

PROBLEMY ALKOHOLOWE W OKRESIE STAROŚCI W KONTEKŚCIE BRAKU POCZUCIA SENSU ŻYCIA

Streszczenie:

Problematyka artykułu zogniskowana jest wokół problemów alkoholowych doświadczanych przez seniorów. Zostały one omówione na tle szkicu charakterystyki tej fazy życia, wpisanych w nią strat i kurczących się możliwości oraz w kontekście chwiejnego w tym okresie poczucia sensu życia, sprzyjających powstawaniu i nasilaniu się problemów alkoholowych seniorów.

Słowa kluczowe: problemy alkoholowe, starość, seniorzy, sens życia

Abstract:

The subject of this article focuses on the alcohol problems of seniors. These problems were discussed against the background of the characteristics of this phase of life, losses and shrinking opportunities and in the context of the unstable sense of life in this period, which contribute to the emergence and intensification of seniors' alcohol problems.

Key words: alcohol problems, old age, seniors, the meaning of life

PONURY OBRAZ PÓŻNEJ DOROSŁOŚCI

CZYLI O POŻYWCE DLA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH SENIORÓW

Okres starości obfituje w doświadczenia obniżonej sprawności, kolejnych nieuchronnych strat i kurczących się możliwości (zwłaszcza dotkliwie odczuwanych przez tych seniorów, którzy w poprzednich fazach życia byli szczególnie aktywni pod względem zawodowym i społecznym). Potwierdzają to liczne wyniki badań naukowych oraz obserwacje codzienności seniorów. Z analizy danych demograficznych ilustrujących wiek Polek i Polaków wynika, że osoby po 60 roku życia stanowią liczną grupę liczącą niemal 9,5 mln, a zatem podjęta tu problematyka dotyczy potencjalnie około ¼ całkowitej liczby ludności Polski.

Dokuczliwość procesu starzenia dostrzegana jest w sferze *somy, psyche i polis*, wzajemnie się warunkujących. Niedomagania mogą dotyczyć funkcjonowania wszystkich zmysłów, narządów i układów, powodując powracające lub stałe dolegliwości i choroby, przy czym zachodzące zmiany fizyczne i utrata sprawności pociągają za sobą zmiany w zachowaniach, powiązanych ze spowolnieniem i utrudnieniami (Janiszewska-Rain 2005, s.

596-601; Worach-Kardas 2015, rozdz. 4; Kościńska 2017, s. 18-25; Bee 2004, s. 546-555; Steuden 2011, s. 32-48). Spowolniony zostaje również przebieg procesów poznawczych, w tym: szybkość spostrzegania, osłabienie selektywności, pojemności i przerzucania uwagi, obniżenie zdolności koncentracji, trudności w zapamiętywaniu i przypominaniu sobie informacji, obniżenie pojemności pamięci operacyjnej zaangażowanej w wykonywanie złożonych zadań poznawczych, upośledzenie przechowywania i przetwarzania informacji w pamięci krótko – i długotrwałej, osłabienie zdolności analitycznych oraz skuteczności rozwiązywania problemów (Mrozińska 2012, s. 70-81; Janiszewska-Rain 2005, s. 602-604; Steuden 2011, s. 48-51). Naturalnie uświadamianie sobie tych ograniczeń starzejącego się ciała i ich nieodwracalności wpływa na emocje. W stanie dominacji emocji negatywnych, z ich intensywnością bolesności seniorzy radzą sobie mniej lub bardziej zadowolająco dla nich samych, starając się czynić je znośnymi. Wpływ na stan ducha może mieć między innymi również sieć kontaktów społecznych oraz wielość i jakość relacji interpersonalnych, zwykle stopniowo ubożająca w miarę upływu lat. Towarzyszyć temu może subiektywnie odczuwane osamotnienie oraz poczucie bycia bądź potrzebnym i docenianym bądź zbędnym i bezużytecznym w życiu innych ludzi, szczególnie małżonków/partnerów, dzieci, wnuków, pracodawców i znajomych. Na samopoczucie wpływa także świadomość bycia jeszcze w miarę samodzielnym bądź niedołącznym, skazanym na wsparcie innych ludzi i uzależnionym od nich. Dodatkowo, po przejściu na emeryturę i później, dojść może także obniżenie dochodów, pogorszenie się sytuacji materialnej. Dojmującą dla wielu w tej fazie życia jest świadomość rozrastającej się w miarę upływu lat różnorodnej niedostępności, wielu ograniczeń, utraty intensywności, kurczącej się autonomii, nieodwracalności i nieuchronności. To dla niektórych prosta droga do odczuwania (i manifestowania lub ukrywania) swojego niepokoju, lęków, smutku, rozdrażnienia, irytacji, zgorzkniałości i przygnębienia.

Wiek senioralny to również zwykle okres podsumowań, wynikający „ze świadomości osobistego udziału we własnej biografii, z odpowiedzialności nie tylko za własne życie, ale i innych, a wszystko w perspektywie wpływającego życia” (Fabiś, Wawrzyniak, Chabior 2015, s. 285), to czas, w którym „pojawia się potrzeba >powiązania bagażu< – spojrzenia na swoje życie w perspektywie całościowej, zrozumienia jego sensu i celu, zintegrowania niektórych jego aspektów” (Janiszewska-Rain 2005, s. 611). Swoiste wyhamowanie, charakterystyczne dla okresu starości, sprzyja refleksjom nad życiem i jego sensem, rewizji własnej drogi życia, sporządzaniu rejestru dokonań i osiągnięć, inwentaryzacji i bilansowi zysków i strat – w perspektywie całego dotychczasowego życia. Ów bilans życia to podsumowanie dotychczasowej egzystencji, gdy „z jednej strony na szalę kładzie się wszystkie pozytywne

doświadczenia, osiągnięcia, sukcesy, momenty życia uznane za szczęśliwe, wartościowe, po drugiej stronie ciężą porażki, zaniedbania, niepowodzenia, niewykorzystane szanse, smutki i cierpienia własne oraz te wyrządzone innym” (Fabiś, Wawrzyniak, Chabior 2015, s. 285). Pomimo doświadczania negatywnych zdarzeń, człowiek może oceniać własne życie jako celowe i wartościowe (Steuden 2011, s. 111-112). W skrajnych jednak sytuacjach „(n)iespełnienie dotyczące istotnych celów, wartości – wywołuje kryzys egzystencjalny, poczucie pustki życiowej, nihilizm i bierność” (Zaborowski 2001, s. 279), wiążące się z potencjalnymi czynnikami ryzyka suicydalnego (kwestia samobójstw osób w wieku senioralnym poruszona została m.in. w: Bińczycka-Anholcer 2005, nr 1; Tucholska 2007; Bugajska 2007; Fąfara 2017; Kościńska 2017).

Okres starości, podobnie jak wcześniejsze fazy życia, stawia zadania rozwojowe, obejmujące kilka sfer życia. Zbigniew Woźniak, wskazuje tu, poza sferą egzystencjalną (związaną ze sprawnością psychofizyczną), sferą relacji z ludźmi (indywidualnych i grupowych), realizacji ról społecznych (przeformułowywanych lub nowych) oraz sferą materialną, na ważność dwóch kolejnych sfer i zadań rozwojowych, z którymi musi uporać się starszy człowiek (Woźniak 2016, s. 200-201). Jest nią poczucie tożsamości i związany z nim obraz samego siebie jako przewodnika działań, a w ich ramach: „sporządzenie bilansu życiowego oraz przeszacowanie kryteriów oceny całego życia i samego siebie w nowej sytuacji, nabywanie umiejętności czerpania satysfakcji z ostatniej fazy życia, zaakceptowanie zmian w poziomie niezależności i samodzielnym dbaniu o własne sprawy, utrzymywanie poczucia osobowej i moralnej integralności w obliczu licznych rozczarowań, zawiedzionych nadziei i niespełnionych marzeń oraz planów życiowych” (Woźniak 2016, s. 200). To także zbudowanie systemu znaczeń – zestawu przekonań opartego na wartościach, wpływającego na decyzje życiowe i nadającego sens doświadczaniu starości, a w jego ramach: „zaakceptowanie nieuchronności starzenia się oraz ograniczeń związanych z tym procesem, zbieranie owoców doświadczenia życiowego reintegracja wartości i celów życiowych, by mieć pewność znaczenia i godności własnego życia, uznanie sensu wcześniejszych faz życia oraz starości, substytucja zmienionych źródeł zaspokajania potrzeby satysfakcji, przygotowanie się na nieuchronne odejście partnera życiowego i samego siebie, budowanie zbioru przekonań o tym, że można żyć oraz umrzeć spokojnie i godnie” (Woźniak 2016, s. 201). Te ambitnie zarysowane dla okresu starości zadania rozwojowe dla wielu w tym okresie są wyzwaniem, z różnych powodów, ponad ich siły i możliwości.

W nawiązaniu do zadań rozwojowych okresu starości, przywołać można ośmioetapową teorię rozwoju Erika H. Eriksona (2002, s. 75), w myśl której człowiek w tej fazie, dopełniającej

cykl ludzkiego życia, musi uporać się z ostatnim kryzysem rozwojowym, którym jest opozycja integralności i rozpacz. „O ile integralność określić można jako skłonność umysłu do doświadczania ładu, harmonii i sensu w odniesieniu do całego otaczającego świata, ludzi i własnego życia, tak przeszłego, jak i teraźniejszego, o tyle rozpacz wiąże się z niemożnością pogodzenia się z faktem, że na tym jednym, już przeżytym życiu, kończy się cała egzystencja” (Brzezińska, Hejmanowski 2005, s. 630). Integralność to poczucie spójności i całości (Erikson 2002, s. 80), „kompletności, ładu i sensu, syntezy z całym swoim życiem i życiem innych” (Fabiś 2018, s. 42), zaś w stanie poczucia rozpacz, którą jest „poczucie niespełnienia, beznadziei, lęku przed śmiercią, ciężar kurczącej się przyszłościowej perspektywy czasowej i nieakceptacja przeżytego życia” (Fabiś 2018, s. 42), dominujący jest „żal za bezpowrotnie utraconymi szansami, przy jednoczesnym poczuciu, że zostało zbyt mało czasu, by miało sens dokonywanie w życiu jakichś zasadniczych zmian, że jest zbyt późno, by zacząć wszystko od nowa i podjąć próbę poszukania innej drogi do osiągnięcia poczucia integralności. Gorycz, pogarda dla innych, wstręt, zrzędlivość, koncentracja na niedostatkach życia i otaczającego świata, zatracanie się w czynnościach drobnych, jałowych, nieprzynoszących zadowolenia, poczucie narastającego chaosu i dojmujący lęk przed śmiercią to typowe symptomy świadczące o braku integralności” (Brzezińska, Hejmanowski 2005, s. 632-633).

Wszystkie wyżej wskazane obszary zmian i ich konsekwencje to tylko niektóre składowe jakości życia, w jej subiektywnej odsłonie. W tym kontekście odpowiednie jest ujęcie jakości życia w kontekście teorii potrzeb i traktowanie jej jako stopnia ich zaspokojenia (określając je jako podejście normatywne, z wykorzystaniem hierarchicznej koncepcji potrzeb Masłowa) (Rostowska 2008, s. 17, 27-34). Takie podejście sytuuje jakość życia w kategoriach motywacyjnych – w odniesieniu do możliwości i zdolności człowieka do zaspokajania własnych potrzeb, wiążąc się z potencjałem człowieka, umożliwiającym mu realizację ważnych dążeń (Rostowska 2008, s. 17). Zatem deprivacja wielu potrzeb seniorów (zwłaszcza tych, które w okresie starości nasilają się lub stają się ważniejszymi niż wcześniej), potwierdzana wynikami badań, wpływa na ich subiektywną ocenę jakości ich życia oraz ich poczucie satysfakcji z życia (przykłady badań, w których podjęto próbę operacjonalizacji tego wielowymiarowego konstruktów oraz subiektywnej i obiektywnej oceny jakości życia seniorów, odnaleźć można m. in. w: Tokaj 2000; Steuden 2011; P. Błędowski, Szatur-Jaworska, Szweda-Lewandowska, Kubicki 2012; Mossakowska, Więcek, Błędowski 2012; Stelcer 2013; Pikula 2015; Krzysztofiak 2016; Woźniak 2016; Błachnio 2019; Bieńkuńska, Ciecieląg, Góralczyk, Haponiuk 2020), z którymi wiąże się poczucie sensu życia, o którym będzie tu jeszcze mowa.

Za Anną I. Brzezińską i Szymonem Hejmanowskim (2005, s. 625) wskazać można cztery obszary czynników ryzyka, które w istotny sposób mogą obniżać poczucie jakości życia w okresie późnej dorosłości. Są nimi: 1) zasoby zewnętrzne w bliższym i dalszym otoczeniu osoby w poprzednich okresach jej życia, czyli kapitał społeczny wnoszony do tej fazy życia w postaci: bogactwa sieci kontaktów społecznych, zasobności regionu, zdolności społeczności lokalnej i sąsiedzkiej do samoorganizacji i samopomocy; 2) zasoby zewnętrzne w bliższym i dalszym otoczeniu osoby w aktualnej fazie jej życia, czyli pomoc w radzeniu sobie z problemami: dostępność przestrzeni publicznej dla osób starszych, liczba i dostępność różnych instytucji oraz kwalifikacje ich personelu, promowany w mediach obraz starości; 3) zasoby wewnętrzne ukształtowane w poprzednich okresach życia, w tym: wiedza, umiejętności, osobiste doświadczenia pozytywne i negatywne, wspomnienia, stosunek do siebie, stosunek do innych ludzi, ogólna postawa wobec życia; 4) zasoby wewnętrzne w aktualnej fazie życia: doświadczane ograniczenia sprawności receptorów wzroku i słuchu oraz sprawności ruchowej, stan zdrowia i dynamika doświadczanych chorób, poczucie kontroli nad sytuacją, poczucie sprawstwa i podmiotowości. Mając do dyspozycji (i będąc tego świadomym lub nie) owe cztery grupy zasobów, seniorzy, dążąc do maksymalizacji poczucia wysokiej jakości swojego życia, szukają różnych sposobów na zaadoptowanie się do odmienności i ograniczeń tej fazy życia, sięgając do sprawdzonych sposobów radzenia sobie lub znajdując dla siebie nowe przestrzenie aktywności, działając żywiołowo lub mając jakąś intencję i koncepcję. Te strategie sprawdzają się z różnym skutkiem, w różnych podokresach życia. Ich cel zdaje się być jeden: wypełnić pustkę po stratach, które – jak wynika z powyższych spostrzeżeń – bywają wieloaspektowe i niekiedy trudne do zaakceptowania.

Podjęmowane działania, podobnie jak i innych, tak i w tej fazie życia nadal muszą być napędzane nadanym im sensem, uświadomionym sobie celem i powodami zaangażowania. Brak wewnętrznej zgody na starość i przemijanie, zmaganie się z ograniczeniami będącymi skutkami starzenia się, niezadowolenie z kształtu swojego życia (dawnego i/lub obecnego), monotonia codzienności, poddanie się bezczynności i zobojętnieniu – to przyczyny wzmagające trudności z zaakceptowaniem własnej starości. Powiązana z nimi deprywacja potrzeb biologicznych, psychicznych i społecznych skutkuje zniechęceniem, osowiałością i zgorzkniałością lub popycha osoby w wieku senioralnym (choć nie tylko w tej fazie życia) do poszukiwania panaceum na te stany i klucza do adaptacji do starości. Jeśli zabraknie tego specyficznego motoru do działań, mającego konstruktywny charakter i konsekwencje, pojawia się zwykle jakaś „proteza”, substytut sensu i celu. Znakomicie w tej funkcji osadzają się substancje psychoaktywne, w tym łatwo dostępny alkohol.

DEFICYT POCZUCIA SENSU ŻYCIA (SENIORÓW) I JEGO KONSEKWENCJE

Pojęcie sensu życia doczekało się wielu konceptualizacji i opracowań, będąc zwykle ujmowanym jako problem filozoficzny lub konstrukt psychologiczny (przegląd np. w: Pilecka 1986), analizowanym w kontekście konkretnych koncepcji, doprecyzowujących jego rozumienie. Jednostkowe pytania o sens i cel życia, dalekie od naukowego teoretyzowania, to fundamentalne pytania egzystencjalne, stawiane sobie zwykle w przełomowych momentach życia, często implikowane wpływem istotnych wydarzeń i doświadczeń człowieka, sprzyjających analizom i podsumowaniom. (Auto)refleksjom nad sensem życia sprzyja również okres starości, a poczucie jego sensu warunkuje się wzajemnie i dwukierunkowo z jakością życia (nie tylko w tej fazie życia).

Rozważania dotyczące sensu życia kierują uwagę na jego ujęcie przez Victora Frankla, znanego zwłaszcza jako twórcę logoteorii i logoterapii, według którego dążenie do sensu to podstawowa właściwość istnienia człowieka. Podejście Frankla wskazuje na „wolę sensu” czyli podstawowe dążenie człowieka do tego, aby odnaleźć i wypełnić w życiu jego cel i sens (Frankl 2010, s. 52). Dodawał przy tym, że nie ma uniwersalnego sensu życia (Frankl 2010, s. 78), lecz że sens ludzkiego bytu zawsze jest sensem konkretnym czyli odnoszącym się *ad personam* i *as situationem* (Frankl 1976, s. 60), odnajdywanym, a nie nadawanym (Frankl 2010, s. 87). Zdaniem Frankla ów sens ludzkiego bytu urzeczywistnia się na trzy możliwe sposoby – trzy podstawowe drogi – poprzez: działania, kreację (tworzenie czegoś czyli dawanie czegoś światu), doświadczenie czegoś lub spotkanie kogoś (czyli czerpanie ze świata poprzez swoje doświadczenia i spotkania z innymi ludźmi) oraz dzielne znoszenie cierpienia (czyli postawa jaką człowiek przyjmuje w konkretnym położeniu życiowym, którego nie jest w stanie zmienić); sens życia tworzą zatem te trzy wartości: związane z kreacją, doświadczeniem i postawą człowieka (Frankl 2010, s. 96).

Z pojęciem sensu życia wiąże się frustracja egzystencjalna, którą od frustracji, jakie niesie codzienność, odróżnia: specyficzne zawężenie progu wrażliwości ogólnopercepcyjnej, wydłużony czas trwania, specyficzność oddziaływania na poszczególne wymiary egzystencji człowieka oraz związek z psychoduchowym (a nie biopsychicznym) wymiarem życia (Popielski 1987, s. 45-46). „W tej trudnej do spostrzeżenia zdolności powolnego paraliżowania dynamiki funkcji biopsychicznych jednostki tkwi niebezpieczeństwo jej patogenności” (Popielski 1987, s. 46). Co ciekawe, Frankl wśród skutków frustracji egzystencjalnej, wymienił uzależnienia od środków psychoaktywnych (jako jeden z elementów triady neurotycznej – wraz

z depresją i agresją) (Frankl 1978, s. 125, 126, 128), które dają ludziom przynajmniej jakieś poczucie sensowności, choć ostatecznie jest to droga na manowce i przyjmowanie tych środków nie prowadzi do znalezienia tak poszukiwanego sensu życia, a co więcej wzmacnia traktowanie swojej egzystencji jako pozbawionej celu i sensu.

Takie ujmowanie sensu życia jest bliskie również Kazimierzowi Popielskiemu (autorowi koncepcji noologoteorii i noologoterapii). Sens życia w proponowanym przez niego „egzystencjalnym odczytaniu funkcjonuje jako kategoria antropologiczno-psychologiczna o charakterze finalnym i celowościowym. Znaczy to, że poszczególne ciągi celów i wartości oraz procesy dążeń i odniesień, łączą się w większe całości egzystencjalno-kognitywne, życiowo ważne i egzystencyjnie znaczące. Stanowią empirycznie stwierdzalny efekt w postaci swoistego stanu uczuciowego zaangażowania podmiotowej świadomości. Jest poznawczo identyfikowany jako doświadczenie tego, co badacz może nazwać poczuciem sensu życia konkretnej jednostki” (Popielski 1996, s.53). Poczucie sensu – interpretowane logoteoretycznie – jest natomiast „analizą realnie przeżywanego i doznawanego doświadczenia jednostki. Dokonuje się ono w kontekście osobistych refleksji, analiz i przeżyć jednostki. Tym samym propozycja tego ujęcia wskazuje na podmiotowe źródła ‘znaczeń’ egzystencjalnie ważnych i sensotwórczych” (Popielski 1996, s. 54). Kazimierz Popielski używa również pojęcia ‘sens egzystencjonalny’ (egzystencyjny), który w jego ujęciu „łączy się z przekonaniem o sensowności i celowości własnego (jednostkowego) życia. Źródłem takiego poczucia jest doświadczanie sensu w życiu osobistym, w konkretnych sytuacjach życia, w perspektywie oceny przeżyć, wyborów, decyzji, itp. działań” (Popielski 1996, s. 50). I wreszcie egzystencyjne poczucie sensu autor ten rozumie jako swoiste uogólnienie „doświadczeń sensowności konkretnych doznań, przeżyć, spraw i zdarzeń w konkretnych sytuacjach życiowych (=biograficznych). Empiryczną podstawą dla urobienia sobie przeświadczenia o ‘sensie’ jest rzeczywistość wielowymiarowego funkcjonowania potrzeb i tego, co je zaspokaja. (...) Sens zdaje się być wbudowany (zakodowany) w życie, w świat ludzkich potrzeb, obserwacji, percepcji, dążeń, odniesień itp. aktywności. (...) Stąd ‘sens’ nie jest tworem człowieka, a raczej doświadczeniem odkrywanym w procesie życia, jako coś, co istnieje w nim jako potrzeba, ale również i jako tego rodzaju rzeczywistość poza nim samą, która ta potrzebę potrafi wypełnić” (Popielski 1996, s. 52). Brak sensu, zdaniem tego autora, wiąże się z wartościowymi celami, gdy dokładniej ze stanem, gdy ich brakuje lub okazały się „zawodne, fałszywe, niewłaściwie postawione i bezpodstawnie zabsolutyzowane. Słowem, gdy stają się niewystarczające i tracą moc orientowania, odnoszenia, pociągania, tzn. gdy przestają motywować” (Popielski 1993, s. 190).

Podsumowując dotychczasowe rozważania: sens życia nabiera zatem znaczenia w indywidualnych odniesieniach – spersonalizowanym, subiektywnym poczuciu – jego postrzeganiu, orzekaniu i doświadczaniu, bo tylko wówczas stanowi tarczę ochronną i motor do działania. Ludzkie życie „bez nadanego mu przez sam podmiot sensu jest jałowe, czyni człowieka bezbronnym, wobec powikłań życiowych i powoduje, że jego zdolności pozostają niewykorzystane, gdyż brakuje mu nadrzędnych racji koniecznych do podejmowania wysiłku wychodzącego poza sprawy bieżące. Natomiast życie usensownione nadaje biografii człowieka specyficzną wartość. Dzięki niej znajduje on w sobie i w tym, co czyni, i w imię czego czyni, racje niezbędne do stawiania ważnych celów i przewycięzania związanych z nimi trudności. Nawet niepowodzenia i straty nie powodują przygnębienia i apatii, gdy działanie osoby jest fragmentem szerszego, sensownego kontekstu. Sukces w działaniach sensownych powoduje nie tylko ulgę i doraźne zadowolenie. Staje się źródłem rzetelnej satysfakcji wzbogacającej jakość życia” – tak o ważkości sensu życia pisał Kazimierz Obuchowski (1990, s. 7), dodając na końcu odniesienie do osób w starszym wieku (a właściwie szerzej: osób u schyłku swojego życia): „posiadanie i realizowanie sensu życia powoduje, że osoba u schyłku swego żywota może nie uważać go za zmarnowany i gotowa jest pożegnać się z nim z żalem, ale i poczuciem spełnienia” (Obuchowski 1990, s. 7). W skrajnej postaci mówić można o pustce egzystencjalnej, która „wynika z braku pozytywnych doświadczeń wartości, z braku punktów odniesienia. Ogarniając jednostkę wprawia ją w stan niemożności przekraczania własnych uwarunkowań. Pustka lub vacuum egzystencjalne jest generalnym symptomem frustracji egzystencjalnej jako okresowego zaburzenia funkcjonowania sfery duchowej człowieka. Przedłużający się stan frustracji egzystencjalnej oraz towarzyszące mu zjawiska, takie jak rezygnacja z rozwijania naturalnych wyposażań i dążeń, wycofywanie się z zaangażowania twórczego i odpowiedzialnego kierowania swoim losem, rezygnacja z wysiłku nadania życiu pozytywnych treści, jednostronna koncentracja na przeszłości, absolutyzowanie możliwych doznań w przyszłości i skrócenie perspektywy egzystencji do funkcjonowania ‘tu i teraz’, lęk przed przyszłością, brak egzystencjalnych znaczących doznań oraz zatracenie sensotwórczych wartości – razem wpływają na utrwalony sposób nieradzenia sobie z sytuacjami egzystencjalnie trudnymi” – taki obraz kreśli Grażyna Dolińska-Zygmunt (1990, s. 14-15), przywołując potencjalność wystąpienia nerwicy noogennej, charakteryzowaną w taki sposób przez Kazimierza Popielskiego (1987). Jej specyfika nasuwa na myśl podobny do niej portret człowieka w starości, odwzorowujący podobne stany.

Indywidualne poczucie sensu życia stanowi strukturę korelującą z wieloma współwyznaczającymi je determinantami, w tym między innymi w zależności od ważności

znaczenia dla konkretnej osoby każdego z trzech wymiarów temporalnych – od podsumowań tego, co było, oceny tego, co jest i spodziewanej partycypacji w tym, co będzie. Jednostkowe osadzenie na tym temporalnym kontinuum różni się w swoich skutkach w zależności od aktualnej fazy życia człowieka i składowych współtworzących jego codzienność. Starość jest tą fazą życia człowieka, którą cechuje raczej zwrot ku przeszłości i terażniejszości, ze słabszym wychyleniem ku przyszłości (reorientacja temporalna polegająca na zamianie nastawienia prospektywnego na retrospektywne i prezentystyczne (Straś-Romanowska 2011 s. 341), z nimi zaś wiąże się trojaka akceptacja własnego życia: własnego istnienia w ogóle, swojej dotychczasowej drogi życia oraz własnego aktualnego miejsca w życiu (Zaborowski 2001, s. 232). Konieczne jest jednak uprzednio poszukanie znaczenia (*meaning*) (Krok 2010, s. 283) w przeszłych i terażniejszych wydarzeniach i sytuacjach, które poprowadzi do ich zrozumienia i nada doświadczeniom głębszego wymiaru, a dalej stworzy podbudowę do poczucia sensu życia i w pewnym stopniu i zakresie ułatwi radzenie sobie w trudnych sytuacjach. Ów sens, podatny na zmiany wywołane czynnikami podmiotowymi i sytuacyjnymi, nie jest jednak dany raz na zawsze. W wyniku wydarzeń życiowych może zostać utracony, a może również zostać przedefiniowany lub na nowo odkryty, nadany i nazwany.

Ilustrację badawczą poczucia sensu życia seniorów odnaleźć można w doniesieniach zebranych w raporcie Głównego Urzędu Statystycznego pt. *Jakość życia osób starszych w Polsce*. Wynika z niego, że w 2018 roku „dwie trzecie mieszkańców Polski w wieku co najmniej 65 lat (ok. 67%) uznało, że to czym się przeważnie zajmują w życiu ma sens. Nieco wyższą wartość wskaźnika poczucia sensu w życiu w populacji osób starszych odnotowano wśród mężczyzn (ok. 70%) niż wśród kobiet (ok. 66%). Znacznie częściej swoje życie za mające sens (przy przyjętej definicji), uznawały osoby starsze tworzące lub wchodzące w skład gospodarstw wieloosobowych (ponad 69%) niż osoby tworzące gospodarstwa jednoosobowe (ok. 62%). Różnica w poziomie wskaźnika poczucia sensu życia między seniorami mieszkającymi na wsi i w miastach wyniosła 7 p. proc. Na wsi sens w życiu odczuwało bowiem ok. 63% osób, natomiast w miastach ok. 70%. W największych ośrodkach miejskich (co najmniej 500–tysięcznych) poczucie sensu w życiu deklarowało ponad 73% seniorów” (Bieńkuńska, Ciecieląg, Góralczyk, Haponiuk 2020, s. 131). Wyniki uzyskane w tym badaniu roku wskazują również, że „dobrym samopoczuciem charakteryzowało się w Polsce ok. 38% osób w wieku 65 lat i więcej. W tej grupie wieku wyraźnie częściej z kumulacją pozytywnych symptomów stanu emocjonalnego spotykano się wśród mężczyzn (ok. 44%) niż wśród kobiet (ok. 34%). Dobrym samopoczuciem (przy przyjętych kryteriach) cieszyły się częściej osoby starsze z gospodarstw wieloosobowych niż osoby samotnie gospodarujące (odpowiednio ok.

40% i ok. 33%). Relatywnie częściej z kumulacją pozytywnych symptomów stanu emocjonalnego wśród osób w wieku co najmniej 65 lat spotykano się w miastach niż na wsi” (Bieńkuńska, Ciecieląg, Góralczyk, Haponiuk 2020, s. 134). Badanie to, dostarczające interesujących informacji na temat sytuacji osób starszych, nie obejmowało niestety kwestii spożywania alkoholu.

ALKOHOL – „LEK NA CAŁE ZŁO” (STAROŚCI)

Postawa wobec własnej starości, jej percepcja i przeżywanie, charakter adaptacji do niej oraz sposoby radzenia sobie się z problemami i ograniczeniami tego okresu życia – diagnoza tych wymiarów funkcjonowania osób w okresie starości może okazać się kluczem (w ograniczonym zakresie, bo wymagającym brania pod uwagę szeregu innych czynników) do przewidywania ich zachowań. Frustracja i negatywizm, brak (dostrzeganych i realnie dostępnych) zasobów personalnych i społecznych, połączone z poczuciem braku sensu życia (odczuwane nie tylko w okresie starości) – to tylko niektóre stany emocjonalne, sprzyjające sięganiu po łatwe i dostępne sposoby radzenia sobie z nimi i z siłą ich destrukcyjnego wpływu.

Badania Ryszarda Poprawy (2003, s. 236) dały podstawy, aby twierdzić, że osoby pijące alkohol w sposób stwarzający ryzyko uzależnienia, mają pozytywne oczekiwania wobec alkoholu i przede wszystkim piją go po to, aby radzić sobie ze stresem i regulować emocje. Zdradzają ponadto trudności z określeniem sensu swojego życia, nie czują, aby ich życie było warte zaangażowania i wysiłku. Stawiane im przez życie wymagania traktują jako zagrożenie lub stratę, a nie wyzwanie. Prawdopodobnie mają również niskie poczucie samoskuteczności, kontroli i zaradności życiowej. Jak wynika z tego zestawienia cech, seniorzy bez wątpienia stanowią tu grupę ryzyka. Dojmujące doświadczanie strat i przemijania, pustka, nuda, monotonia, osamotnienie stają się wyzwalaczami chęci znalezienia dostępnego i skutecznego antidotum na te stany (Leszczyńska 2017, s. 137).

Relacje pomiędzy problemami alkoholowymi a poczuciem sensu życia, o którym wcześniej była mowa, są dwukierunkowe: owe problemy mogą być bądź przyczyną bądź skutkiem braku sensu życia. Potwierdza to Czesław Cekiera (1985, s. 189-200), z którego badań wynika, że obniżony poziom poczucia sensu życia wielu respondentów sprzyjał ich uzależnieniu, a z drugiej strony zaawansowane uzależnienie (m.in. od alkoholu) mogło spowodować obniżenie poczucia sensu życia.

Czy rzeczywiście alkohol jest „lekiem na całe zło” (starości)? Z perspektywy osób, które koncentrują się na pozytywnych doraźnych skutkach jego spożywania odpowiedź będzie

potakująca, natomiast z biegiem czasu i z perspektywy obserwatorów okazuje się, że alkohol niesie więcej rozczarowań niż pierwotnie kuszących, atrakcyjnych konsekwencji.

Spodziewane skutki działania napojów alkoholowych – jako remedium na poczucie bezsensu życia – początkowo mogą przynosić oczekiwaną ulgę lub schronienie przed rzeczywistością. Ludzie, bowiem, jak trafnie zauważa Ewa Woydyłło, piją „ze złości, z litości nad sobą oraz z chęci ucieczki przed problemami i niewiarą w siebie” (Woydyłło 2009, s. 76). Dla tych, którzy nie potrafią poradzić sobie z problemami w swoim życiu, nie odnajdują sensu, celu życia, alkohol może stać się narzędziem ucieczki od tych strapień, sposobem złagodzenia ciężaru przykrej rzeczywistości, środkiem do wypełnienia pustki w życiu. Jego wpływ markuje przekonanie, że to sposób na ucieczkę od rzeczywistości, pozoruje pewność siebie, mocy i odwagi, rozładowanie napięcia, niwelowanie stresu, zapomnienie, usuwanie poczucia bycia gorszym, a sprawiające, że na jakiś czas może poczuć się kimś innym, lepszym. Picie traktowane jako strategia zaradcza daje szybkie uczucie ulgi i iluzji kontroli, zwalniając z trudu brania odpowiedzialności za rozwiązywanie problemów życiowych; wypełnia doraźne deficyty zasobów radzenia sobie, dając duże wzmocnienia dla takiego zachowania, lecz wtórnie pogłębiając istniejące deficyty (Poprawa 2003, s. 236-237). Ta pociecha bowiem z czasem okazuje się ulotna, tak jak tymczasowy i przemijający jest wpływ alkoholu na ludzkie ciało i psychikę. Stopniowo alkohol zamiast pełnienia funkcji koła ratunkowego, staje się balastem, który ściąga na dno. „Za korzyści, jakie daje człowiekowi alkohol, ten płaci coraz wyższą cenę, często – dzięki silnemu mechanizmowi samookłamywania się – nie dostrzegając strat, jakie ponosi, znacznie przewyższających ulotne korzyści. Alkohol najpierw wznosi człowieka na wyżyny (np. daje poczucie własnej atrakcyjności, wyjątkowości, siły, zrelaksowania), a potem bezpardonowo strąca go w przepaść” (Włodarczyk 2016, s. 19).

„Włączenie ‘alkoholu’ do struktur poznawczych, jako pojęcia centralnego, organizującego pozostałe informacje, sprzyja zmniejszeniu stopnia strukturalizacji, zawęża zakres treściowy i zubaża strukturę ‘ja’. Przejawia się to w globalnym, powierzchniowym ujmowaniu rzeczywistości, która jest odbierana w końcowej fazie procesu psychodegradacji dychotomicznie, jako sprzyjająca lub nie sprzyjająca picciu alkoholu. Następuje destabilizacja reprezentacji otoczenia i samego siebie, wyrażająca się chwiejnością, brakiem konsekwencji, niepewnością własnych sądów i decyzji, nieprzywiązywaniem do nich wagi, podatnością na sugestie” (Cibor 1994, s. 45).

W zasadzie to nie substancja uzależnia człowieka, ale efekty wywołane w samopoczuciu człowieka pod wpływem chemicznego działania tej substancji (Pomianowski 1998, s. 262). Uzależnienie dotyka często osób, które nie potrafią żyć w realnym

świecie, zmagać się z codziennością i ze swoim losem oraz tych, które szukają bezpieczeństwa i stabilności w powtarzających się zrytualizowanych działaniach, nawet jeśli mają one charakter destrukcyjny; jest więc doświadczeniem, które wyrasta z nawykowej reakcji jednostki na coś, co uważa ona za gratyfikujące, doświadczeniem dającym możliwość szybkiego i efektywnego regulowania samopoczucia potęgującego wrażenie samowystarczalności, siły, kontroli, co jednak jest sztuczne i z czasem powoduje, że kurczą się inne możliwości radzenia sobie, aż całkowicie zanikają i zaczyna dominować uzależnienie jako jedyny sposób radzenia sobie ze światem i samym sobą (Pomianowski 1998, s. 262). To ograniczenie repertuaru możliwych strategii działania osób uzależnionych, ich sztywność i nieefektywność sprowadzają je do poziomu nawykowych, prymitywnych reakcji i doprowadzają do blokowania rozwoju jednostki, a ostatecznie do wyczerpania się zasobów (fizycznych, psychicznych, materialnych) osób uzależnionych (Pomianowski 1998, s. 264).

Dalekosiężne konsekwencje pozostawania w dyktaturze alkoholu i uzależnienia od niego to wewnętrzne spustoszenie, duchowa pustka, które idą w parze z osamotnieniem i izolacją społeczną. Towarzyszą temu zaburzenia sfery emocjonalnej, zwłaszcza stany wzmożonego pobudzenia emocjonalnego: impulsywność, drażliwość, gwałtowność, irracjonalność reakcji nieadekwatnych do bodźców, brak kontroli afektywnej, zmniejszenie odporności na sytuacje trudne, podwyższenie poziomu lęku czy nasilenie objawów depresyjnych (Cibor 1994, s. 21-22). Odczucia, takie jak lęk, cierpienie, rozpacz, wstyd czy złość, opanowują świadomość do tego stopnia, że dochodzi do utraty innych uczuć, zwłaszcza tych pozytywnych, które powinny towarzyszyć codziennemu życiu (Besançon 1999, s. 29).

Osoby uzależnione od alkoholu należą do kategorii osób cierpiących na osłabienie zdolności dojrzałego „zdroworozsądkowego” myślenia, uporczywie powtarzających szkodzące im zachowania (Woydyłło 2009, s. 60). Wiąże się to z obniżeniem funkcji poznawczych, z zachwianiem realistycznej oceny sytuacji, z obniżeniem lub utratą zdolności logicznego rozumowania, z deficytami w procesach rozumowania i procesach decyzyjnych, z upośledzeniem zdolności do przewidywania skutków własnego postępowania i adekwatnej oceny faktycznych konsekwencji-spustoszeń, jakie niesie ze sobą alkoholizm; można więc powiedzieć, że chorobą dotknięty jest tu rozsądek (Woydyłło 2004, s. 30-31).

Jak zauważa Ewa Woydyłło (2009, s. 20-21), w trakcie nałogowego regulowania emocji toczą się równoległe 2 procesy. Pierwszy wiąże się z pogłębiającym się fizjologicznym „przyzwyczajaniem” organizmu do substancji zażywanej jako lekarstwo na kiepskie samopoczucie, w początkowej fazie uzależnienia przynoszące natychmiastową poprawę nastroju. Drugi proces to fałszywa ocena tego pogłębiającego się przyzwyczajania, nie

dostrzeganie szkodliwych skutków zażywania lub przypisywanie ich innym przyczynom. „Istota uzależnienia tkwi w nierozzerwalnym splocie tych dwóch procesów: z jednej strony coraz silniejszego, fizjologicznego i psychologicznego przywiązania do >lekarstwa<, z drugiej – zaprzeczania i upierania się, że dane >lekarstwo< nadal leczy, a nie kaleczy” (Woydyło 2009, s. 21).

STAROŚĆ I RÓŻNE ODCIENIE PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH

Ostatnia faza cyklu życia człowieka nie jest wolna, podobnie jak wcześniejsze, od problemów nadużywania alkoholu. Warto przyjrzeć się bliżej ich odcieniom i typom, które można wyróżnić w ich obrębie.

Roboczą typologię osób w okresie późnej starości mających (zidentyfikowany lub niezdiagnozowany) problem alkoholowy można stworzyć, korzystając z rozróżnień wprowadzonych przez Światową Organizację Zdrowia, która doprecyzowała picie okazjonalne, ryzykowne i szkodliwe (Anderson, Gual, Colom 2007, s. 20-22; Fudała 2007, s. 9), w połączeniu z kryteriami diagnostycznymi uzależnienia od alkoholu zawartymi w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Psychiczych i Zaburzeń Zachowania ICD-10 lub piątej wersji klasyfikacji DSM. Możliwe są tu zatem następujące warianty, w zależności od typu picia we wcześniejszych fazach życia i jego intensyfikacji w okresie starości:

- osoby, które we wcześniejszych fazach życia charakteryzował okazjonalny typ picia alkoholu, ale w okresie starości przyjął postać picia ryzykownego;
- osoby, które we wcześniejszych fazach życia charakteryzował okazjonalny typ picia alkoholu, ale w okresie starości przyjął postać picia szkodliwego;
- osoby, które we wcześniejszych fazach życia charakteryzował okazjonalny typ picia alkoholu, ale w okresie starości nasilił się tak, że przyjął postać uzależnienia od alkoholu;
- osoby, których picie alkoholu we wcześniejszych fazach życia było picciem ryzykownym, a w okresie starości nasiliło się, stając się picciem szkodliwym;
- osoby, których picie alkoholu we wcześniejszych fazach życia było picciem ryzykownym, a w okresie starości zintensyfikowało się aż do uzależnienia od alkoholu;
- osoby, których typ picia alkoholu nosił znamiona picia szkodliwego, a w okresie starości zintensyfikował się do pełnoobjawowego uzależnienia od alkoholu;
- osoby, które we wcześniejszych fazach życia były uzależnione od alkoholu i tak pozostało w okresie starości.

Możliwe są również inne scenariusze – osłabienia (lecz jednak nadal istnienia) problemów alkoholowych w okresie starości, w porównaniu z doświadczanymi we wcześniejszych fazach życia:

- osoby, które w okresie starości reprezentują typ picia ryzykownego, podczas gdy we wcześniejszych fazach życia ich picie można było zaklasyfikować jako picie szkodliwe;
- osoby, które w okresie starości reprezentują typ picia ryzykownego, podczas gdy we wcześniejszych fazach życia ich picie alkoholu miało postać uzależnienia od alkoholu;
- osoby, które w okresie starości reprezentują typ picia szkodliwego, podczas gdy we wcześniejszych fazach życia ich picie można było zaklasyfikować jako uzależnienie od alkoholu.

W przypadku osób w starszym wieku uzależnionych od alkoholu, Bogusław Habrat (2011, za: S. Zimberg 1974, s. 135-139) wskazuje, że populacja ta składa się z dwóch generalnych grup:

- osoby, które uzależniły się znacznie wcześniej i pomimo szkód zdrowotnych spowodowanych piciem alkoholu dożyły starości, charakteryzujące się wielością szkód zdrowotnych, zaburzeń psychicznych i zaburzeń funkcjonowania społecznego; przyjmuje się, że stanowią one 2/3 całej populacji osób pijących alkohol w tej fazie życia;
- osoby, które zaczęły pić alkohol stosunkowo niedawno, np. po przejściu na emeryturę; stanowią pozostałą 1/3 całej populacji osób pijących alkohol w tej fazie życia.

Inny podział seniorów uzależnionych od alkoholu obejmuje dwie powyższe grupy, a uzupełniony jest o jeszcze jedną: seniorów, którzy w okresie młodości lub wieku średnim pili nałogowo, potem zachowywali przez dłuższy czas abstynencję, a w okresie starości ponownie powrócili do stylu picia alkoholu, zdradzającego symptomy uzależnienia od niego (Smrokowska-Reichmann 2005, s. 48).

Podział w obrębie populacji osób nadużywających substancje psychoaktywne, częściowo podobny do propozycji Zimberga, został zawarty w biuletynie Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) *Cel – narkotyki*:

- osoby wcześnie rozpoczynające używanie tych substancji, zwykle o długiej historii używania, która jest kontynuowana w okresie starości;
- osoby późno rozpoczynające ich używanie, zwykle pod wpływem jakiegoś stresującego wydarzenia życiowego (np. przejście na emeryturę, rozpad małżeństwa, utrata bliskiej osoby, itp.) (Gossop; Brennan, Moos 2000, s. 142-143).

Populację seniorów nadużywających alkoholu i będących od niego uzależnionymi proponuję także, aby podzielić na inne generalne podgrupy, w zależności od fazy cyklu życia,

w której miały miejsce początki nadużywania alkoholu oraz od aktualnej postaci problemu alkoholowego:

- osoby, których początek nadużywania alkoholu lub uzależnienia od niego sięga wcześniejszych faz życia, a w okresie starości jest kontynuowany, lecz słabiej niż wcześniej;
- osoby, których początek nadużywania alkoholu lub uzależnienia od niego sięga wcześniejszych faz życia i w okresie starości pozostaje w zasadzie niezmienny w swym obrazie i intensywności;
- osoby, których początek nadużywania alkoholu lub uzależnienia od niego sięga wcześniejszych faz życia, a w okresie starości jest kontynuowany i nasila się.

Sytuację seniorów mających w swej biografii doświadczenie własnych problemów alkoholowych może różnicować jeszcze jedna zmienna: podejmowanie w przeszłości mniej lub bardziej skutecznych prób terapii uzależnień. Mamy zatem kolejny wariant, dotyczący osób, które we wcześniejszych fazach życia podejmowały próby terapii uzależnień, pozostając w krótszym lub dłuższym okresie trzeźwości, ale w okresie starości ponownie powrócił ich problem utraty kontroli (z różnym nasileniem) nad ilością i/lub częstotliwością spożywania napojów alkoholowych.

Pewnym jest to, że problem używania i nadużywania alkoholu w wieku senioralnym dotyczy osób mieszkających w swoich własnych domach, domach swoich dzieci i domach pomocy społecznej¹ lub innych placówkach wsparcia społecznego. Przyjrzyjmy się dostępnym, wybranym wynikom badań.

W wywiadzie medycznym, będącym częścią multidyscyplinarnego projektu PolSenior (Mossakowska, Więcek, Błędowski 2012, s. 217) pytano 5695 respondentów (w tym 4979 osoby w wieku od 65 r.ż.) o spożywanie alkoholu. Do częstego i bardzo częstego picia alkoholu przyznało się 17,1% respondentów. Częstość nadmiernego spożywania alkoholu była większa u mężczyzn (26,97%) niż u kobiet (6,94%).

Problem nadużywania alkoholu wśród seniorów Łodzi i okolic stanowił obszar badawczy Marioli Świdorskiej (2016) (próba badawcza to 186 osób w wieku powyżej 65 lat, w tym 47,3% stanowiły kobiety; z wykorzystaniem testu CAGE i kwestionariusza CHARM). Autorka badań zinterpretowała ich wyniki następująco: przeprowadzone wśród badanych testy wskazały na istnienie problemu alkoholowego wśród 15 badanych (8,1%); wśród seniorów

¹ Warto zwrócić uwagę na istnienie w Polsce domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu lub pododdziałów DPS przeznaczonych dla tych osób, niestety z liczbą miejsc niewystarczającą w stosunku do potrzeb. Więcej patrz. np. Grygiel 2013; Szafranek 2018.

nadużywających alkoholu przeważali mężczyźni (11,2% badanych mężczyzn), natomiast spośród 88 badanych kobiet do zbyt dużego spożycia alkoholu przyznało się 4,5% kobiet.

Elżbieta Kościńska (2016) wykorzystując test AUDIT i w oparciu o jego normy (mając próbę badawczą liczącą 570 respondentów w wieku 60-94 roku życia, w tym 362 kobiet), dokonała kwalifikacji 4 wzorców spożywania alkoholu (picie o niskim poziomie ryzyka, picie ryzykowne, picie szkodliwe i podejrzenie uzależnienia). Uzyskane wyniki były następujące: 40,4% spośród pijących alkohol stanowiły osoby reprezentujące wzór picia wskazujący na niski poziom ryzyka, 37,5% – picie ryzykowne, 17,6% – picie szkodliwe, zaś 4,5% – podejrzenie uzależnienia od alkoholu. Wzór picia ryzykownego i szkodliwego wykazywali częściej badani w kategorii wiekowej od 60 do 70 lat (szczególnie w przedziale od 60 do 65 lat). Inne zależności wykazane w badaniu dotyczyły płci respondentów: 60% osób deklarujących picie alkoholu stanowiły kobiety (ich przewaga była też liczebną w reprezentacji całej próby badawczej: 362 kobiety i 208 mężczyzn), ale ich sposób picia wskazywał na niski poziom ryzyka. Wśród pijących mężczyzn większy był odsetek (w porównaniu do kobiet) przejawiających wzór picia szkodliwego oraz wskazującego na podejrzenie uzależnienia od alkoholu. Kryterium stanu cywilnego ukazało, że: w kategorii ‘mężatka/żonaty’ i ‘wdowa/wdowiec’ największy był odsetek osób, których picie alkoholu wskazywało na niski poziom ryzyka oraz picie ryzykowne; panny/kawalerowie najczęściej pili w sposób ryzykowny i szkodliwy; wśród osób rozwiedzionych dominował wzór picia o niskim poziomie ryzyka. Badanie pokazało także wyniki w zróżnicowaniu wzorca picia alkoholu w zależności od zamieszkiwania samotnie lub z innymi osobami: osoby zamieszkujące samotnie, z małżonkiem lub rodzinami dzieci najczęściej przejawiały wzór picia ryzykownego oraz picia o niskim poziomie ryzyka; wśród seniorów zamieszkujących z przyjacielem/konkubentem dominował szkodliwy wzór picia alkoholu, osoby mieszkające z członkami dalszej rodziny przejawiały wzór picia ryzykownego i wskazującego na podejrzenie uzależnienia, natomiast osoby zamieszkujące samotnie to najczęściej podgrupa badanych co do których istnieje podejrzenie uzależnienia od alkoholu. Seniorzy pijący alkohol i mieszkający w mieście czynili to częściej niż seniorzy mieszkający na wsi. W zależności od oceny satysfakcji z życia, najczęściej piły alkohol te osoby, których cechowała umiarkowana satysfakcja i to one także stanowiły największy odsetek osób spożywających alkohol w sposób szkodliwy, natomiast osoby z niską satysfakcją z życia dominowały wśród osób spożywających alkohol dający podstawy do podejrzeń uzależnienia od alkoholu.

Warto spojrzeć jeszcze na badanie Marty Zin-Sędek (2019), przeprowadzone metodą CAPI (Computer Assisted Personal Interview), z użyciem 3 narzędzi badawczych. Dla części

próby badawczej, która mieściła się w przedziale wiekowym 60–64 lata, czyli 177 osób w fazie tzw. wczesnej starości (11,4% całej próby badawczej), uzyskano następujące wyniki: prawie 4/5 badanych osób starszych to konsumenci alkoholu. Wśród abstynentów 3/4 to osoby, które deklarowały, że w ciągu 12 miesięcy przed badaniem nie piły alkoholu, natomiast 1/4 deklarowała abstynencję przez całe życie. Prawie połowa konsumentów alkoholu z najstarszej grupy wiekowej (45,4%) przynajmniej raz w ciągu ostatnich 12 miesięcy piła alkohol w sposób ryzykowny (rozumiany jako wypicie przynajmniej 40 gramów 100% alkoholu w przypadku kobiet i 60 gramów w przypadku mężczyzn) – w ten sposób alkohol spożywano najczęściej okazjonalnie, natomiast na ryzykowne picie co najmniej raz w tygodniu wskazało 4,3% badanych (częściej mężczyźni). Alkohol był najczęściej spożywany w czyimś towarzystwie (rodziny i znajomych), natomiast w samotności alkohol spożywało 41,8% starszych osób, przy czym 9,2% badanych piło samotnie co najmniej raz w tygodniu. Jako uzasadnienie picia alkoholu podawano przede wszystkim względy towarzyskie, zaś kilka procent badanych wskazało, że pili alkohol w sytuacji przygnębienia lub powodowani chęcią zapomnienia o problemach. Niemal 10% respondentów było przekonanych o zdrowotnej funkcji alkoholu, a 5% o jego dietetycznym wpływie. Do okazjonalnego ryzykownego picia zdecydowanie częściej przyznawali się mężczyźni (8,6% piło w sposób ryzykowny co najmniej raz w tygodniu) niż kobiety (prawie 65% kobiet z najstarszej grupy wiekowej w ciągu 12 miesięcy nie piło w sposób ryzykowny). W ocenie badaczki – Marty Zin-Sędek w zdecydowanej większości częstotliwość picia w pokoleniu osób w wieku 60–64 lat (mniej więcej raz w tygodniu) można uznać za umiarkowaną. Zaznaczyło się zróżnicowanie płciowe konsumentów alkoholu: kobiety piły mniej i rzadziej niż mężczyźni, częściej deklarowały postawy abstynenckie oraz wyraźnie mniejszą częstotliwość picia, gdyż połowa z nich spożywała alkohol rzadziej niż raz w miesiącu, niemniej co dziesiąta piła często (co najmniej raz w tygodniu), natomiast mężczyźni zdecydowanie częściej sięgali po alkohol, a co szósty wskazywał, że pił codziennie lub prawie codziennie, a ponadto zdecydowanie większe były również ilości napojów alkoholowych wypijanych przez nich.

Przywołane tu wyniki badań dają pewne podstawy do zyskania orientacji w omawianej kwestii, ale w konkluzji obraz i nasilenie problemów związanych ze spożywaniem alkoholu zwykle są kreślone (przynajmniej w Polsce) na podstawie badań cząstkowych, realizowanych fragmentarycznie, nieregularnie i z wykorzystaniem zróżnicowanych metodologii badań, dostarczających dane, które obarczone są błędem niedoszacowania. Analizując dostępne wyniki badań dotyczące spożywania alkoholu przez seniorów, trzeba mieć także na względzie, że trudno je porównywać, z kilku kolejnych powodów (za: *Z badań amerykańskich* 2003, s. 4).

Po pierwsze czynnikiem zakłócającym jest zróżnicowanie populacji seniorów (obejmującej aż 4 dekady życia i znajdującej się w zróżnicowanej sytuacji życiowej, zawodowej, zdrowotnej, itp.). Ponadto kwestionariusze stosowane w badaniach przesiewowych mogą być niedopasowane do osób w starszym wieku, u których mogą nie występować pewne szkody zawodowe, prawne i społeczne konsekwencje nadużywania alkoholu, będące kryteriami diagnostycznymi picia szkodliwego. Część konsekwencji intensywnego picia alkoholu łatwo pomylić z dolegliwościami charakterystycznymi dla okresu starości. Poza tym również dane pokazujące wskaźniki picia alkoholu przez osoby w okresie starości mogą być mylące, ze względu na to, że osoby intensywnie spożywające alkohol mogą nie dożyć tej późnej fazy życia z powodu przedwczesnych zgonów tym spowodowanych.

Podobnie utrudnione może być diagnozowanie problemów alkoholowych seniorów, a wpływają na to między innymi następujące czynniki: poszukiwanie przyczyn zaburzonego funkcjonowania w specyficie procesu starzenia się, a nie postrzeganie ich jako konsekwencji problemów alkoholowych; znikome zainteresowanie badaczy i służb społecznych problemem uzależnienia od alkoholu seniorów (znacznie mniejsze niż zainteresowanie tym problemem dotyczącym ludzi młodych); stereotypowe przekonania, że picie alkoholu przez osoby starsze nie niesie ze sobą szkód społecznych, a sprawia im przyjemność (jedną z nielicznych); niezauważanie, ignorowanie, bagatelizowanie lub minimalizowanie problemów alkoholowych seniorów przez najbliższe im osoby lub ich opiekunów; izolacja społeczna osób starszych zmniejszająca możliwości udzielenia profesjonalnej pomocy; wstyd i skrupowanie seniorów blokujące zwrócenie się o pomoc; niewiedza dotycząca form właściwej, dostępnej pomocy (Woronowicz 2009, s. 207; Fabiś, Wawrzyniak, Chabior 2015, s. 299), a także przekonania części społeczeństwa (podzielane przez seniorów i ich otoczenie) o wręcz korzystnym wpływie na zdrowie pewnych gatunków napojów alkoholowych.

Jak wcześniej zostało to podkreślone, specyfika okresu starości sprawia, że manifestujące się przejawy starzenia mogą zamaskować problemy alkoholowe seniorów, będąc niekiedy tożsamymi, tak, że w efekcie zostają one niezauważone, pominięte lub mylnie przypisane jako symptomy procesu starzenia się. Co za tym idzie, także i konsekwencje problemów alkoholowych mogą umykać uwadze (członków rodziny seniorów, ich znajomych czy przedstawicieli środowiska medycznego i służb pomocowych).

Mówiąc o jednostkowych konsekwencjach spożywanego alkoholu (gdy dotyczy to wszelkich odcieni stylów picia, począwszy od towarzyskiego, poprzez picie ryzykowane, picie szkodliwe, na uzależnieniu od alkoholu skończywszy), wskazać należy skutki zdrowotne. Okazuje się, że ta sama ilość wypitego alkoholu u osób starszych prowadzi do średnio o 20%

większego jego stężenia we krwi niż u osób w młodszym wieku (Habrak 2011, s. 703; *Z badań amerykańskich* 2003, s. 5). Organizm w tej fazie życia nie ma już takich jak wcześniej możliwości metabolizowania alkoholu, a więc większe jest ryzyko upojenia alkoholowego i toksyczność napojów alkoholowych oraz – przede wszystkim – jej następstw, wzrastająca wraz z wiekiem, pociągająca za sobą potęgowanie się zdrowotnych skutków tak jednorazowych, jak i powtarzających się incydentów spożycia alkoholu. Dodatkowo zgubne w skutkach są interakcje spożywanego alkoholu z przyjmowanymi lekami (*Z badań amerykańskich*, 2003, s. 5). Silnym uszkodzeniom ulega przede wszystkim mózg: dochodzi tu zwłaszcza do uszkodzeń przednich płatów mózgowych, odpowiedzialnych za funkcjonowanie intelektualne, poznawcze (*Z badań amerykańskich*, 2003, s. 6), do uszkodzeń w korze przedczołowej, odpowiedzialnej za planowanie, myślenie abstrakcyjne, panowanie nad impulsami i popędami oraz zachowania kompulsywne, a także w płacie limbicznym odpowiadającym za najsilniejsze, elementarne popędy (Urschel 2011, s. 29-30). Wyjątkowo wrażliwy na działanie alkoholu etylowego jest układ nerwowy – w nim najwcześniej i najwyraźniej ujawniają się skutki neurotoksycznego działania etanolu.

Nadużywanie alkoholu powoduje także szereg zaburzeń poznawczych, w tym obniżenie zdolności w zakresie myślenia abstrakcyjnego, przewidywania i koncentracji uwagi. Dysfunkcje poznawcze, pogłębione starzeniem się mózgu, zachodzące zmiany jakościowe w sferze intelektualnej, percepcyjnej, motorycznej, uwagi oraz pamięci (Straś-Romanowska 2011 s. 333-337) pogłębiają się we wzajemnym sprzężeniu z konsekwencjami jednorazowego lub cyklicznego spożywania napojów alkoholowych, intensyfikując zmiany regresywne

Toksyczne skutki nadużywania środków psychoaktywnych dotyczyć również sfery psychiki (Madeja 2008, s. 798; Osiatyński 2005, s. 19; Portnow, Piatnickaja 1977, s. 63 i nast.). Wiązą się one między innymi ze niedojrzałością, zubożeniem emocjonalności, spłyceciem uczuciowości. Na ogół towarzyszy temu przy tym duża labilność uczuć oraz obniżona umiejętność ich różnicowania i regulowania, łatwe powstawania afektów, częste zmiany nastroju. Owe skutki mogą się przejawiać także w niestabilnym progu reaktywności na bodźce w otoczeniu, w kumulacji wewnętrznych napięć wywoływanych deprivacją i frustracją potrzeb, w podwyższonej agresywności motorycznej, w słabej umiejętności samouspokajania. Wiązą się zwykle również z niską tolerancją na lęk, z obecnością wielorakich lęków i niepokoju psychomotorycznego. Zaobserwować można także inne objawy: upośledzenie zdolności oceny i sądów, zaburzoną samoocenę, brak poczucia własnej wartości, brak wstydu, nieodpowiedzialność, słabą umiejętność syntetyzowania oraz osłabioną zdolność (lub jej brak) stawiania sobie celów i planowania. Kolejna cecha to nietrwałość reakcji, zwłaszcza w

dziedzinie motywów i pobudek do działania (niekiedy ich skrajna wyczerpywalność), a także zmienność reakcji. Charakterystyczna jest ponadto awolicja – brak zainteresowania czymkolwiek, deficyt aktywności innej niż związanej ze środkiem uzależniającym, niezdolność do podejmowania decyzji, niezdolność woli do wysiłku oraz brak przywiązania do osób bliskich. Do tego nierzadko dochodzą: poczucie samotności, izolacji i odrzucenia przez innych, agresja, złość, chorobliwa zazdrość i podejrzliwość, skłonność do litowania się nad sobą. Nie mogąc sobie poradzić z tym ciężarem, nie znajdując innego sposobu na poradzenie sobie z tym balastem, osoba nadal pije – i koło się zamyka.

Rzetelne i wyczerpujące wyjaśnienie dlaczego konkretna osoba uzależni się od alkoholu jest niewykonalnym zadaniem, ponieważ uwarunkowania te są liczne i wielowymiarowe. Proces starzenia, wraz ze swoją specyfiką i doświadczanymi skutkami, jest tylko jednym z wielu czynników etiologicznych, niemniej bez wątpienia może stanowić czynnik wywołujący i/lub wzmagający spożywanie alkoholu. Konsekwencje procesu starzenia się przeplatają się i nasilają konsekwencje spożywania alkoholu, nad którym seniorzy utracili kontrolę.

Czy istniejąca w Polsce praktyka wsparcia dla osób uzależnionych od alkoholu (jej założenia, organizacja, realizacja) (zainteresowanych bardziej szczegółowym omówieniem odsyłam do: Włodarczyk 2020) jest odpowiednią, wystarczającą dla tej kategorii osób w wieku senioralnym? Z danych wskazanych przez Jadwigę Fudałę dotyczących osób podejmujących terapię uzależnień, wynika, że rocznie około 10 tys. osób to osoby po 65 roku życia, co stanowi około 4% wszystkich pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu (*Leczenie uzależnień...*). O specyfice pracy z nimi wypowiedziada się tak: „(...) najczęściej leczeni w kierunku abstynencji. Pracujemy z nimi grupowo i indywidualnie. Indywidualne podejście jest bardzo ważne, bo dużym problemem w tej grupie wiekowej jest to, że pacjenci często stracili sens życia, mają poczucie, że są już u schyłku, nic ich już nie czeka. Dlatego tak istotne jest, by pomóc im znaleźć w życiu takie sfery, które by im dawały radość i satysfakcję. Bo jeżeli dokonuje się w życiu zmiany, która wymaga wysiłku i wyrzeczeń, to trzeba mieć głębokie przekonanie, co do jej sensu i korzyści, jakie z niej płyną. (...) Praca w grupie też ma ogromny sens, bo pacjenci nawiązują przyjaźnie, mają poczucie, że nie są sami, ale te zajęcia powinny być bezwzględnie łączone z terapią indywidualną” (*Leczenie uzależnień...*). Nasuwający się tu wniosek jest zatem oczywisty: najlepszym z rozwiązań byłoby stworzenie indywidualnych programów terapii dla seniorów, biorąc pod uwagę zaawansowanie ich problemów alkoholowych, wiek, potrzeby, możliwości i ograniczenia. Czy to możliwe w Polsce?

Bibliografia:

- [1] Anderson P., Gual A., Colom J., 2007, *Alkohol i podstawowa opieka zdrowotna. Kliniczne wytyczne rozpoznawania i krótkiej interwencji*, Parpamedia, Warszawa.
- [2] Bee H., 2004, *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo Zysk i Spółka, Poznań.
- [3] Besançon F., 1999, *Więzienie, które można otworzyć. Porozumienie z osobą uzależnioną od alkoholu*, Wydawnictwo Jerolim, Poznań.
- [4] Bieńkuńska A., Ciecieląg P., Góralczyk A., Haponiuk M., 2020, *Jakość życia osób starszych w Polsce, Warszawa, Jakość życia osób starszych w Polsce*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.
- [5] Bińczycka-Anholcer M., 2005, *Zachowania suicydalne osób w starszym wieku*, „Suicydologia” nr 1.
- [6] Błachnio A., 2019, *Potencjał osób w starości. Poczucie jakości życia w procesie starzenia się*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
- [7] Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P., 2012, *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa.
- [8] Brennan P.L., Moos R.H., 2000, *Wzorce picia u schyłku życia*, [w:] *Picie alkoholu w różnych okresach życia*, (red.) A. Bartosik, Wydawnictwo PARPA, Warszawa.
- [9] Brzezińska A.I., Hejmanowski Sz., 2005, *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?*, [w:] *Psychologiczne portrety człowieka*, (red.) A.I. Brzezińska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- [10] Bugajska B., 2000, *Zagrożenia egzystencji człowieka starszego – w poszukiwaniu antidotum*, [w:] *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, (red.) M. Dziegielewska, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź.
- [11] Bugajska B., 2007, *Samobójstwo w starości*, [w:] *Życie w starości*, (red.) B. Bugajska, Przedsiębiorstwo Produkcyjno-Handlowe ZAPOL Dmochowski, Sobczyk, Szczecin.
- [12] Cekiera Cz., 1985, *Toksykomania: narkomania, lekomania, alkoholizm, nikotynizm*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- [13] Cibor R., 1994, *Struktura „ja” a motywy podejmowania leczenia odwykowego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- [14] Dolińska-Zygmunt G., 1990, *Psychologia wobec problematyki sensu życia*, [w:] *Sens życia*, (red.) K. Obuchowski, B. Puszczewicz, Nurt, Warszawa.
- [15] Erikson E.H., 2002, *Dopełniony cykl życia*, Wydawnictwo Helion, Poznań.
- [16] Fabiś A., Wawrzyniak J., Chabior A., 2015, *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- [17] Fąfara J., 2017, *Samotny, schorowany, maltretowany – motywacje seniorów działaniach samobójczych*, [w:] *Starość: jej potencjał, trudy i wyzwania*, (red.) A. Małycka, Centrum Badań Społecznych UWM, Olsztyn.
- [18] Frankl V.E., 1976, *Homo patiens*, Pax, Warszawa.
- [19] Frankl V.E., 1978, *Nieświadomiony Bóg*, Pax, Warszawa.
- [20] Frankl V.E., 2010, *Wola sensu. Założenia i zastosowanie logoterapii*, Wydawnictwo „Czarna Owca”, Warszawa.
- [21] Fudała J., 2007, *Rozpoznawanie problemów alkoholowych pacjentów*, Parpamedia, Warszawa.
- [22] Grygiel G., 2013, *Problematyka uzależnionych od alkoholu mieszkańców domów pomocy społecznej – rozwiązania praktyczne na przykładzie Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie*, „MEDI Forum Opieki Długoterminowej”, nr 4.
- [23] Habrat B., 2011, *Problemy związane z piciem alkoholu przez osoby starsze*, „Postępy Nauk Medycznych”, t. XXIV, nr 8.
- [24] Janiszewska-Rain J., 2005, *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał ludzi w podeszłym wieku?*, [w:] *Psychologiczne portrety człowieka*, (red.) A.I. Brzezińska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- [25] Kościńska E., 2016, *Zachowania ryzykowne seniorów – uwarunkowania, profilaktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.

- [26] Krok D., 2010, *Rola poczucia sensu życia w radzeniu sobie ze stresem wśród młodzieży*, [w:] *Sytuacje konfliktu w środowisku rodzinnym, szkolnym i rówieśniczym. Jak sobie radzą z nimi dzieci i młodzież?*, (red.) D. Borecka-Biernat, Difin, Warszawa.
- [27] Krzysztofiak D., 2016, *Oblicza starości w perspektywie lokalnej. Studium socjopedagogiczne*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- [28] Leszczyńska J., 2017, *Jesień życia a uzależnienia*, [w:] *Uzależnienia w ujęciu interdyscyplinarnym. Diagnoza, leczenie, konsekwencje*, (red.) A. Mosiołek, Prawo Medyczne 24, Nowa Wola.
- [29] Madeja Z., 2008, *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych, przedmiotów, czynności i osób*, tom 2, Wydawnictwo Uczelniane Politechniki Koszalińskiej, Koszalin.
- [30] Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), 2012, *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Warszawa.
- [31] Mrozińska P., 2012, *Zmiany w funkcjonowaniu elementarnych i złożonych procesów poznawczych w późnej dorosłości*, [w:] *Uczestnictwo społeczne w średniej i późnej dorosłości*, (red.) D. Seredyńska, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
- [32] Obuchowski K., 1990, *Wprowadzenie do problemu sensu życia*, [w:] *Sens życia*, (red.) K. Obuchowski, B. Puszczewicz, Nurt, Warszawa.
- [33] Osiatyński W., 2005, *Alkoholizm: grzech czy choroba?*, „Iskry”, Warszawa.
- [34] Pikuła N.G., 2015, *Poczucie sensu życia osób starszych. Inspiracje do edukacji w starości*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- [35] Pilecka B., 1986, *Poczucie sensu życia w wybranych teoriach psychologicznych*, (w:) *Osobowościowe i środowiskowe korelaty poczucia sensu życia*, (red.) B. Pilecka, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Rzeszów.
- [36] Pomianowski R., 1998, *Uzależnienia – współczesną wersją „ucieczki od wolności”*, [w:] *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych. Wybrane zagadnienia*, (red.) J. Miluska, Bonami, Poznań.
- [37] Popielski K., 1987, *Logoteoria i logoterapia w kontekście psychologii współczesnej*, [w:] *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii*, (red.) K. Popielski, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin.
- [38] Popielski K., 1993, *Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia*, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin.
- [39] Popielski K., 1996, *Psychologiczno-egzystencjalna interpretacja problematyki sensu i sensowności*, [w:] *Człowiek – wartości – sens. Studia z psychologii egzystencji*, (red.) K. Popielski, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin.
- [40] Poprawa R., 2003, *Zasoby radzenia sobie ze stresem a ryzyko uzależnienia od alkoholu*, [w:] *Niepokoje i nadzieje współczesnego człowieka. Człowiek w sytuacji przełomu* (red.) R. Derbis, Wydawnictwo WSP w Częstochowie, Częstochowa.
- [41] Portnow A.A., Piatnickaja I. N., 1977, *Klinika alkoholizmu*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- [42] Rostowska T., 2008, *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- [43] Smrokowska-Reichmann A., 2005, *Niepogodna jesień. Podopieczny w podeszłym wieku uzależniony od alkoholu*, „Wspólne Tematy”, nr 2.
- [44] Stelcer B., 2013, *Sukces starości – w poszukiwaniu wyznaczników zadowolenia z życia wśród osób w starszym wieku*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań.
- [45] Steuden S., 2011, *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- [46] Straś-Romanowska M., 2011, *Późna dorosłość*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, (red. nauk.) J. Trempała, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- [47] Szafranek A., 2018, *Problem nadużywania alkoholu przez osoby starsze zamieszkujące domy pomocy społecznej – aspekty prawno-społeczne i wyzwania dla edukacji*, „Pedagogika Społeczna”, nr 3.
- [48] Świdarska M., 2016, *Problem alkoholowy u osób w wieku podeszłym*, „Pedagogika Rodziny” nr 3.
- [49] Tokaj A., 2000, *U progu starości*, Eruditus, Poznań.

- [50] Tucholska S., 2006, *Ryzyko zachowań samobójczych osób starszych*, [w:] *Starzenie się a satysfakcja z życia*, (red.) S. Steuden, M. Marczuk, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- [51] Urschel H. C., 2011, *Uwolnij mózg od uzależnienia. Rewolucyjny program wychowania z nałogu*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa.
- [52] Włodarczyk E., 2016, *Od uwikłania w uzależnienie od alkoholu do ustawicznego zdrowienia*, [w:] *Sytuacje trudne w perspektywie jednostkowej i społecznej*, (red. nauk.) H. Karaszewska, E. Silecka-Marek, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- [53] Włodarczyk E., 2020, *Zaburzenia związane z używaniem alkoholu – obraz i możliwości pomocy*, [w:] *Człowiek w pułapce problemów. Psychospołeczne problemy jednostki oraz instytucjonalne i pozainstytucjonalne sposoby ich rozwiązywania*, (red.) H. Karaszewska, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- [54] Worach-Kardas H., 2015, *Starość w cyklu życia. Społeczne i zdrowotne oblicza późnej dorosłości*, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice.
- [55] Woronowicz B.T., 2009, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Media Rodzina, Poznań.
- [56] Woydyłło E., 2009, *Rak duszy. O alkoholizmie*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- [57] Woydyłło E., 2004, *Wyzdrowieć z uzależnienia*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- [58] Woźniak Z., 2016, *Starość. Bilans – zadanie – wyzwanie*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań.
- [59] *Z badań amerykańskich*, „Świat Problemów” 2003, nr 3 (86).
- [60] Zaborowski Z., 2001, *Problemy psychologii życia*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- [61] Zimberg S., 1974, *Two types of problem drinkers. Both can be manager*, „Geriatrics”, nr 29.
- [62] Zin-Sędek M., 2019, *Rozpowszechnienie i style picia alkoholu wśród osób starszych na podstawie wyników Standaryzowanego Europejskiego Sondażu na temat Alkoholu (RARHA SEAS)*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 1.

Źródła internetowe:

- [63] Gossop M., *Zażywanie substancji przez osoby starsze: zaniedbywany problem, Sprawozdanie Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii „Cel – narkotyki”*, https://emcdda.europa.eu/system/files/publications/504/TDAD08001PLC_web_94435.pdf (dostęp: 20.01.2021).
- [64] *Leczenie uzależnień u osób starszych*, Rozmowa Joanny Stanisławskiej z Jagodą Fudałą, kierownikiem działu leczenia odwykowego i programów medycznych w Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2016/07/30, <https://swiatlekarza.pl/leczenie-uzaleznienu-osob-starszych/> (dostęp: 11.03.2021).