

Małgorzata Suwała, Andrzej Gerstenkorn

Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

# Rozpoznawanie problemów alkoholowych u osób w wieku powyżej 65 lat

## *Diagnostics of alcohol problems among people at age over 65*

### **Abstract**

*Alcohol problems among elderly people are common, however, they seem to be unnoticed by doctors. There are numerous symptoms observed among people over 65 years old that may signal alcohol problems, but are incorrectly perceived as typical onsets of aging process. The doctors avoid talking to their patients about alcohol use because they feel incompetent as to early detection of alcohol problems, dependence identification and relevant procedures. The research presents standardized tests used in early recognition of alcohol problems among elderly people, interpretation of their results and alcohol interview guidelines.*

**key words:** screening, alcohol, aging

### **Wstęp**

Obecnie w Polsce odsetek osób w wieku 65 i więcej lat wynosi około 13%, ale demografowie przewidują, że w 2015 roku udział osób w podeszłym wieku w społeczeństwie wzrośnie do 15%, a w 2020 roku do 19% [1]. Również w krajach Europy Zachodniej oraz Stanach Zjednoczonych obserwuje się postępujący proces starzenia się społeczeństw. Oczekuje się, że w Stanach Zjednoczonych w 2030 roku niemal co czwarty obywatel osiągnie starszy wiek, a liczba uzależnionych od alkoholu osób w podeszłym wieku się podwoi [2, 3]. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa coraz bardziej aktualne stają się problemy zdrowotne osób w podeszłym wieku, również te, które wiążą się z niewłaściwym modelem spożycia alkoholu. W wielu ważnych dokumentach i wytycznych dotyczących profilaktyki uzależnień, w tym VIII Raporcie Specjalnym dla Kongresu Stanów Zjednoczonych, zwraca się uwagę, jak ważnym zadaniem jest pro-

wadzenie przez lekarzy pierwszego kontaktu działań (zwłaszcza badań przesiewowych), które umożliwią wczesne wykrywanie zaburzeń związanych z piciem alkoholu, krótką interwencję mającą na celu zmianę dotychczasowych nieprawidłowych zachowań, a także pomoc osobom już uzależnionym [4]. Do podjęcia tego typu aktywności przez lekarzy niezbędna jest z ich strony znajomość prostych i szybkich narzędzi przesiewowych (testów diagnostycznych), pozwalających na wczesne wykrywanie problemów alkoholowych.

Picie ryzykowne, szkodliwe i uzależnienie od alkoholu, współwystępujące z paleniem tytoniu i nadużywaniem leków, to zaburzenia często występujące w populacji osób w podeszłym wieku. W Stanach Zjednoczonych szacuje się, że problemy ze spożyciem alkoholu ma 1–15% dorosłych osób w starszym wieku (ok. 10% mężczyzn i 3–5% kobiet) [5, 6].

W Polsce ciągle brakuje badań, które pozwoliłyby oszacować zasięg tego problemu. Polscy lekarze niemal całkowicie pomijają kwestie picia alkoholu w kontaktach z pacjentami. Spośród osób korzystających w ciągu ostatniego roku z konsultacji lekarskich jedynie 6% zetknęło się z pytaniem lekarza o ilość spożywanego alkoholu [7]. Natomiast Chodkiewicz

Adres do korespondencji:  
dr med. Andrzej Gerstenkorn  
Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
ul. Żeligowskiego 7/9, 90–752 Łódź  
tel.: (042) 639 32 65, faks: (042) 639 32 69  
e-mail: agerst@go2.pl

i Pisarski w swoim badaniu wykazują, że szacunkowy procent pacjentów z problemami związanymi z uzależnieniem lub nadużywaniem alkoholu wśród wszystkich osób zgłaszających się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) wynosi 14,6% [5]. Można jedynie przypuszczać, że z osobami starszymi lekarze jeszcze rzadziej rozmawiają o spożyciu alkoholu. Wiele objawów stwierdzanych u osób po 65 roku życia, takich jak na przykład: zaburzenia poznawcze, niedożywienie, niedokrwistość, niepewny chód, częste upadki, duże wahania nastroju i wiele innych lekarze przypisują „normalnemu” procesowi starzenia się, nie wiążąc ich z prawdopodobnymi problemami alkoholowymi. Mimo że objawy te mają często charakter bardzo subtelny, warto, aby lekarze w kontaktach z pacjentem w podeszłym wieku brali je zawsze pod uwagę.

Występowanie problemów alkoholowych u osób w podeszłym wieku jest zjawiskiem istotnym przede wszystkim ze względu na możliwość pojawienia się poważnych konsekwencji zdrowotnych w tej grupie osób. Większość tych pacjentów często, a nawet regularnie, odwiedza gabinety lekarskie, w tym gabinet lekarza POZ. Stwarza to bardzo dobrą okazję do wczesnego rozpoznania, a następnie do udzielenia pomocy, odpowiedniej do natężenia i skali wykrytych problemów alkoholowych. Mimo dużego rozpowszechnienia problemów alkoholowych w najstarszej populacji dorosłych pacjentów, często pozostają one nierozpoznane przez lekarzy. Lekarze POZ w Polsce sami określili, z czego głównie wynikają ich trudności z rozpoznawaniem, jak również dalszym postępowaniem z pacjentem, u którego stwierdzono problem alkoholowy [5].

Oto najczęściej podawane przyczyny:

- utrwalone przekonanie, że tego typu czynności i taka problematyka nie dotyczą lekarzy internistów i nie należą do ich obowiązków, a wyłącznie do specjalistów z zakresu uzależnień;
- brak wiary w skuteczność krótkiej interwencji i leczenia;
- nieumiejętność wczesnego wykrywania problemów alkoholowych, w tym brak znajomości testów, wywiadów i procedur postępowania umożliwiających identyfikację osób z tego typu problemami;
- brak czasu oraz nieuzasadnione przeświadczenie, że zastosowanie narzędzi wczesnego wykrywania i krótka interwencja wymagają dużego nakładu pracy i są czasochłonne.

Do tych barier należy dodać jeszcze, jasno wynikające z badań, niskie kompetencje polskich lekarzy do-

tyczące zarówno rozpoznawania, jak i leczenia uzależnień, zarówno w wymiarze teoretycznym, jak i praktycznym [5, 8]. W odniesieniu do przytoczonych wyników badań łatwo wnioskować, że zainteresowanie i znajomość metod wczesnego wykrywania problemów alkoholowych u osób w podeszłym wieku są jeszcze mniejsze.

Celem niniejszej pracy jest prezentacja najpopularniejszych kwestionariuszy do wczesnego wykrywania problemów alkoholowych u osób w starszym wieku (> 65 rż.) oraz omówienie zasad ich stosowania w podstawowej opiece zdrowotnej.

Pacjentów w starszym wieku, którzy mają problemy z alkoholem, można podzielić na dwie grupy. Do pierwszej grupy, stanowiącej około 2/3 osób w wieku 65 i więcej lat z problemami alkoholowymi, należą osoby nadużywające alkoholu od wczesnych lat młodzieńczych. Są to osoby, które dożyły wieku podeszłego pomimo wieloletniego intensywnego picia, będącego przyczyną wielu chorób, prowadzących głównie do przedwczesnej śmierci [9]. Osoby te rzadziej dożywają wieku podeszłego niż pijący mało lub abstynenci [10]. Rozpoznanie problemów alkoholowych w tej grupie pacjentów może być dla lekarza łatwiejsze, ponieważ większość z nich ma liczne problemy zdrowotne, takie jak: marskość wątroby, otępienie, zaburzenia psychiczne oraz inne stany wynikające z nadużywania alkoholu. Utrudnienie może stanowić w tej grupie pacjentów okresowe nadużywanie alkoholu ze stosunkowo długimi okresami picia umiarkowanego lub nawet abstynencji [8]. Drugą, mniej liczną grupę pacjentów stanowią osoby (około 1/3 osób starszych nadużywających alkoholu) rozpoczynające picie problemowe po przekroczeniu progu starości. U pacjentów tych znacznie rzadziej niż u pacjentów młodszych obserwuje się klasyczne następstwa intensywnego picia alkoholu (np. alkoholowe zapalenie wątroby), a ich problemy zdrowotne wynikające ze szkodliwego picia są dobrze maskowane przez objawy procesu starzenia. Trzeba zaznaczyć, że ryzyko nadużywania alkoholu rozpoczynające się w starszym wieku jest większe w grupie kobiet niż mężczyzn [2, 8, 11]. Jednak niezależnie od tego, z której grupy wywodzi się pacjent, lekarz powinien zwracać uwagę na objawy, czasami bardzo subtelne i mylące, które mogą zwiastować problemy alkoholowe. W tabeli 1 przedstawiono objawy, których występowanie u pacjenta w podeszłym wieku powinno skłonić do podejrzenia zaburzeń związanych ze spożyciem alkoholu [12, 13].

**Tabela 1.** Objawy, których występowanie może świadczyć o problemach alkoholowych pacjenta w podeszłym wieku. Opracowanie własne na podstawie [12, 13]

**Table 1.** *The symptoms that existence may show alcohol problems at an old patient. Self-elaboration on the ground of [12, 13]*

Sygnaly i symptomy potencjalnych problemów z alkoholem u osób starszych
— niepokój
— zawroty głowy, utraty świadomości
— pobudzenie lub depresja
— duża zmienność nastroju
— dezorientacja
— upadki, siniaki, oparzenia
— problemy rodzinne
— problemy finansowe
— problemy z prawem
— nietrzymanie moczu/kału
— rosnąca tolerancja na alkohol
— bóle głowy
— zaniki (utrata) pamięci
— występujące ostatnio trudności w podejmowaniu decyzji
— zaniedbania w higienie osobistej
— niedożywienie
— napady padaczki
— zaburzenia snu, bezsenność
— izolacja społeczna
— nietypowa reakcja na leki

Rozmowę na temat picia alkoholu (wywiad diagnostyczny) lekarz POZ powinien prowadzić ze wszystkimi pacjentami poszukującymi pomocy medycznej z powodu, który nie ma związku z piciem alkoholu, a na pewno należy przeprowadzić taką rozmowę z pacjentem, u którego rozpoznano objawy mogące świadczyć o problemach alkoholowych. Trzeba pamiętać, aby w rozmowie dotyczącej spożycia alkoholu ze starszym pacjentem kierować się poniżej wymienionymi zasadami, warunkującymi uzyskanie bardziej rzetelnych i prawdziwych informacji [8, 11, 12]. Należy:

- rozmowę na temat spożycia alkoholu rozpocząć od pytań otwartych o obecny stan zdrowia i tryb życia pacjenta;
- zadawać pytania w kontekście medycznym, to znaczy pytać o picie alkoholu jako o prawdopodobną przyczynę zaburzeń zdrowotnych i chorób;

- wykazywać szacunek i cierpliwość dla rozmówcy;
- przejawiać delikatny upór i konsekwencję w uzyskaniu potrzebnych informacji;
- unikać ostrego i stanowczego podejścia;
- wykazywać w stosunku do pacjenta delikatność i opiekuńczość, jednak bez protekcjonalizmu;
- w przypadku podejrzenia występowania otępienia starczego lub zmian organicznych w mózgu koniecznie przeprowadzić krótki test oceniający stan umysłowy pacjenta (np. SPMSQ, *Short Portable Mental Status Questionnaire* lub MMS, *Mini Mental Scale*);
- stosować wystandaryzowane narzędzia (testy), umożliwiające szybką diagnozę wstępną i precyzyjną interpretację uzyskanych wyników;
- upewnić się, czy rozmówca nie jest pod wpływem alkoholu, i zapewnić go, że podane informacje są poufne i objęte gwarancją pełnej anonimowości.

W szczególnych przypadkach można przeprowadzić test z bliskim członkiem rodziny pacjenta obecnym przy rozmowie.

Kwestionariusze powszechnie stosowane do wczesnego wykrywania problemów alkoholowych u osób dorosłych nie są odpowiednie dla pacjentów w starszym wieku, przede wszystkim z dwóch powodów. Po pierwsze, diagnozują one problemy alkoholowe na podstawie występowania społecznych, prawnych lub zawodowych konsekwencji picia, które u osób w starszym wieku najczęściej już nie występują [10]. Po drugie, pytania zawarte w testach dla osób dorosłych dotyczą najczęściej przeszłości, a nie uwzględniają ostatniego okresu życia (ostatniego roku).

Do najbardziej znanych standaryzowanych testów do wczesnego wykrywania problemów alkoholowych u pacjentów powyżej 65 roku życia, pozbawionych powyższych wad, należą:

- *Short Michigan Alcoholism Screeening Test — Geriatric Version (S-MAST-G)*;
- badanie ilości/częstotliwości picia (*Quantity/Frequency Screen*);
- kwestionariusz CHARM;
- test CAGE i jego modyfikacje.

#### **S-MAST-G, czyli Krótki Michigeński Test Przesiewowy — Wersja Geriatryczna**

W badaniach z zastosowaniem klasycznego 24-pytaniowego testu MAST (z punktem odjęcia 5 i więcej punktów) udowodniono jego niską czułość (52%) w odniesieniu do osób w podeszłym wieku [14], głównie z powodu braku zdolności do wykrycia proble-

mów alkoholowych występujących w ostatnim czasie. Po dodaniu do testu MAST 3 pytań — o picie alkoholu w ostatnim czasie (ostatni rok), w niedawnej przeszłości (ostatnie 5 lat) oraz dalszej przeszłości (dawniej niż 5 lat) — w 1998 roku powstał test *Veterans Alcoholism Screening Test* (VAST) [15]. Nie cieszy się on jednak zbyt dużą popularnością, być może dlatego, że jest dość długi i pracochłonny, a jego wykonanie (27 pytań) zajmuje przynajmniej 15–20 minut. W 1991 roku na Uniwersytecie Michigan, na bazie 13-pytaniowego testu S-MAST opracowanego przez Selzera, powstała geriatryczna wersja testu MAST pod skrótową nazwą test S-MAST-G [16]. Obecnie uznaje się go za najlepszy standaryzowany test do wczesnego wykrywania problemów alkoholowych u osób w podeszłym wieku. Charakteryzuje się on wysoką czułością i swoistością w wykrywaniu problemów alkoholowych osób w starszym wieku, pochodzących zarówno z populacji ogólnej, jak i pacjentów lekarzy POZ, podopiecznych pielęgniarek środowiskowych czy mieszkańców domów opieki społecznej [14]. Pytania tego testu przedstawiono w tabeli 2 [12, 16]. Interpretacja wyników testu jest następująca: 2 lub więcej pozytywne odpowiedzi (w skali 0–10) oznaczają dodatni wynik testu, czyli podejrzenie występowania problemów alkoholowych [12, 15, 16]. Średni czas przeprowadzenia testu u osoby w starszym wieku wynosi 4 minuty [17].

**Badanie ilości/częstotliwości picia** (*Quantity/Frequency Screen*) to drugie po teście S-MAST-G zalecane między innymi przez *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) narzędzie do wczesnego rozpoznania problemów alkoholowych u starszego pacjenta. W tabeli 3 przedstawiono strukturę tego testu. Jest on znacznie krótszy (czas wykonania — 1 min), a więc szybszy do wykonania u pacjenta w starszym wieku w porównaniu z testem S-MAST-G. Interpretacja wyników tego testu jest następująca: spożycie 8 lub więcej standardowych porcji alkoholu w tygodniu lub 2 bądź więcej porcji podczas picia okazjonalnego w ostatnim miesiącu stanowią podstawę do podejrzenia problemu alkoholowego [12]. Wartościowym narzędziem jest **kwestionariusz CHARM** opracowany w 1991 roku przez Sumnicha. Nazwę testu stanowi angielski akronim „wdzięk” lub „czar”, co dodatkowo ma zwracać lekarzom uwagę na konieczność łagodnego i delikatnego (z wdziękiem) podejścia do osób starszych poddawanych testowi. Celem kwestionariusza jest uzyskanie od osoby badanej następujących informacji: czy występuje/występowała u niej potrzeba ograniczenia, zmniejszenia ilości wypijanego alkoholu, jaki jest

**Tabela 2.** Krótki Alkoholowy Michigeński Test Przesiewowy — Wersja Geriatryczna  
**Table 2.** *Short Michigan Alcoholism Screening Test — Geriatric Version (S-MAST-G)*

LP	Pytania testu S-MAST-G	Tak	Nie
1.	Czy kiedy rozmawiasz z innymi ludźmi, mówisz, że pijesz mniej niż naprawdę?		
2.	Czy po kilku porcjach alkoholu czasami nie jesz lub opuszczasz posiłek, bo nie czujesz się głodny?		
3.	Czy kilka porcji alkoholu pozwala zapanować Ci nad drżeniem?		
4.	Czy alkohol czasami utrudnia Ci zapamiętywanie niektórych wydarzeń i momentów dnia lub nocy?		
5.	Czy czasami pijesz, aby się odprężyć lub ukoić nerwy?		
6.	Czy kiedykolwiek pijesz, aby się oderwać od problemów?		
7.	Czy kiedykolwiek piłeś więcej niż zazwyczaj w obliczu straty życiowej, np. śmierci kogoś bliskiego?		
8.	Czy lekarz lub pielęgniarka wyrazili zaniepokojenie ilością spożywanego przez Ciebie alkoholu?		
9.	Czy kiedykolwiek ustaliłeś własne zasady, aby poradzić sobie z picciem?		
10.	Czy kiedy czujesz się samotny, picie alkoholu Ci pomaga?		
<b>Suma:</b>			

**Tabela 3.** Badanie ilości/częstotliwości picia  
**Table 3.** *Quantity/frequency screen*

1.	Czy pijesz alkohol?	Tak	Nie
2.	Średnio, ile jest dni w tygodniu, w których pijesz alkohol?		
3.	W dniu, w którym spożywasz alkohol, ile porcji alkoholu pijesz?		
4.	Jaka jest maksymalna ilość wypijanego alkoholu, jaką spożyłeś przy okazji picia w ostatnim miesiącu?		
<b>Suma:</b>			

model, schemat picia, czy kiedykolwiek lub ktokolwiek zwracał uwagę, interesował się picciem danej osoby, jakie są powody picia — czy alkohol jest środ-

**Tabela 4. Kwestionariusz CHARM**  
**Table 4. The CHARM questionnaire**

Kwestionariusz CHARM (wdzięk, czar)	
<b>C</b>	<b>Cut down</b> — redukcja Ograniczenie, najbardziej intensywny okres picia alkoholu w życiu
<b>H</b>	<b>How</b> — w jaki sposób Zwyczaje i osobiste reguły kierujące picciem
<b>A</b>	<b>Anyone</b> — ktokolwiek Zdenerwowanie reakcją innych osób na picie alkoholu
<b>R</b>	<b>Relieve</b> — ulga, zapomnienie Powody picia: bezsenność, zaburzenia o charakterze społecznym lub emocjonalnym — depresja, samotność
<b>M</b>	<b>More</b> — więcej Picie więcej niż się zamierzało

kiem na zapomnienie i czy danej osobie zdarza się wypić więcej alkoholu, niż zamierzała (tab. 4). Uzyskanie 3 lub więcej odpowiedzi twierdzących upoważnia do podejrzenia problemów alkoholowych. Kwestionariusz CHARM umożliwia klinicznie użyteczną ocenę poziomu nadużywania alkoholu (można go również wykorzystywać do określenia problemów z przyjmowaniem leków przez osoby starsze). Szczegółowe pytania kwestionariusza CHARM przedstawiono w tabeli 5 [8, 18].

**Test CAGE (nazwa stanowi akronim angielskiego słowa „klatka”),** znany od 1984 roku i powszechnie stosowany w Stanach Zjednoczonych, ma wiele zalet — jest prosty, łatwy do zapamiętania, szybki w zastosowaniu, bo składa się tylko z 4 krótkich pytań (wypełnienie testu zajmuje niespełna 1 minutę) (tab. 6), ale cechuje się stosunkowo niską czułością (52%) w wykrywaniu problemów alkoholowych u osób starszych [14]. Głównie z tego powodu NIAAA zaleca, aby w wypadku posługiwania się testem CAGE u pacjentów powyżej 65 roku życia uzupełniać go o wywiad na temat ilości i częstości spożywania alkoholu w ostatnim okresie (ostatnim roku) [12, 18]. Test CAGE jest skuteczny w identyfikowaniu poważnych problemów alkoholowych osób w starszym wieku, wliczając nadużywanie i uzależnienie, choć należy zaznaczyć, że jego skuteczność w wykrywaniu tych problemów u kobiet jest mniejsza niż u mężczyzn [2, 19–21]. Interpretacja wyników testu CAGE jest następująca: udzielenie 2 lub więcej odpowiedzi twierdzących

**Tabela 5. Kwestionariusz CHARM — szczegółowe pytania**

**Table 5. The CHARM questionnaire — detailed questions**

#### Redukcja, ograniczenie

##### 1. Czy kiedykolwiek próbował/a Pan/Pani zredukować spożywaną ilość alkoholu lub przestać pić zupełnie?

W którym okresie życia pił/a Pan/Pani najwięcej? Czy uważa Pan/Pani, że ostatnio powinien/ powinna Pan/Pani zredukować spożycie alkoholu?

#### Model, zwyczaje

##### 2. Jaki jest schemat picia w P. przypadku?

Jakie ma Pan/Pani zwyczaje, zasady podczas picia alkoholu? Czy Pan/Pani sposób picia alkoholu zmienił się w ciągu ostatnich 3 miesięcy (w ostatnim roku)?

#### Ktokolwiek

##### 3. Czy ktokolwiek zainteresował się faktem, że nadużywa Pan/Pani alkoholu?

Ludzie różnie myślą o picu alkoholu; co Pana/ Pani rodzina i przyjaciele (znajomi) myślą o picu alkoholu przez Pana/Panią? Czy miał/a Pan/Pani kiedykolwiek kłopoty zdrowotne, z powodu których lekarz poprosił Pana/Panią o zredukowanie ilości spożywanego alkoholu?

#### Zapomnienie, ulga

##### 4. Czy kiedykolwiek pił/a Pan/Pani alkohol, żeby zapomnieć o swoich kłopotach?

(poszukiwanie zaburzeń o charakterze społecznym lub emocjonalnym — depresja, samotność) Z jakich powodów najczęściej sięga Pan/Pani po alkohol? Czy kiedykolwiek pije Pan/Pani alkohol, gdy jest Panu/Pani źle lub czuje się samotnie? Czy ma Pan/Pani kłopoty ze spaniem? Co Pan/ Pani robi, aby łatwiej zasnąć?

#### Więcej

##### 5. Czy kiedykolwiek wypił/a Pan/Pani więcej alkoholu, niż zamierzał/a?

W jakiej to było sytuacji? W jakiej sytuacji wypiłby/łaby Pan/Pani więcej alkoholu niż wcześniej Pan/Pani planował/a?

jest podstawą do podejrzenia uzależnienia od alkoholu [15].

Duże nadzieje wiąże się z zastosowaniem w populacji osób w starszym wieku testu AUDIT. Test ten, identyfikujący zaburzenia związane z picciem alkoholu (zwłaszcza

Tabela 6. Test CAGE

Table 6. The CAGE test

Pytania testu CAGE	
<b>C</b>	<b>Cut-down</b> Czy zdarzyło się Panu/Pani myśleć, że pije Pan/Pani za dużo?
<b>A</b>	<b>Annoyed by others</b> Czy ludzie irytowali, złościли Pana/Panią krytycznymi uwagami na temat Pana/Pani picia alkoholu?
<b>G</b>	<b>Guilty</b> Czy zdarzyło się Panu/Pani czuć źle lub mieć poczucie winy z powodu picia?
<b>E</b>	<b>Eye opener</b> Czy zdarzyło się Panu/Pani rozpocząć dzień od picia alkoholu, aby uspokoić nerwy lub zlikwidować kaca?

cza picie ryzykowne i szkodliwe), opracowany pierwotnie do stosowania w POZ, zawierający pytania o ilość i częstotliwość spożywanego alkoholu, podlega obecnie ewaluacji w grupie osób powyżej 65 roku życia [21].

**Interwencja.** W odniesieniu do osób w podeszłym wieku, u których nie rozpoznano uzależnienia, ale istnieje podejrzenie, że spożywanie przez nie alkoholu jest ryzykowne lub szkodliwe, lekarz powinien zastosować metodę krótkiej interwencji [22, 23]. Polega ona głównie na przekazaniu pacjentowi ogólnych wiadomości o nie-

korzystnym wpływie alkoholu (szczególnie przy jego nadużywaniu lub przekraczaniu rozsądnego limitu określonego dla osób w tym wieku) na funkcjonowanie organizmu. Grupie pacjentów, którzy przyjmują codziennie leki (czasami w dużej liczbie) lub charakteryzują się złym stanem zdrowia, należy zwrócić uwagę, że wcale nie powinni pić alkoholu. Lekarz koniecznie powinien poinformować pacjenta o interakcjach, jakie zachodzą między alkoholem a lekami o działaniu uspokajającym (np. lekami przeciwhistaminowymi). Krótka interwencja nie powinna trwać dłużej niż 5 minut i warto ją poprzeć wręceniem pacjentowi materiałów edukacyjnych, takich jak ulotka, broszura, związanych z omawianymi tematami. Pacjenci, w tym także starsi wiekiem, dobrze reagują na metodę krótkiej interwencji, co przekłada się na ograniczenie ilości spożywanego przez nich alkoholu [5, 7]. Wykorzystanie przez lekarza lub średni personel medyczny zaprezentowanych testów pozwala na wstępną identyfikację osób pijących ryzykownie, szkodliwie lub uzależnionych od alkoholu oraz daje możliwość zidentyfikowania osób potrzebujących dalszej, pogłębionej diagnozy w ośrodkach specjalistycznych. Stosowanie takich metod przesiewowych jest głęboko uzasadnione ze względu na poważne i liczne skutki problemów alkoholowych, wpływające zarówno na jakość, jak i długość życia osób w starszym wieku. Jednocześnie rozpowszechnienie problemów alkoholowych wśród osób po 65 roku życia jest na tyle duże, że uzasadnia koszty związane z prowadzeniem badań przesiewowych.

### Streszczenie

*Mimo że problemy alkoholowe u osób w starszym wieku są częste, to pozostają one nierozpoznane przez lekarzy. Wiele objawów stwierdzanych u osób po 65 roku życia może sygnalizować problemy ze spożyciem alkoholu, a mylnie przypisuje się je wyłącznie naturalnemu procesowi starzenia. Jedną z przyczyn niechęci lekarzy do podejmowania w rozmowie z pacjentem tematu picia alkoholu są niskie kompetencje dotyczące wczesnego wykrywania problemów alkoholowych, identyfikacji osób uzależnionych i procedur postępowania z tymi osobami. W niniejszej pracy przedstawiono standaryzowane testy stosowane we wczesnym wykrywaniu problemów alkoholowych u osób w starszym wieku, interpretację ich wyników oraz zasady prowadzenia wywiadu alkoholowego.*

**słowa kluczowe:** badanie przesiewowe, alkohol, starzenie się

### PIŚMIENNICTWO

1. Woronowicz B.T.: *Alkohol w wieku podeszłym*. Alkohol Nar-kom. 2005; 18: 133–137.
2. Blow F.C., Barry K.L.: *Use and misuse of alcohol among older women*. Alcohol. Res. Health 2002; 26: 308–315.
3. Gunter T.D., Arndt S.: *Maximizing treatment of substance abuse in the elderly*. Behavioral Health Management 2004; 3: 120–124.
4. *VIII raport Specjalny dla Kongresu USA. Alkohol i zdrowie*. PARPA, Warszawa 1995.
5. Chodkiewicz J., Pisarski A.: *Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej a problematyka uzależnień — doniesienie z badań*. Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia 2000; 3: 29–31.
6. Dufour M.C., Archer L., Gordis E.: *Alcohol and the elderly*. Clin. Geriatr. Med. 1992; 18: 127–141.
7. Jastrun E.: *Wzorce konsumpcji alkoholu w Polsce*. Świat Problemów 2006; 4: 4–7.

8. Świącki P.: *Postępowanie z określonymi grupami populacji. Profilaktyka szkód zdrowotnych związanych z używaniem alkoholu*. W: Świącki P. (red.). *Rozpoznawanie i leczenie pacjentów z problemami alkoholowymi w podstawowej opiece zdrowotnej*. PARPA, Warszawa 1995.
9. Thun M.J., Peto R., Lopez A.D. i wsp.: *Alcoholism consumption and mortality among middle-aged and elderly U.S. adults*. *New Engl. J. Med.* 1997; 337: 1705–1714.
10. *Alcohol and aging, alcohol alert*. No 2, 1988, NIAAA.<http://www.niaaa.nih.gov>.
11. Adams W.L., Barry K.L., Fleming M.F.: *Screening for problem drinking in older primary care patients*. *JAMA* 1996; 276: 1964–1967.
12. *Older adults and alcohol problems*. NIAAA Social Work Education Module 10c. <http://www.niaaa.nih.gov/>.
13. Barry K.L., Oslin D., Blow F.C.: *Prevention and management of alcohol problems in older adults*. Springer Publishing, New York 2001.
14. Jones T.V., Lindsey B.A., Yount P. i wsp.: *Alcoholism screening questionnaires: are they valid in elderly medical outpatients?* *J. Gen. Intern. Med.* 1993; 8: 674–678.
15. Magruder-Habib K., Stevens H.A., Alling W.C.: *Relative performance of the MAST, VAST and CAGE versus DMS-III-R criteria for alcohol dependence*. *J. Clin. Epidemiol.* 1993; 46: 435–441.
16. Blow F.C.: *Michigan Alcoholism Screening Test — Geriatric Version (MAST-G)*. Alcohol Research Center, Ann Arbor: University of Michigan 1991.
17. Connors G.J., Volk R.J.: *Self-report screening for alcohol problems among adults*. Retrieved 11/20/2004, from <http://www.niaaa.nih.gov/publications/arh26-4/308-315.htm>.
18. *Screening for alcohol problems in social work setting*. NIAAA Social Work Education. Module4. <http://www.pubs.niaaa.nih.gov/publications/Social/Module4Screening/Module4.htm>.
19. Blow F.C.: *Substance abuse among older adults. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series*, No 26. Rockville, MD: U.S. Department of Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment 1998.
20. Buschbaum D.G., Buchanan R.G., Welsh J. i wsp.: *Screening for drinking disorders in the elderly using the CAGE questionnaire*. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1992; 40: 662–665.
21. *Alcohol alert*. No. 56–2002, NIAAA.<http://www.niaaa.nih.gov/publications/aa56.htm>
22. Blow F.C., Barry K.L.: *Older patients with at-risk and problem drinking patterns. New developments in brief interventions*. *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.* 2000; 13: 115–123.
23. Fleming M.F., Manwell L.B., Barry K.L. i wsp.: *Brief physician advice for alcohol problems in older adults. A randomized community-based trial*. *J. Fam. Pract.* 1999; 48: 378–384.