

BARBARA TOROŃ-FÓRMANEK

ORCID 0000-0003-1699-3679

PAULINA BOREK

ORCID 0009-0009-7375-1490

Uniwersytet Zielonogórski

ALKOHOLIZM WŚRÓD OSÓB STARSZYCH - CZYNNIKI RYZYKA, KONSEKWENCJE I MOŻLIWOŚCI WSPARCIA

ABSTRACT. Toroń-Fórmanek Barbara, Borek Paulina, *Alkoholizm wśród osób starszych – czynniki ryzyka, konsekwencje i możliwości wsparcia* [Alcohol Abuse in the Elderly – Risk Determinants, Impacts, and Forms of Support] *Studia Edukacyjne* no. 76, 2025, Poznań 2025, pp. 95-116. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 1233-6688. Submitted: 17.03.2025. Accepted: 12.05.2025. DOI: 10.14746/se.2025.76.7

Due to demographic changes, it is essential to take action on multiple levels to promote the health of seniors, including addressing alcohol consumption. Limited adaptive capacities to consequences may, as a result, lead to side effects that increase the risk of adverse outcomes and stress. Addictions among seniors are often overlooked, and their occurrence may be attributed to other coexisting conditions. Actions related to addiction are primarily targeted at younger age groups, which leads to the marginalization of risks within the senior population. The scale of alcohol-related problems in this social group is particularly significant due to the risk of their manifestation, which may affect both their physical and mental functioning. The aim of the article is to analyze the risk factors contributing to the development of alcohol addiction in the elderly population, to present the potential health and social consequences of alcohol abuse in old age, and to indicate possible directions of therapeutic and preventive support. The subject of the study is the phenomenon of alcoholism among seniors in the context of demographic, psychological, and social determinants.

Key words: alcoholism, senior addictions, senior health, senior support

Wprowadzenie

Starzenie się populacji w Europie oraz niektórych wysoko rozwiniętych krajach świata jest procesem o zasięgu globalnym. Szacuje się, że do 2060 roku odsetek osób w wieku 65 lat i więcej znacząco wzrośnie we wszystkich regionach, przekraczając poziom o ponad 10 punktów procentowych w porów-

naniu ze stanem obecnym (GUS, 2023a). W obliczu wyzwań związanych ze starzeniem się społeczeństwa, konieczne staje się wdrażanie kompleksowych strategii profilaktycznych, mających na celu minimalizowanie negatywnych konsekwencji współczesnych przemian cywilizacyjnych dla osób starszych. Skuteczność tych działań wymaga zarówno modyfikacji postaw seniorów wobec własnego procesu starzenia, jak i kształtowania proaktywnych postaw całego społeczeństwa, sprzyjających integracji i adaptacji osób w wieku podeszłym do zmieniających się realiów społecznych (Pędich, 1999, s. 136).

Współczesne spojrzenie na proces starzenia akcentuje ideę „aktywnego starzenia się”, definiowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jako dążenie do maksymalizacji dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego na wszystkich etapach życia. Utrzymanie aktywności umysłowej i fizycznej odgrywa fundamentalną rolę w poprawie jakości życia osób starszych, a także w opóźnianiu procesu starzenia. Podkreśla się także, że profilaktyka powinna obejmować nie tylko zdrową dietę, aktywność fizyczną i uczestnictwo w życiu społecznym, ale także eliminację czynników ryzyka, w tym także zagadnienia nadmiernego spożywania alkoholu, które stanowi przedmiot naszej analizy (Walkowska, 2007, ss. 288-289).

Celem niniejszego artykułu jest analiza czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi uzależnień alkoholowych w populacji osób starszych, wskazanie możliwych konsekwencji zdrowotnych i społecznych wynikających z nadużywania alkoholu w wieku senioralnym oraz omówienie kierunków wsparcia terapeutycznego i profilaktycznego. Przedmiotem rozważań są zjawiska związane z alkoholizmem wśród seniorów, analizowane w kontekście uwarunkowań demograficznych, psychologicznych i społecznych.

Używki zawierające etanol towarzyszyły człowiekowi od najdawniejszych czasów, pełniąc wieloaspektową funkcję. Działanie alkoholu obejmowało łagodzenie bólu i zmęczenia, a także poprawę kondycji psychicznej poprzez redukcję lęku i odprężenie. Ponadto, pełnił on istotną rolę społeczną, ułatwiając budowanie relacji i uczestnictwo w rytuałach religijnych. W późniejszym czasie jego rola objęła również sferę gospodarczą i polityczną (Woronowicz, 1998a, s. 5). Obecne normy społeczne zakładają, że spożywanie alkoholu jest nieodłącznym elementem dorosłości, podczas gdy abstynencja bywa odbierana jako przejaw problemów zdrowotnych lub wyborów ideologicznych (Kuczabski, 2021, s. 141).

Zgodnie z danymi opublikowanymi przez Główny Urząd Statystyczny w analizie statystycznej *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 roku* wynika, że w 2022 roku w Polsce w poradniach psychiatrycznych leczeni byli pacjenci z szerokim zakresem rozpoznań. Przewagę stanowiły osoby z zaburzeniami psychicznymi i zachowaniami, stanowiący 87,7% ogółu zarejestrowanych pacjentów. Warto jednak zwrócić uwagę, że drugą grupą pod względem liczby

pacjentów były osoby uzależnione od alkoholu, które obejmują 7,8% ogółu leczonych (tj. 152,5 tys. osób) – stanowi to wskaźnik 403 osoby na 100 tysięcy ludności. W obrębie tej zbiorowości wyróżnia się różne przypadki, takie jak: zespół uzależnienia, ostre zatrucia i używanie szkodliwe, zespół abstynencyjny i zaburzenia psychotyczne (bez majaczenia). W 2023 roku z pomocy ośrodków leczenia odwykowego alkoholowego skorzystało 25,2 tysięcy osób (GUS, 2023b). Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom w Raporcie 2023 „Uzależnienia w Polsce” wskazuje na wyraźny wzrost liczby zgonów związanych z nadmiernym spożywaniem alkoholu. Spożycie alkoholu w Polsce od ostatnich 15 lat utrzymuje się na poziomie nie mniejszym niż 9 litrów czystego alkoholu na jednego mieszkańca, co ma istotny wpływ na zwiększoną liczbę zgonów spowodowanych konsekwencjami nadużywania alkoholu (KCPU, 2023). Dane te uwypuklają alkoholizm jako jedno z najpoważniejszych wyzwań wśród problemów psychiatrycznych. W tym kontekście warto zauważyć, że zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w Europie alkohol pozostaje najczęściej używaną substancją psychoaktywną (Samochowiec, Samochowiec, 2016, s. 243).

Nadużywanie alkoholu stanowi najczęstszy przypadek uzależnienia od substancji chemicznych w populacji osób starszych (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003, s. 528). Jednakże, często obserwowane jest także ryzykowne spożywanie alkoholu, uzależnienie oraz współwystępowanie innych form nadużywania substancji, takich jak palenie tytoniu czy nadmierne stosowanie leków (Suwała, Gerstenkorn, 2007, s. 704).

Spożywanie alkoholu przez osoby powyżej 60. roku życia może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych. Osoby starsze są bardziej narażone na negatywne skutki spożywania alkoholu ze względu na jego większą toksyczność w tej grupie wiekowej. Wolniejszy metabolizm etanolu skutkuje wyższym stężeniem we krwi, co z kolei potęguje jego działanie na układ nerwowy. Seniorzy są także bardziej narażeni na interakcje alkoholu z przyjmowanymi lekami, a objawy problemowego picia mogą być maskowane przez inne choroby (Zin-Sędek, 2019, s. 3).

W tej populacji osób nadużywanie alkoholu może pozostać jednak niezauważone, ponieważ objawy mogą przypominać symptomy typowe dla chorób związanych z wiekiem. Można wskazać liczne przyczyny niediagnozowania uzależnień wśród osób w wieku podeszłym, jednak najczęściej są one zależne od obrazu klinicznego uzależnienia, chorób współistniejących i sposobu badania przez lekarza (Knapp, 2018, s. 2). Także dla samych seniorów granica między umiarkowanym a nadmiernym piciem alkoholu może być niejednoznaczna, ponieważ często stanowi ich element życia społecznego – codziennych zwyczajów i aktywności społecznych (Wieczorek, Dąbrowska, 2023, s. 45).

Alkoholizm w podeszłym wieku

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych w jedenastej rewizji (ICD-11), stanowiącej kompleksowy system klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych opracowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), rozróżnia szkodliwe używanie alkoholu i uzależnienie, traktując je jako oddzielne jednostki. Ryzykowne picie alkoholu zostało sklasyfikowane jako czynnik wpływający na zdrowie, a zaburzenia związane z alkoholem podzielono na epizodyczne używanie, szkodliwe wzorce oraz uzależnienie (Modrzyński, Ziębińska, 2019, ss. 14-15). Szkodliwe używanie substancji odnosi się do jej stosowania w sposób, który prowadzi do konkretnych szkód zdrowotnych, zarówno fizycznych, jak i psychicznych. Uzależnienie natomiast to zespół zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, w którym przyjmowanie substancji staje się dominującym zjawiskiem, wyprzedzającym inne, dotychczas ważniejsze aspekty życia pacjenta, a najistotniejszym objawem uzależnienia jest silne i nieodparte pragnienie używania substancji psychoaktywnych (Habrát, 2010, ss. 76-78).

Mechanizmy uzależnienia rozwijają się w wyniku intensywnego wpływu psychofizycznego alkoholu i stanowią kluczowe przyczyny patologicznego picia, a także niepowodzeń w próbach abstynencji – za ich aktywację odpowiadają negatywne emocje oraz stresujące doświadczenia, jak również specyficzne okoliczności zewnętrzne (Mellibruda, 1997, s. 280).

Współcześnie problem uzależnienia od substancji psychoaktywnych jest w dużej mierze determinowany ich szeroką dostępnością, która odgrywa istotniejszą rolę w inicjacji używania niż indywidualna i autonomiczna potrzeba konsumentów. Łatwość dostępu do używek stanowi główny czynnik sprzyjający rozpoczęciu ich stosowania, wyprzedzając znaczenie wewnętrznej motywacji jednostki. Dopiero w momencie rozwoju uzależnienia dominującą rolę zaczyna odgrywać przymus, wynikający z fizycznego i psychicznego zapotrzebowania na substancję – wówczas jej używanie staje się koniecznością. Pojęcie dostępności w tym kontekście oznacza powszechność kulturową oraz zgodność z prawem (Wojcieszek, 2009, ss. 27-30).

Badania kliniczne wskazują na dwa główne typy alkoholizmu wśród osób starszych. Pierwszą grupę stanowią alkoholicy, którzy rozpoczęli nadużywanie alkoholu w młodszy wiek, zazwyczaj przed 40. rokiem życia, a mimo to dożyli wieku senioralnego. Grupa ta doświadcza poważnych konsekwencji zdrowotnych, obejmujących uszkodzenia narządowe, deficyty poznawcze, majaczenie i drgawki. Często są również problemy społeczne, takie jak izolacja, utrata pracy, bezdomność i konflikty z prawem. Z uwagi więc na charakterystyczne skutki somatyczne przewlekłego alkoholizmu, a także zmiany neurologiczne, diagnoza jest zazwyczaj łatwiejsza do postawienia (Habrát, 2011, ss. 701-704).

Diagnoza bywa trudniejsza u osób, u których problem alkoholowy rozwija się dopiero w wieku senioralnym. W rozwoju późniejszego alkoholizmu kluczową rolę patogenną odgrywają czynniki psychologiczne i środowiskowe, sprzyjające jego nasileniu (Habrát, 2011, ss. 701-704). Do czynników wyzwalających zalicza się między innymi śmierć partnera, zakończenie kariery zawodowej, rozpoznanie choroby przewlekłej, poczucie fizycznego osłabienia w związku z chorobą somatyczną, zaburzenia funkcji seksualnych, poczucie osamotnienia, mieszkanie w placówce opiekuńczej, jakość i dostępność napojów alkoholowych, dochody powyżej średniej (Sobów, 2010, ss. 230-231). Czasami zjawisko to porównuje się na zasadzie podobieństwa do typu 1 alkoholizmu według Cloningera z uwagi na silny wpływ czynników środowiskowych, takich jak stres czy sytuacja rodzinna, jednak niektórzy badacze wyrażają wątpliwości wobec hipotezy o reaktywnym charakterze picia, podkreślając brak odpowiednich dowodów. Przyczyną do sięgania po alkohol mogą być problemy zdrowotne, takie jak depresja, lęki i bezsenność, które skłaniają do jego stosowania jako środka łagodzącego objawy (Habrát, 2011, ss. 701-704). Literatura przedmiotu zwraca uwagę, by lekarze psychiatry szczególnie obserwowali osoby, u których nadużywanie alkoholu pojawia się po raz pierwszy w późnym wieku, ponieważ może to stanowić wskaźnik innych zaburzeń psychicznych lub sygnał wczesnych objawów otępienia (Sobów, 2010, s. 38).

Ocena zaburzeń związanych z nadużywaniem i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych jest skomplikowana, ponieważ trudności w identyfikacji tych problemów są często potęgowane przez fakt, że objawy są zamaskowane przez inne choroby somatyczne lub psychiczne (Cierpialkowska, 2009, s. 199). Co więcej, objawy chorobowe w tej grupie wiekowej są często niespecyficzne, co oznacza, że różnią się od objawów obserwowanych u osób młodszych (Wieczorowska-Tobis, 2011, ss. 18-27).

Starzenie organizmu rozpoczyna się od zmian w jego funkcjonowaniu i procesach fizjologicznych, co nierzadko skutkuje przewlekłymi schorzeniami i większym zapotrzebowaniem na pomoc medyczną. Do najczęściej występujących schorzeń wśród osób starszych należą między innymi cukrzyca, nadciśnienie, choroba wieńcowa, przewlekła niewydolność serca oraz problemy związane z układem moczowym. Większość osób w wieku senioralnym zmagą się z co najmniej jedną chorobą somatyczną, a u większości występują przewlekłe dolegliwości zdrowotne (Ziółkowski, 2017, s. 31). Wraz z upływem lat rośnie skłonność organizmu do rozwijania kilku schorzeń naraz, co określane jest mianem wielochorobowości. Zjawisko to sprzyja większej niesprawności, spadkowi komfortu życia oraz konieczności częstszego korzystania z różnych form opieki zdrowotnej. Problem ten z kolei łączy się z polipragmatą, czyli sytuacją, w której pacjent stosuje jednocześnie więcej niż kilka leków, co zwiększa ryzyko wystąpienia skutków ubocznych. Wielolekowość, czyli przyjmowanie co najmniej pięciu różnych

leków, a w niektórych przypadkach nawet dziesięciu, może prowadzić do poważnych interakcji międzylekowych, a w konsekwencji do błędów terapeutycznych (Wieczorowska-Tobis, 2011, ss. 18-27). W przypadku zaburzeń psychicznych najczęściej spotyka się problemy związane z pamięcią, takie jak demencja w chorobie Alzheimera czy trudności wynikające z problemów z układem naczyniowym. Osoby starsze często mają także kłopoty związane ze świadomością, takie jak majaczenie, splątanie, czy halucynacje, a także zmiany w zachowaniu i nastroju. Zauważalne są również problemy emocjonalne i związane ze stresem, takie jak nadmierne zamartwianie się, lęki, czy trudności w przystosowaniu się do zmieniających się warunków. Ponadto, w późniejszym wieku można zauważyć zaburzenia związane z jedzeniem, snem i czasem nadmiernym popędem seksualnym (Gutowska, 2016, s. 66). Starsze osoby, doświadczając chorób, w tym przewlekłych, narażone są na pogorszenie nastroju psychicznego. Ich wiek sprzyja poczuciu zagrożenia egzystencjalnego, a każda nowa dolegliwość zdrowotna odczucie to pogłębia (Rogała, 2010, s. 125).

Czynniki ryzyka uzależnienia od substancji w populacji seniorów

Okres starości wiąże się zarówno z pozytywnymi, jak i negatywnymi aspektami, które są subiektywnie oceniane przez jednostkę. Sposób ich wartościowania zależy od czynników zewnętrznych, takich jak sytuacja społeczna, rodzinna i ekonomiczna, a także od wewnętrznych zasobów, obejmujących system wartości, dojrzałość emocjonalną, integrację osobowości oraz wcześniejsze doświadczenia psychospołeczne (Steuden, 2018, s. 22).

Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych charakteryzują się podwyższoną wrażliwością na bodźce negatywne, deficytami w zakresie samokontroli oraz nasilonym dążeniem do stymulacji. Często wykazują obniżoną odporność na frustrację, trudności w regulacji emocji oraz tendencję do impulsywnych reakcji bez uwzględniania ich konsekwencji. W ich funkcjonowaniu emocjonalnym dominują takie stany, jak poczucie osamotnienia, bezsilność, frustracja, czy obniżona samoocena. Ponadto, obserwuje się u nich skłonność do nadmiernych reakcji emocjonalnych, co może utrudniać proces adaptacji społecznej oraz skuteczne podejmowanie decyzji (Hołyst, 2014, s. 122). Podobne mechanizmy można zaobserwować w okresie starości, który naturalnie wiąże się z występowaniem kryzysów życiowych, które definiuje się jako trudne sytuacje, wymagające od jednostki znaczącego wysiłku oraz aktywności w celu ich przezwyciężenia. Kryzysy te są chwilowym stanem wewnętrznego zaburzenia, wywołanym przez istotne wydarzenia życiowe,

które wymagają znaczących zmian oraz rozwiązań. Osoby w tym czasie są zmuszone do poszukiwania nowych form adaptacji oraz modyfikacji zachowań i postaw. W starości najczęściej dotyczą one czterech sfer funkcjonowania człowieka: emocjonalnej, biologicznej, poznawczej oraz behawioralnej (Wawrzyniak, 2015, s. 53). Analizując rozwój uzależnienia wśród seniorów, uwzględnia się czynniki psychospołeczne i biomedyczne. Obecność dwóch czynników, zazwyczaj po jednym z każdej grupy, znacząco podnosi prawdopodobieństwo rozwoju uzależnienia (Sobów, 2010, s. 229).

Wzrost skłonności do nadużywania alkoholu obserwuje się w grupie osób samotnych, a szczególnie wśród osób owdowiałych, chorych oraz doświadczających trudnych okoliczności życiowych (Woronowicz, 2009, s. 205). Okres starości jest etapem życia, w którym uwidaczniają się wszystkie wymienione czynniki, wpływając na funkcjonowanie jednostki zarówno w wymiarze fizycznym, psychicznym, jak i społecznym.

Różnorodne okoliczności, takie jak śmierć bliskich, malejący krąg znajomych i problemy zdrowotne prowadzą do fizycznej i psychicznej samotności wśród seniorów. W okresie starości zjawisko utraty partnera występuje z większą częstotliwością niż we wcześniejszych etapach życia, co sprawia, że utrata bliskiej osoby staje się bardziej dotkliwa, zwłaszcza w przypadku silnych więzi emocjonalnych (Zięba-Kołodziej, 2012, s. 267). Utrata współmałżonka jest jednym z najbardziej traumatycznych i stresogennych wydarzeń życiowych, często najwyżej ocenianym pod względem wpływu na stan psychiczny jednostki. Perspektywa dalszego życia w samotności oraz świadomość trwałej utraty bliskiej osoby stanowią poważne wyzwanie adaptacyjne. Doświadczenie to nie tylko znacząco obniża status społeczny i ekonomiczny seniora, ale również może prowadzić do zwiększonego obciążenia obowiązkami, które wcześniej były dzielone (Ziółkowski, 2017, s. 49).

Osamotnienie wynika także z trudności osób starszych w nawiązywaniu nowych relacji. Zjawisko to jest spowodowane zakończeniem aktywności zawodowej, która sprzyjała poznawaniu nowych osób, oraz ograniczeniem aktywności społecznej i towarzyskiej, ale także w miarę upływu lat nasila się niepewność, nieufność oraz lęk przed nawiązywaniem nowych kontaktów (Zięba-Kołodziej, 2012, s. 267). W tym miejscu należy również wspomnieć o zjawisku *ageizmu*, które oznacza dyskryminację osób w starszym wieku, a wynika ze stereotypowego i negatywnego postrzegania okresu starości. Świadomość negatywnego nastawienia społeczeństwa do starości potęguje chęć wycofywania się osób starszych z życia społecznego, nie tylko z powodu pogarszającego się stanu zdrowia, lecz także z obawy przed odrzuceniem. Stygmatyzacja osób starszych skutkuje więc ograniczeniem ich możliwości korzystania z istotnych zasobów, takich jak edukacja, dochody i uznanie społeczne, co z kolei sprzyja ich marginalizacji (Rejman, Rejman, 2023, ss. 32-34).

Chociaż starość nie jest klasyfikowana jako choroba, to etap ten również nierozzerwalnie łączy się z ryzykiem wystąpienia schorzeń, co nierzadko prowadzi do zjawiska wielochorobowości. Termin ten, znany jako polipatologia, odnosi się do współwystępowania zaburzeń psychicznych i somatycznych (Chabior, 2015, ss. 267-268). Twierdzi się, że każda choroba, w tym przewlekłe schorzenia, może prowadzić do pogorszenia psychicznego samopoczucia u osób starszych. Ze względu na swój wiek, seniorzy często doświadczają poczucia egzystencjalnego zagrożenia, a każda nowa dolegliwość zdrowotna potęguje intensywność ich odczuć (Rogała, 2010, s. 125).

Przyjmuje się, że jednym z czynników ryzyka alkoholizmu jest chęć zmniejszenia napięcia. Niektóre osoby używają alkoholu jako środka łagodzącego stres i lęk, co może prowadzić do jego nadużywania, a ostatecznie do uzależnienia. Dane kliniczne wskazują na istotną korelację między nasileniem objawów lękowych a występowaniem uzależnienia od alkoholu, co wspiera hipotezę o anksjolitycznych właściwościach tej substancji. Przypuszcza się, że osoby nadmiernie spożywające alkohol są szczególnie podatne na wysoki poziom stresu oraz intensywne reakcje lękowe, co może stanowić jeden z mechanizmów prowadzących do rozwoju uzależnienia (Seligman i in., 2003, s. 641). Z tej przyczyny warto zwrócić uwagę na kolejny czynnik kryzysogenny w życiu seniorów, jakim jest doświadczenie zakończenia pracy zawodowej. Twierdzi się, że utrata pracy może prowadzić do wzrostu stresu, co z kolei skutkuje większą tendencją do nadużywania alkoholu (Knapp, 2018, s. 2). Przejście na emeryturę stanowi jeden z kluczowych etapów w życiu człowieka, który niesie istotne konsekwencje zarówno ekonomiczne, jak i psychologiczne. Dla wielu jednostek praca nie jest wyłącznie źródłem dochodu, lecz pełni również funkcję kształtującą tożsamość osobistą. W związku z tym zakończenie aktywności zawodowej może prowadzić nie tylko do obniżenia sytuacji materialnej, ale także utraty pozycji społecznej, co stanowi wyzwanie adaptacyjne i może generować trudności w przystosowaniu się do nowej rzeczywistości (Giddens, Sutton, 2012, s. 311). Rola rodzinna również ulega przekształceniu – osoba, która wcześniej pełniła funkcję żywiciela rodziny i głowy domu, często zaczyna wymagać wsparcia ze strony dzieci lub współmałżonka. Tego rodzaju okoliczności mogą prowadzić do zaburzenia równowagi emocjonalnej, wywoływać poczucie bezradności oraz wzbudzać odczucie bezużyteczności wobec otoczenia (Ziółkowski, 2017, ss. 39-40).

W kontekście czynników rozwijających uzależnienie od alkoholu nie bez znaczenia jest również fakt, iż wyzwania finansowe osób starszych znacząco wpływają na ich samopoczucie, obniżając poczucie wartości i potęgując objawy depresji (Stuart-Hamilton, 2000, s. 153). Sytuacja ekonomiczna w tej populacji odgrywa kluczową rolę w codziennym funkcjonowaniu oraz ogólnym poziomie jakości życia – determinuje bowiem nie tylko stan zdrowia i styl ży-

cia, lecz także zakres oraz intensywność relacji społecznych, możliwość podejmowania aktywności zawodowej, na uczestnictwo w kulturze i życiu społecznym, a także kształtuje poczucie bezpieczeństwa oraz stabilność emocjonalną (Bojanowska, 2024, s. 9). W państwach rozwijających się oraz przechodzących proces transformacji gospodarczej osoby w wieku senioralnym należą do grupy szczególnie narażonej na ubóstwo lub już doświadczającej trudności materialnych (Wawrzyniak, Fabiś, 2015, s. 304). Jednym ze sposobów radzenia sobie z trudnościami może być spożywanie alkoholu. Znajduje to odzwierciedlenie w badaniach, wskazujących na zależność między wysokością dochodów a konsumpcją substancji psychoaktywnej. Najczęściej alkohol spożywały osoby pobierające emeryturę lub rentę. Mimo że jego konsumpcja generuje zarówno koszty bezpośrednie, jak i pośrednie, sytuacja finansowa nie determinowała samego faktu sięgania po alkohol (Puto i in., 2016, s. 301).

Konsekwencje nadużywania alkoholu przez seniorów

Alkoholizm wywołuje negatywne skutki w wielu wzajemnie powiązanych obszarach, obejmujących sferę zdrowotną, ekonomiczną i społeczną. Przewlekłe spożywanie alkoholu prowadzi do uzależnienia oraz znacząco zwiększa ryzyko występowania chorób somatycznych, osłabienia organizmu i pogorszenia ogólnego stanu zdrowia. Jednocześnie powoduje straty ekonomiczne, wynikające nie tylko z kosztów leczenia osób uzależnionych, ale także z obniżenia ich wydajności pracy, wzrostu liczby wypadków oraz aktów wandalizmu. Nadużywanie alkoholu ma również istotne konsekwencje społeczne, prowadząc do zaburzeń w funkcjonowaniu rodzin, wzrostu przestępczości oraz osłabienia więzi społecznych. Wzajemne oddziaływanie tych czynników sprawia, że alkoholizm stanowi poważne wyzwanie zdrowotne, ekonomiczne i społeczne, wymagające zintegrowanych działań profilaktycznych oraz skutecznych strategii terapeutycznych (Przybyłka, 1998, s. 212).

Alkohol, jako depresant, wywiera hamujący wpływ na funkcjonowanie układu nerwowego, prowadząc do osłabienia aktywności psychicznej. Początkowa faza konsumpcji może wiązać się z subiektywnie pozytywnymi efektami, takimi jak pobudzenie, odprężenie oraz euforia, które wynikają z zahamowania mechanizmów kontrolnych. Jednak przy wzroście spożycia lub chronicznym nadużywaniu, efekty pobudzające ustępują miejsca dominującym efektom tłumiącym – życie emocjonalne człowieka podlega wówczas wewnętrznej regulacji, a w zakresie uczuć możemy dostrzegać dwie główne jakości: przyjemne i nieprzyjemne stany emocjonalne (Mellibruda, 1997, s. 285).

Osoby uzależnione od alkoholu często doświadczają długotrwałych zaburzeń nastroju, głównie depresyjnych. Badania wskazują, że ponad 90% z nich zmaga się z utrzymującymi się przez wiele tygodni po odstawieniu alkoholu zmianami emocjonalnymi, a w 30-70% przypadków depresja osiąga nasilenie porównywalne do depresji endogennej. U ponad 15% objawy te nie ustępują nawet po latach abstynencji. Relacja między depresją a alkoholizmem jest złożona – u niektórych osób uzależnienie rozwija się jako sposób radzenia sobie z już istniejącymi zaburzeniami nastroju, u innych depresja pojawia się jako konsekwencja długotrwałego spożywania alkoholu lub jego nagłego odstawienia. Ponadto, zaburzenia metaboliczne, niedobory składników odżywczych, czy uszkodzenia wątroby mogą nasilać objawy depresyjne, pogłębiając cierpienie psychiczne osób uzależnionych. Najczęściej jednak obniżenie nastroju w tej grupie ma charakter reaktywny i wynika bezpośrednio z negatywnego wpływu alkoholu na funkcjonowanie psychospołeczne. W takich przypadkach niewłaściwa diagnoza może prowadzić do nieskutecznego leczenia, a w skrajnych sytuacjach nawet do uznania pacjenta za osobę niezdolną do pracy, co skutkuje przyznaniem renty inwalidzkiej (Woronowicz, 2002, s. 20).

W przypadku osób w podeszłym wieku uzależnienia wiążą się z wieloma kwestiami medycznymi. Do kluczowych objawów należą:

- stany lękowe;
- zawroty głowy oraz utrata przytomności;
- zmiany nastroju, obejmujące zarówno pobudzenie, jak i objawy depresyjne;
- znacząca niestabilność emocjonalna;
- dezorientacja;
- upadki, siniaki oraz oparzenia;
- trudności w relacjach rodzinnych i problemy finansowe;
- bóle głowy;
- pogorszenie pamięci;
- zaniedbania w zakresie higieny osobistej;
- niedobory żywieniowe;
- zaburzenia snu, w tym bezsenność;
- tendencje do izolacji społecznej;
- nietypowe reakcje na przyjmowane leki (Wawrzyniak, Fabiś, 2015, s. 300).

W kontekście aspektów medycznych istotne jest również uwzględnienie takich kwestii, jak:

- niepełna współpraca w procesie leczenia chorób somatycznych;
- liczne hospitalizacje, często spowodowane nieprzestrzeganiem zaleceń medycznych;

- regularne incydenty upadków i urazów, skutkujące pobytami w szpitalu;
- częste wizyty w oddziałach ratunkowych;
- chwiejne ciśnienie tętnicze;
- nieznanego pochodzenia dysfunkcje żołądkowo-jelitowe (Sobów, 2010, ss. 230-231).

Osoby starsze, ze względu na swoje zdrowie i przyjmowane regularnie leki, stanowią grupę szczególnie narażoną na niebezpieczne skutki łączenia farmaceutyków z alkoholem. Może to prowadzić do nieoczekiwanych reakcji organizmu, które wykraczają poza zwykłe efekty obu substancji. Taka kombinacja może osłabić skuteczność leków, a w najgorszym przypadku wywołać poważne komplikacje zdrowotne, które negatywnie wpływają na ogólny stan zdrowia i stwarzają ryzyko dla życia (Woronowicz, 2009, s. 58).

Długotrwale nadużywanie alkoholu może prowadzić do dysfunkcji, a w późniejszym czasie do nieodwracalnych zmian w pracy ośrodkowego układu nerwowego. Szczególnie wyraźnie widoczne jest to u osób starszych oraz cechujących się wieloletnią historią uzależnienia. Zaburzenia te są związane z niedoborem witamin z grupy B, wynikającym zarówno z niewłaściwej diety (często towarzyszącej chronicznemu alkoholizmowi), jak i toksycznego wpływu alkoholu na organizm (Meyer, 2008, s. 203). W populacji tej nadmiar alkoholu wiąże się z większym zagrożeniem życia niż u osób młodszych. W przypadku nadmiernego spożycia alkoholu, w połączeniu z naturalnymi zmianami związanymi z wiekiem, konsekwencje mogą być szczególnie groźne. Spadek szybkości reakcji i koordynacji to typowe objawy starzenia, które już samo w sobie utrudniają jazdę – alkohol może jeszcze bardziej upośledzić zdolności niezbędne na przykład do bezpiecznego prowadzenia samochodu (Seligman i in., 2003, ss. 527-528).

Nie można ponadto pominąć faktu, że alkoholizm jako zaburzenie wpływa nie tylko na wszystkie procesy intrapsychiczne oraz wzorce zachowań osoby uzależnionej, ale także oddziałuje na funkcjonowanie systemu rodzinnego i poszczególnych członków, co może prowadzić do jego destabilizacji (Cierpiałkowska, 2000, s. 155). Konsekwencje tej choroby mają charakter wieloaspektowy, obejmując zarówno sferę emocjonalną, poznawczą i behawioralną, jak i relacje międzyludzkie (Drzewiecka, 2023, s. 191). Rodziny dotknięte problemem uzależnienia od alkoholu wykazują szereg specyficznych cech emocjonalnych i behawioralnych, takich jak: chroniczne poczucie wstydu, które prowadzi do izolacji społecznej, czy doświadczanie silnej bezradności, której efektem jest nadmierna kontrola nad osobą uzależnioną. Adaptacja do dynamicznie zmieniających się warunków życia prowadzi do pojawiania się takich emocji, jak poczucie winy, gniew, czy agresja. Zauważalna jest również głęboka niepewność, która dotyczy nie tylko codziennego funkcjonowania, ale również fundamentów systemu wartości i zasad moralnych (Zalas, 2011, s. 294).

Profilaktyka i wsparcie kierowane wobec seniorów zagrożonych ryzykową konsumpcją alkoholu

Podstawowy akt prawny regulujący krajową politykę społeczną w zakresie wychowania w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi stanowi Ustawa z 26 października 1982 roku (tekst jednolity: DzU z 2002, nr 147, poz. 1231), której postanowienia pozostają w mocy, wyznaczając ramy prawne dla działań profilaktycznych i interwencyjnych w tym obszarze (DzU 2002, nr 147, poz. 1231 ze zm.).

Interwencja w przypadku osób uzależnionych od alkoholu powinna mieć charakter wielowymiarowy, obejmując zarówno pomoc medyczną, psychotherapeutyczną, jak i rehabilitacyjną. Wsparcie medyczne jest niezbędne w takich sytuacjach, jak ostre objawy zespołu odstawiennego, zatrucie organizmu, czy występowanie psychoz alkoholowych. Równocześnie istotną rolę odgrywa psychoterapia, wspierająca proces leczenia i zapobiegania nawrotom. W przypadkach powikłań somatycznych lub inwalidztwa konieczne stają się także działania rehabilitacyjne o charakterze medycznym, społecznym i zawodowym, mające na celu poprawę funkcjonowania jednostki w różnych sferach życia (Cierpiałkowska, 2000, s. 145).

Profilaktyka uzależnień powinna mieć charakter wielostopniowy. Wymienia się trzy główne poziomy zapobiegania: pierwotne, koncentrujące się na eliminowaniu czynników sprzyjających rozwojowi problemów alkoholowych poprzez ograniczenie dostępności alkoholu, edukację czy promowanie postaw sprzyjających abstynencji; drugorzędowe, obejmujące wczesne wykrywanie osób zagrożonych oraz podejmowanie interwencji w przypadku podejrzenia występowania problemów alkoholowych; trzeciorzędowe, ukierunkowane na minimalizowanie skutków nadmiernego spożycia alkoholu, głównie poprzez działania lecznicze i rehabilitacyjne (Woronowicz, 1998, s. 21).

W kontekście profilaktyki drugorzędowej i trzeciorzędowej istotne jest podkreślenie roli lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Regularne wizyty pacjentów nadużywających alkoholu u lekarzy, w tym lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, stanowią okazję do identyfikacji problemów alkoholowych i udzielenia adekwatnej pomocy (Suwała, Gerstenkorn, 2007, ss. 704-705). Jednakże, pomimo regularnego kontaktu z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, tylko niewielka część starszych pacjentów zwraca się bezpośrednio o pomoc w związku z problemami alkoholowymi. Zjawisko to może wynikać z intensywnego wstydu i obawy przed byciem osądzonym (Ross, 2005, s. 34).

Ujęcie z dziedziny psychiatrii podkreśla znaczenie szybkich i krótkich oddziaływań terapeutycznych, kiedy tylko rozpoznane jest tak zwane szko-

dliwe picie (nadużywanie alkoholu). Problemy związane z alkoholem można zdiagnozować za pomocą specjalistycznych kwestionariuszy. Jednym z nich jest – stworzony przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) – test AUDIT (The Alcohol Use Disorder Identification Test). Kwestionariusz został przygotowany i przeznaczony do diagnozowania w ramach podstawowej opieki medycznej (Samochowiec, Samochowiec, 2016, ss. 244-245). Innymi stosowanymi testami względem osób 65+ to S-MAST-G, Quantity/Frequency Screen, CHARM, czy test CAGE. Zastosowanie wymienionych testów przez lekarzy lub średni personel medyczny umożliwia wczesne rozpoznanie ryzykownego i szkodliwego spożycia alkoholu oraz uzależnienia, a także pozwala na skierowanie pacjentów wymagających dalszej diagnozy do specjalistycznych placówek (Suwała, Gerstenkorn, 2007, s. 707). Wczesne rozpoznanie problemu pozwala także na zastosowanie metody krótkiej interwencji, polegającej na udzieleniu przez lekarza krótkich konsultacji, mówiących o korzyściach płynących w związku ze zmniejszeniem ilości spożywanego alkoholu (Samochowiec, Samochowiec, 2016, s. 245).

WHO, wprowadzając ICD-11, uprościło kryteria diagnostyczne i ograniczyło liczbę zaburzeń, aby ułatwić proces diagnostyczny i rozszerzyć jego dostępność. Podstawowa opieka zdrowotna zyskała kluczową rolę, umożliwiając lekarzom pierwszego kontaktu wstępną diagnostykę zaburzeń psychicznych i uzależnień, celem przyspieszenia udzielenia pomocy¹ (Modrzyński, Ziębińska, 2019, s. 14). W rzeczywistości należy jednak wskazać, iż istnieją także trudności związane z rozpoznawaniem i leczeniem problemów alkoholowych przez polskich lekarzy, które wynikają przede wszystkim z przekonania, że interwencja w tym zakresie powinna należeć do specjalistów ds. uzależnień. Dodatkowymi barierami są: sceptycyzm wobec skuteczności krótkiej interwencji, brak znajomości narzędzi diagnostycznych oraz procedur umożliwiających wczesne wykrycie zaburzeń związanych z alkoholem, a także braki w zakresie wiedzy i umiejętności dotyczących diagnozowania oraz leczenia uzależnień, obejmujące zarówno aspekty teoretyczne, jak i praktyczne, w połączeniu z ograniczoną dostępnością czasową oraz przekonaniem o wysokiej pracochłonności tych działań (Suwała, Gerstenkorn, 2007, s. 705).

Wsparciem we wczesnej identyfikacji problemów mogą okazać się także bliscy seniora – rodzina, przyjaciele, personel medyczny i opiekuńczy, czy pracownicy domów opieki, ośrodków seniora oraz klubów społecznych. Oso-

¹ Od 1992 roku na całym świecie obowiązywała Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób w dziesiątej wersji (ICD-10), opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Nowa wersja klasyfikacji – ICD-11, która weszła w życie 1 stycznia 2022 roku, umożliwia szybsze i precyzyjniejsze rozpoznanie zaburzeń zdrowotnych oraz ułatwia wdrożenie procedur diagnostycznych przez szeroką grupę specjalistów, w tym lekarzy pierwszego kontaktu, co ma na celu wspieranie wczesnego wykrywania i interwencji w przypadku problemów zdrowotnych.

by te odgrywają szczególną rolę w dostarczaniu lekarzowi kluczowych informacji, które pozwalają na pełniejsze zrozumienie sytuacji pacjenta, zwłaszcza w przypadkach, kiedy relacja pacjenta jest ograniczona przez wstyd, zaprzeczenie problemu lub trudności z pamięcią wynikające z zaburzeń poznawczych lub nadużywania alkoholu (Ross, 2005, s. 34). Należy zaznaczyć również, że współpraca z rodziną może poprawić efektywność interwencji, jednak zdarza się, że bliscy pacjenta w trosce o swój wizerunek mogą zaprzeczać problemowi lub go lekceważyć, co w rezultacie może stanowić przeszkodę (Woronowicz, 2002, s. 21).

Współcześnie coraz większe znaczenie zyskują leki przeznaczone bezpośrednio do leczenia uzależnienia od alkoholu, co znalazło odzwierciedlenie w krajowych i międzynarodowych standardach, w tym również w Polsce. Zalecenia ekspertów wskazują, iż każdy pacjent zmagający się z tym uzależnieniem powinien być traktowany jako potencjalny kandydat do przewlekłej farmakoterapii, której pominięcie wymaga uzasadnienia (Jakubczyk, 2017, ss. 133-134). W ramach badań klinicznych nad farmakoterapią osoby powyżej 65. roku życia są jednak zazwyczaj wyłączone z grupy objętej leczeniem (Sobów, 2010, s. 233). Na przykład, niektóre leki wspomagające terapię uzależnień działają na zasadzie wywoływania silnych reakcji organizmu po spożyciu alkoholu, co zniechęca do jego picia (disulfiram) (Seligman i in., 2003, s. 644), jednak lek ten jest przeciwwskazany u osób w wieku podeszłym. Podobnie jest ze substancją wydłużającą abstynencję i zmniejszającą głód alkoholowy (akamprozat) – chociaż stosunkowo bezpieczna, a skutki uboczne występują w łagodnej postaci, to jednak jest niedopuszczona do leczenia osób starszych (Sobów, 2010, s. 233). Istnieje jednak środek farmakologiczny, który może wspierać leczenie uzależnionych seniorów. Stosowany farmaceutyk zmniejsza ochotę na alkohol poprzez wpływ na układ nerwowy (naltrekson), a także znane są leki stosowane w leczeniu depresji (SSRI), mimo że nie wykazują skuteczności w walce z uzależnieniem, mogą stanowić wsparcie w terapii osób z jednoczesnymi objawami depresyjnymi (Seligman i in., 2003, s. 644).

Jednocześnie, badania pokazują, że leczenie farmakologiczne zmniejszające spożycie alkoholu bywa efektywne tylko wówczas, kiedy jest połączone z psychoterapią, sprzyjającą trwałej przemianie osobistej (Woronowicz, 2009, s. 172). Proces terapeutyczny wykorzystuje strategie stosowane w leczeniu innych zaburzeń behawioralnych i psychicznych. Techniki te mogą obejmować psychoterapię, doradztwo oraz terapię behawioralną, często realizowaną w grupach (Seligman i in., 2003, s. 643). Rola psychiatry polega na diagnozie oraz leczeniu współistniejącej psychopatologii, szczególnie zaburzeń lękowych i nastroju. Istotnym elementem terapii jest także leczenie współistniejących zaburzeń psychicznych, które mogą sprzyjać nawrotom picia. Do najczę-

ściej występujących należą bezsenność, zaburzenia depresyjne oraz trudności w kontrolowaniu impulsów (Sobów, 2010, s. 233).

Zasadne jest jednak zwrócenie uwagi na to, że leczenie alkoholizmu zwykle rozpoczyna się od procesu detoksykacji (Sobów, 2010, s. 233). Detoksykacja, definiowana jako redukcja poziomu alkoholu lub jego całkowite usunięcie z organizmu, stanowi zazwyczaj pierwszy etap w procesie terapeutycznym. Zwykle przeprowadza się ją w warunkach szpitalnych lub ośrodkach odwykowych, pod ścisłym nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego. Po zakończeniu tej fazy rozpoczyna się dopiero aktywna terapia (Seligman i in., 2003, s. 643). Badania wskazują, że wiek ma istotny wpływ na nasilenie objawów abstynencyjnych, dlatego osoby starsze będą potrzebowały dłuższego czasu detoksykacji przed rozpoczęciem na przykład psychoterapii (Woronowicz, 2009, s. 210).

Nie można pominąć wartości grup wzajemnej pomocy w procesie wsparcia osób uzależnionych i ich rodzin. Tradycyjne formy pomocy oferowane przez profesjonalistów często okazują się niewystarczające, co potwierdza dynamiczny rozwój inicjatyw opartych na wspólnocie doświadczeń, wzajemnym wsparciu i dążeniu do zmiany. Choć wszystkie te grupy działają na podobnych zasadach, ich cele i obszary działania pozostają zróżnicowane, dostosowane do specyficznych potrzeb uczestników (Cierpiałkowska, 2000, s. 187).

Najpowszechniejsza forma wsparcia dla osób uzależnionych od alkoholu, jaką jest Wspólnota Anonimowych Alkoholików (AA), opiera się na idei wzajemnej pomocy i Programie 12 Kroków. Celem AA jest odbudowa podmiotowości uczestników poprzez proces resocjalizacji, który obejmuje wsparcie emocjonalne, autorefleksję oraz nabywanie nowych umiejętności. Dzięki tym działaniom osoby uzależnione uczą się funkcjonować poza destrukcyjnymi schematami, odzyskując kontrolę nad swoim życiem i wartościami (Kaczmarczyk, 2012, s. 529). Uczestnictwo we wspólnocie Anonimowych Alkoholików oraz realizacja psychologiczno-duchowego Programu Dwunastu Kroków przyczyniają się do poprawy jakości życia osób uzależnionych – ruch samopomocy odgrywa kluczową rolę, ponieważ zaangażowanie w jego działania sprzyja dalszemu wsparciu i integracji. Wspólnota AA ma ogromne znaczenie dla swoich członków, gdyż często stanowi fundament ich powrotu do zdrowia i poprawy jakości życia (Wnuk, 2006, s. 364).

Controlled drinking, czyli picie kontrolowane, stanowi podejście terapeutyczne w ramach *harm reduction*, w którym kluczowe jest opracowanie planu określającego zasady spożywania alkoholu. Osoby, które osiągają sukcesy w kontrolowanym picu, często znajdują motywację do abstynencji, zauważając zalety płynące z rezygnacji z alkoholu, a także wykazują wyższy poziom zaangażowania w terapię oraz realistycznie oceniają szanse na całko-

wite odstąpienie od alkoholu. W Polsce Program Ograniczania Picia (POP) jest rekomendowany przez PARPA od 2016 roku. Mimo że w stacjonarnych ośrodkach terapeutycznych obowiązuje program oparty na abstynencji, podejście kontrolowanego picia ma na celu dotarcie do osób, które nie są gotowe na całkowitą rezygnację, ale akceptują ograniczenie spożycia. Pacjenci mogą korzystać z terapii kontrolowanego picia w poradniach ambulatoryjnych w całym kraju (Górniak, Hanke, 2023, ss. 68-73).

Należy również zwrócić uwagę na problem stosowania innych substancji psychoaktywnych oprócz alkoholu, który w kontekście terapii jest istotnym zagadnieniem w leczeniu osób uzależnionych. Biorąc pod uwagę wspomniane wcześniej powiązania między uzależnieniem od alkoholu a nikotynizmem, uzasadnione jest włączenie terapii przeciwnikotynowej do programu leczenia uzależnienia od alkoholu. Mimo że istnieje obawa, iż zaprzestanie palenia może prowadzić do zwiększenia ryzyka nawrotu picia, głównie przez stres związany z odstawieniem nikotyny, który potęguje objawy głodu alkoholowego, badania dowodzą jednak, że przerwanie palenia tytoniu w trakcie terapii uzależnienia od alkoholu nie wpływa negatywnie na jej efektywność, a wręcz poprawia wyniki leczenia oraz przynosi korzyści zdrowotne, zmniejszając ryzyko chorób somatycznych (Wnorowska, 2017, ss. 149-155), co nabiera szczególnego znaczenia w przypadku osób starszych, u których takie ryzyko jest bardziej widoczne i wiąże się z poważniejszymi konsekwencjami zdrowotnymi.

Nie ma jednej metody leczenia alkoholizmu, która byłaby bardziej efektywna od innych, ani żadna z nich nie zapewnia całkowitego wyleczenia (Seligman i in., 2003, s. 645). Walka z nałogiem alkoholowym w starszym wieku powinna opierać się na podobnych metodach, jakie stosuje się u osób młodszych (Trypka, Rymaszewska, 2022, s. 163). Niemniej jednak, zespół SAMHSA² w podręczniku TIP 26 podkreśla szereg czynników, które powinny charakteryzować terapię problemów alkoholowych u seniorów: grupy terapeutyczne powinny stawiać na wsparcie, a nie na konfrontację; istotne jest, aby w terapii uwzględnić negatywne emocje, takie jak samotność, depresja czy poczucie straty, oraz rozwijać umiejętności tworzenia i pielęgnowania relacji społecznych; w terapii niezbędne jest zapewnienie dodatkowego wsparcia medycznego, rehabilitacyjnego i instytucjonalnego; terapia musi być dostosowana do tempa, które nie obciąża osób starszych i niepełnosprawnych; proces leczenia musi przebiegać w środowisku, które zapewnia szacunek dla pacjentów; należy przyjąć holistyczną metodę leczenia, uwzględniającą

² SAMHSA (Administracja ds. Nadużywania Substancji i Zdrowia Psychicznego) – agencja rządu USA, która prowadzi działania na rzecz poprawy zdrowia behawioralnego w kraju, zapewniając opiekę osobom z problemami zdrowia psychicznego i nadużywaniem substancji, oraz wspiera ich dobrostan i rozwój.

problemy psychiczne, fizyczne oraz społeczne; doświadczenie w pracy z osobami starszymi i z niepełnosprawnościami jest kluczowe dla efektywności terapii (Głowik, 2021, s. 70).

Zakończenie

Wnioski z analizowanych zagadnień wskazują na wieloaspektowość problemu uzależnienia od alkoholu, zwłaszcza w grupie seniorów. Proces starzenia się organizmu, wraz z towarzyszącymi mu ograniczeniami w zakresie fizycznym, psychicznym i społecznym, może ułatwiać powstanie nałogu. Z przedstawionych rozważań wynika, że najbardziej korzystne z punktu widzenia psychologii i społeczeństwa jest podejmowanie działań profilaktycznych, dążących do zredukowania ilości spożywanego alkoholu, wyrażających się w edukacji publicznej oraz krótkich indywidualnych interwencjach (Samochowiec, Samochowiec, 2016, s. 243). Efektywna profilaktyka wymaga wielopoziomowego podejścia: centralnego (opracowanie rozwiązań systemowych), wojewódzkiego (adaptacja do uwarunkowań regionalnych) oraz gminnego (wdrażanie działań na poziomie lokalnym) (Włodarczyk, 2020, ss. 50-51).

Skuteczna profilaktyka wymaga również eliminacji stereotypów o uzależnieniach osób starszych, które mogą utrudniać postawienie trafnej diagnozy oraz ograniczać możliwości wsparcia. W procesie projektowania działań zapobiegawczych, z uwagi na złożoność uzależnień, istotne jest przyjęcie holistycznego podejścia, które uwzględnia różne sfery aktywności człowieka oraz korzysta z interdyscyplinarnych zasobów wiedzy, takich jak medycyna, biologia, socjologia, psychologia i pedagogika (Włodarczyk, 2020, ss. 50-51).

Proces starzenia się determinowany jest licznymi przemianami w postrzeganiu rzeczywistości przez jednostkę, które wynikają z redukcji zasobów osobistych oraz zawężenia zakresu podejmowanych działań. Konsekwencją tej transformacji jest konieczność adekwatnego rozpoznania specyficznych potrzeb oraz obszarów szczególnie podatnych na kumulację negatywnych emocji, wynikających z obniżonej zdolności do skutecznego radzenia sobie z wyzwaniami egzystencjalnymi (Jarosz, 2023, s. 16). Próby redukcji stresu i pokonywania trudności życiowych często skutkują sięganiem po substancje psychoaktywne, co w efekcie sprzyja uzależnieniu (Pospiszyl, 2011, s. 128). Alkohol, traktowany jako dostępny środek łagodzący skutki samotności, depresji i bólu, może zmierzać do nawykowego nadużywania, co z kolei prowadzi do nasilenia izolacji społecznej oraz zaostrzenia problemów zdrowotnych, zarówno fizycznych, jak i psychicznych.

W miarę zwiększania spożycia alkoholu narastają źródła cierpienia, które mają charakter fizyczny, psychiczny i moralny. W rezultacie rośnie zapotrzebowanie na alkohol, głównie ze względu na jego działanie uśmierzające, jednak wyraźną sprzecznością jest fakt, iż postępujące uzależnienie prowadzi do głębokiego przywiązania do stanów przyjemności, które są efektem redukcji dolegliwości i bólu (Mellibruda, 1997, s. 287). Działania, które początkowo wydają się sposobem na poprawę jakości życia, w rezultacie prowadzą do pogłębiających się trudności w funkcjonowaniu.

Jednym z kluczowych czynników sprzyjających nasilaniu się, a nie redukcji problemu alkoholowego, jest brak jego dostrzegania przez społeczeństwo. Panuje błędne przekonanie, że starsze osoby nie są narażone na problemowe spożycie alkoholu w takim stopniu jak młodsze grupy wiekowe, co skutkuje marginalizowaniem uzależnienia w tej populacji lub traktowaniem go jako wynik starzejącego się organizmu. Obecnie nie dysponuje się skutecznymi i rzetelnymi metodami przesiewowymi umożliwiającymi diagnozowanie nadużywania alkoholu wśród seniorów, a dostępne formy wsparcia i leczenia dla tej grupy są nieliczne i znacznie ograniczone (Głowik, 2021, s. 65).

Problematyka związana z medycznymi i psychologicznymi komplikacjami wynikającymi ze spożywania alkoholu oraz uzależnienia od niego jest niezwykle złożona. Nadużywanie alkoholu prowadzi do szeregu problemów zdrowotnych, obejmujących zarówno aspekty somatyczne, jak i psychiczne (Seligman i in., 2003, s. 645).

Zmaganie się z uzależnieniem od alkoholu jest procesem etapowym, który wymaga czasu i nie ogranicza się jedynie do zaprzestania picia. Często proces ten rozpoczyna się w wyniku określonego zdarzenia lub ich nagromadzenia, które zmusza osobę uzależnioną do refleksji nad wagą i krytycznością swojej sytuacji. Dopiero zrozumienie tego procesu pozwala na efektywne i długotrwale pokonywanie uzależnienia (Włodarczyk, 2014, s. 102). Wymagane są holistyczne programy terapeutyczne, które uwzględniają specyficzne potrzeby osób starszych, obejmujące zarówno interwencje fizyczne, jak i wsparcie psychiczne oraz społeczne.

Okazuje się, że osoby starsze uzależnione od substancji często są pozostawione bez pomocy, co wynika z braku rozpoznania problemu (Sobów, 2010, s. 229). Wiele zdrowotnych skutków nadmiernego spożywania alkoholu jest mylonych z innymi schorzeniami związanymi z procesem starzenia, co utrudnia identyfikację uzależnienia jako głównej przyczyny problemów zdrowotnych seniorów. Lekarze pierwszego kontaktu często nie reagują na problem uzależnienia, nie dostrzegając go lub unikając interwencji z powodu obaw przed stygmatyzowaniem pacjenta. W efekcie, osoby starsze często napotykają trudności w dostępie do wyspecjalizowa-

nych ośrodków leczenia uzależnień oraz odpowiedniego wsparcia w swoim środowisku społecznym.

Rozpoznanie oraz zapewnienie adekwatnego wsparcia osobom starszym dotkniętym uzależnieniem od alkoholu stanowi kluczowy element w dziedzinie zdrowia publicznego. Seniorzy, stanowiący grupę wiekową o szczególnych potrzebach zdrowotnych, często są narażeni na polipragmatyzę, czyli równoczesne stosowanie wielu leków, wynikającą z przewlekłych schorzeń związanych z procesem starzenia się. W przypadku wielu schorzeń konieczne jest leczenie farmakologiczne, a interakcje między alkoholem a lekami mogą prowadzić do poważnych komplikacji zdrowotnych, zagrażających życiu. Farmakoterapia stanowi również ważny element leczenia uzależnienia od alkoholu, jednak wśród seniorów jej zastosowanie jest ograniczone – ze względu na ograniczoną tolerancję na niektóre leki, osoby starsze nie mogą korzystać z pełnej oferty dostępnych terapii farmakologicznych. W tym przypadku zauważalna jest złożoność problemu, wynikająca z trudności w zarządzaniu interakcjami pomiędzy farmaceutykami, alkoholem a terapią. Relacja ta wymaga szczególnej uwagi oraz precyzyjnego podejścia, w celu zminimalizowania ryzyka niepożądanych efektów zdrowotnych. Zagadnienie wymaga szerokiego rozważenia w kontekście medycznym, wykraczającego poza zakres tej analizy, jednak kluczowego w kontekście zdrowia osób starszych.

Wnioskując, problem alkoholizmu wśród seniorów wymaga kompleksowego podejścia, uwzględniającego różnorodne dyscypliny, gdzie konieczne są zarówno skuteczne działania profilaktyczne, jak i dostosowanie metod leczenia do specyfiki tej grupy wiekowej. Kluczowym aspektem jest nie tylko leczenie skutków, ale także rozwiązywanie przyczyn, które skłaniają do sięgania po alkohol, takich jak izolacja, ból, czy brak wsparcia społecznego. Skuteczne wdrażanie strategii zapobiegania oraz pogłębienie zrozumienia mechanizmów uzależnienia wśród osób starszych może przyczynić się do realnej poprawy ich jakości życia oraz ograniczenia rozmiaru tego problemu w przyszłości.

Wkład autorów

Autorzy deklarują równy wkład w organizację badań i powstanie pracy.

REFERENCES

Opracowania

- Bojanowska, E. (2024). *Sytuacja ekonomiczno-społeczna seniorów w świetle badań empirycznych*. Polityka Społeczna, 2, 7-14
- Chabior, A. (2015). *Zdrowie i choroba jako determinanty jakości życia w starości* (ss. 257-279). W: A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak, A. Chabior (red.), *Ludzka starość*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls
- Cierpiałkowska, L. (2000a). *Alkoholizm. Przyczyny – leczenie – profilaktyka*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM
- Cierpiałkowska, L. (2000b). *Psychopatologie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar
- Drzewiecka, S., Zalas, K. (2023). *Doświadczenia rodzin alkoholowych we wspomnieniach Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Pedagogika. Studia i Rozprawy, 32, 189-203
- Giddens, A., Sutton, P.W., Siera, O., Szulżycka, A., Tomanek, P. (2012). *Socjologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Głowik, T. (2021). *Nieznany wymiar starości. Problemy alkoholowe seniorów na przykładzie mieszkańców DPS i ich terapia*. W: A. Raczkowski, M. Stencel, J. Łukasiewicz, W. Kowalski, T. Aczynowicz (red.), *Blaski i cienie jesieni życia. Wybrane aspekty funkcjonowania osób starszych*. Lublin: Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji
- Główny Urząd Statystyczny. (2023a). *Prognoza ludności na lata 2023-2060*
- Główny Urząd Statystyczny. (2023b). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 r.*
- Górniak, A.M., Hanke, W. (2023). *Kontrolowane picie jako alternatywa dla abstynencji*. Alkoholizm i Narkomania, 36(2), 68-73
- Gutowska, A. (2016). *Zaburzenia psychiczne w starości – perspektywa pedagoga*. W: M. Halicka, J. Halicki, E. Kramkowska (red.), *Starość: poznać, przeżyć, zrozumieć*. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku
- Habrat, B. (2009). *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Systemy diagnostyczne, klasyfikacje, terminologia*. Psychiatria, 7(2), 75-81
- Habrat, B. (2011). *Problemy związane z piciem alkoholu przez osoby starsze*. Postępy Nauk Medycznych, 8, 701-704
- Hołyst, B. (2014). *Zagrożenia ładu społecznego (tom 2)*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Jakubczyk, A. (2017). *Farmakologiczne metody stosowane w terapii uzależnienia od alkoholu*. W: M. Wojnar (red.), *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
- Jarosz, M. (2023). *Psychologiczny wymiar starości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe UKSW
- Kaczmarczyk, I. (2012). *Terapeutyczne oddziaływania Wspólnoty Anonimowych Alkoholików*. W: L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), *Psychoterapia – pogranicza. Podręcznik akademicki*. Warszawa: ENETEIA Wydawnictwo Szkolenia
- Knapp, K. (2018). *Drinking Behaviors and Health in Old Age*. Master's Theses and Capstones Student Scholarship, 1200.
- Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. (2023). *Raport 2023 „Uzależnienia w Polsce”*. Warszawa
- Kuczabski, M.J. (2021). *Psychologia zagrożeń i bezpieczeństwa. Zagrożenia psychospołeczne, środowiskowe, cywilizacyjne (tom II)*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Sztuki Wojennej

- Mellibruda, J. (1997). *Psycho-bio-społeczny model uzależnienia od alkoholu*. Alkoholizm i Narkomania, 3, 277-306
- Meyer, R. (2008). *Psychopatologia* (przekł. M. Pałczewska). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Modrzyński, R., Ziębińska, M. (2019). „Alkoholizm” – zaburzenie czy nieuleczalna choroba? *Diagnoza uzależnienia w oparciu o DSM-5 oraz ICD-11 (cz. II)*. Terapia. Uzależnienia i Współuzależnienia, 1(XXII), 14-16
- Pędich, W. (1999). *Ludzie starzy w perspektywie XXI wieku*. Ethos, 12, 3(47), 129-137
- Pospiszył, I. (2011). *Patologie społeczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Przybyłka, A. (1998) *Patologia społeczna*. W: *Polityka społeczna* (praca zbiorowa). Katowice: Wydawnictwo Śląsk
- Puto, G., Repka, I., Ścisło, L., Targosz, B. (2016). *Wpływ zmiennych demograficzno-społecznych na palenie tytoniu i picie alkoholu przez osoby starsze*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 22(4), 298-302
- Rejman, B., Rejman, K. (2023). *Negatywne zjawiska społeczne i ich wpływ na jakość życia osób w wieku senioralnym*. W: M. Dziechciaż, B. Rejman (red.), *Starzenie się i starość – wybrane aspekty jakości życia osób w starszym wieku*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls
- Rogała, S. (2010). *Psychologiczne uwarunkowania oczekiwań ludzi starszych i przewlekłe choroby wobec rodziny*. W: S. Rogała (red.), *Starość i jej konsekwencje społeczno-rodzinne*. Opole: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu
- Ross, S. (2005). *Alcohol Use Disorders in the Elderly*. Primary Psychiatry, 12(1), 32-40
- Samochowiec, J., Samochowiec, A. (2016). *Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz inne uzależnienia*. W: M. Jarema (red.), *Psychiatria*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL
- Seligman, M.E.P., Walker, E.F., Rosenhan, D.L. (2003). *Psychopatologia* (przekł. J. Gilewicz, A. Wojciechowski). Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo
- Sobów, T. (2010). *Praktyczna psychogeriatrya: rozpoznanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo
- Steuden, S. (2018). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Stuart-Hamilton, I. (2000). *Psychologia starzenia się. Wprowadzenie* (przekł. A. Błachnio). Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo
- Suwała, M., Gerstenkorn, A. (2007). *Wykrywanie problemów alkoholowych u osób w starszym wieku*. Psychiatria Polska, 41(5), 703-713
- Trypka, E., Rymaszewska, J. (2022). *Uzależnienie od alkoholu wśród osób starszych*. W: M. Cybulski, N. Waszkiewicz, E. Krajewska-Kula, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Psychogeriatrya*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL
- Walkowska, W. (2007). *Aktywność – edukacja seniorów*. W: L. Frąckiewicz (red.), *W obliczu starości*. Katowice: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego
- Wawrzyniak, J.K. (2015). *Starzenie się i jego charakterystyka*. W: A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak, A. Chabior (red.), *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls
- Wawrzyniak, J.K., Fabiś, A. (2015). *Zachowania patologiczne w starości i wobec osób starszych*. W: A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak, A. Chabior (red.), *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls
- Wieczorowska-Tobis, K. (2011). *Specyfika pacjenta starszego*. W: K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A.M. Borowicz (red.), *Fizjoterapia w geriatrici*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL

- Wieczorek, Ł., Dąbrowska, K. (2023). Czynniki sprzyjające picciu alkoholu i mające wpływ na jego ograniczenie wśród seniorów. *Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA*, 3(103), 41-46
- Włodarczyk, E. (2014). *Proces wychodzenia z uzależnienia alkoholowego – od ograniczeń i spętania ku lepszej jakości życia*. Resocjalizacja Polska, 8, 101-11
- Włodarczyk, E. (2020). *Zaburzenia związane z używaniem alkoholu – obraz i możliwości pomocy*. W: H. Karaszewska (red.), *Człowiek w pułapce problemów. Psychospołeczne problemy jednostki oraz instytucjonalne i pozainstytucjonalne sposoby ich rozwiązywania*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM
- Wnorowska, A. (2017). *Picie alkoholu a palenie tytoniu i używanie innych substancji psychoaktywnych*. W: M. Wojnar (red.), *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
- Wnuk, M. (2006). *Zaangażowanie w ruch samopomocy a poczucie jakości życia osób uzależnionych od alkoholu. Mediacyjna rola poczucia sensu życia*. *Alkoholizm i Narkomania*, 19(4), 357-368
- Wojcieszek, K.A. (2009). *Dostępność jako podstawowy powód używania substancji psychoaktywnych*. W: M. Jędrzejko (red.), *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i nie chemicznych*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR
- Woronowicz, B.T. (1998). *Alkoholizm jest chorobą*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
- Woronowicz, B.T. (2002). *Problemy alkoholowe w praktyce lekarza rodzinnego*. *Medycyna Rodzinna*, 1(17), 16-22
- Woronowicz, B.T. (2009). *Uzależnienia: geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina
- Zalas, K. (2011). *Rodzina z problemem alkoholowym*. *Prace Naukowe AJD. Pedagogika*, 20, 285-303
- Zięba-Kołodziej, B. (2012). *Z dala od życia... Studium samotnej starości*. W: E. Kantowicz, G. Orzechowska (red.), *Zagrożone człowieczeństwo: Obszary zagrożeń człowieka w realiach współczesności*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls
- Zin-Sędek, M. (2019). *Rozpowszechnienie i style picia alkoholu wśród osób starszych na podstawie wyników Standaryzowanego Europejskiego Sondażu na temat Alkoholizmu (RARHA SEAS)*. *Alkoholizm i Narkomania*, 32(1), 1-24
- Ziółkowski, P. (2017). *Szkice z pedagogiki senioralnej*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy

Akty prawne

- Ustawa z 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tj. DzU 2002, nr 147, poz. 1231 ze zm.)