiłków i napojów. Przestrzeganie racjonalnej diety i regularne spożywanie zdrowych posiłków, pomimo braku apetytu, może pomóc w zapobieganiu niezdrowym nawykom (Fostinelli et al., 2020).

Wśród uzależnień behawioralnych jednym z częstszych i niezwykle groźnych jest uprawianie patologicznego hazardu. Hazard w ostatnich latach zyskuje na popularności wśród osób starszych i często uznawany jest przez nie za nieszkodliwą formę rozrywki. Częstość występowania problematycznego hazardu przez całe życie wynosi od 0,01% do 10,6%. Wykazano, że czynnikami ryzyka uzależnienia od hazardu u ludzi starszych są przewlekłe choroby somatyczne, używanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, osobowość unikająca, zaburzenia funkcji poznawczych oraz choroba Parkinsona (Heiden et al., 2017). W momencie przejścia na emeryturę istnieje duże ryzyko niedostosowania środków przeznaczonych na hazard proporcjonalnie do niższych dochodów. Narastają problemy finansowe i zadłużenie. Szczególną cechą osób starszych jest zmniejszona zdolność radzenia sobie ze szkodami spowodowanymi hazardem. W rezultacie dochodzi do poważnych konsekwencji społecznych, finansowych oraz zdrowotnych i psychiatrycznych. Dlatego niezwykle istotna jest identyfikacja osób starszych zagrożonych patologicznym hazardem (Guillou Landreat et al., 2019). W latach 2016-2017 Katolicki Uniwersytet Lubelski zrealizował projekt „Hazard w życiu seniorów” współfinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych Ministra Zdrowia. Badania przeprowadzone na grupie 80 respondentów w wieku 60+ dotyczyły kontekstu rodzinnego hazardu. Okazuje się, że hazard często uprawiany jest we własnych domach rodzinnych i bywa sposobem na ucieczkę od samotności oraz źródłem nadziei na poprawę sytuacji materialnej seniorów i ich bliskich. Hazard w skrajnych przypadkach przyczynia się do rozpadu rodziny i często powoduje konflikty pomiędzy jej członkami. W zależności od jego nasilenia krewni wykazują różne postawy wobec hazardu, począwszy od tolerancji i bagatelizowania po ostry sprzeciw (Lelonek-Kuleta, 2018).

W ostatnich latach nastąpił gwałtowny postęp technologiczny, który zrewolucjonizował życie codzienne. Chociaż osoby starsze stanowią część populacji o najniższej częstotliwości korzystania z Internetu, to dostęp do sieci i korzystanie z niej przez tę grupę wiekową stopniowo wzrasta w Europie i na świecie. W USA korzystanie z Internetu przez osoby w wieku powyżej 65 lat wzrosło z 12% w 2000 r. do 67% w 2016 r. W Polsce odsetek osób starszych korzystających z Internetu wyniósł w 2018 r. 77,5% (Dziuba et al., 2021). Przeprowadzone w latach 2016-2017 badanie porównawcze 264 osób w wieku 60+ wywodzących się z Polski i Szwajcarii wykazało, że szwajcarscy seniorzy częściej problematycznie korzystali z sieci, w porównaniu do polskich uczestników badania. Ci ostatni bardziej skupiali się na użyteczności Internetu. Okazuje się, że najbardziej narażone na uzależnienie od Internetu są osoby starsze nieradzące sobie z negatywnymi emocjami i niezadowolone z życia (Rochat et al., 2021).

Kolejnym problemem związanym z nowoczesną technologią jest uzależnienie od telefonu komórkowego, a zwłaszcza smartfonów. Amerykańscy badacze (Subramanyam, et al., 2018) wykazali, że posiadanie smartfonów wśród seniorów różni się znacznie w zależności od wieku. Smartfony posiada około 59% osób w wieku 65–69 lat, 49% osób w wieku 70–74 lat. Liczba ta znacznie spada po 75 roku życia. Współczesne telefony mają bardzo szeroką gamę zastosowań. Poza nieorganicznym dostępem do informacji umożliwiają nawiązywanie nowych znajomości, kontakt z przyjaciółmi i teleporady lekarskie, a nawet wykonywanie badań np. EKG, ocena glikemii poprzez aplikację mobilną. Pomimo ogromnych korzyści ze stosowania smartfonów, nadużywanie i zbytne poleganie na tej technologii może prowadzić u starszych osób do uzależnienia, powodować zaburzenia snu oraz problemy emocjonalne i behawioralne (Subramanyam, et al., 2018).

PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ W WIEKU PODESZŁYM

Powszechny u osób uzależnionych mechanizm zaprzeczenia nierzadko powoduje, że problem pozostaje długo nierozpoznany. Nierzadko osoby starsze są samotne, a niepokojące sygnały nie są widoczne dla otoczenia. Dlatego też niezbędna jest znajomość czynników ryzyka rozwoju uzależnienia i wczesna identyfikacja osób zagrożonych. Do czynników ryzyka rozwoju uzależnień należą: zły ogólny stan zdrowia, niepełnosprawność fizyczna, przewlekły ból, samotność, zażywanie substancji psychoaktywnych w przeszłości, a także płeć męska, wolny stan cywilny, świeża żaloba, brak aktywności religijnej (Jaqua et al., 2022).

W Stanach Zjednoczonych Agencja ds. Nadużywania Substancji i Zdrowia Psychicznego (SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration) zaleca, aby co najmniej raz w roku wszystkie starsze osoby dorosłe były poddawane badaniom przesiewowym pod kątem nadużywania alkoholu, tytoniu, leków i narkotyków (Joshi et al, 2021).

W zapobieganiu rozwojowi uzależnień konieczna jest edukacja nie tylko samych seniorów, ale też ich rodzin, pracowników opieki społecznej i personelu medycznego. Niezbędna jest też aktywizacja ludzi starszych poprzez realizowanie własnego hobby, uczestnictwo w zajęciach w Domach Kultury, Klubach Seniora, Uniwersytetach Trzeciego Wieku i zaangażowanie w różnego rodzaju inne aktywności poprzez np. wolontariat (Jaqua et al., 2022).

LECZENIE UZALEŻNIEŃ W WIEKU PODESZŁYM

Leczenie odwykowe może być skuteczne w każdym wieku, co potwierdzają badania przeprowadzone na grupie seniorów. Udowodniono konstruktywny wpływ terapii odwykowej na procesy poznawcze w tej grupie wiekowej. Na początku niezwykle istotna jest zindywidualizowana ocena stanu zdrowia i sytuacji życiowej pacjenta. Wykazano, że podejmowanie decyzji wspólnie z pacjentem i włączenie go do programów leczenia, w których inni członkowie są w podobnym wieku i stanie funkcjonalnym, poprawia wyniki leczenia (Friedrichs et al., 2016).

LECZENIE NIEFARMAKOLOGICZNE

W leczeniu odwykowym niezwykle istotna jest ciągłość opieki. Do świadczeń z zakresu terapii uzależnień można zaliczyć poradnictwo, terapię indywidualną, terapię grupową oraz rodzinną (Moskalewicz et al., 2006). Powszechnie stosowanym podejściem jest terapia poznawczo-behawioralna, której celem jest wykrycie dysfunkcyjnych przekonań oraz sytuacji, które mają kluczową rolę w rozwoju uzależnienia (Modrzyński, 2012). Celem tej terapii jest przekształcenie sposobu myślenia oraz nabycie umiejętności społecznych, które są niezbędne do poradzenia sobie z problemem. Często stosowana terapia motywująca koncentruje się na wydobywaniu oraz zwiększaniu motywacji do zmiany poprzez wzmacnianie poczucia sprawczości, indywidualne podążanie za pacjentem oraz jego oporem (Miller and Rollinck, 2010). W terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu (TSR) terapeuta pomaga pacjentowi znaleźć rozwiązania oraz wydobyć zasoby niezbędne do realizacji ustalonych celów (Kosman, 2013). Pomocne mogą być krótkie porady telefoniczne lub telefoniczne kontrole stanu pacjenta. Wskazane jest utrzymywanie, oczywiście za zgodą pacjenta, kontaktu z jego rodziną czy opiekunami, którzy często jako pierwsi zauważają „czerwone flagi” wskazujące na powrót do nałogu. Niezwykle ważne jest wsparcie rodziny i przyjaciół, grup religijnych czy grup wzajemnej pomocy, zwłaszcza jeśli promują one abstynencję. W każdym przypadku nieoceniona jest rola lekarzy pierwszego kontaktu w zmotywowaniu pacjenta do rozpoczęcia i kontynuowania terapii (Jaqua et al., 2022). Bardziej zorganizowane programy, takie jak Anonimowi Alkoholicy (AA), pomagają pacjentom nawiązać kontakt z osobami borykającymi się z podobnym problemem. Alternatywą dla AA może być program w zakresie samokontroli i powrotu do zdrowia (SMART Recovery), który wykorzystuje techniki terapii poznawczo-behawioralnej oraz tzw. wywiad motywacyjny w celu zbudowania i utrzymywania motywacji, umiejętności radzenia sobie ze stresem i popędami (Horvath and Yeterian, 2016). Równie ważne jest nauczenie pacjenta prowadze-

nia zrównoważonego stylu życia (Joshi et al., 2021). W środowisku terapeutycznym często stosuje się oddziaływania oparte na modelu teoretycznym Mellibrudy (Mellibruda, 1997), który opisuje mechanizmy uzależnienia. W jego koncepcji mechanizmy psychologiczne kluczowe dla rozwoju uzależnień, takie jak nałogowa regulacja emocji czy mechanizm iluzji i zaprzeczeń, wynikają z czynników mających swe źródło w sferze biologicznej, psychicznej oraz społecznej. W związku z tym, oddziaływania terapeutyczne dostosowane są do etapów pracy terapeutycznej (etap pierwszy – rozpoznanie i zrozumienie własnego uzależnienia, etap drugi – rozbrajanie mechanizmów uzależnienia oraz zapobieganie nawrotom, etap trzeci – zmiana zachowań oraz sytuacji społecznej wyzwalającej ryzyko sięgnięcia po substancję, etap trzeci – naprawa szkód spowodowanych uzależnieniem (Wnuk and Marcinkowski, 2012).

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

Włączenie leczenia farmakologicznego rozważane jest u pacjentów w podeszłym wieku, u których interwencje psychospołeczne nie przyniosły rezultatów lub którzy powrócili do nałogu. Niestety dotychczas nie przeprowadzono randomizowanych badań dot. bezpieczeństwa i skuteczności stosowania leków w terapii odwykowej osób w podeszłym wieku (Jaqua et al., 2022). Czynniki, które należy wziąć pod uwagę przepisując leki osobom starszym obejmują ocenę potencjalnie szkodliwych interakcji lekowych, stosowanie niższych dawek, współpracę pacjenta w przestrzeganiu zaleceń lekarskich i zapewnienie wsparcia w powrocie do zdrowia. Obecnie istnieją trzy leki ze wskazaniem FDA (Food and Drug Administration) do leczenia zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, do których należą naltrekson, akamprozat i disulfiram. Dwa dodatkowe leki, stosowane poza wskazaniami rejestracyjnymi w leczeniu zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, to gabapentyna i topirammat (Tabela 2) (Joshi et al., 2021).

TABELA 2. Leki stosowane w leczeniu zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (JOSHI ET AL., 2021).

Naltrexon	- bloker receptorów opioidowych, - zmniejsza apetyt na alkohol i szybkość powrotu do intensywnego picia, niewskazany u osób leczonych opioidami w celu łagodzenia bólu (objawy odstawienia opioidów).
Disulfiram	- hamuje dehydrogenazę aldehydową enzym metabolizujący alkohol etylowy, - po spożyciu alkoholu podczas stosowania disulfiramu występuje tachykardia, uderzenia gorąca, nudności, ból w klatce piersiowej, zawroty głowy i zmiany ciśnienia krwi co może być niebezpieczne dla osób starszych, - stosowanie wymaga od pacjentów przestrzegania rygorystycznych protokołów leczenia i monitorowania ich przestrzegania,
Akamprozat	- zmniejsza uczucie głodu alkoholowego i przyjemne odczucia po jego spożyciu, - łagodzi objawy związane z abstynencją, takie jak bezsenność i lęk, - preferowany u pacjentów z zaburzeniami czynności wątroby, - może powodować biegunkę, wymioty, bóle brzucha, - przed rozpoczęciem leczenia konieczna ocena czynności nerek i częste monitorowanie parametrów nerkowych.
Gabapentyna	- stosowana w neuralgii po przebytych pólpaściu oraz w leczeniu wspomagającym napadów ogniskowych (częściowych), - pomaga w leczeniu łagodnego zespołu odstawienia alkoholu i bólu neuropatycznego, - może powodować senność, zmęczenie, zawroty głowy.
Topirammat	- lek przeciwdrgawkowy mający wskazania FDA do zapobiegania migrenom i napadom, - powoduje zaburzenia funkcji poznawczych już w małych dawkach, - może wywoływać depresję, zaburzenia snu, bóle i zawroty głowy, - powoduje zmniejszenie łaknienia i spadek masy ciała, - zwiększa ryzyko wystąpienia kamicy nerkowej.

Żaden z tych leków nie jest przeciwwskazany do stosowania u osób starszych, należy jednak zachować szczególną ostrożność (Joshi et al., 2021). Leczenie może być prowadzone ambulatoryjnie, jednak w przypadku osób w podeszłym wieku z chorobami współistniejącymi poleca się hospitalizację pacjenta w celu detoksykacji i leczenia (Jaqua et al., 2022).

Nikotyna jest środkiem silnie uzależniającym, dlatego też rzucenie palenia jest trudnym zadaniem, zwłaszcza u osób starszych. Nie jest jasne, które strategie farmakoterapii są najskuteczniejsze w tej populacji. Nikotynowa terapia zastępcza jest farmakoterapią najczęściej badaną i rekomendowana u osób w podeszłym wieku. Kolejne możliwości to bupropion i wardeniklina, jednak brakuje wiarygodnych badań bezpieczeństwa i skuteczności tych leków w grupie osób starszych (Cawkwell. et al., 2015).

PODSUMOWANIE

Narastający w ostatnich latach problem uzależnień wśród osób w wieku podeszłym jest wciąż tematem „tabu”. Uzależnienia w tej grupie wiekowej są szczególnie niebezpieczne, jednak mogą być skutecznie leczone. Dlatego też osoby starsze powinny być przesiewowo badane w kierunku uzależnienia i w przypadku jego rozpoznania jak najszybciej poddane leczeniu. Konieczne są działania mające na celu upowszechnienie wiedzy na temat czynników ryzyka i objawów uzależnienia osób starszych, ich profilaktyki oraz leczenie poprzez aktywizację środowiska seniorów, wsparcie społeczne, a także zwiększenie możliwości udzielenia pomocy osobom uzależnionym oraz ich bliskim.

LITERATURA

Arancini, L. et al. (2021) ‘Age as a predictor of quit attempts and quit success in smoking cessation: findings from the International Tobacco Control Four-Country survey (2002–14)’, *Addiction*, 116(9), pp. 2509–2520. doi: 10.1111/add.15454.

Bassil, N. K. et al. (2022) ‘Nicotine Use Disorder in Older Adults’, *Clinics in Geriatric Medicine*, 38(1), pp. 119–131. doi: 10.1016/j.cger.2021.07.008.

Cawkwell, P. B. et al. (2015) ‘Pharmacological Smoking Cessation Therapies in Older Adults: A Review of the Evidence’, *Drugs Aging*, 32, pp. 443–451. doi: 10.1007/s40266-015-0274-9.

Dziuba, S. et al. (2021) ‘The use of the internet by older adults in Poland’, *Universal Access in the Information Society*, 20, pp. 171–78. doi: 10.1007/s10209-019-00700.

Emma, T. et al. (2020) ‘A narrative review of highly processed food addiction across the lifespan’, *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 106, pp. 106110152. doi:10.1016/j.pnpbp.2020.110152.

Epstein, E. E. et al. (2007) ‘Women, aging, and alcohol use disorders’, *Journal of Women & Aging*, 19, pp. 31–48. doi: 10.1300/j074v19n01_03.

Fostinelli, S. et al. (2020) ‘Eating behavior in aging and dementia: the need for a comprehensive assessment’, *Frontiers in nutrition*, 7, pp. 604488. doi: 10.3389/fnut.2020.604488.

Friedrichs, A. et al. (2016) ‘Patient preferences and shared decision making in the treatment of substance use disorders: a systematic review of the literature’, *PLoS One*, 11(1), pp. e0145817. doi: 10.1371/journal.pone.0145817.

Gaebel, W. et al. (2017) ‘Mental and behavioural disorders in the ICD-11: Concepts, methodologies, and current status’, *Psychiatria Polska*, 51(2), pp. 169–195. doi: 10.12740/PP/69660.

- Greenberg, D. and St Peter, J. V. (2021) 'Sugars and Sweet Taste: Addictive or Rewarding?', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), pp. 9791. doi: 10.3390/ijerph18189791.
- Guillou Landreat, M. et al. (2019) 'Determinants of Gambling Disorders in Elderly People-A Systematic Review', *Frontiers in Psychiatry*, 25.10, pp. 837. doi: 10.3389/fpsy.2019.00837.
- Heiden, P. et al (2017) 'Pathological gambling in Parkinson's disease: what are the risk factors and what is the role of impulsivity?', *European Journal of Neuroscience*, 45(1), pp. 67-72. doi: 10.1111/ejn.13396.
- Henley, S. J. et al. (2019) 'Smoking cessation behaviors among older US adults', *Preventive Medicine Reports*, 16, pp. 100978. doi: 10.1016/j.pmedr.2019.100978.
- Horvath, A. T., Yeterian, J. (2016) 'SMART recovery: Self-empowering, science-based addiction recovery support', In *Broadening the Base of Addiction Mutual Support Groups*, pp. 27-42. doi: 10.1080/1556035X.2012.705651.
- Jaqua, E. E. et al. (2022) 'Substance Use Disorder in Older Adults: Mini Review', *Addict Health*, 14(1), pp. 62-67. doi: 10.22122/ahj.v14i1.1311.
- Joshi, P. et al. (2021) 'Evaluation and Management of Alcohol use Disorder among Older Adults', *Current Geriatric Reports*, 10, pp. 82-90. doi: 10.1007/s13670-021-00359-5.
- Kosman, T. (2013) 'Założenia terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR)', *Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne*, 1, pp. 9-26.
- Lal, R. and Pattanayak, R. D. (2017) 'Alcohol use among the elderly. Issues and considerations', *Journal of Geriatric Mental Health*, 4(1), pp. 4-10. doi: 10.4103/jgmh.jgmh_34_16.
- Lelonek-Kuleta, B. (2018) 'Uprawianie hazardu przez seniorów a kontekst rodzinny', *Roczniki Teologiczne*, 65(10), pp. 101-120. doi:10.18290/rt.2018.65.10-7.
- Maree, R. D. et al. (2016) 'A Systematic Review of Opioid and Benzodiazepine Misuse in Older Adults', *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(11), pp. 949-963. doi: 10.1016/j.jagp.2016.06.003.
- Mellibruda, J. (1997) 'Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu', *Alkoholizm Narkomania*, 3, pp. 277-306.
- Miller, W.R. and Rollnick, S. (2010) 'Wywiad motywujący', Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Modrzyński, R. (2012) 'Co leczy w podstawowym programie terapii uzależnień?', *Przegląd badań nad efektywnością terapii uzależnienia od alkoholu, Alkoholizm i Narkomania*, 25(4), pp. 417-426.
- Moskalewicz, J., et al. (2006) 'Ocena systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce', *Alkoholizm i Narkomania*, 19(4), pp. 327-355.
- Olszewski, P. K. et al. (2019) 'Excessive Consumption of Sugar: an Insatiable Drive for Reward', *Current Nutrition Reports*, 8(2), pp. 120-128. doi: 10.1007/s13668-019-0270-5.

- Praxedes, D. et al. (2022) 'Prevalence of food addiction determined by the Yale Food Addiction Scale and associated factors: A systematic review with meta-analysis', *European Eating Disorders Review*, 30(2), pp. 85-95. doi:10.1002/erv.2878.
- Qato, D. M. et al. (2008) 'Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States', *JAMA*, 300(24), pp. 2867-2878. doi: 10.1001/jama.2008.892.
- Rochat, L. et al. (2021) 'Internet use and problematic use in seniors: A comparative study in Switzerland and Poland', *Frontiers in Psychiatry*, 12, pp. 609190. doi: 10.3389/fpsy.2021.609190.
- Rodin, M.B. (2022) 'Applying Geriatric Principles to Hazardous Drinking in Older Adults', *Clinics in Geriatric Medicine*, 38(1), pp. 145-158. doi: 10.1016/j.cger.2021.08.001.
- Rubenstein, D. et al. (2023) 'Adoption of E-Cigarettes Among Older Adults Who Smoke to Reduce Harm and Narrow Age-Related Disparities: An Application of the Health Belief Model', *Nicotine & Tobacco Research*, 25 (6), pp. 1212–1214. doi: 10.1093/ntr/ntad016.
- Seim, L. et al. (2020) 'Common substance use disorders in older adults', *Hospital Practice*, 48(sup1), pp. 48-55. doi: 10.1080/21548331.2020.1733287.
- Subramanyam, A.A. et al. (2018) 'Mobile phone use in the elderly: Boon or bane?', *Journal of Geriatric Mental Health*, 5(2), pp. 81-83. doi:10.4103/jgmh.jgmh_32_18.
- Wang, Q. et al. (2021) 'Factors of negative affect in elderly patients with substance use disorders during COVID-19 pandemic', *Frontiers in Psychiatry*, 12, pp. 697472. doi. 10.3389/fpsy.2021.697472.
- Westman, J. et al. (2015) 'Mortality and life expectancy of people with alcohol use disorder in Denmark, Finland and Sweden', *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(4), pp. 297-306. doi: 10.1111/acps.12330.
- White, A. M. et al. (2023) 'Alcohol and aging - An area of increasing concern', *Alcohol*, 107, pp. 19-27. doi: 10.1016/j.alcohol.2022.07.005.2022.
- Wnuk, M. and Marcinkowski, J. (2012) 'Alkoholizm—przegląd koncepcji oraz metod leczenia Alcoholism—review of conceptions and methods of treatment', *Health*, 47(1), pp. 49-55.
- Zou, Z. et al. (2017) 'Definition of Substance and Non-substance Addiction', *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1010, pp. 21-41. doi: 10.1007/978-981-10-5562-1_2.

§ Praca wpłynęła do redakcji: 24.10.2023r.
Zrecenzowano: 07.11.2023r.
Przyjęto do druku: 10.11.2023r.