

ALKOHOL U ŽEN VYŠŠÍHO VĚKU

MUDr. Emanuel Doněk, MUDr. Jana Doňková, Olga Doňková

Psychiatrická léčebna Kroměříž

Autoři podávají přehled problematiky nadužívání alkoholu ve vyšším věku. Podrobněji se zaměřují na nemocné s diagnózami F10x hospitalizovanými na ženském gerontopsychiatrickém primariátu v letech 2002–2006. Skutečnost, že tento soubor představuje 2,92% ze všech přijatých na primariát, považují za alarmující. Navrhují podrobné prošetření výskytu alkoholizmu u naší populace starší 65 let, cíleně zaměřenou anamnézu a v případě potřeby zahájení časné intervence.

Psychiat. pro Praxi, 2007; 8(6): 274–275

Slova alkohol a alkoholismus se v posledních letech vyskytují v našich sdělovacích prostředcích stále častěji. Zatímco je tomuto problému především u mladé generace věnována zasloužená pozornost, zůstává starší generace stále ještě na okraji zájmu, a to nejen médií. Důvodů je hned několik. Starý člověk obvykle nezapadá do obrazu, který jsme si vytvořili o mladších lidech nadužívajících alkohol, protože negativní sociální důsledky jsou ve stáří řidší. Navíc naše společnost se k této problematice staví u starších lidí benevolentněji a toleruje jim i to, co mladým ne. Kolem starého člověka se chodí po špičkách, i když se opijí. Rodinní příslušníci se obvykle snaží ze společenských důvodů celou záležitost bagatelizovat nebo zatajovat. Protože pijící dědeček je pro rodinu společensky únosnější než babička, je nadužívání alkoholu ve vyšším věku snadněji rozpoznáno u mužů než u žen. Zahájení časné intervence je velmi obtížné, protože obvykle chybí jakékoliv anamnestické údaje a na spolupráci rodinných příslušníků se nelze vždy spolehnout. Ve zdravotní dokumentaci nemocného může být požívání alkoholu nepoznanou příčinou např. gastrointestinálních potíží, pro které je starý člověk dlouhodobě léčen. Nadužívání alkoholu ve vyšším věku bývá proto často odhaleno, až když je překročena míra společenské tolerance nebo při hospitalizaci z nejrůznějších důvodů, kdy se náhle rozvine deliriozní syndrom (5, 7).

Starší lidé hospitalizovaní s diagnózou F10x v nejrůznějších psychiatrických lůžkových zařízeních představují pouze špičku ledovce, protože jejich problémy s nadužíváním alkoholu dosáhly takových rozměrů, že je již nešlo jinak řešit.

O vzrůstajícím alkoholizmu ve vyšším věku se v odborné literatuře začalo častěji psát až v posledním desetiletí 20. století – Liberto s Oslinem dokonce hovoří o jeho epidemii (4). Příčina se obvykle hledá v osamělosti, ztrátě partnera a z toho následné depresi, v ukončení pracovního poměru a neschopnosti si najít adekvátní náhradu a konečně ve zdravotních problémech (1, 5, 9).

Starší lidi nadužívající alkohol můžeme rozdělit do dvou skupin podle věku, ve kterém jejich návyk vznikl (1, 5, 6, 8):

1. Lidé, kteří začali pít již ve středním věku a dožili se vyššího věku. Podle Nešpora (6) se jedná až o 2/3 pijících starých lidí, Kovářová (3) je opačného názoru. Upozorňuje na to, že většina této skupiny se nedožije vyššího věku, protože umírá ještě před dosažením 65. roku života na somatické komplikace spojené s alkoholizmem. Uvádí však, že nemáme k dispozici spolehlivé a jednoznačné údaje o počtech lidí nadužívajících alkohol ve vyšším věku. To by vysvětlovalo oba zcela rozdílné názory na tuto skupinu nemocných.
2. Lidé, u kterých se návyk poprvé objevil až ve stáří. Tato skupina vykazuje řadu specifických znaků, souvisejících se změnami organismu způsobených věkem. V těle starého člověka dochází k úbytku svalstva, ke zmnožení tukové tkáně a snížení celkového množství vody v organismu. Protože alkohol je hydrofilní, zvyšuje se jeho koncentrace v krvi rychleji. V játrech člověka ubývá věkem alkoholdehydrogenáza, což má za následek pomalejší odbourávání alkoholu. Připočteme-li k tomu sníženou toleranci mozku na alkohol, nepřekvapí nás množství závažných intoxikací, vznikajících u starých lidí již při menších dávkách alkoholu (2, 5, 9).

Rozdíly požívání alkoholu ve stáří proti mladšímu věku jsou i ve způsobu pití, klinickém obraze a v následcích.

Řada starých lidí pije alkohol v malých dávkách pro jeho chuť nebo jako digestivum pro snazší trávení. Své pití dokáží natolik kontrolovat, že nedochází k rozvoji závislosti. Ti však, kteří se pomocí alkoholu snaží vyřešit své osobní problémy, velmi často neudrží své pití v únosných mezích a propadnou návyku se všemi důsledky.

Alkohol požívají starí lidé častěji v soukromí než ve společnosti, i když v poslední době se tento rozdíl začíná pomalu vytrácet (2).

Ve stáří má nadužívání alkoholu obvykle postupný, nepřerušovaný průběh. Postrádáme excesy se ztrátou kontroly přítomné v mladším věku, rovněž pokusy o abstinenci jsou méně časté (8).

Následků požívání alkoholu ve vyšším věku je hodně. Část z nich je způsobena interakcemi alkoholu s léky, které starý člověk potřebuje ve větším

množství než ve středním věku. Zvýšená vulnerability starého organismu vede k celé řadě dalších komplikací. Zhoršují se již přítomná somatická onemocnění, vznikají nová, např. toxometabolická postižení zažívacího traktu, kardiovaskulárního systému, ledvin, periferní neuropatie či ojedinělé epileptické paroxysmy a po opakovaných pádech nejrůznější úrazy, často se zlomeninami kostí a krvácením (2, 6, 7, 8, 9).

Nadužívání alkoholu ve vyšším věku svými psychickými projevy pokrývá velkou škálu diagnóz, kterou nám nabízí MKN – 10. Problémy může způsobovat nedostatečná nebo zkreslená anamnéza. I v tomto směru je nezbytná spolupráce odborných lékařů a konzultace s příslušným praktickým lékařem, zvláště není-li k dispozici pacientova zdravotní dokumentace (2, 6, 7, 8, 9).

Vlastní pozorování

Sledovaný soubor tvoří 65 nemocných starších 65 let, což je 2,92% ze všech hospitalizovaných v letech 2002 až 2006 na ženském gerontopsychiatrickém primariátu Psychiatrické léčebny Kroměříž. Byly přijaty z celé spádové oblasti bývalých okresů Břeclav (BV), Kroměříž (KM), Hodonín (HO), Prostějov (PR), Přerov (PV), Uherské Hradiště (UH), Vsetín (VS), Vyškov (VY) a Zlín (ZL). Deset nemocných (5,4%) bylo pro závislost na alkoholu hospitalizováno v psychiatrické léčebně již dříve ve středním věku. Ve společné domácnosti s manželem, druhem či dětmi žilo 17 nemocných (26,2%), přičemž 3 popíjely společně s partnerem nebo se synem. Příbuzní nebo okolí o závislosti věděli v 50 případech (76,9%), nedokázali jí však zabránit. Většina nemocných (57, tj. 87,6%) pila sama v ústraní, pouze 8 (12,3%) požívala alkohol veřejně. Protože více jak třetina spádové oblasti léčebny je vinařskou oblastí, překvapil nás výběr nápojů. Jen 11 nemocných (16,9%) pilo víno, další dvě skupiny požívající pivo nebo tvrdý alkohol tvořilo vždy 18 nemocných (27,7%), 18 bylo nemocných, kterým na výběru nápoje nezáleželo, což nejlépe vystihla jedna z nich: „...piju všechno, co mi kdo dá...“ V 6,2% jsme zjistili kombinaci alkoholu s léky: ve třech případech s trankvilizéry, jedna nemocná zapíjela alkoholem hypnotika. K hospitalizaci

Tabulka 1. Přehled rozložení a četnosti diagnóz nemocných starších 65 let hospitalizovaných na ženském gerontopsychiatrickém primariátu PL Kroměříž v letech 2002–2006 podle bývalých okresů

Dg	KM	PV	PR	ZL	HO	UH	VY	BV	VS	celkem
F102		5	2	5	1	4		2	5	24
F103			2	1	1	1			1	6
F104	4			3	1	1				9
F1056			2			1				3
F1071					1		1			2
F1073		2		4	1	6	5	3		21
celkem	4	7	6	13	5	13	6	5	6	65

Legenda: KM – Kroměříž, PV – Přerov, PR – Prostějov, ZL – Zlín, HO – Hodonín, UH – Uherské Hradiště, VY – Vyškov, BV – Břeclav, VS – Vsetín

na podnět psychiatra došlo v 27 případech (41,5%), praktický lékař doporučil léčbu u 21 žen (32,3%), zbývajících 17 nemocných (26,2%) bylo do psychiatrické léčebny přeloženo ze spádových nemocnic. Rozdílné počty nemocných z jednotlivých bývalých okresů si vysvětlujeme jednak vzdáleností od léčebny, jednak mírou tolerance okolím. Nejvíce nemocných, celkem 13 (20%), bylo přijato z bývalého okresu Uherské Hradiště a Zlín, z ostatních lokalit pocházelo 5 až 7 patientek. Pouze čtyři nemocné (2%), shodou okolností všechny jako odvykací stav s deliriem, byly přijaty z bývalého okresu Kroměříž.

V léčbě nemocných jsme se neodlišovali od doporučených postupů (1, 2, 5). Z psychofarmak byl nejčastěji podáván Tiapridal pro jeho minimální kontraindikace a interakce s jinými léky. Výhodou

primariátu je každodenní přítomnost internisty, který vede léčbu somatických komplikací a onemocnění, často dříve i nepoznaných. Přesto osm nemocných (12,3%) zemřelo na bronchopneumonii přítomnou již před přijetím do léčebny nebo na náhlé kardiovaskulární selhání během hospitalizace.

Literatura

1. Baštecký J a kol. Gerontopsychiatrie. Grada Avicenum. Praha 1994, s. 320.
2. Kalvach Z a kol. Geriatrie a gerontologie. Grada Avicenum, Praha 2004, s. 864.
3. Kovářová M, Dóci I. Charakteristika konzumentů alkoholu nad 65 roků v kontexte projektu Zdravé starnutie. Geriatria, 2002 (8)2: 78–82.
4. Liberto JG, Oslin DW. Early versus late-onset of alcoholism in the elderly. Int. J. Addict 1995, 30: 1799–1818.
5. Nešpor K, Csémy L. Léčba a prevence závislostí. Psychiatrické centrum Praha, 1996, s. 203.
6. Nešpor K, Dragomerická E, Csémy L. Alkohol u seniorů. Psychologie dnes, 2005; 3, s. 7.
7. Nešpor K. Návykové chování a závislost. Třetí aktualizované vydání. Portál, Praha 2007, s. 176.
8. Shahpesandy H a kol. Alkoholizmus v starobě – komparatívna štúdia sledujúca starých a mladých pacientov s poruchami v súvisi s alkoholom. Alkoholizmus a drogové závislosti 2005; (4)3: 149–163.
9. Shahpesandy H a kol. Alkoholizmus v starobě – následky a komplikácie. Alkoholizmus a drogové závislosti 2006; (4)4: 215–229.

Závěr

Vzestup nadužívání alkoholu u žen starších 65 let se nevyhnul ani spádové oblasti Psychiatrické léčebny Kroměříž. Zjištěné údaje považujeme pouze za špičku ledovce. Domníváme se, že je na místě zahájit co nejdříve podrobné sledování tohoto problému u celé populace starších lidí naší republiky. Pouze vzájemná spolupráce všech psychiatrických lůžkových zařízení, ambulantních psychiatrů, alkoholů, geriatrů, dalších specialistů a praktických lékařů může přinést objektivní výsledky a umožnit časnou intervenci a léčbu.

MUDr. Emanuel Doněk

Psychiatrická léčebna
Havlíčková ul. 1265, 767 01 Kroměříž
e-mail: doneke@plkm.cz