

Heikki Suhonen

## ALKOHOLIZEM V STAROSTI

### IZZIV ZA SOCIALNO DELO

#### OKVIR ZA RAZUMEVANJE ZLORABE ALKOHOLA PRI STARIH LJUDEH

V zadnjih letih poteka razprava o staranju in starajoči se populaciji v vseh zahodnih blaginjskih družbah. O starajoči se populaciji se govori kot o tveganju za blaginjo mlajših generacij in kot ekonomski izziv družbam. Tako imenovana baby-boom generacija, ki bo v bližnji prihodnosti dosegla upokojitveno starost, je generacija starih ljudi, ki je v celotni zgodovini najbolj številčna, najbolj izobražena, najbolj tehnološko usmerjena, najbolj pripravljena sprejemati tveganja in najbogatejša.

Pripadniki baby-boom generacije so v času svojega življenja doživeli velike družbene, kulturne in tehnološke spremembe. Svoje življenjske razmere so spremenili in razvili bolj kot katerakoli prejšnja generacija. V zadnjih desetletjih so imeli pomembno vlogo v politiki in poklicnem življenju. V bližnji prihodnosti bodo precej spremenili pogled na staranje in politike, povezane s starajočo se populacijo. Ne bodo se z lahkoto odrekli svoji pravici do samoodločanja, kot velika skupina pa bodo tudi politično pomembna starostna skupina v družbi (cf. Patterson, Jeste 1999).

Upokojevanje pripadnikov baby-boom generacije skupaj z daljšo povprečno življenjsko dobo pomeni velike demografske spremembe. Te so pomemben izziv, še posebej za zdravstveni in socialni sektor, še bolj pa za sistem socialnega varstva v celoti. To je generacija, ki je potrošniško usmerjena, hedonistična, ki veliko tvega v svojem zasebnem življenju – prav nasprotno od prejšnjih generacij. Veliko

tabujev je bilo preseženih prav v času življenja te generacije. Celo uživanje alkohola je kljub možnim negativnim posledicam sprejeto kot del vsakdanjega življenja ljudi v postmoderni družbi. Tveganja so dandanes sprejemljiva celo med starimi ljudmi; tudi pretirano uživanje alkoholnih pijač lahko razumemo kot individualno tveganje v zasebnem življenju.

Stari ljudje upajo, da bodo lahko čim dlje živeli običajno življenje v svojih lastnih domovih. Tudi v starejši dobi bodo ohranili svoje stare navade in življenjski slog. To pomeni, da številni stari ljudje uživajo alkoholne pijače, in pri nekaterih od njih se bodo pojavile težave z alkoholom oz. alkoholizem. Alkohol in zloraba drugih substanc povečujeta probleme, s katerimi se že zdaj srečuje starejša populacija. Čeprav stari ljudje uživajo (na demografski ravni) manj alkohola kot mlajše generacije, je absolutna in relativna raven težav z alkoholom med starimi ljudmi višja, kot je bila doslej. Nekateri raziskovalci že uporabljajo izraz »nevidna epidemija« (Levin, Kruger 2001: 1). Alkoholizem je že zdaj pomembna gerontološka tema in izziv za delo s starimi ljudmi v socialnem delu.

Stare ljudi, ki so alkoholiki, po navadi vidimo kot šibke in nezrele osebnosti. V tradicionalni retoriki je staranje razumljeno kot čas nesporne sreče, nakopičenja življenjskih izkušenj, odkritja smisla življenja in spominjanja (Tornstam 2003). Ni presenetljivo, da stari ljudje, ki imajo težave z alkoholizmom, skrivajo svoje probleme za zidom sreče. Skoraj gotovo ne želijo biti stigmatizirani.

Intervencije v zvezi z zlorabo alkohola pri starih ljudeh so v praksi zelo zapletene, saj so na

različne načine povezane s specifično družbo in kulturo. V različnih kulturah je zloraba alkohola pri starih ljudeh razumljena na različne načine in celo v isti kulturi se lahko odnos do pitja spreminja v času človekovega življenja. V kulturi, za katero je značilno uživanje velikih količin alkohola, velja le najbolj odklonsko pitje za problematično. Po drugi strani pa lahko v kulturi, ki je nagnjena k strogemu nadzoru uporabe alkohola, že zmerno uživanje alkohola velja za odklonsko vedenje. Nadzor in intervencija pri starih ljudeh, ki so alkoholiki, bosta torej v obeh kulturah dosegla različen odziv.

Če uporabimo le kronološko starost kot edini označevalec pri študijah alkoholizma v obdobju starosti, naletimo na številne težave. Med pripadniki iste starostne skupine lahko obstaja velika raznovrstnost. Ljudje pri 65. letih imajo morda veliko več skupnega z nekom, ki je star med 45–50 let, kot pa z nekom, ki je star 80 let. Da bi raziskovalci bolje razumeli nekatere od teh problemov, po navadi razlikujejo med pojmom »mladi stari« in »stari stari« (Neugarten 1996). V literaturi je splošno sprejeto, da je ločnica med obema skupinama starost 75 let. V praksi pa oba pojma navadno razlikujemo takole: »stari stari« utrpijo večje posledice na svojem zdravju kot »mladi stari«. Gerontološka literatura po navadi vpeljuje to razlikovanje, literatura, ki obravnava zlorabo alkohola in drog, pa le zelo redko (*ibid.*).

Na splošni demografski ravni se bo uživanje alkohola s staranjem povečevalo. Situacija med abstinentni in zmernimi pivci je stabilna tudi v starejši dobi, tisti pa, ki uživajo veliko in preveč alkohola, po navadi s starostjo zmanjšujejo uživanje, še posebej v četrtem življenjskem obdobju (stari stari) (Liberto *et al.* 1992). Stari ljudje poročajo o manj težavah v zvezi z alkoholom v primerjavi z mlajšimi generacijami (Moos *et al.* 2005). Obstajajo številne razlage za pojasnjevanje tega trenda. Preveliko uživanje alkohola lahko zviša raven umrljivosti med stari ljudmi, pa tudi s starostjo povezane bolezni in fizične spremembe lahko vplivajo na zmanjšanje ali prenehanje uživanja alkohola pri starih ljudeh. Spontano zmanjšanje uživanja alkohol je značilen in naraven del procesa

staranja (Stall 1987). Očitno je tudi, da osebe, ki so imele v mlajši dobi manj težav z uživanjem alkohola, manj pozorno spremljajo in podcenjujejo pitje alkohola, ko v starejši dobi življenja postanejo alkoholiki (Gilhooly 2005).

## RAZŠIRJENOST TEŽAV Z ALKOHOLOM PRI POPULACIJI STARIH LJUDI

Prepoznavanje težav z alkoholom pri starih ljudeh je pogosto podcenjeno in nenatančno prikazuje realno razširjenost in naravo alkoholizma v družbi. Orodja za prepoznavanje in spremljanje so po navadi prilagojena starosti, da bi z njimi odkrili težave z alkoholom pri mlajših ljudeh. Ta orodja za stare ljudi niso uporabna (Nemes *et al.* 2004). Označevalci, kot so zmanjšanje produktivnosti ali dejavnosti, družinski problemi in osamljenost, se lahko spreminjajo med staranjem tudi brez povezave z težavami z alkoholom. Motnje, povezane z uporabo alkohola, in posledice staranja se lahko v življenju starejših posameznikov povezujejo na različne načine (O'Connell *et al.* 2003).

Na etični kodeks, prepričanja in odnos do starih ljudi na splošno in posebej do težav z alkoholom starih ljudi pomembno vplivajo intervencije strokovnih delavcev in delavk. Zaradi stereotipov o alkoholizmu med stari ljudmi je prepoznavanje težav, povezanih z alkoholom, bolj zapleteno. Strokovni delavci so pogosto pesimistični glede pozitivnih učinkov zdravljenja ali pa menijo, da so težave z alkoholom značilne le za socialno izključene stare ljudi ali tiste iz nižjih družbenih slojev. Posledice tega so lahko napake pri odkrivanju težav z alkoholom pri starih ljudeh iz srednjega in višjega družbenega razreda (Menninger 2002). Nekateri strokovni delavci menijo, da so težave z alkoholom naravni del staranja. Morda mislijo, da so stari uživalci alkohola upravičeni do povečanega uživanja alkohola kot del njihove pravice do srečnega upokojskega življenja (Bleechem 2002).

Zanikanje težav z alkoholom je lahko velika ovira pri intervencijah. Če je star človek že več let »uspešno« zlorabljal alkohol, morda ne more

sam prepoznati vseh negativnih posledic čezmernega pitja. Ali pa dojema svoje težave bolj kot posledico staranja in manj kot kombinacijo uživanja alkohola in vsakodnevnih življenjskih razmer. Socialne delavke, medicinske sestre, zdravnice in drugi strokovnjaki ne bi smeli kot signala za začetek dela imeti le tradicionalnih motenj, ki izhajajo iz čezmernega uživanja alkohola (delirij, težave z jetri, abstinenčne krize ipd.). Na težave z alkoholom kažejo številni socialni in psihološki problemi (Menninger 2002).

Težava z rojdi za ugotavljanje, diagnosticiranje in prepoznavanje zlorabe alkohola pri starih ljudeh je v tem, da niso prilagojena starim ljudem, saj se vloge, življenjske okoliščine in zdravstvene značilnosti spreminjajo skupaj s staranjem. Stari ljudje se pogosteje kot mlajši srečujejo s pravnimi, družbenimi in poklicnimi problemi, povezanimi z zlorabljanjem alkohola, in verjetneje je, da se bodo morali spopadati z negativnimi posledicami za telesno zdravje (O'Connell *et al.* 2003: 665). Merila za diagnosticiranje in prepoznavanje zlorabe alkohola se pogosto osredotočajo na trenutno raven uživanja alkohola. Natančna ocena uživanja alkohola v življenju pa je pri presoji alkoholnih motenj pri starih ljudeh odločilna. Vsi ti dejavniki imajo za posledico manjše odkrivanje zlorabe alkohola pri populaciji starih ljudi in dajejo napačen vtis o realnih razsežnostih tega problema (Chaikelson *et al.* 1994).

Obstajajo le redke študije o pogostosti zlorabe alkohola in drog med starimi ljudmi. Pogostost se spreminja glede na to, katera starostna skupina je bila v središču preučevanja in za katere snovi je šlo. V ZDA 2–10 odstotkov starih ljudi, ki živijo v skupnosti, zlorablja alkohol, 20 odstotkov ljudi, starih vsaj 60 let, pa je hospitaliziranih zaradi zdravstvenih težav, povezanih z alkoholizmom. Le 6 odstotkov pacientov, sprejetih v programe za zdravljenje alkoholizma, pa je starejših od 55, čeprav je njihov delež glede na celotno populacijo večji od 20 odstotkov (Schonfeld, Dupree 1994). V raziskavah, ki so bile izvedene v bolnišnicah, se je pokazalo, da je pogostost alkoholizma pri starih ljudeh, ki živijo v ustanovah, večja kot pri tistih, ki živijo v skupnosti. Na oddelku

urgentne pomoči je približno 14 odstotkov pacientov starejših alkoholikov; v skupini starejših hospitaliziranih je delež 18 odstotkov in od 23 do 44 odstotkov psihiatričnih residenčnih uporabnikov trpi zaradi težav, povezanih z alkoholizmom (Goldstein *et al.* 1996).

V raziskavah o pogostosti zlorabe alkohola se raven težav, povezanih z alkoholizmom, spreminja glede na definicije, terminologijo in merila pri diagnosticiranju. Izrazi, kot so »čezmerno«, »hudi pivci«, »zloraba«, so interpretativne narave. V raziskavah, izvedenih v skupnosti, se pogostost zlorabe alkohola giblje med 2 in 4 odstotki, pri uporabi pojma »čezmerno pitje« pa lahko govorimo o 17 odstotkih (moški) in 7 odstotkih (ženske) (Johnson 2000). Med starimi ljudmi, ki zlorablja alkohol, so nekateri družbeno-demografski dejavniki povezani z uživanjem alkohola, npr. moški spol, socialna izolacija, ločen ali samski stan (Bristow, Clare 1992).

Čeprav se večina raziskav osredotoča na zlorabo alkohola in težave, povezane z uživanjem alkohola, je velik problem med starimi ljudmi tudi zloraba zdravil na recept in tistih, ki jih je mogoče dobiti brez recepta. V neki raziskavi, ki je zajemala 1700 ambulantnih bolnikov, so ugotovili, da ima 9,6 odstotkov diagnozo alkoholizem, 5 odstotkov pa je bilo napotenih na zdravljenje za odvisnost od predpisanih zdravil. Presenetljivo je, da je kar 92 odstotkov užívalcev zdravil ta uživalo vsaj 5 let. Dejavniki tveganja pri zdravilih na recept so bili: ženski spol, socialna izoliranost, kronična bolezen, jemanje kombinacije zdravil in zgodovina psihiatrične hospitalizacije in zlorabe alkohola (Jinks, Raschko 1990). V obsežni raziskavi so Moos in drugi (1994) poročali, da je 13,7 odstotkov starih ljudi v zdravstvenih ustanovah odvisnih od zdravil na recept.

## TEŽAVE Z ALKOHOLOM PRI STARIH LJUDEH

Tako dolgotrajno kot kratkotrajno povečano uživanje alkohola lahko povzroči številne telesne, psihološke in socialne težave pri starih ljudeh. V literaturi je lahko najti dejstva o pove-

zanosti čezmernega uživanja alkohola in tveganj za bolezni srca in ožilja, povišan krvni tlak in kapi (Gambert 1997, Ringler 2000). Alkohol poveča tudi nevarnost padcev, ki so po navadi vzrok za zlom kolkov. Zlom kolkov je pogost vzrok za dolgotrajno hospitalizacijo in celo smrtnost (Wright, Whyley 1994, Yan *et al.* 2001).

Zloraba alkohola pri starih ljudeh lahko poveča nespečnost ter inkontinenčne in prebavne težave (Tabloski, Maranjian Church 1999). Uživanje alkohola lahko pri starih ljudeh poveča tudi tveganje za Parkinsonovo bolezen in delirium tremens. Obe bolezni zvišujeta raven umrljivosti med starimi ljudmi (Freuerlein, Reiser 1986). Čezmerno uživanje alkohola pa lahko vpliva tudi na težave, povezane z zane-manjanjem samega sebe (slaba prehrana, slaba higiena, podhladitev ipd.) (Fingerhood 2000).

V literaturi so pogoste in zelo znane tudi študije o težavah z boleznimi jeter (hepatitis, zamaščenost jeter, ciroza ipd.), ki motijo vitalne procese presnavljanja v telesu. Bolezni jeter, povezane z alkoholom, so pogostejše s starostjo osebe, čezmerno uživanje alkohola pa situacijo po navadi poslabša. V nekaterih raziskavah so ugotovili povezavo med pretiranim uživanjem alkohola in rakom na jetrih (*ibid.*).

Številne raziskave so pokazale, da so dvojne diagnoze med starimi ljudmi pogostejše kot med mladimi (Blow *et al.* 1992). To dokazujejo podatki o razpoloženskih motnjah pri starih ljudeh, ki imajo težave z alkoholizmom: teh je kar od 12 do 20 odstotkov (Koenig, Blazer 1996). Depresivnim starejšim alkoholikom bolj grozi samomor, dolgotrajna zloraba alkohola pa napoveduje hujšo in bolj kronično obliko depresije v pozni življenjski dobi (Cook *et al.* 1991).

Obstajajo tudi dokazi o povečani pogostosti skoraj vseh oblik demence kot tudi Alzheimerjeve demence med starimi uporabniki alkohola (Thomas, Rockwood 2001). Carlen *et al.* (1994) so preučevali kognitivno oviranost pri osebah, starejših od 50 let, ki živijo v ustanovah dolgotrajne oskrbe. V tej skupini so raziskovalci naši 35-odstotno pogostost Alzheimerjeve demence, 19 odstotkov vaskularne demence, 24 odstotkov demence, povezane z zlorabo alkohola, in 22 odstotkov demence drugih

vzrokov. Osebe, pri katerih je bila demenca povezana z alkoholizmom, so bile v povprečju 10 let mlajše kot tiste z drugimi diagnozami demence. Strokovni delavci zdaj poročajo o povečanju demence, povezane z zlorabo alkohola (npr. Korsakovov sindrom), čeprav je odnos med alkoholno demenco in drugimi vrstami demenc zapleten (Dar 2006: 175).

Psihosocialni dejavniki, povezani z zlorabo alkohola pri starih ljudeh, po navadi sodijo v kontekst različnih strok, med katerimi je tudi socialno delo oziroma, natančneje, socialno delo s starimi ljudmi. V različnih študijah so številne psihološke dejavnike povezovali s težavami z alkoholom pri starih ljudeh, npr: žalovanje in izgube, krčenje socialnih mrež, nizek družbeni položaj, kronični stres, družinski dejavniki kot tudi osebna zgodovina pretiranega pitja in sprejemanje pitja (Norton 1998).

Žalovanje (še posebej po smrti zakonca) je značilna travma, ki jo doživljajo stari ljudje. Lahko povzroči povečanje uživanja alkohola, pozneje pa lahko vpliva na kopičenje številnih problemov v zasebnem življenju. Podobno je tudi pri razvezi in dolgotrajni ločitvi (Dufou, Fuller 1995). Za številnee posameznike pomeni upokojitev negativne izkušnje, npr. poslabšanje družbenega položaja in življenjskega standarda ter manjše dohodke. Sindrom praznega gnezda, zdravstvene težave, izgubljanje kognitivnih funkcij, zmanjšana želja po spolnosti in izgubljanje smisla življenja pripomorejo k povečanemu pitju pri starih ljudeh, čeprav nimajo zgodovine takšnega vedenja v zgodnejših letih (Norton 1998: 377). V starejši dobi posameznik razvije subjektivno zavest o lastni smrtnosti in začne se spominjati madih let. Alkohol je lahko pri tem orodje, da ustvarja manj negativna in manj moreča spoznanja o lastnem življenju (Tornstam 2003).

Težave z alkoholom pri starih ljudeh po navadi kategorizirajo bodisi kot zlorabo alkohola že od zgodnje dobe bodisi kot zlorabo alkohola v pozni dobi (Benshoff, Roberto 1987). Koncepta navadno nadomeščata izraza »kronična« in »reaktivna« zloraba alkohola (npr. Graham *et al.* 1994). Če se alkoholizem pojavi zgodaj, gre za življenjski vzorec čezmernega pitja. Te



osebe imajo najverjetneje tudi nekatere hude posledice pitja (Holbert, Tueth 2004). Številne raziskave kažejo, da dve tretjini starih ljudi, ki imajo težave z alkoholom, sodita v to kategorijo (Atkinson *et al.* 1990). V tej skupini je tudi pogosta družinska zgodovina težav z alkoholom, redno uživanje alkohola pa se je začelo že v mladosti. Razmeroma pogosto imajo tudi psihiatrične težave, cirozo in organske poškodbe možganov. V primerjavi s tistimi, ki začnejo piti pozneje, so v tej skupini pogosteje moški z nižjim družbenoekonomskim položajem. Imajo tudi več psihosocialnih problemov, težave z zakonom, manj so odzivni na zdravljenje (Menninger 2002).

Ocenjeno je bilo, da je tretjina starih ljudi, ki imajo težave z alkoholom, začela zlorabljati alkohol v starejši dobi (Adams, Waskel 1991: 432). Njihove težave z alkoholom so se začele med 40 in 50 letom starosti. Nekateri med njimi so začeli čezmerno piti po upokojitvi. Pogosto so to visoko izobražene osebe, ki začnejo bolj piti zaradi stresnega življenja. V nasprotju s tistimi, ki pijejo že od mladosti, imajo osebe v tej skupini manj težav s telesnim in duševnim zdravjem. Bolje se odzivajo na zdravljenje in se pogosto tudi spontano rešijo težav z alkoholom (Brennan, Moose 1996). V eni od raziskav je 21 odstotkov oseb iz te kategorije rešilo svoje težave z alkoholizmom v štirih letih zdravljenja. Rezultat je bil dvakrat boljši kot pri osebah, ki pijejo že od mladosti (Shutte *et al.* 1994). Osebe, ki začnejo piti pozneje, se s pitjem po navadi odzovejo na negativne življenjske situacije in dogodke (Ringler 2000).

Tisti, ki začnejo zlorabljati alkohol pozno, imajo večje socialne mreže. Najpogosteje so poročeni in manj verjetno je, da so bili kdaj priprti ali da so bili hospitalizirani zaradi alkoholizma. Rezultati oskrbe in rehabilitacije so pri njih boljši, morda zato, ker niso tako hudo in tako dolgo trpeli zaradi fizioloških in psiholoških posledic zlorabe alkohola (Brennan, Moos 1996).

Schonfeld in Dupree (1991) v svoji raziskavi pišeta, da so depresija, osamljenost in pomanjkanje socialne podpore med najpogostejšimi dejavniki, ki vplivajo na razvoj vedenja, ki vodi

v alkoholizmu v obeh skupinah, pri zgodnjih in poznejših pivcih. Zgodnji pivci so verjetneje zamenjali bivališče, bili pogosteje vinjeni in so doživeli hujše depresije in tesnobe. Poznejši pivci so bolj zadovoljni z življenjem in bolj motivirani za zdravljenje, bili pa so ocenjeni kot hujši alkoholiki. Zgodnji pivci pogosteje predčasno končajo zdravljenje (*ibid.*).

## ZDRAVLJENJE STARIH LJUDI, KI ZLORABLJAJO ALKOHOL

Konfrontacijske intervencije so namenjene prenehanju znikanja in upiranju priznanja. Zdravljenje temelji na konfrontaciji, ki »zlomi« osebo. Ta model lahko nekatere uporabnike označi tako, da občutijo sram in stigma. Konfrontacijski pristopi so uporabnejši pri starih ljudeh, ki pripadajo isti starostni skupini. Doživeli so namreč podoben zgodovinski, socialni in kulturni kontekst in dogodke. Pri tem pristopu stari ljudje po navadi potrebujejo čas za senzibilne terapevtske pogovore (Segal *et al.* 1996).

Intervencije in metode zdravljenja, pri katerih je pomembna starost, poskušajo povečati samozavest pri alkoholiku z uporabo podpornih vrstniških skupin ali določitev kratkoročnih ciljev. Starostno specifični program je pokazal višjo raven abstinence tako po šestih kot po dvanajstih mesecih (Kashner *et al.* 1992). V središču pozornosti morajo biti vsi mogoči dejavniki v uporabnikovem zasebnem življenju (npr. depresija). Starejše uporabnike bi bilo treba spodbuditi k iskanju novih dejavnosti in interesov v svojem vsakdanjem življenju, še posebej k ustvarjanju novih podpornih mrež (Zimberg 1996).

Kratke intervencije so večdimenzionalni načini spoprijemanja z alkoholizmom pri starih ljudeh. Cilj kratkih intervencij je ustvariti osebno motivacijo, ne glede na to, kako velike so težave z alkoholizmom. Odločilno je spreminjanje osebnega vedenja. Posebne spretnosti strokovnjakov in uporabnikov življenjski svet ne veljajo za posebej pomembne (Zweben, Fleming 1999). Starejši uporabniki bodo v dialogu s samim sabo glede tega, kaj so pozitivne in negativne strani zlorabe alkohola in lastnega

vedenja. Značilni elementi kratke intervencije so: ocena, določitev ciljev, spreminjanje vedenjskih vzorcev in uporaba gradiv za samopomoč.

Prvi korak pri ugotavljanju uporabnikove osebne situacije vključuje razumevanje, kako so težave povezane z zdravstvenim stanjem, družinskimi odnosi, sodelovanjem z oblastmi in čustveno uravnovešenostjo, pa tudi, kako so ti dejavniki povezani z zlorabo alkohola. Nasveti so jasni in v obliki kratkih navodil. Kratkoročni cilj je zmanjšati uživanje alkohola, ne doseči popolne abstinence. Pomemben del kratke intervencije je podajanje povratnih informacij. Srečanja so kratka (10–30 minut), število srečanj pa je po navadi omejeno. Največ pozornosti pri kratki intervenciji je namenjene izobraževanju uporabnikov, da bi našli motive in vzroke za čezmerno pitje. Kratka intervencija je še posebej učinkovita pri tistih, ki začnejo pretirano piti v pozni dobi, saj jim pomaga prekiniti krog odvisnosti. Uporabna pa je tudi pri uporabnikih z manj hudimi oblikami alkoholizma. Najpomembnejši oviri pri tem pristopu sta pomanjkanje učinkovitosti pri uporabnikih in njihove težave pri prepoznavanju svojega tveganega vedenja (Zweben, Fleming 1999).

Kognitivno-vedenjski pristop temelji na postopnem spreminjanju vedenjskih vzorcev. Osnovna cilja tega pristopa sta oblikovanje in krepitev, poudarja pa tudi misli, prepričanja, čustva, ki stare ljudi privedejo k zlorabi alkohola (Segal *et al.* 1996).

Z iracionalnimi prepričanji, ki pripomorejo k občutkom nemoči in obupa, stari ljudje, ki zlorablajo alkohol, normalizirajo svoj problem z alkoholizmom. Nekaj primerov škodljivih prepričanj, s katerimi se je treba spoprijeti (Norton 1998):

- dokončno sem izgubil nadzor nad svojim življenjem,
- (po upokojitvi) sem brez vrednosti in odvisen od drugih ljudi,
- prestar sem, da bi se zdravil zaradi alkoholizma,
- bolezen in oviranost sta neizogibni,
- izolacija in osamljenost sta naravni del staranja.

Motivacijsko intervjuvanje je pokazalo določeno učinkovitost tudi pri zdravljenju

starejših uporabnikov. Ta kognitivno-vedenjskih pristop motivira uporabnike, ker morajo opazovati protislovja med uživanjem alkohola in osebnimi cilji. Tako poskušamo uporabniku odpreti oči za protislovja med tem, kako pojasnjuje motive za svoje pitje, in cilji v osebem življenju. Opažanje teh protislovij je temelj sprememb pri uživanju alkohola. Ta pristop je dragocen v socialnem delu tako z odvisniki od alkohola kot tudi s tistimi uporabniki, katerih težave niso še zelo hude. Uporabiti ga je mogoče tudi pri starih ljudeh, ki imajo težave z zlorabo alkohola (Miller, Rollick 2002).

Podajmo nekaj ključnih značilnosti duha motivacijskega intervjuvanja. Motivacija za spremembe pride od uporabnika, ni vsiljena od zunaj. Uporabnik sam, ne socialna delavka ali svetovalka, artikulura in razreši svoje ambivalentnosti. Neposredno prepričevanje ni učinkovita metoda za reševanje teh ambivalentnosti. Slog svetovanja po navadi temelji na poslušanju in spodbujanju. Svetovalka usmerja in poskuša uporabniku odkriti in razrešiti ambivalentnosti. Pripravljenost na spremembe ni lastnost uporabnika, ampak proizvod medosebne interakcije. Terapevtski odnos temelji bolj na partnerstvu ali tovarštvu kot pa na vlogi strokovnjaka in prejemnika pomoči (Rollnick, Miller 1995).

Terensko delo je možen odziv na spoznanje, da je alkoholizem »nevidni problem«. Starejši alkoholiki se spopadajo z omejitvami glede mobilnosti in možnosti prihajanja na terapevtska srečanja. Zato se je treba z njimi srečati v njihovem okolju, vsaj na začetku zdravljenja. Kontekst zgodovine in družbene stigme lahko pri starih ljudeh vzbudita odpor do priznanja, da imajo težave z zlorabo alkohola (Shipman 1990).

Terensko delo je stara delovna metoda v socialnem delu, ki poskuša doseči prikrite alkoholike. Zrcali prehod k pristopom, usmerjenim na uporabnika, ki se razlikujejo od zgodnejših pristopov, usmerjenih na problem, pri katerih zunanji dejavniki niso bili deležni pozornosti. Sistematično terensko delo upošteva socialne mreže kot tudi osebne odnose pri tam, kakšen vpliv imajo na posameznikova dejanja. Ta pristop poudarja povečanje moči uporabnika in

partnerski odnos kot del uporabnikove socialne ekologije (Todtman, Todtman 1997: 406). Pri terenskem delu so intervencije in zdravljenje prilagojeni potrebam stare osebe, ki ima težave z alkoholom, in vključujejo: izobraževanje o zdravju, družinske posvete, morda tudi napotitev na zdravljenje v ustanovi. Naravni del tega pristopa so obiski na domu, ki jih izvede socialna delavka in drugi strokovnjaki, denimo socialne oskrbovalke v okviru pomoči na domu.

Zmanjševanje škode je učinkovita metoda, še posebej pri starih ljudeh, ki še niso bili deležni drugih zgodnejših intervencij (West, Graham 1999). Pri tem pristopu novi zdrsi v pitje veljajo za naravni del zdravljenja. Povratništvo ne pomeni konec zdravljenja, ampak začetek nove stopnje. Zmanjševanje škode je uporabno tudi v primeru odvisnosti od zdravil na recept (Kostyk *et al.* 1994).

Zmanjševanje škode pomaga posameznikom prepoznavati tiste vidike, ki izzovejo njihove probleme, in s tem zmanjšajo škodljive učinke zlorabe alkohola. Ta pristop pomaga zagotoviti nadaljnje svetovanje uporabnikom, da bi rešili svoje težave in našli storitve, ki jih potrebujejo. Zmanjševanje škode vključuje pojme, kot so sočutje, ustvarjanje nekonfliktne atmosfere in spreminjanje življenjskega sloga (Graham *et al.* 1994, Royer *et al.* 2000). Pri zmanjševanju škode je pogosto skupinsko delo. Občutki pripadnosti, izdelanih ciljev in pridobivanja jasnih informacij pomagajo prebroditi izolacijo starih oseb, zato da spet prezamejo vajeti svojega življenja (Segal *et al.* 1996). Skupinsko delo omogoča razprave o posledicah zlorabe alkohola brez stigmatiziranja posameznikov (Royer *et al.* 2000). Spremembe pri uživanju alkohola so po navadi nekakšni »stranski proizvod« zmanjševanja škode.

Veliko praktičnih ovir obstaja pri zdravljenju starih alkoholikov. Socialne delavke in druge strokovne delavke morajo te ovire prepoznati, tako da bi optimizirale izbrano metodo zdravljenja starih ljudi. Nekatere od teh ovir so: a) telesna onemoglost, b) težave z vidom ali sluhom, c) pomanjkanje možnosti za zdravljenje, č) ovire pri virih, s katerimi razpolagajo socialne delavke, d) pripravlje-

nost na opravljanje obiskov na domu (Segal *et al.* 1996). Določanje diagnoz in nadzor nad življenjem starih ljudi, ki so alkoholiki, lahko ovirata oblikovanje specifičnih definicij in metod spremljanja (*cf.* Solomon, Stark 1993).

V raziskavi, ki so jo izvedli na Finskem (Suhonen 2005), so socialne delavke povedale, da uporabniki ne poudarjajo svoje starosti med zdravljenjem. Starost je mogoče ugotoviti le posredno iz pogovora – ko uporabnik govori o svojih preteklih boleznih, travmatičnih izkušnjah in konfliktih. Vse to pomeni, da je spominjanje lastne življenjske preteklosti naravni del zdravljenja. V tej raziskavi je dvajset odstotkov uporabnikov v otroštvu ali mladosti doživelo travmatične življenjske dogodke (npr. vojna), čeprav se pred tem o teh izkušnjah še niso pogovarjali z nikomer. V zdravljenju je treba poszornost nameniti tudi tem temam (*ibid.*: 65).

Stari ljudje so bili pogosto motivirani za obiskovanje terapevtskih srečanj, četudi socialne delavke mislijo, da zdravljenje še ni prineslo napredka. Starejše ženske, ki imajo težave z alkoholom, so na začetku manj motivirane za terapijo kot njihovi moški kolegi. Pozneje pa se zelo in celovito integrirajo v zdravljenje. Socialne delavke menijo, da s starimi ljudmi lažje dosežejo terapevtski dialog. Težave starih ljudi so po navadi jasnejše, bolj konkretne, njihova življenjska situacija pa je bolj stabilna kot pri mlajših uporabnikih. Socialni pritiski (npr. delo, družinski odnosi, otroci, dejavnosti) niso tako akutni kot pri mlajših uporabnikih. Večina socialnih delavk ugotavlja, da so nazadovanja pri zdravljenju pri starejših uporabnikih pogostejša kot pri mlajših (*ibid.*: 67).

## IZHODIŠČA ZA PRIHODNOST

V prihodnosti bo povečanje težav z uživanjem alkohola pri starejši populaciji izziv za socialno delo v vseh zahodnih državah. Izobraževanje socialnih delavcev bi se moralo bolj osredotočiti na zlorabo alkohola pri starih ljudeh in na njene posledice tako na demografski kot tudi na individualni ravni. Hkrati bi moralo izobraževanje za socialno delo okrepiti spretnosti sodelovanja med strokovnimi delavci in družinskimi člani,

oskrbovalci idr. Sodelovanje bo skupaj s pomočjo na domu in oskrbo na domu zagotovo pomemben del intervencij pri delu s starimi ljudmi, ki imajo težave z alkoholom.

Večina metod in pristopov v socialnem delu je uporabnih tudi pri alkoholizmu in zlorabi substanc. Socialna podpora, terensko delo, kognitivni pristopi, kratke intervencije, motivacijsko intervjuvanje, zmanjševanje škode in skupnostno delo so primerni tudi pri delu s starimi ljudmi, ki imajo težave z alkoholom. Vloga gerontoloških podatkov in spretnosti bi se morala pri delu s starimi ljudmi, ki so alkoholi, okrepiti. Medikalizacija problema alkoholizma z lahkoto pozablja na psihosocialne dejavnike. Pri socialnem delu s starimi ljudmi pa so ti dejavniki pomembni, saj je socialno delo že po tradiciji vpeto v psihosocialni okvir.

V prihodnosti bodo morale socialne delavke dejavno ustvarjati nove pristope in programe za starejše uporabnike, ki imajo težave z alkoholom, in jih tudi evalvirati. Posebej se bo treba osredotočiti na alkoholike: starejše ženske, stare ljudi, ki živijo v ustanovah, stare ljudi, ki ne morejo do zdravstvenih ustanov, osebe z demenco in tiste, ki zlorabljajo tako alkohol kot tudi zdravila na recept.

Kako naj torej integriramo problemske in starostno-specifične pristope pri delu s temi uporabniki? Pri socialnem delu s starimi ljudmi, ki so alkoholi, je mogoče najti številne etične probleme. Starejši uporabniki so pogosto osamljeni, imajo bolezni in ovire v svojem vsakdanjem življenju. Lahko imajo simptome demence ali nerazrešene travmatične izkušnje. Lahko pa se preprosto sramujejo svojega alkoholizma. Kakšne možnosti ima pri socialno delo?

Kako celovito in intenzivno naj se socialna delavka loti teh problemov, še posebej ker uporabniki najverjetneje pred seboj nimajo več dolgega življenja. Kako ambiciozni naj bodo cilji zdravljenja? Kakšne so prednostne naloge pri delu s starejšimi uporabniki? Vsa ta vprašanja so zelo povezana s strokovnim etosom, skupnimi vrednotami in sistemom socialnega varstva, še posebej v okviru politik, povezanih s staranjem.

Socialno delo je vedno poudarjalo interakcijo med uporabniki in njihovim družbenim okoljem kot nekakšen ekološki pristop. Tradicionalni vidik socialnega dela opisuje kontekst odvisniškega vedenja kot širši kulturni, politični in ekonomski fenomen. Na težave z alkoholom pri starih ljudeh ne smemo gledati ločeno od družbenega okolja, v katerem se dogajajo. Pristopi socialnega dela so uporabni, bili pa so tudi že preverjeni v praksi dela z odvisniki od alkohola. Dandanes, ko z različnimi pristopi cveti »industrija zdravljenja«, lahko prav ti pristopi zagotavljajo stabilnost in izkušnje iz prakse tudi na področju zdravljenja in rehabilitacije starih ljudi, ki zlorabljajo alkohol in druge substance.

Predlog, da bi socialne delavke morale izhajati iz sposobnosti in kompetenc uporabnikov, je v jedru etosa dela s starimi ljudmi, ki zlorabljajo alkohol. Diagnoze, simptomi in zbiranje podatkov o težavah z alkoholom niso najpomembnejši, saj morajo socialne delavke delovati v psihosocialnem kontekstu starejših uporabnikov. Socialne delavke naj podpirajo starejše uporabnike z ustvarjanjem alternativnih načinov za zmanjševanje uživanja alkohola, brez konfrontacij. Če je alkoholizem prepoznan le kot osebna patologija, takšen odnoski zgolj stigmatizira posamezenika, neuspehi pri zdravljenju pa veljajo za osebne šibkosti uporabnika. Stari ljudje, ki imajo težave z alkoholom, z lahkoto postanejo pesimistični glede svojih možnosti, saj vedo, da jim ni preostalo več veliko časa.

Stari ljudje, ki imajo težave z alkoholom, so »dobri sovražniki« za varuhe morale v družbi. Razprave o povezavi med alkoholom in starimi ljudi se hitro lahko razširijo v moralno paniko. Diskurz o staranju in težavah z alkoholom pri starih ljudeh pomeni boj za premoč vpliva med politiki, strokovnjaki in ponudniki storitev zdravljenja. Socialno delo kot znanstveni in praktični poklic bi moralo imeti pomembno vlogo na področju strokovnih razprav o alkoholizmu pri starih ljudeh in praktičnih intervencij.

**Prevod: Ana M. Sobočan**



## VIRI

- ADAMS, S. L., WASKEL, S. A. (1991), Late onset of alcoholism among older Midwestern men treatment. *Psychological Reports*, 68: 432–434.
- ATKINSON, R. M., TOLSON, R. L., TURNER, J. A. (1990), Late versus early onset problem drinking in older men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 14, 4: 574–579.
- BENSHOFF, J. J., ROBERTO, K. A. (1987), Alcoholism in the elderly: Clinical issues. *Clinical Gerontologist*, 7, 2: 3–13.
- BLEECHEM, M. (2002), *Elderly alcoholism: Intervention strategies*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- BLOW, F. C., COOK, C. L., BOOTH, B. M., FALCON, S. P., FRIEDMAN, M. J. (1992), Age-related psychiatric comorbidities and level of functioning in alcoholic veterans seeking outpatients treatment. *Hospital Community Psychiatry* 43, 10: 990–995.
- BRENNAN, P. L., MOOS, R. H. (1996), Late life drinking behaviour. *Alcohol Health and Research World*, 20: 197–205.
- BRISTOW, M. F., CLARE, A. W. (1992), Prevalence and characteristics of at risk drinkers among elderly acute medical inpatients. *British Journal of Addiction*, 87: 291–294.
- CARLEN, P. L., McANDREWS, M. P., WEISS, R. T., DONGIER, M., HILL, J. M., MENZANO, E., FARNICK, K., ABARBANEL, J., EASTWOOD, M. R. (1994), Alcohol-related dementia in the institutionalized elderly. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18, 6: 1330–1334.
- CHAIKELSON, J. S., ARBUCKLE, T. Y., LAPIDUS, S., GOLD, D. P. (1994), Measurement of lifetime alcohol consumption. *Journal Studies on Alcohol*, 55, 2: 133–140.
- COOK, B. I., WINOKOUR, G., GARVEY, M. J., BEACH, V. (1991), Depression and previous alcoholism in the elderly. *British Journal of Psychiatry*, 158: 72–75.
- DAR, K. (2006), Alcohol use disorders in the elderly people: Fact or fiction? *Advances in Psychiatric Treatment*, 12: 173–181.
- DUFOUR, M., FULLER, R. K. (1995), Alcohol in the elderly. *Annual Review of Medicine*, 46: 123–132.
- FINGERHOOD, M. (2000), Substance abuse in older age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 12: 985–995.
- FREUERLEIN, W., REISER, E. (1986), Parameters affecting the course and results of delirium tremens treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 329: 120–123.
- GAMBERT, S. R. (1997), Alcohol abuse: Medical effects of heavy drinking in late life. *Geriatric*, 52, 6: 30–37.
- GILHOOLY, M. L. (2005), Reduced drinking with age: Is it normal? *Addiction Research and Theory*, 13, 3: 267–280.
- GOLDSTEIN, M. Z., PATAKI, A., WEBB, M. T. (1996), Alcoholism among elderly persons. *Psychiatric Services*, 47, 9: 941–943.
- GRAHAM, K., BRETT, P. J., BARON, J. (1994), *A harm reduction approach to treating older adults: The clients speak*. Fifth International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Toronto, 7.–10. marec 1994.
- HOLBERT, K. R., TUETH, M. J. (2004), Alcohol abuse and dependence: A clinical update on alcoholism in the older population. *Geriatrics*, 59, 9: 38–40.
- JINKS, M. J., RASCHKO, R. R. (1990), A profile of alcohol and prescription drug abuse in a high risk community-based elderly population. *Annals of Pharmacotherapy* 24: 971–975.
- JOHNSON, I. (2000), Alcohol problems in older age: A review of recent epidemiological research. *International Journal of Geriatrics Psychiatry*, 15, 7: 575–581.
- KASHNER, T. M., RODELL, D. E., OGDEN, S. R., GUGGENHEIM, T. G., KARLSON C. N. (1992), Outcomes and costs of two VA inpatient treatment programs for older alcoholic patients. *Hospital and Community Psychiatric*, 43, 10: 985–989.
- KOENING, H. G., BLAZER, D. G. (1996), Depression. V: Birren, J. E. (ur.), *Encyclopaedia of Gerontology: Age, ageing and the aged 1*. San Diego CA: Academic Press (415–428).
- KOSTYK, D., LINDBLOM, L., FUCHS, D., TABISZ, E., JACYK, W. R. (1994), Chemical dependency in the elderly: Treatment phase. *Journal of Gerontological Social Work*, 22, 1–2: 175–191.
- LEVIN, S. M., KRUGER, J. (ur.) (2000), *Substance abuse among older adults: A guide for social services providers*. Rockville MD: US DHHA – SAMHSA.
- LIBERTO, J. G., OSLIN, D. W., RUSKIN, P. E. (1992), Alcoholism in older persons: A review of the literature. *Hospital and community Psychiatry*, 43, 10: 975–984.

- MENNINGER, J. A. (2002), Assessment and treatment alcoholism and substance-related disorders in the elderly. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66, 2: 166–183.
- MILLER, W. R., ROLLIICK, S. (ur.) (2002), *Motivational interviewing – Preparing people for change*. New York: The Guilford Press (2. izdaja).
- MOOS, R. H., BRENNEN, P. L., MERTENS, J. R. (1994), Mortality rates and predictions of mortality among late-middle-aged and older substance abuse patients. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 18: 187–195.
- MOOS, R. H., BRENNEN, P. L., SCHUTTE, K. K., MOOS, B. S. (2005), Older adults' health and changes in the life-long drinking patterns. *Ageing and Mental Health* 9, 1: 49–59.
- NEMES, S., RAO, P. A., ZEILER, C., MUNLY, K., HOLTZ, K. D., HOFFMAN, J. H. (2004), Computerized screening of substance abuse problems in a primary care setting: Older vs. younger adults. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30, 3: 627–642.
- NEUGARTEN, D. A. (ur.) (1996), *The meaning of age. Selected papers of Bernice L. Neugarten*. Chicago: The University of Chicago Press.
- NORTON, E. D. (1998), Counselling substance-abusing older clients. *Educational Gerontology*, 24, 4: 373–390.
- O'CONNELL, H., CHIN, A-V., CUNNINGHAM, C., LAWLOR, B. (2003), Alcohol use disorders in elderly people: Redefining an age old problem in older age. *British Medical Journal*, 327: 664–667.
- PATTERSON, T. L., JESTE, D. V. (1999), The potential impact of baby boom generation on substance abuse among elderly persons. *Psychiatric Services*, 50, 9: 1184–1188.
- RINGLER, K. (2000), Alcoholism in the elderly. *American Family Physician*, 61, 6: 1710–1716.
- ROLLNICK, S., MILLER, W. R. (1995), What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 4: 325–334.
- ROYER, C. M., DICKSON-FUHRMANN, E., McDERMOTT, C. H., TAYLOR, S., ROSANSKY, J. S., JARVIK, L. K. (2000), Portraits of change: Case studies from an elder-specific addiction program. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 13, 3: 130–133.
- SCHONFELD, L., DUPREE, L. W. (1991), Antecedents of drinking for early- and late-onset elderly alcohol abusers. *Journal Studies on Alcohol*, 52, 6: 587–592.
- (1994), Alcohol abuse among older adults. *Review in Clinical Gerontology*, 4, 3: 217–225.
- SCHUTTE, K. K., BRENNAN, P. L., MOOS, R. H. (1994), Remission of late-life drinking problems: A 4-year follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18, 4: 835–844.
- SEGAL, D. L., VAN HASSELT, V. B., HERSEN, M., KING, C. (1996), *Treatment of substance abuse in older adults*. V: Cauter, ml., Ishaq, W. (ur.), *Contemporary Issues in Behavior Therapy: Improving the Human Condition*. New York, NY: Plenum Press (69–85).
- SHIPMAN, A. (1990), Communities aren't helpless: Outreach to older alcoholics works. *Ageing*, 361: 18–21.
- SOLOMON, K., STARK, F. (1993), Comparison of older and younger alcoholics and prescription drug abusers: History, and clinical presentation. *Clinical Gerontologist*, 12, 3: 41–56.
- STALL, R. (1987), Researches issues concerning alcohol consumption among ageing population. *Drug and Alcohol Dependence*, 19, 3: 195–213.
- SUHONEN, H. (2005), *Elämä on pysähtynyt keinu – Tutkimus ikääntyneistä, A-klinikan asiakkaita ja heidän asiakkuudestaan*. Helsinki: A-klinikkasäätiö, Monistesarja 48.
- TABLOSKI, P. A., MARANJIAN CHURCH, O. (1999), Insomnia, alcohol and drug use in community-residing elderly persons. *Journal of Substance Use*, 4: 147–154.
- THOMAS, V. S., ROCKWOOD K. J. (2001), Alcohol abuse cognitive impairment and mortality among older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 4: 415–420.
- TODTMAN, K., TODTMAN, D. (1997), Seniors outreach program: An alternative service for older people with substance use problems. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 8, 4: 405–410.
- TORNSTAM, L. (2003), *Gerotranscendence from young old age to old old age*. Uppsala: Uppsala University, The Social Gerontology Group, Department of Sociology. <http://www.soc.uu.se/publications/fulltext/gransoldold.pdf> (25. 4. 2011).
- WEST, P. M., GRAHAM, K. (1999), Clients speak: Participatory evaluation of a non-confrontational addictions treatment program for older adults. *Journal of Ageing and Health*, 11, 4: 540–564.

- WRIGHT, F., WHYLEY, C. (1994), *Accident prevention and risk-taking by elderly people. The need for advice*. London: Age Concern Institute of Gerontology.
- YAN, Z., DAWSON, N., COOPER, G. S., EINSTADTER, D., CEBUL, R., RIMM, A. A. (2001), Effects of alcohol-related diseases on hip fracture and mortality: A retrospective cohort study of hospitalized medicare beneficiaries. *American Journal of Public Health*, 91, 7: 1089–1093.
- ZIMBERG, S. (1996), Treating alcoholism: An age-specific intervention that works for older patients. *Geriatrics*, 51, 10: 45–49.
- ZWEBEN, A., FLEMING, M. F. (1999), Brief intervention to alcohol and drug problems. V: Tucker J. A., Donovan, D. M., Marlatt, Q. A. (ur.), *Changing addictive behavior: Bridging clinical and public health strategies*. New York, The Guilford Press (251–282).