

ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH A JEJICH ABUSUS VE STÁŘÍ

MUDr. Petr Mistoler

www.psychiatr.org

1. Souhrn a klíčová slova

Východisko: Závislost na návykových látkách a jejich škodlivé užívání u lidí vyššího věku je závažnou a přesto dosud poměrně opomíjenou problematikou. Vzhledem ke stárnutí populace, společně se všeobecně zvyšujícím konzumem alkoholu a nadužívání nevhodné medikace dochází ve velké míře k řadě nežádoucích jevů. Zaměřil jsem se na zmapování monografií a článků v odborných časopisech v českém a slovenském jazyce, vyšlých v posledních 30 letech.

Klíčová slova: závislost, abúzus, psychoaktivní látky, alkohol, benzodiazepiny, analgetika, polypragmazie, vyšší věk, stáří, gerontopsychiatrie

2. Úvod

Zneužívání a nadužívání psychotropních látek (drog) ve stáří tvoří jeden ze 4 pilířů gerontopsychiatrie, neboli „nemocí čtyř D“ – demence, deliria, deprese, **drogy**. A nepřímě se vztahuje ke 3 z 5 úhelných kamenů geriatrie, neboli „medicíny pěti I“ – imobilita, inkontinence, **insomnie**, **intelektový úpadek**, **iatrogenie**.

Diagnostika závislosti ve stáří je složitější, neboť sociální vazby jsou často redukovány, tolerance vůči návykovým látkám je nižší fyziologicky, dále je snížena intelektová kapacita a s tím spojené projevy adaptability. Jde především o problém sociální nežli medicínský, problém osamělosti a sociální izolace. Ve stáří je daleko výraznější počet abstinentů nežli ve srovnatelných skupinách mladší populace.

Mnoho případů (až 95%) škodlivého užívání je přehlédnuto. Chybí excesivní konzum návykových látek, rodina zastírá údaje. Nežádoucí účinky, např. pády, návaly, celková slabost, porucha spánku můžou být mylně připsány jiné tělesné nemoci nebo je pacient pro věkem způsobené poškození paměti nemusí oznámit. Nápadné změny duševního stavu v důsledku abusu léku (např. somnolence, deprese, zhoršená pozornost a koncentrace) můžou být připsané jiným příčinám (věku, demenci, funkční afektivní poruše).

Obecně jde o 3 rizikové skupiny seniorské populace:

1. Nemocní s dlouhodobým škodlivým užíváním alkoholu, často kombinovaným s abúzem tabáku (5-15% mužské seniorské populace)
2. Nemocní s poruchami spánku a s úzkostnými stavy (10-30% seniorské populace) konzumující hypnotika a anxiolytika z řady benzodiazepinových preparátů
3. Osoby s chronickými bolestmi konzumující volně dostupná analgetika, zejm. skupinu kompozitních látek (25-50% seniorů, zvláště žen)

3. Závislost na psychoaktivních látkách ve stáří obecně

Pacienty lze dělit do základních 2 skupin:

1. Návyková nemoc vznikla ve středním nebo mladším věku a ve stáří pokračuje. Jde především fyzicky odolnější část mužské populace, která nadměrně popíjela alkohol a kouřila tabák
2. Návyková nemoc vznikla až ve stáří u lidí, kteří dříve podobnými problémy netrpěli. Častá návaznost na odchodu do důchodu, vážnou nemoc nebo úmrtí manžela nebo manželky, konflikty s dětmi, přestěhování

Obecné rysy závislosti na psychoaktivních látkách ve stáří:

1. Vysoké riziko somatických škod (např. hypertenze s rizikem CMP při ebrietě)
2. Častější interakce alkoholu nebo jiných návykových látek s léky, které berou lidé vyššího věku pro různé chronické nemoci (např. alkohol v kombinaci s acylpyrinem nebo ibuprofenem)
3. Pomalejší metabolismus a často nižší tolerance vůči alkoholu a jiným návykovým látkám. To s sebou nese mimo jiné vyšší riziko těžkých intoxikací
4. Poruchy zejména novopaměti v důsledku škodlivého užívání návykových látek (typicky alkoholu nebo sedativ) se mohou kombinovat s poruchami paměti jiné etiologie
5. Lidé vyššího věku jsou často léčeni návykovými látkami (analgetiky, hypnotiky apod.), případně si je sami opatřují. Zvyšuje se tak riziko nežádoucích účinků těchto léků a vzniku závislosti. Problém interakce léků v případě chronických somatických onemocnění, zvláště jaterních lézí či vylučovacího systému
6. Častou komplikací návykových nemocí ve stáří je samota, smrt manžela nebo manželky nebo jejich těžká nemoc, sociální problémy, bolest, somatické potíže

Léčba

Špatná snášenlivost alkoholu a jiných návykových látek u starých lidí může někdy paradoxně usnadňovat léčbu a zvyšovat motivaci ke změně

Léčba zanedbaných tělesných chorob, nedostatky ve výživě (bílkoviny, vitaminy skupiny B), somatické následky alkoholu a jiných návykových látek (poruchy spánku, zažívání). Saturace vitamíny, zvláště skupiny B (thiamin, pyridoxin), nootropika, kognitiva, trénink paměti, komplexní rehabilitace, vodoléčba, aktivační terapie.

Benzodiazepiny nevhodné pro nepříznivý vliv na kognitivní funkce a značné riziko návyku. Ve starší literatuře doporučovány v nižších dávkách ke zvládnutí abstinčních stavů.

Psychoterapie: doporučovány behaviorální metody, respektive kognitivně-behaviorální postupy a aktivační terapie.

Socioterapie: dlouhodobá účast v socioterapeutickém klubu (vrstevnické programy) nebo pomoc při hledání vhodného uplatnění „druhá kariéra“. Vytvořit nebo udržet síť sociálních vztahů (např. kontakty z dřívějšího zaměstnání, oživení vztahů v rodině, pěstování zálib), vytvořit pozitivní přiměřený životní styl. Komunitní programy s využitím domácích návštěv, individuální a rodinné poradenství, podpůrné edukační skupiny. Zapojení partnera, ostatních členů rodiny, ostatních pacientových lékařů a pokud je to možné i místního lékárníka na dodržování dohledu a kontroly dostupnosti léků.

Výsledky: kolem 50% plných remisí a více jak 15% výrazně redukováného abúzu, vysoká úspěšnost léčebných zákroků se vykládá tím, že staří lidé spíše nejsou schopni situaci řešit a vyhledat pomoc. Méně než 25% starých pojištěnců, u kterých byl během hospitalizace zjištěn látkový abus, dostalo během 4 následujících let po propuštění z nemocnice ambulantní léčbu.

4. Závislost na alkoholu ve stáří

Přiměřená konzumace alkoholu má pozitivní vliv na celkové zdraví starých lidí, snižuje riziko kardiovaskulárních onemocnění (infarkt myokardu a cévní mozková příhoda) a dokonce výskytu demence, především vaskulární. NIAAA (The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) v USA doporučuje jako bezpečné 20 g alkoholu denně = 50 ml destilátu = 2 dcl vína = 0.5 litru 12° piva. Dle DOH (The Department of Health's guidelines) je horní hranicí 2 drinky/den u mužů a 1-2 drinky u postmenopauzálních žen.

Naproti tomu stoupá počet jedinců, u kterých lze diagnostikovat škodlivé užívání nebo dokonce závislost na alkoholu. Je nutno po ní aktivně pátrat, pokud se objevují častější pády, snížení péče o svoji osobu, postižení paměti a deprese. Problémem je „ageismus“, který v sobě zahrnuje diskriminaci starých lidí, lékaři často selhávání v identifikování symptomů, které mohou souviset s abusem alkoholu, např. zmiňované pády, dále závratě, změny stravovacích návyků, apod. Častěji je alkohol přehlédnut u starších vzdělaných žen s vyšším socio-ekonomickým statutem. Bohužel bylo rovněž zjištěno, že s vyšším věkem se zkracuje doba, kterou lékař s pacientem tráví.

Epidemiologie

Prevalence v geriatrickém věku 1-15% a stoupá. Počet dobrovolně léčených pacientů starších 60 let v pražském protialkoholním centru v Apolinářské ulici nikdy nepřesáhl 10%. Poruchy vyvolané alkoholem: 9% mužů a 0.5% žen přijímaných na gerontopsychiatrii. Poradny pro léčbu alkoholismu: 4% mužů a 1% žen v seniorském věku. Problémoví pijani senioři: 2-10% v komunitách, 2-15% v domovech důchodců, více v geriatrických ambulancích.

NAHSDA (The National Household Survey on Drug Abuse) v roce 2004: 38% starých lidí konzumovalo alkohol v průběhu posledního měsíce, 2% nejméně 5 drinků denně. Počet hospitalizovaných pacientů nad 65 let s problémy s alkoholem byl stejný jako počet pacientů s infarktem. 2/3 seniorů se závislostí bylo závislých již ve středním věku. Zbývá jedna třetina lépe léčitelná, spojená s menším výskytem přidružených psychických poruch. Muži/ženy = 2 až 6:1, muži jsou častěji problémovými pijany, u žen častěji rozpoznáno vzhledem ke společenskému kontextu.

Rizikový pacient: starší muž, žijící osaměle, s nízkým vzděláním, s anamnézou problémového pití, s depresemi a se sebevražednými pokusy, přítomnost chronických chorob s pravidelnou preskripcí léků.

Většina seniorů konzumuje alkohol pro jeho chuťové vlastnosti, jako digestivum, pivo i jako zdroj tekutin. Jen 10-15% mužů a 6-8% žen oceňuje na alkoholu jeho uklidňující nebo povzbuzující účinky – později sklony k rizikovému pití. Výskyt rizikového pití s věkem klesá, zlom nastává u žen po 55 roce věku, u mužů po 65 roce věku. Zásadových abstinentů s věkem přibývá. Staří preferují mírné uskrávání malých kvant a chybí excesy typické pro mládí, užívání má pozvolný kontinuální průběh, pokusy o abstinenci, jsou méně časté než u mladších. Těžcí pijani z dob mládí a středního věku umírají dříve a nedožijí se seniorského věku. Dle Skály je délka života alkoholiků o 14 let kratší. Schopnost bezpečné pití ve stáří je narušena existencí chronických chorob a inkompatibilitou alkoholu s ordinovanými léky. Podle některých autorů dochází ve stáří ke spontánní remisi

alkoholismu, mizí bažení po alkoholu. Alkoholické nápoje nejsou levná záležitost, senioři proto preferují levnější nealkoholické nápoje nebo čaje

Somatické následky

S věkem tělesná hmotnost klesá, klesá množství tělesných tekutin, stoupá množství tuku, alkohol je rozpustný ve vodě a ne v tuku, toto způsobuje vyšší koncentraci v krvi. Obecně platí, že při konzumaci stejného množství alkoholu mají 60letí o 20% a 90letí až o 50% vyšší hladinu alkoholu v krvi než 20letí. Ženy lehčí, menší množství svalové hmoty. S věkem se zvyšuje citlivost CNS na působení alkoholu. I nižší dávky vedou k závažným intoxikacím. Zvyšuje se citlivost a klesá tolerance k alkoholu. Klesá sekrece alkoholdehydrogenázy (přeměna alkoholu na acetaldehyd) v žaludku i játrech. U žen fyziologicky menší množství ADH. Klesá metabolismus alkoholu v gastrointestinálním traktu. Většina alkoholu je metabolizována v játrech. Metabolická schopnost jater také s věkem klesá. Exkrece alkoholu ledvinami v méně než 5%, ve stáří však rovněž klesá.

Dlouhodobá konzumace alkoholu urychluje proces stárnutí, především CNS a zvyšuje pravděpodobnost předčasného úmrtí, včetně násilných smrtí (úrazy, umrznutí, sebevraždy). Dlouhodobý abusus alkoholu zvyšuje membránovou rigiditu a akceleruje normální stárnutí mozku. S membránovou rigiditou souvisí jejich zvýšená propustnost a neuronální degenerace. Výskyt syndromu Wernicke-Korsakov ve stáří častější. Doc. Molčan provedl již v roce 1979 orientační studii, která potvrdila vztah mezi stupněm závislosti na alkoholu a progresí organického poškození mozku (psychologické vyšetření: nižší průměrná hodnota IQ, mnestického koeficientu, vyšší index deteriorace, echoencefalografie: mozková a zvláště korová atrofie, rozšíření komorového systému). Alkoholická encefalopatie se projevuje kognitivními poruchami (40-60% starších alkoholiků), demencemi (7-20% všech demencí, zvláště vaskulárních), halucinózou (psychotická symptomatologie bývá u starší častěji). Větší riziko vzniku demence je u alkoholiků s přítomností alely pro apolipoprotein E4. Úmrtnost na abstinenční delirium tremens je u mladší 5-15 %, u věkové skupiny nad 65 let stoupá až na 35 %, především na respirační selhání a arytmie. Problémy spojené s alkoholem nachází u 7-30 % starších pacientů se suicidiem, více u mužů, avšak ve srovnání s mladšími lidmi je nižší incidence. Alkohol dále působí sexuální dezinhibici u zdravých starých lidí, ale především u lidí s demencí.

Diogenův syndrom: mj. způsobený závislostí na návykových látkách. Příznačné extrémní zanedbávání, špinavá domácnost, excesivní hromadění odpadků (sylogomania), lhostejnost, izolace, odmítání pomoci.

Ve stáří se objevuje častěji jaterní cirhóza při závislosti na alkohol, mortalita do jednoho roku je 50 % ve věkové skupině nad 60 let ve srovnání se 7 % v mladší věkové skupině. Výzkum na ženách ve věku 65-77 let zjistil, že příjem 2-4 drinků denně snižuje denzitu kostí v oblasti obratlů a ramenní kosti, předpokládá se, že alkohol působí přímo toxicky na osteoblasty a dále alteruje metabolismus vitamínu D a kalcia, dále alkohol akceleruje věkem podmíněnou posturální instabilitu, což ústí ve zvýšenou incidenci fraktur, především krčku femuru. Množství alkoholem způsobených traumat je však menší než u mladších ročníků. Také malnutrice ve stáří je častější. Riziko rakoviny prsu v 80 letech je 8.8%, konzumace 6 drinků za den zvyšuje riziko o 4%.

Diagnostika

Dotazníky u starých pacientů v primární péči mají své nedostatky a omezení.

Test CAGE:

1. Měl jste pocit, že byste měl své pití omezit ?
2. Vadilo vám, že vaše pití lidé kritizují ?
3. Měl jste kvůli pití pocity viny ?
4. Pijete občas i ráno pro zklidnění ?

Pozitivita ve dvou a více odpovědích signalizuje možnou diagnózu škodlivého pití. Téměř 60 % rizikových starších pacientů je CAGE negativních, nutno dovysvětlit smysl otázek, event. Doplnit dalšími otázkami

5. V kolika dnech z týdne v průměru pijete alkohol ?
6. Kolik vypijete alkoholických nápojů v typický den, kdy pijete alkohol ?
7. Jaký je maximální počet alkoholických nápojů, které jste vypili při jedné příležitosti během minulého měsíce ?

Rizikovou skupinou jsou všichni muži, kteří konzumují více než 2 a ženy, které konzumují více než 1 drink denně. Dále všichni, kteří konzumují při jedné příležitosti více než 4 drinky.

MAST-G (Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric), 24 položek, těžkopádnější než CAGE, ale může být více nápomocný při skríningu.

Laboratorní nálezy: zvýšený MCV (střední objem erytrocytů) detekuje u starých lidí jen 20-25 % pacientů s abusem alkoholu ambulancích praktických lékařů a 2/3 v nemocnicích. Zvýšený MCV je totiž značně nespecifický a vyskytuje se u řady jiných onemocnění. SIMA – zkrácený inventář markerů alkoholismu (hepatopatie/hepatomegalie, nauzea, slabost, parestézie, poruchy chůze/titubace, jizvy, tremor, teleangiektázie, překrvení spojivek, ikterus, edémy, AST, GMT)

Léčba

Nutná edukace, někdy může pomoci vedení deníku příjmu alkoholických nápojů. Nutná též edukace rodiny, přátel nebo ošetřujících osob.

Abstinence od alkoholu a rizikových psychotropních látek z řad benzodiazepinových anxiolytik. Ve starší literatuře stále doporučovány benzodiazepiny s krátkodobým účinkem. Nootropika (piracetam), vitaminy skupiny B (thiamin 100 mg/den, pyridoxin). Zkoušen naltrexon i u starších pacientů, který redukoval množství vypitého alkoholu.

Dále vodoléčba, aktivační terapie.

Systematický trénink paměti, podpůrná psychoterapie cílená na aktuální životní situaci pacienta, podpora svépomocnými skupinami vrstevníků (Anonymní alkoholici). Individuální i skupinové poradenství. Skupinová psychoterapie má být oddělená od mladých alkoholiků. Skupinová terapie je

zvláště vhodná pro sociálně izolované pacienty. Dále kognitivně-behaviorální terapie, rodinná terapie. Jednoduché rady a poradenství poskytované lékaři primární péče se ukázalo být účinným v redukci problémového pití mezi vysoce rizikovými (tj. výrazně pijícími) staršími dospělými. Po dvou 10 a 15 minutových poradenských sezeních byla výsledkem 34% redukce 7denního užívání alkoholu, 74% redukce průměrného počtu epizod alkoholických tahů, 62% redukce podílu pacientů, kteří pili více než 21 drinků týdně

Nejčastějšími problémy a nejspolehlivějšími indikátory nedostatečného dodržování léčebného režimu v průběhu terapie a následného relapsu jsou nízký socioekonomický status, komorbidita jiných psychických poruch a nedostatek rodinné a sociální podpory.

5. Závislost na sedativech a hypnoticích ve stáří

Faktory, které je třeba zvážit předtím, než předepíšeme návykové látky u starých pacientů:

1. Vyžaduje diagnóza, nepohoda a zneschopnění užívání této látky ?
2. Byly použity vhodné nefarmakologické terapie, pokud jsou indikovány ?
3. Byla použita farmaka s nižším potenciálem pro dlouhodobé problémy a závislost, pokud jsou vhodné (např. buspiron hydrochlorid pro úzkost nebo neopioidní analgetika pro bolest) ?
4. Vede lék k přijatelné terapeutické odpovědi při užívání vhodných dávek (často nižších než u mladších pacientů), pokud ne, byla diagnóza a léčba přehodnocena ?
5. Měl pacient v minulosti problémy s jinou látkovou nebo alkoholovou závislostí (hlavní relativní kontraindikace pro použití návykových látek) ?
6. Naznačují některé nálezy závislost předepisované látky (např. hromadění léků, nekontrolované zvyšování dávek nebo získávání léků od více lékařů) ?
7. Je zjevné jiné s lékem spojené poškození (např. postižení paměti a psychomotoriky) ?
8. Může člen rodiny nebo jiný důležitý člověk potvrdit účinnost léku, stejně jako nepřítomnost postižení a závislosti ?
9. Mohlo by snižování dávky léku (po adekvátním terapeutickém pokuse) pomoci určit, zda jsou problémy spojené s lékem nebo je potřebná další léčba

Epidemiologie

Úpornost a rezistence primární insomnie na léčbu narůstá s věkem. Hypnotika užívají častěji než je průměr v populaci lidé staří a ženy. Obecně se problematika podceňuje a často vzniká iatrogeně, u osob starších 85 let předepisována v 36% z veškeré preskripce.

Nejoblíbenější anxiolytika diazepam a chlórdiazepoxid. V roce 2001 se na první místo dostal alprazolam. Nejoblíbenější hypnotika flunitrazepam, nitrazepam, následované zolpidemem a zopiklonem. Předepisovány praktickými lékaři, internisty a geriatry hlavně neurotickým ženám ve středním a vyšším věku. V roce 2001 užívalo benzodiazepiny přibližně 30 % seniorů v domácí péči, z 32 % pacientů s klinicky významnou depresí bylo pouze 8 % léčeno antidepresivními medikamenty, ostatní užívali dlouhodobě působící benzodiazepiny. Obecně platí, že by terapie benzodiazepiny neměla u geriatrických pacientů podle stávajících doporučení překročit časový horizont 2 týdnů v hypnotické indikaci, 4 týdnů v terapii anxiety a 12 týdnů při zahajovací léčbě panických stavů a u antidepresivní léčby.

Škodlivé užívání hrozí:

1. Při potřebě konzumace vyšších dávek (ve středním věku nad 40 mg, ve stáří nad 20 mg diazepamu nebo jeho ekvivalentu denně)

2. Době užívání delší než 4 měsíce
3. Pozitivní anamnéze abúzu alkoholu nebo analgetik
4. Předpisu hypnotik s velmi krátkým poločasem (triazolam, midazolam)
5. Detoxifikace v nemocnici je doporučena, pokud jsou účinky léku zjevné, ale přesnou identitu a dávku léku není možné spolehlivě zjistit

Somatické následky

Ve stáří zvýšená vnímavost CNS vůči benzodiazepinům s rizikem rozvoje kognitivních poruch, zvláště paměti a pozornosti, vznik delirií při jejich náhlém vysazení. Působí prostřednictvím stimulace GABA_A receptorů (receptorů užívajících jako neurotransmitter kyselinu gama-aminomáselnou). Nadměrný výdej tlumivého neurotransmiteru kyseliny gama-aminomáselné pak vede k tomu, že je tlumen výdej acetylcholinu, dochází ke sníženému výkonu centrálního acetylcholinergního systému, a tím může dojít ke zhoršení paměti nebo k provokaci anticholinergních delirií. Po hypnoticích narušení architektury spánku, anterográdní amnézie, při vysazení rebound insomnie (jednu až dvě noci po vysazení). Benzodiazepiny narušují fyziologickou architekturu spánku: potlačují REM spánek a 3. a 4. nonREM stadium a prodlužují spánek téměř výhradně posílením 2. nonREM stadia, dále útlum dechového centra. Při REM fázích se zvyšuje v mozku koncentrace acetylcholinu, což usnadňuje posílení synapsí vytvořených učením. Tímto mechanismem jsou podpořeny funkce krátkodobé paměti. Při spánku s pomalými vlnami na EEG je usnadněna syntéza proteinů a to má zase příznivý vliv na utváření paměťových stop souvisejících s dlouhodobou pamětí. Benzodiazepiny zvyšují riziko pádu (sedace, ataxie, myorelaxace). Myorelaxace vede k pocitům svalové slabosti a únavy. Benzodiazepiny mohou dále způsobovat závratě i inkontinenci.

Dlouhodobě působící benzodiazepiny způsobují ospalost, sedaci, únavu, snížení koncentrace pozornosti, prodloužení reakčního času. Reziduální aktivita druhého dne neboli hang-over efekt u seniorů hrozí více, neboť je eliminační poločas až trojnásobně prodloužen.

Po krátkodobě působících ve zvýšené míře roste tolerance a po jejich vysazení se objevuje výrazná „rebound“ insomnie a objevují se živé až děsivé sny.

U pacientů užívajících dlouhodobě benzodiazepiny, většinou déle než rok, vznikají snadno pooperační stavy zmatenosti. A abusérů (doba užívání delší než 4 měsíce) se doporučuje se premedikace benzodiazepiny před operačním zákrokem. Dlouhodobé užívání benzodiazepinů u seniorů je vhodné započítávat do ASA kategorizace pacientů jako samostatný rizikový faktor.

Léčba

Detoxifikace v nemocnici je doporučena, pokud jsou účinky léku zjevné, ale přesnou identitu a dávku léku není možné spolehlivě zjistit. Abstinenci stav s bouřlivým predelirantním až delirantním syndromem u 50% osob užívajících anxiolytika déle než 1 rok a u 60% medikovaných déle než 7 let. Nutno pamatovat při hospitalizaci, např. v perioperačním období. Postupné snižování v dvoutýdenních intervalech o ¼ dávky s možnou přídatnou léčbou betalytiky nebo antidepresivy,

event. Tiaprid 200-400 mg/den. V případě protrahovaného deliria je třeba se na přechodnou dobu znovu vrátit k původním dávkám. Při léčbě hypnotiky je třeba se pokoušet o vysazení po 4-5 týdnech.

Léčivo/léková skupina	Důvod nevhodnosti léčiva ve stáří	Závažnost
Flurazepam (v ČR není)	Benzodiazepinové hypnotikum, které dosahuje extrémně dlouhého eliminačního poločasu ve stáří (v řádu dní), navozuje přetrvávající denní sedaci, zvyšuje riziko pádů a fraktur	Vysoká
Meprobramat (v ČR není)	Vysoce návykové a sedativní anxiolytikum. Dlouhodobé užití navozuje závislost, léčivo je třeba vysazovat postupným snižováním dávky. Nejčastějšími nežádoucími účinky ve stáří jsou spavost a ataxie	Vysoká
Vysoké dávky krátkodobě působících benzodiazepinů: lorazepam > 3mg, oxazepam > 60 mg, alprazolam > 2 mg V ČR nejsou: temazepam > 15 mg, triazolam > 0.25 mg	Pro vyšší senzitivitu k terapii benzodiazepiny u starých pacientů jsou zpravidla nižší dávky u seniorů stejně efektivní a bezpečnější. Celková denní dávka by neměla překročit stanovené denní maximum	Vysoká
Dlouhodobě působící benzodiazepiny: diazepam, chlórdiazepoxid V ČR nejsou: quazepam, halazepam, clorazepat	Tato léčiva mají ve stáří velmi dlouhý poločas (zpravidla několik dní). Navozují protrahovanou sedaci, zvyšují riziko pádů a zlomenin. Další nežádoucí účinky zahrnují spavost, ataxie, zmatenosti, slabost, závratě, synkopy a psychomotorické změny	Vysoká
Barbituráty (kromě feno-barbitalu, s výjimkou v léčbě epilepsie)	Vysoký potenciál závislosti, navozují více nežádoucích účinků než jiná dostupná sedativa a hypnotika ve stáří. Časté nežádoucí účinky barbiturátů zahrnují: spavost, letargii, závratě, bolesti hlavy, útlum centrálního nervového systému, těžké deprese, nauzeu, zvracení, průjem a zácpu. Vysazení je třeba provádět velmi pomalu vzhledem k riziku syndromu z vysazení.	Vysoká

Tabulka č. 1 (shrnutí nevhodných sedativ a hypnotik dle Beerse)

6. Škodlivé užívání analgetik ve stáří

Bolest se u starších nemocných vyskytuje 3x častěji, vyskytuje se u 20-50 % starší populace v domácím prostředí a dokonce u 45-80 % hospitalizovaných nemocných. Nadužívání se vyskytuje spíše u žen kolem 50 let trpících neurotickými obtížemi doprovázenými bolestmi v nejrůznějších částech těla, především hlavy, přechází do seniorského věku. Nebezpečné látky jsou především zdomácnělé, favorizované, glorifikované, relativně levné, snadno dostupné léky.

Senioři tvoří v současnosti pouze 14 % české populace, ale spotřebují 35 % všech užívaných léků. Ve věku 60 – 64 let léky užívá 83 % osob, ve věku 65 – 74 let již 89 % osob a nad 75 let užívá léky 91 – 98 % osob. S věkem se zvyšuje se i průměrný počet užívaných léků. Ženy užívají léky častěji než muži a užívají i více léků (v průměru 4,2 léku) než muži (3,9 léku). Český senior užívá průměrně 4 – 6 léků, hospitalizovaní senioři a nemocní v dlouhodobé péči užívají 5 – 8 léků denně. Nejčastěji předepisované léky u českých seniorů nad 75 let jsou vazodilatancia (užívá 65 % osob), **analgetika (41 %)**. Jde spíše o misusus, tj. nadužívání a nevhodné kombinování psychoaktivních a nepsychoaktivních léků na předpis i volně prodejných. Termín polypragmatie se používá při současném užívání 5 a více léků (4 a více).

Nejznámějším zneužívaným analgetikem byl Alnagon (acidum acetylosalicylicum, coffeinum, phenobarbitalum, codeinum dihydrogenphosphoricum). Obzvláště pro účinek euforizující, zlepšující náladu a zvyšující výkonnost byl nejzneužívanějším analgetikem do února 1987, kdy byl zrušen jeho volný prodej. Byl sledován odlišný průběh závislosti u aplikace perorální a parenterální. U Alnagonu aplikovaného perorálně je průběh odvykacího stavu ovlivněn hlavně barbiturátovou složkou analgetika, pro aplikaci parenterální je charakteristický odvykací stav opiátového typu, způsobený vyšší rozpustností codeinu v roztoku. Ještě do roku 1995 patřil mezi 5 léčiv nejčastěji předepisovaných praktickými lékaři, nejspíše pro psychostimulační účinky. V roce 2001 předstihl v preskripci méně toxický, volně dostupný, poměrně levný paracetamol - málo nebezpečný z hlediska rizika závislosti. Paracetamol v roce 2001 mezi 10 nejužívanějšími léčivy, následovala kyselina acetylosalicylová, ibuprofen, diklofenak

Často zneužívaná jsou analgetika s psychotropními účinky, tj. kompozitní analgetika s barbituráty (Alnagon, Dinyl) a kodeinem (Alnagon, Spasmoveralgin, Korylan). Kodein vede k závislosti morfinového typu, barbituráty k závislosti alkoholbarbiturátového typu.

Somatické následky

Míra rizika nežádoucích účinků nesteroidních antirevmatik stoupá s věkem. Věk nad 65 let představuje jeden z klíčových rizikových faktorů. U pacientů ve věku 50-64 let je trojnásobný vzestup žaludečního krvácení ve srovnání se souborem mladších osob, věk na 70 let pak představuje 5.6násobné zvýšení rizika komplikace.

Neodborně léčená bolest vede k závažným komplikacím nebo nežádoucím účinkům. Více než 1/4 pacientů užívajících nesteroidní antirevmatika má komplikace z nežádoucích účinků těchto léků. Z toho 10 % musí být pro tyto nežádoucí účinky hospitalizováno.

Barbituráty jsou mohutnými induktory jaterních enzymů systému P 450. Tím může být výrazně snížen účinek léků, kterými je pacient léčen pro své základní onemocnění. Dlouhodobá konzumace kompozitních analgetik vede k poruchám osobnosti, k selhávání v životních situacích, k neurotizaci a k hypochondrii, výjimečně i k psychózám – zvláště při vynucené abstinenci. Analgetika s fenacetinem jsou nefrotoxická, amidopyridin tlumí krvetvorbu, kyselina acetylosalicylová gastrotoxická, krvácení z GIT až v 70 %, kofein psychostimulační a ve vyšších dávkách způsobuje nespavost, tachykardie a třesy. Již po pátém předpisu nesteroidního antirevmatika se může u užívajících objevit nejružnější toxicita, především gastropatie s krvácením do trávicího ústrojí. Acetaminofen je renálně a hepatálně toxický, návyk na opiodně-acetaminofenové léky vedl až k nutnosti transplantace jater. Nesteroidní protizánětlivé léky jsou spojeny s vyšším rizikem vzniku peptického vředu u starších pacientů než u mladších a mohou vstupovat do interakce s antikoagulancii, perorálními antidiabetiky, digoxinem, antihypertenzivy a diuretiky. Mohou způsobovat i kognitivní vedlejší příznaky.

Léčba

Snižování dávek při podpůrné medikaci nízkými dávkami neuroleptik a antidepresiv. U lehčích případů ambulantně, tam kde je riziko vzniku abstinčního syndromu s deliriem, je indikována léčba ústavní. Ke zvládnutí bolesti převádíme později pacienty na jednoduchá, nonkompozitní analgetika, nejlépe typu paracetamolu nebo tramadolu.

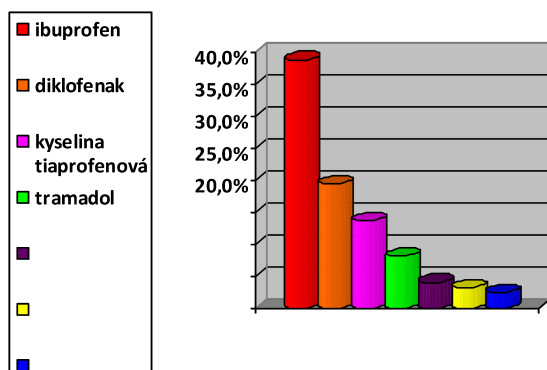
Léčivo/léková skupina	Důvod nevhodnosti léčiva ve stáří	Závažnost
Propoxyfen a komb. (v ČR není)	Nemá vyšší analgetickou účinnost ve srovnání s paracetamolem, spektrem možných nežádoucích účinků se podobá opioidním analgetikům	Nízká
Indometacin	Ze všech nesteroidních antiflogistik navozuje nejvíce centrálních nežádoucích účinků. Nejčastěji bolesti hlavy (10 %), závratě (3-9 %), spavost, únavu a depresivní stavy (1-3 %)	Vysoká
Pentazocin	Opioidní analgetikum, které s vyšší četností než jiná opioidní analgetika navozuje u seniorů centrální nežádoucí účinky, mj. i zmatenost a halucinace. Jde o smíšeného agonistu a antagonistu opioidních receptorů. Světloplachost, závratě, euforie a sedace patří k častým nežádoucím účinkům pentazocinu	Vysoká
Pethidin (meperidin)	V doporučovaných dávkách neúčinné analgetikum ve stáří. V porovnání s ostatními opioidními analgetiky je nevýhodný u seniorů, může navodit zmatenost a jiné nežádoucí účinky jako: respirační útlum, méně často cirkulační útlum (ortostatické hypotenze). Významné riziko útlumu dechu je třeba zohlednit u pacientů s dýchacími potížemi v anamnéze	Vysoká
Ketorolac (v ČR není)	Jiného než krátkodobého užití je třeba se vyvarovat u starých pacientů pro významné riziko asymptomatické gastrotoxicity	Vysoká
Dlouhodobé podávání plných dávek neselektivních NSAID s dlouhým poločasem: naproxen, oxaprozin, piroxicam	Vyšší potenciál než u jiných NSAID k navození gastrotoxicity, renálního selhávání, hypertenze a srdečního selhávání	Vysoká

Tabulka č. 2 (shrnutí nevhodných analgetik dle Beerse)

7. Situace v Čechách

V roce 1996 provedla MUDr. Bogrová průzkum pacientů starších 80 let navštěvujících brněnské praktické lékaře, celkem šlo o 226 osob. Jen 4 osoby uvedli, že neužívají žádné léky, nejvíce nemocných užívalo 4-5 léků, téměř 3 desetiny užívalo 7 a více léků. Nemocní starší 90 let užívali méně léků než lidé mezi 80-89 rokem věku. Více léků užívali ženy. Nejčastěji užívanými léky byla vazodilatancia, analgetika tvořila 52 %, hypnotika 18 %, sedativa 11 %, anxiolytika 7.1 %.

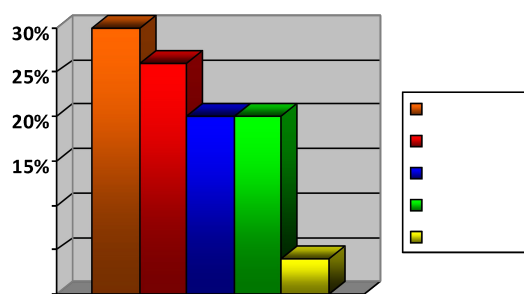
V letech 1996-1998 prof. Kubešová a kol. provedli metodou náhodného výběru průzkum celkem 1481 pacientů starších 75 let v péči praktických lékařů. Nejčastěji předepisována vazodilatancia v 62 %, na druhém místě analgetika v 41 %. Bez jakékoliv medikace bylo pouze 1.5 %, ve věkových kategoriích 75-89 let užívali nemocní nejčastěji 6-8 léků, v kategorii nad 90 let pak 4-5 léků, 1.6 % užívá více než 13 léků. Při srovnání podle pohlaví muži bez léků tvořili 3.1 a nejčastěji užívali 1-3 druhy léků v 38.2 % případů. Ženy byly zcela bez léků pouze v 0.8 % a nejčastěji užívaly 6-8 druhů léků v 37.4 %.



V letech 1998-1999 MUDr. Kubešová a kol. zhodnotili preskripci analgetik praktickými lékaři, celkem 541 pacientů starších 75 let. Pravidelně užívalo analgetika 22.9 %. Z toho ibuprofen 38.7 %, diklofenak 19.4 %, kyselinu tiaprofenovou 13.7 %, tramadol 8.1 %, indometacin 4.0 %, Alnagon 3.2 %, paracetamol 2.4 %. (graf 1)

Mgr. Vinšová a kol. provedli rozsáhlou observační retrospektivní analýzu databáze Zaměstnanecké pojišťovny Škoda shrnující léčivé přípravky vyzvednuté v lékárnách na lékařský předpis a hrazené z veřejného zdravotního pojištění. V letech 1997-2001 šlo o necelý 1.8 milionu léčivých přípravků pro seniory ve věku 65 let a více. Výdej léčiva potenciálně nevhodného ve stáří byl v 3.8 %, z toho 80 % se jednalo o léčiva vysoce riziková ve stáří. V průběhu 5 let prevalence užití nevhodných léků poklesla ze 40 % na 30 %, přesto výrazně převyšovala prevalenci ve státech západní Evropy a Severní Ameriky. Nejvíce rizikovou skupinou byli pacienti ve věku 75-84 let. Preskripce potenciálně nevhodných léčiv byla 1.4x častější u žen než u mužů. Nejčastěji předepisovanými nevhodnými léky byly benzodiazepiny s dlouhým poločasem v 21 % (diazepam vykazoval dvojnásobnou preskripci oproti chlórdiazepoxidu), dále např. nevhodný indometacin tvořil 7 % z celkového součtu preskripce nevhodných léků.

V roce 2004 MUDr. Drástová a primář Krombholz zhodnotili užívání anxiolytik u pacientů starších 65 let přijatých během 3 měsíců na otevřené gerontopsychiatrické oddělení Psychiatrické léčebny Bohnice. Celkem šlo o 76 pacientů s věkovým průměrem 76.5 let. Anxiolytika užívalo 71 % pacientů, z toho clonazepam 30 %, alprazolam 26 %, oxazepam 20 %, hydroxyzin 20 % a buspiron 4 % (graf 2). Tři čtvrtiny pacientů, kterým byla podávána anxiolytika, užívala nějaké anxiolytikum již před přijetím do léčebny, u 7.5 % pacientů se podařilo během pobytu anxiolytikum vysadit, u 28 % pacientů významně snížit dávku.



V roce 2005 provedl primář Nešpor srovnání počtu dávek (20 ml destilátu, 0.3 litru piva, 1 dcl vína) na den u vzorku Pražanů vyššího věku. (tabulka č. 3)

	Muži 60-69 let	Žena 60-69 let	Muži 70-79 let	Ženy 70-79 let
Počet pacientů	64	77	50	76
1-2 dávky	54 %	63,6 %	53,1 %	43,8 %
3-4 dávky	36,5 %	11,7 %	16,3 %	8,2 %
5-6 dávek	7,9 %	0	4,1 %	0
7-9 dávek	0	0	0	0
10 a více	0	0	0	0

Tabulka č. 3 (srovnání spotřeby alkoholu ve stáří)

Prof. Kubešová a kol. zhodnotili užívání volně prodejných léků u skupiny náhodně vybraných seniorů starších 70 let v letech 2001/2002 a srovnání v letech 2004/2005. Celkem se jednalo o 400 lidí (63 % žen a 37 % mužů) žijících v domácím prostředí, v péči praktického lékaře. Průměrný věk 78.7 roku. Nejvíce kupovány vitamíny 60 %, analgetika tvoří 43 % a nesteroidní antirevmatika 30 %. Za dobu sledování došlo k navýšení ve všech skupinách asi o 10 %, pouze u vitaminů jen asi o 5 %.

	2001/2002	2004/2005
Počet volně prodejných léků	2.26	2.23
Průměrná útrata za volně prodejné léky	93 Kč	114 Kč
Útrata za doplatky	95 Kč	152 Kč

Tabulka č. 4 (průzkum volně prodejných léků prof. Kubešové)

Na ženském gerontopsychiatrickém oddělení Psychiatrické léčebny Kroměříž provedl primář Doněk sledování v letech 2002-2006. Závislost na alkoholu zjištěna u 65 seniorek, což představovalo 2,92 %

z celkového počtu hospitalizovaných pacientek. 15,4 % bylo již minulosti pro závislost na alkoholu v psychiatrické léčebně hospitalizováno. Ve společné domácnosti žilo 26,2 %. Okolí vědělo o závislosti v 76,9 % případů. 87,6 % pacientek pilo v ústraní, jen 12,3 % požívalo alkohol veřejně. Preference nápoje: 27,7 % pivo, 27,7 % destiláty, 16,9 % víno. Kombinace alkoholu s léky zjištěna u 6,2 % pacientek. Odvykací stav s delíriem proběhl u 13,8 % pacientek. Alkoholová demence diagnostikována u 32,3 %, psychóza u 4,6 % pacientek.

8. Situace na Slovensku

V roce 1985 zpracoval doc. Kolibáš údaje o pacientech starších 60 let, hospitalizovaných v lůžkových psychiatrických zařízeních ke dni 15. 6. 1983, celkem 735 pacientů. V retrospektivním hodnocení dalšího průběhu hospitalizace pacientů zjištěno, že průměrná doba hospitalizace byla 328 dní. Do domácího prostředí se vrátilo 62 % pacientů. Souhrn zopakován 30. 6. 1993 u celkem 741 pacientů starších 60 let. Během deseti let vzrostl počet závislých, procentuální podíl žen mezi závislými a dále počet přidružených demencí.

Další průzkum provedl MUDr. André a kol., který zpracoval údaje 97 pacientů starších 60 let hospitalizovaných během roku 1994 v Psychiatrické klinice Lékařské fakulty Univerzity Komenského v Bratislavě. Abusus alkoholu začínal v mladším věku, průměrná délka abusu 18,4 roku. Abusus léků vždy po 60. roce, průměrná délka abusu u analgetik 4.7 roku, u hypnotik 3.1 roku. S odstupem zhodnoceny i údaje za rok 2000 u 146 pacientů. (přehled všech 4 průzkumů v tabulce č. 5).

	1983 (Kolibáš)	1993 (Kolibáš)	1994 (André)	2000 (André)
Závislost na návykových látkách	8,8 % (77 % M, 23 % Ž)	12,8 % (66 % M, 34 % Ž)	23,4 % (70 % Ž, 30 % M)	23,3 % (59 % M, 41% Ž)
Průměrný věk	65,6 roků	67,1 roků	71,4 roků	
Závislost na alkoholu (podíl)	84,6 % (85 % M, 15 % Ž)	80 % (78 % M, 22 % Ž)	17,4 % (75 % M, 25 % Ž)	47 % (63 % M, 37% Ž)
Závislost na lécích (podíl)	15,4 % (70% Ž, 30 % M)	19 % (83 % Ž, 17 % M)	69,6 % (81 % Ž, 19 % M)	21 % (ženy)
Závislost na alko- holu a lécích (podíl)		1 % (muž)	13 % (66% Ž, 33 % M)	32 % (91 % M, 9 % Ž)
Neúplné nebo základní vzdělání	70,8 %	73,7 %	39,2 %	41,2 %
Bez partnera	50,8 %	61,1 %	82,6 %	73,5 %
Další psychiatrická diagnóza	81, % (demence 27,7 %)	80 % demence 47,4 %		
Somaticky zdraví	12,3 %	15,8 %	0 %	
Tři a více nemocí	35,4 %	37,9 %	91,3 %	
Léčba neuroleptiky	58,5 %	62,1 %		
Psychoterapie	30,8 %	53,7 %		

Tabulka č. 5 (srovnání průzkumů provedených v letech 1983 – 2000)

Profesor Novotný a kol. provedli analýzu pacientů hospitalizovaných na PK LF UK v letech 1985-1987 s diagnózou závislosti na alkoholu starších 55 let, celkem šlo o 28 pacientů (25 mužů a 3 ženy). Šlo o 7,4 % z celkového počtu starších pacientů. U 32,1 % bylo důvodem odeslání delirium tremens, u 21,4 % alkoholová halucinóza, u 25 % pacientů se před přijetím nediagnostikovala alkoholová závislost. Pokus o terapii před hospitalizací jen solitárně, 1x detoxifikace, 1x nootropika, 2x anxiolytika. Po přijetí diagnostikováno delirium tremens u 28,6 %, alkoholová halucinóza u 28,6 %. Dlouhodobý abusus alkoholu u 82,1 %, začátek po 45 roce věku u 17,9 %. Při propuštění diagnostikována u 25 % Korsakovova psychóza, organický psychosyndrom nebo demence. 67,9 % žilo s manželským partnerem. Preference lehčích druhů alkoholu: pivo, víno, případně v kombinaci je u 57,1 %. Pouze destiláty jen u 7,1 %.

Doc. Kovářová s MUDr. Dóci provedli v roce 2002 průzkum pomocí 4 otázek z dotazníku Health Interview Survey, týkajících se konzumace alkoholických nápojů u celkem 163 seniorů starších 65 let. Úplnou abstinenci udalo 60,1 % seniorů, více než 1 sklenku týdně udalo 6,7 % seniorů. Nejčastěji preferováno pivo a bílé víno. Respondenti žijící ve vlastních domácnostech 4x častěji konzumují alkohol než lidé umístění v domovech důchodců. Respondenti žijící s další osobou v domácnosti 2x častěji konzumují alkohol než osaměle žijící. Údaje z této studie byly v dalších letech zpochybněny s tím, že došlo k výrazné disimulaci udávaného konzumu.

MUDr. Shahpesandy opakovaně zveřejňuje zkušenosti s léčbou alkoholismu pacientů starších 65 let v rámci psychiatrického oddělení Nemocnice s poliklinikou Liptovský Mikuláš a Psychiatrické kliniky Lékařské fakulty v Košicích. (přehledně v tabulce č. 6). V roce 2005 bylo navíc provedeno srovnání souboru starších a mladších a starších pacientů s alkoholismem (tabulka č. 7). Zjištěno, že 76,3 % mladších popíjí pravidelně nebo nárazově velké množství alkoholu 300/240 ml/den (muži/ženy), naopak větší část starších popíjí kontinuálně menším množstvím alkoholu 150/120 ml/den (muži/ženy). V roce 2006 pak srovnání starších pacientů závislých na alkoholu, léčených na psychiatrickém oddělení v Liptovském Mikuláši se staršími klienty Domova důchodců v Liptovském Mikuláši bez problémů s alkoholem. (tabulka č. 8)

	2001	2002	2005	2006
Počet pacientů	26 (65 % M, 35 % Ž)	33 (76 % M, 24 % Ž)	56 (80 % M, 20 % Ž)	73 (77 % M, 23 % Ž)
Průměrný věk	69 let	69,4 roků	70,2 roků	70,2 roků
Bez partnera	90 % Ž, 52 % M	88 % Ž, 32 % M	45 % (40 % M, 72 % Ž)	42,5 %
Základní vzdělání	85 %	88 % Ž, 77 % M	52,5 %	
Pití od mládí	81 % M, 50 % Ž	80% M, 50% Ž	52 % (62,3 % M, 9% Ž)	
Deprese	20 %	33%	39,2 % (55 % Ž)	29 %
Delirium tremens	15 %	24 %		
Suicidální jednání	11,5 %	9%	12,5 %	5 %
Psychóza	11,5 %	12% mužů	16 %	7 %
Demence	8 %	12,12 %	16 %	21 %
Kardiovaskulární onemocnění	35 %	66,6 %	59 %	60 %
Neurologické onemocnění	7,5 %	78,8 %		

Tabulka č. 6 (srovnání průzkumů MUDr. Shahpesandyho z let 2001-2006)

	Starší	Mladší
Počet	56 (80 % M, 20 % Ž)	59 (90% M, 10 % Ž)
Průměrný věk	70,2 roků	43 roků
Bez partnera	45 %	54 %
Základní vzdělání	62,5 %	52,5 %
Pozitivní rod. anamnéza	17,8 %	47 %
Preference	Pivo 10,7 %, víno 3,6 %, destiláty 71,4 % , kombinace 12,5 %	Pivo 1,7 %, víno 10,2 %, destiláty 27,1 %, kombinace 60,9 %
Zvýšené markery	AST 53,6 %, GMT 60,7 %	AST 84,7 %, GMT 91,5 %
Somatické nemoci	CNS 73,2 % , kardiovaskulární 59 % , gastrointestinální 66 % , jaterní 66 %, plicní 32 % , úrazy 71,4 % , polyneuropatie 48,2 %	CNS 42,3 %, kardiovaskulární 22 %, gastrointestinální 27 %, jaterní 93,2 % , plicní 6,8 %, úrazy 30,5 %, polyneuropatie 5 %,
Psychiatrické nemoci	Deprese 39,2 %, suicidální jednání 12,5 %, psychóza 16 %, demence 16 % , insomnie 89,2 % , delirium 57,1 %	Deprese 32,2 %, suicidální jednání 20,3 %, psychóza 20,2 %, demence 0 %, insomnie 10,2 %, delirium 44 %

Tabulka č. 7 (srovnání starších a mladších pacientů s alkoholismem, 2005)

	Pacienti se závislostí na alkoholu	Klienti bez závislosti na alkoholu
Počet	73 (77 % M, 23 % Ž)	70 (79 % Ž, 21 % M)
Průměrný věk	70,2 roků	76 roků
Bez partnera	42,5 %	78,6 %
Úmrtnost (do 5 let)	19,2 %	1,4 %
Zvýšené markery	AST 64 %, GMT 64 %	AST 0 %, GMT 0 %
Somatické nemoci	CNS 73 %, kardiovaskulární 60 %, gastrointestinální 82 %, jaterní 90 %, plicní 40 %, úrazy 63 % (úrazy CNS 40 %), hematologické 53 %, infekční 21 %, epilepsie 11 %	CNS 36 %, kardiovaskulární 64 %, gastrointestinální 43 %, jaterní 11 %, plicní 20 %, úrazy 3 % (úrazy CNS 0 %), hematologické 10 %, infekční 6 %, epilepsie 1 %
Psychiatrické nemoci	Deprese 29 %, suicidální jednání 5 %, psychóza 7 %, demence 21 %, škodlivé užívání léků 14 %, poruchy osobnosti 47 %	Deprese 54 %, suicidální jednání 0 %, psychóza 1 %, demence 3 %, škodlivé užívání léků 33 %, poruchy osobnosti 0 %

Tabulka č. 8 (srovnání pacientů se závislostí na alkohol a klientů bez závislosti na alkohol, 2006)

9. Diskuze

Údaje v České a slovenské odborné literatuře věnované problematice zneužívání návykových látek jsou sporadické. Často jsou průzkumy prováděny jen na malých souborech. Sledované soubory jsou často nekonzistentní a nelze je úplně srovnávat, klienti praktických lékařů, domovů pro seniory, psychiatrické kliniky, psychiatrického oddělení, psychiatrických léčeben, atd.

Zneužívání návykových látek ve vyšším věku v populaci narůstá, narůstá též procentuální podíl žen. Potvrzuje se, že zneužívání alkoholu začíná spíše v nižším věku, naproti tomu nadužívání léků až ve vyšším věku. Zneužívání ve stáří často probíhá skrytě a důvodem k přijetí do psychiatrického zařízení jsou až vážné psychiatrické komplikace (delirium, psychóza). Konzumenti návykových látek rovněž trpí v daleko větší míře řadou somatických. Nelze se příliš spoléhat na subjektivní vyplňování dotazníků. Co se týče konzumu alkoholu, potvrzuje se, že ve vyšším věku ubývá jednorázových pitek na úkor kontinuálního popíjení nižších dávek alkoholu. Bohužel se stále ukazuje, že ve vyšším věku jsou ve velké míře předepisovány benzodiazepiny v nevhodných indikacích s preferencí více škodlivých před relativně bezpečnými. Také v oblasti preskripce, ale i volného prodeje analgetik jsou preferovány spíše nevhodné preparáty.

Seznam použité literatury

1. ANDRÉ, I., ČAPLOVÁ, T., VOJTAŠÁKOVÁ, L., MATEJČÍKOVÁ, T. Problematika zneužívania psychoaktívnych látok u osôb vyššieho veku. *Psychiatria*. 2001, roč. 8, č. 3, s. 9117-122
2. ANDRÉ, I., ČAPLOVÁ, T., KOTULIAKOVÁ, D.: Vyšší vek a problematika drogových závislostí. *Protialkoholický obzor*, 1995, roč. 30, č. 2, s. 49-56
3. BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8
4. BOGROVÁ, I., SKULOVÁ, A. Které léky užívají staří nemocní. *Geriatría*, 1996, roč. 2, č. 3-4, s. 56-58
5. DÓCI, I., KOVÁŘOVÁ, M. Zvláštnosti psychických poruch u lidí vyššieho veku. *Geriatría*. 2002, roč. 8, č. 4, s. 170-175
6. DONĚK, E., DOŇKOVÁ, J., DOŇKOVÁ, O. Alkohol u žen vyššieho veku. *Psychiatrie pro praxi*, 2007, roč. 8, č. 6, s. 274-275
7. DRÁSTOVÁ, H., KROMBHOLZ, R. Terapie úzkosti v akutní gerontopsychiatrii, možnosti léčby a jejich úskalí. *Psychiatrie pro praxi*, 2005, roč. 6, č. 6, s. 302-304
8. FIALOVÁ, D., TOPINKOVÁ, E. Koncept léčiv nevhodných ve stáří – farmakologické a farmakoepidemiologické aspekty. *Remedia*, 2005, roč. 15, č. 4-5, s. 410-417

9. HANISKOVÁ, T. Abúzus alkoholu v starobe. *Geriatrics*, 2006, roč. 12, č. 3-4, s. 127-135, s. 163-171
10. HANISKOVÁ, T. Diogenesov syndrom. *Geriatrics*, 2007, roč. 13, č. 2, s. 85-86
11. KOLIBÁŠ, E. Alkoholizmus a iné drogové závislosti vo vyššom veku. *Protialkoholický Obzor*, 1985, roč. 20, č. 6, s. 333-342
12. KOLIBÁŠ, E., HUNÁKOVÁ, D. Problematika alkoholizmu a iných drogových závislostí v starobe v lôžkových psychiatrických zariadeniach v SR. *Protialkoholický obzor*, 1993, roč. 28, č. 3, s. 97-104
13. KOVÁŘOVÁ, M., DÓCI, I. Charakteristika konzumentov alkoholu nad 65 rokov v kontexte Projektu Zdravé starnutie. *Geriatrics*, 2002, roč. 8, č. 2, s. 78-82
14. KUBEŠOVÁ, H., HOLÍK, J., BOGROVÁ, I., SYSLOVÁ, D. Bolest u nemocného vyššího věku a aspekty její léčby. *Časopis lékařů českých*, 2001, roč. 140, č. 10, s. 291-294
15. KUBEŠOVÁ, H., HOLÍK, J., ŠIPR, K., BOGROVÁ, I. Farmakoterapie starších klientů praktického lékaře – teorie a skutečnost. *Geriatrics*. 2000, roč. 6, s. 27 – 32
16. Léčiva potenciálně nevhodná ve stáří. *Farmakoterapeutické informace. Měsíčník pro lékaře a farmaceuty*, 2006, roč. 11, č. 10-11, s. 1-4, 1-4
17. MAKAI, F. Liečba chronickej bolesti pohybového aparátu u starších. *Geriatrics*, 1996, roč. 2, č. 3-4, s. 48-49
18. MOLČAN, J., KOLIBÁŠ, E., NOVOTNÝ, V., a kol. Alkoholizmus a organické poškodenie mozgu (orientačná štúdia). *Protialkoholický Obzor*, 1979, roč. 14, č. 2, s. 65-71
19. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., DRAGOMIRECKÁ, E. Alkohol u seniorů. *Časopis lékařů českých*, 2005, roč. 144, č. 5, s. 325-326
20. NEŠPOR, K., DRAGOMIRECKÁ, E., CSÉMY, L. Alkohol u seniorů. *Psychologie dnes*, 2005, roč. 11, č. 3, s. 7
21. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. 203 s. ISBN 80-85121-52-2
22. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3 vyd. Praha: Portál, 2007. 170 s. ISPN 978-80-7367-267-6
23. NEŠPOR, K. *Návykové poruchy*. In HÖSCHL, C. aj. *Psychiatrie*. 2 vyd. Praha: Tigris, 2004, s. 587-588
24. NETÍK, V. Problematika preskripce benzodiazepinových preparátů u geriatrických pacientů v ČR. *Adiktologie*, 2009, roč. 9, č. 1, s. 30-34

25. NOVOTNÝ, V., KOŘÍNKOVÁ, V., KOLIBÁŠ, E., HERETIK, A.: Alkoholizmus a vyšší věk. *Protialkoholický Obzor*, 1989, roč. 24, č. 4, s. 209-216
26. SEIFERT, B. Rizika a prevence nežádoucích účinků NSA na trávicí trakt u starších osob. *Česká geriatrická revue*, 2007, roč. 5, č. 2, s. 72-77
27. SHAHPESANDY, H. Aktuálne názory na zneužívanie a závislosť od alkoholu v starobe. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 2005, roč. 101, č. 1, s. 40-47
28. SHAHPESANDY, H., JANÍKOVÁ, Z., KASANICKÁ, V. a kol. Alkoholizmus v starobe – komparatívna štúdia sledujúca starých a mladých pacientov s poruchami v súvisi s alkoholom. *Alkoholizmus a drogové závislosti*, 2005, roč. 40, č. 3, s. 149–163.
29. SHAHPESANDY, H., PRISTÁŠOVÁ, J., JANÍKOVÁ, Z. a kol. Alkoholizmus v starobe – následky a komplikácie. *Alkoholizmus a drogové závislosti*, 2006, roč. 41, č. 4, s. 215–229.
30. SHAHPESANDY, H. M., DÓCI, I. Alkoholizmus v starobe – problém častý, ale poddiagnostikovaný. *Psychiatrie*, 2002, roč. 6, suplementum 1, s. 38
31. SHAHPESANDY, H., DÓCI, I. Zneužívanie alkoholu v starobe. *Psychiatrie*, 2001, roč. 5, suplementum 2, s. 118-119
32. SPAR, J. E., LA RUE, A. *Geriatrická psychiatria*, Trenčín: Vydavateľstvo F, 2003. 246 s. ISBN 80-88952-13-1
33. VINAŘ, O. Poruchy spánku ve stáří. *Česká geriatrická revue*, 2004, roč. 2, č. 2, s. 18-23
34. VINŠOVÁ, J., FIALOVÁ, D., TOPINKOVÁ, E. a kol. Prevalence a vývojové trendy v preskripci léčiv potenciálně nevhodných ve stáří v České republice. *Praktický lékař*, 2006, roč. 86, č. 12, s. 722-728
35. VOJTĚCHOVSKÝ, M. Závislost na psychotropních látkách a jejich škodlivé užívání ve stáří. In KALVACH, Z. aj. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada 2004, s. 564-570
36. VONDRÁČKOVÁ, D. Léčení bolesti u starých nemocných. *Česká geriatrická revue*, 2004, roč. 2, č. 1, s. 28-36
37. Zpráva z Rotterdamu: alkohol chrání před vznikem demence. *Lancet*, 2002, 359, 26 January, 281-286, cited in *Medicina*, 2002, roč. 9, č. 3, s. 2