

Алкоголизм у бездомных лиц: клинические и социально-демографические аспекты

АЛЬТШУЛЕР В.Б.

д.м.н., профессор, руководитель отделения клинических исследований алкоголизма
e-mail: altshuler172@mail.ru

КАШИН А.В.

аспирант отделения клинических исследований алкоголизма

КРАВЧЕНКО С.Л.

к.м.н., вед. науч. сотр. отделения клинических исследований алкоголизма

ФГУ Национальный научный центр наркологии Минздравсоцразвития, Москва

119002, Москва, М.Могильцевский пер., 3, тел.: (499)241-06-03

На основе имеющихся данных о быстро растущем в нашей стране числе бездомных лиц, большая часть которых состоит из больных алкоголизмом, предпринято изучение бездомных больных алкоголизмом с целью в дальнейшем поставить вопросы о необходимости, возможностях и путях лечения и реабилитации таких больных. Из 87 обследованных бездомных лиц 60 чел. (70%) больны алкоголизмом; они образовали основную группу. В отличие от 60 больных группы сравнения, больные основной группы никогда не лечились, среди них преобладали преморбидно неустойчивые, истеричные и возбудимые, с более высокой скоростью формирования алкоголизма, с большой пропорцией тяжелых стадий заболевания, с преобладанием токсикогенной симптоматики в клинической картине, с резко выраженными признаками алкогольной деградации.

Ключевые слова: алкоголизм, бездомность, деградация, нежелание лечиться

Введение

Бездомность — относительно новая для нашей страны, но весьма болезненная проблема, возникающая с крушением прежних социально-экономических устоев, как побочный продукт либеральных реформ, пришедших на смену тоталитаризму. В настоящее время в России, по разным оценкам, насчитывается около 5 млн бездомных [1], и их число продолжает быстро расти.

Страны с укоренившимися либерально-демократическими традициями давно столкнулись с этой проблемой; их многолетний опыт говорит о том, что преобладающая часть бездомных — это тяжело больные алкоголизмом [2—5]. Они нуждаются в лечебно-реабилитационной, в первую очередь — наркологической помощи.

Согласно докладу Института Медицины США (1988 г.), бездомных следует поделить на временно, эпизодически и хронически бездомных; при этом третья подгруппа включает в себя либо душевнобольных, либо инвалидизированных алкоголиков. В целом, по мнению авторов доклада, до 40% бездомных — больные алкоголизмом [3].

В начале 70-х годов в США были ликвидированы так называемые «дома на полпути» (skid row) для опустившихся алкоголиков и прекращена соответствующая программа Национального Института алкоголизма (NIAAA). Теперь она возобновлена и нацелена на разработку методов, предусматривающих «специфическую конфигурацию» задействованных служб, дифференцированных по подгруппам бездомных больных алкоголизмом на основе 20-летнего опыта Филадельфийского

диагностического центра. Разработан проект интегрированного континуального обслуживания [5], включающего в себя неотложную медицинскую помощь, детоксикацию (5—7 дней), стационарное лечение (около 4 мес.), амбулаторное лечение (6 мес.), восстановление трудовых навыков. Такая модель предусматривает возможность повторения всего цикла несколько раз — пока успех не будет достигнут — и не исключает принудительного лечения.

В настоящее время в рамках Европейского Форума по проблеме «Алкоголь и здоровье» действует «Европейская Федерация национальных организаций, работающих с бездомными» (FEANTSA), которая финансируется Европейской Комиссией. В 2006 г. она опубликовала доклад по вопросу о праве людей на охрану их здоровья [6], в котором подчеркиваются тесные взаимозависимости между алкоголизмом и бездомностью. В своем брифинге от февраля 2009 г. FEANTSA [7] отмечает, что бездомные чаще других умирают от естественных причин и что алкоголизм является хронической проблемой среди бездомных. Одно из положений брифинга состоит в том, что злоупотребление алкоголем служит триггерным фактором бездомности с вытекающими из нее следствиями (болезни, травмы, отравления, преждевременная смерть). При этом высказывается мнение, что алкоголь для бездомных — средство уменьшить остроту переживания их неудовлетворенности жизнью. Доступность лечебной помощи бездомным остается проблематичной, особенно если они — алкоголики, так как алкоголь наносит им ущерб во многих сферах и, особенно, — в силу стигматизации. В связи с этим, по мнению составителей документа, в работе с

бездомными необходим «холистический» (целостный) подход. В частности, обсуждается вопрос, допустимо ли потребление алкоголя в дневных центрах или приютах, где условием пребывания является трезвость, и что остается делать пациентам, не способным воздерживаться от спиртного. В качестве пути к минимизации вреда, наносимого алкоголизмом, рекомендуются его раннее распознавание, межведомственное взаимодействие, бригадный метод работы.

Излишне доказывать, что и в нашей стране пора приступать к решению проблемы алкоголизма у бездомных. Игнорировать ее значило бы вычеркнуть из жизни миллионы наших граждан. Для начала важнейшую роль в этом должно играть наркологическое изучение данной проблемы, после чего наступит очередь государственных и общественных инициатив.

Среди отечественных литературных источников практически отсутствуют публикации, касающиеся клинических особенностей алкоголизма у бездомных лиц — их наследственности, преморбида, формирования болезненной симптоматики, вариантов течения болезни, соотношения основных синдромов, коморбидной психической патологии. Одним из редких исключений служит работа Н.Н. Ясенецкой [8], в которой сообщается о некоторых результатах изучения бездомных больных алкоголизмом; однако данное исследование касается лишь особой категории таких больных, поскольку речь идет о тех из них, кто обратился за лечебной помощью и находился в стационаре. Между тем, имеющийся опыт показывает, что большинство бездомных больных не желает лечиться и никогда не лечились. Отсюда — большие трудности в работе с указанным контингентом лиц, что, однако, не освобождает от необходимости выявления причинно-следственных отношений алкоголизма и бездомности, а также их взаимного влияния. Это важно для дальнейшего определения возможностей и направления реабилитационных мер.

Цель настоящего исследования — изучить особенности формирования и клиники алкоголизма у бездомных лиц. Для достижения указанной цели требуется решение следующих задач:

- 1) определить долю больных алкоголизмом в контингенте бездомных лиц;
- 2) изучить преморбидные и социально-демографические характеристики, личностные особенности и наследственность у бездомных больных алкоголизмом;
- 3) изучить скорость формирования и характер течения (ремиссии, рецидивы, тип злоупотребления алкоголем) алкогольной зависимости у бездомных лиц;
- 4) изучить клинические особенности основных синдромов алкоголизма у бездомных лиц (ПВА, ААС, алкогольная деградация);

5) изучить соматоневрологический и психический статус бездомных больных алкоголизмом;

6) изучить по тем же параметрам клинику алкоголизма у больных группы сравнения в аналогичных возрастных пределах.

Пациенты и методы исследования

В рамках настоящего исследования изучаются бездомные (БОМЖи), обитатели Центра социальной адаптации «Люблино». В этом центре бездомные имеют кров, питание, одежду и разные виды благотворительной помощи. Условия проведения исследования характеризуются специфическими трудностями, связанными часто с нежеланием больных сотрудничать с врачом и значительным интеллектуально-мнестическим снижением, с реакциями раздражения и отказа.

Критерии включения в контингент исследования:

- отсутствие определенного места жительства;
- клинические признаки наличия зависимости от алкоголя.

Критерии исключения:

- наличие выраженной психической патологии иного рода (шизофрении, эпилепсии, органических заболеваний головного мозга);
- наличие тяжелой соматоневрологической патологии в периоде декомпенсации.

Для настоящего исследования используются следующие **методы**:

1. Клинический: субъективный анамнез, психический, неврологический и соматический статус (объективные анамнестические данные были, как правило, недоступны). Результаты заносились в специально разработанную карту.

2. Экспериментально-психологический: тест «10 слов» А.Р. Лурия, таблицы Шульте, характерологический тест Г. Шмишека, шкала качества жизни SF-36.

3. Статистический. При соответствии закону нормального распределения выборки используется критерий Стьюдента (t-тест). При характере распределения, отличающемся от нормального, используются непараметрические статистические методы (для сравнения независимых выборок — тест Манна—Уитни, для сравнения попарно связанных выборок — тест Вилкоксона).

Результаты исследования

Всего обследовано 87 бездомных, из них 75 мужчин, 12 женщин. Из всех обследованных бездомных выявлено 60 больных алкоголизмом (70%), среди них 54 мужчины, 6 женщин. Среди бездомных больных высок процент рано (до 20 лет) приобретшихся к алкоголю — 37%, среди больных из группы срав-



Распределение больных по обстоятельствам утраты жилья

нения этот показатель значительно ниже — лишь 15%. Среди больных основной группы 65% характеризуются положительной начальной реакцией на алкоголь, что может свидетельствовать о предрасположенности к злоупотреблению алкоголем. Распределение больных по продолжительности бродяжничества выглядит так: являются бездомными от 1 года до 3 лет — 10 чел. (17%), от 4 до 6 лет — 20 чел. (33%), от 7 до 10 лет — 18 чел. (30%), от 10 до 15 лет — 12 чел. (20%). Как видно, большинство больных (63%) бродяжничает от 4 до 10 лет.

По возрасту больные распределились на 4 группы (табл. 1).

Следовательно, среди бездомных больных алкоголизмом реже встречаются лица сравнительно молодого возраста (25—40 лет) и чаще — старших возрастов (41—61 год). При этом пропорция лиц наиболее продуктивных возрастов (31—50 лет) в основной группе и в группе сравнения почти одинакова (средний возраст больных статистически достоверно не различался: $44,9 \pm 1,0$ год против $42,9 \pm 1,4$ года; $p = 0,361$).

В ходе исследования выявлялись обстоятельства, при которых больные стали бездомными. Результаты в процентном отношении отражены на рисунке.

Среди названных больными обстоятельств преобладают те, которые сами по себе являются, по всей видимости, следствием алкоголизма. К ним относятся «махинации с недвижимостью», «личный выбор», «семейные проблемы» и чаще всего — «судимости». За всем этим стоят беспомощность при решении вопросов, доминирование алкогольной мотивации в иерархии ценностей, паразитические тенденции, низкая трудоспособность, пьянство как источник семейного разлада, антисоциальное поведение в опьянении и др. Иными словами, к моменту утраты жилья, судя по всему, уже полностью сформировался и принял тяжелое течение алкоголизм, т.е. заболевание стало наиболее вероятной причиной бездомности.

Среди всех больных основной группы у 21 чел. (35%) были судимости; 43% совершенных больными преступлений — преступления против личности (убийство, причинение вреда здоровью), 57% — преступления против собственности (грабеж, кража, разбой).

У 56 бездомных больных (93%) и лишь у 15 больных из группы сравнения (25%) в преморбидном периоде выявлены отклонения от социальных норм и правил поведения. У 20 больных основной группы (33%) и у 9 чел. из группы сравнения (15%)

Таблица 1

Распределение больных по возрасту

Возрастные группы	Бездомные больные, N/%	Группа сравнения, N/%
25 — 30 лет	2 (3,3%)	10 (16,7%) **
31 — 40 лет	17 (28,3%)	26 (43,3%) *
41 — 50 лет	28 (46,7%)	20 (33,3%) **
51 — 61 год	13 (21,7%)	4 (6,7%) *
Итого:	60 (100%)	60 (100%)
Достоверность	χ^2 Пирсона: значение 22,086; значимость 2-сторонняя <0,001	
Примечание. * — p<0,05; ** — p<0,01		

такое отклонение проявилось в форме антисоциальности (отрицательное отношение к социальным нормам, стремление противодействовать им); 24 обследованных больных основной группы (40%) и трое больных группы сравнения (5%) до болезни характеризовались асоциальностью (безразличие к социальным нормам или их непонимание).

По семейному положению бездомные больные алкоголизмом делятся на 3 группы: в браке состоят 9 больных (15%), 20 больных (33%) разведены или являются вдовцами/вдовами, 31 чел. (52%) в брак не вступали, при этом 12 из них (20%) сожительствовали; 12 чел. из 21 имеющего детей лишены родительских прав. Больные группы сравнения по семейному положению также подразделяются на 3 группы: в браке состоят 32 больных (53%); 16 больных (27%) разведены или являются вдовцами/вдовами; 12 чел. (20%) в брак не вступали. Следовательно, большая часть бездомных больных — это одинокие люди — либо разведенные, либо никогда не вступавшие в брак, что дополнительно характеризует их социальную дезадаптацию.

Все это говорит о значительном участии преморбидного фактора в судьбах и формировании образа жизни бездомных.

Данные об уровне образования у бездомных больных алкоголизмом и у лиц из группы сравнения приведены в табл. 2, из которой видно, что большинство бездомных больных имеет среднее образование (неполное, полное и среднее специальное), большая же часть больных из группы сравнения — люди с высшим образованием. Эти данные указывают на довольно высокий уровень образованности бездомных больных, хотя он и ниже, чем в группе сравнения.

В табл. 3 приводится перечень преобладающих преморбидных черт характера больных основной и контрольной групп. Судя по результатам исследования, более чем у половины бездомных больных алкоголизмом в характере преобладали над другими черты неустойчивости (51,7%), истеричности (31,7%) и возбудимости (20%). Кроме того, общее число выявленных черт характера в основной группе составило 146,8%, что может свидетельствовать о более пестрой картине характерологического преморбиды. В группе сравнения, напротив, около половины боль-

Таблица 2

Образовательный уровень у бездомных больных алкоголизмом и группы сравнения

Образование	Бездомные больные, N/%	Группа сравнения, N/%
Неполное среднее	17 (28,3%)	0 ***
Среднее	7 (11,7%)	14 (23,3%) *
Среднее специальное	29 (48,3%)	25 (41,7%)
Неполное высшее и высшее	7 (11,7%)	21 (35,0%) **
Итого:	60 (100%)	60 (100%)
Достоверность	χ^2 Пирсона: значение 26,63; значимость 2-сторонняя <0,001	
Примечание. * — p<0,05; ** — p<0,01; *** — p<0,001		

Таблица 3

Сопоставление черт преморбидного характера у бездомных больных алкоголизмом и у больных из группы сравнения

Черты характера	Бездомные больные, N/%	Больные группы сравнения, N/%	p
Синтонность	7 (11,7%)	28 (46,7%)	<0,001
Неустойчивость	31 (51,7%)	12 (20,0%)	<0,001
Истеричность	19 (31,7%)	10 (16,7%)	0,032
Возбудимость	12 (20,0%)	5 (8,3%)	0,032
Шизоидность	7 (11,7%)	3 (5,0%)	0,084
Эпилептоидность	10 (16,7%)	7 (11,7%)	0,811
Психастеничность	2 (3,3%)	6 (10,0%)	0,245
Примечание. Общее число больных с указанными признаками превышает 100% из-за их сочетаний			

ных (46,7%) относилась к лицам синтонного типа; доля черт неустойчивости, истеричности и возбудимости была в 2—3 раза меньшей, чем в группе бездомных лиц.

Учитывая отсутствие в основной группе данных объективного анамнеза, следует отнестись к приведенной информации с осторожностью; нельзя исключить, что она характеризует, в основном, морбидный период жизни больных. Результаты характерологического теста Леонгарда—Шмишека (табл. 4) показывают, что среди бездомных больных доля лиц с тенденцией к акцентуации характера (13—18 баллов) явно преобладает при всех ее типах над группой сравнения. В группе сравнения выраженная акцентуация характера — свыше 18 баллов — отсутствует полностью. Наиболее распространенным (49,2%) типом акцентуированных характеров среди бездомных больных алкоголизмом оказался возбудимый тип, характеризовавшийся слабым контролем над влечениями и побуждениями, расторможенностью, грубостью, гневливостью, паразитическим образом жизни, равнодушием к собственному будущему.

Данные о наследственной отягощенности представлены в табл. 5.

Из представленной таблицы следует, что более чем у 40% больных обеих групп наследственностьотягощена алкоголизмом отца. Сравнение больных по наследственной отягощенности другими психическими заболеваниями существенных различий не выявило; единственное отличие основной группы — отсутствие информации о родителях у бывших воспитанников детских домов (17%), что могло отразиться на других показателях.

Все эти данные имеют прямое отношение к основным клиническим параметрам алкоголизма — скорости формирования болезни, ее тяжести и динамике. Среди них скорость формирования измерялась временем, истекшим от начала систематического злоупотребления алкоголем до появления алкогольного абстинентного синдрома (ААС).

Данные о темпе формирования ААС представлены в табл. 6.

Судя по приведенным данным, больные основной группы отличаются от больных группы сравнения в среднем более высокой скоростью формирования ААС — за счет, в основном, сокращения числа больных с малой скоростью, что может свидетельствовать о повышенной «ранимости» по отношению к хронической алкогольной интоксикации.

Сопоставление акцентуаций характеров у бездомных больных и больных группы сравнения (%) по тесту Леонгарда — Шмишека

Таблица 4

Типы акцентуаций характеров	До 12 баллов		13—18 баллов		Больше 18 баллов		Итого
	Бездомные больные	Группа сравнения	Бездомные больные	Группа сравнения	Бездомные больные	Группа сравнения	
Демонстративные	50,9	88,3 *	40,4	11,7 **	8,8 *	0 *	100,0
Педантичные	61,4	98,3 *	31,6	1,7 ***	7,0 *	0 *	100,0
Возбудимые	25,4	91,7 ***	25,4	8,3 ***	49,2 ***	0 ***	100,0
Застревающие	40,4	93,3 **	49,1	6,7 ***	10,5 *	0 *	100,0

Примечание. * — $p \leq 0,05$; ** — $p \leq 0,01$; *** — $p \leq 0,001$

Наследственная отягощенность алкоголизмом у бездомных больных и у больных из группы сравнения

Таблица 5

Наследственность	Бездомные больные, N/%	Группа сравнения, N/%
Отец	27 (45,0%)	32 (53,3%)
Мать	5 (8,3%)	0 *
Оба родителя	7 (11,7%)	0 *
Наследственность неизвестна	10 (16,7%)	0 *
Итого:	60 (100%)	60 (100%)
Достоверность	χ^2 Пирсона: значение 19,083; значимость 2-сторонняя <0,001	

Примечание. * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

У пятой части (20%) больных основной группы и у 77% больных группы сравнения установлена вторая стадия алкоголизма, у 62% больных основной группы и 23% больных группы сравнения — переходная 2-3 стадия и у 18% больных основной группы — третья стадия. В группе сравнения больные алкоголизмом третьей стадии почти не встречались. Данные о стадиях алкоголизма представлены в табл. 7.

Из приведенных данных следует, что бездомные больные алкоголизмом резко контрастируют с больными группы сравнения преобладанием тяжелых ста-

дий заболевания. Такой контраст особенно заметен на фоне незначительных различий по другим параметрам.

Как известно, само по себе злоупотребление алкоголем отражает характер патологического влечения, в частности, его динамику. Последняя показана в табл. 8.

Как видно из таблицы, больные основной группы характеризуются преобладанием постоянного типа злоупотребления алкоголем, а также истинных запоев, что чревато более тяжелыми токсикогенными расстройствами. В связи с этим представляет интерес

Таблица 6

Сопоставление скорости формирования синдрома отмены у бездомных больных алкоголизмом и у больных из группы сравнения

Скорость формирования синдрома отмены	Бездомные больные, N/%	Группа контроля, N/%
Высокая (1—4 года)	21 (35,0%)	23 (38,3%)
Средняя (5—8 лет)	32 (53,3%)	21 (35,0%) *
Низкая (9 лет и более)	7 (11,7)	16 (26,7%) *
Итого:	60 (100%)	60 (100%)
Достоверность	χ^2 Пирсона: значение 5,896; значимость 2-сторонняя 0,052	
Примечание. * — p<0,05		

Таблица 7

Сопоставление основной группы и группы сравнения по стадиям алкоголизма

Стадия заболевания	Бездомные больные, N/%	Группа сравнения, N/%
Вторая	11 (18,3%)	56 (93,3%) ***
Переходная к третьей	38 (63,3%)	3 (5,0%) ***
Третья	11 (18,3%)	1 (1,7%) **
Итого:	60 (100%)	60 (100%)
Достоверность	χ^2 Пирсона: значение 68,435; значимость 2-сторонняя <0,001	
Примечание. ** — p<0,01; *** — p<0,001		

Таблица 8

Распределение больных по форме злоупотребления алкоголем

Форма злоупотребления алкоголем	Бездомные, N/%	Группа контроля, N/%
Постоянное злоупотребление	28 (46,7%)	10 (16,7%) **
Псевдозапой	5 (8,3%)	31 (61,7%) ***
Истинные запои	27 (45,0%)	4 (6,7%) ***
Переменяющееся	0	15 (15,0%) ***
Итого:	60 (100%)	60 (100%)
Достоверность	χ^2 Пирсона: значение 55,903; значимость 2-сторонняя <0,001	
Примечание. ** — p<0,01; *** — p<0,001		

структура алкогольного абстинентного синдрома (ААС), который помимо признаков вторичного патологического влечения к алкоголю включает в себя симптоматику постинтоксикационных расстройств. ААС отражает состояние разных систем организма, что послужило причиной считать его «лакмусовой бумажкой» скрытой патологии (9—11). В табл. 9 приводятся данные об абстинентных расстройствах в двух изучавшихся группах больных.

Те из перечисленных симптомов ААС, которые относятся к психопатологическим, частью отражают патологическое влечение к алкоголю — ПВА (дисфория, тревога, подавленность, эмоциональная лабильность), являясь его аффективным компонентом [12], другой же частью представляют собой токсикогенные нарушения (мнестические расстройства, обманы восприятия, дезориентировка, идеи отношения). Как видно из представленных данных, у больных основной группы преобладает токсикогенная симптоматика ААС. В то же время, по симптоматике ПВА они уступают больным группы сравнения.

С помощью теста SF-36 (социальная шкала) изучалась субъективная оценка больными уровня своих взаимоотношений с окружающими. Результаты теста следующие: 7 больных из основной группы (12%) и 18 больных из группы сравнения (30%) оценивают уровень своих социальных связей как низкий

(2—3 балла из 10 возможных), 23 бездомных больных (38%) и 17 больных из группы сравнения (28%), набравших 4—5 баллов, — как ниже среднего, 13 бездомных больных (22%) и 16 больных из группы сравнения (27%) оценивают их как средние (6 баллов); выше среднего (7—8 баллов) оценивают свои социальные связи 11 бездомных больных (18%) и 7 больных из группы сравнения (12%); как высокие (9—10 баллов) — 6 больных из основной группы (10%) и 2 больных из группы сравнения (3%).

Из этих данных следует, что бездомные больные по-разному оценивают уровень своих социальных взаимоотношений с окружающими; при этом значительная доля больных оценивает свое социальное функционирование неадекватно высоко. Больные же из группы сравнения более критично относятся к своему социальному функционированию, что и отразилось на результатах теста.

Таким образом, бездомные больные по своему социальному статусу являются дезадаптированными вследствие непонимания и несоблюдения ими социальных норм. Кроме того, больные не стремятся восстанавливать свои социальные позиции: это представляется им безнадежным делом, нереальным и ненужным. Такие качества больных связаны, по-видимому, с резким волевым снижением и низким психическим

Таблица 9

Структура абстинентного синдрома у бездомных больных алкоголизмом и в группе сравнения

Симптомы ААС	Группа бездомных, N/%	Группа сравнения, N/%	p
Психопатологический вариант ААС			
Тревога	44 (73,3%)	26 (43,3%)	0,001
Подавленность	30 (50%)	19 (31,7%)	0,042
Эмоциональная лабильность	8 (13%)	22 (36,7%)	0,003
Дисфория	29 (48,3%)	13 (21,7%)	0,002
Идеи отношения	38 (63%)	20 (33,3%)	0,002
Обманы восприятия	22 (37%)	6 (10,0%)	0,004
Суицидальные тенденции	4 (7%)	5 (8,3%)	0,730
Висцеральный вариант ААС			
Тошнота	50 (58,3%)	30 (50,0%)	0,853
Рвота	29 (48,3%)	29 (48,3%)	1,0
Диарея	21 (35%)	13 (21,7%)	0,107
Боли в животе	7 (11,7%)	8 (13,3%)	0,812
Стенокардия	10 (17%)	11 (18,3%)	0,811
Церебральный вариант ААС			
Головная боль	41 (68,3%)	31 (51,7%)	0,064
Головокружения	30 (50%)	22 (36,7%)	0,142
Обмороки	3 (5,1%)	3 (5,1%)	0,983
Припадки	8 (13,6%)	2 (3,3%)	0,045
Примечание. Число учитываемых признаков в ряде случаев превышает 100% из-за их сочетания			

Алкогольная психическая деградация у бездомных больных алкоголизмом и у больных из группы сравнения

Симптомы	Бездомные больные, N/%	Группа сравнения, N/%
Нравственно-этические признаки алкогольной деградации (число учитываемых признаков превышает 100% из-за их сочетания в ряде случаев)		
Эгоизм	26 (43,3%)	14 (23,3%) *
Лживость	33 (55,0%)	18 (30,0%) **
Паразитические тенденции	36 (60,0%)	8 (13,3%) ***
Легкомыслие	45 (75,0%)	15 (25,0%) ***
Безразличие к судьбе	42 (70,0%)	9 (15,0%) ***
Неряшливость	48 (80,0%)	3 (5,0%) ***
Притупление чувства родительского долга	37 (61,7%)	5 (11,6%) ***
Притупление чувства профессионального долга	56 (93,3%)	29 (48,3%) ***
Интеллектуально-мнестическая алкогольная деградация		
Методика "10 слов" А.Р. Лурия (среднее число воспроизведенных слов)		
1-е повторение	5,2 ± 0,2	6,6 ± 0,2***
2-е повторение	6,7 ± 0,2	7,7 ± 0,3**
3-е повторение	7,0 ± 0,3	7,7 ± 0,3*
4-е повторение	6,3 ± 0,3	7,1 ± 0,3**
5-е повторение	7,1 ± 0,3	8,2 ± 0,3**
Повторение через 1 ч	5,5 ± 0,3	7,1 ± 0,3***
Таблицы Шульце (среднее время выполнения, с)		
1-я таблица	44,1 ± 1,9	38,9 ± 1,8*
2-я таблица	43,0 ± 1,9	38,5 ± 1,8*
3-я таблица	41,1 ± 1,8	38,0 ± 1,6
4-я таблица	41,0 ± 2,0	35,8 ± 1,8*
5-я таблица	39,1 ± 2,0	36,0 ± 1,7
Примечание. * — p<0,05; ** — p<0,01; *** — p<0,001		

тонусом, что указывает на необходимость комплексных лечебно-реабилитационных мер.

Подтверждением сказанному стало изучение признаков алкогольной деградации. Последние были подразделены на нравственно-этические и интеллектуально-мнестические признаки.

Приведенные данные указывают на значимое превосходство больных основной группы по всем показателям алкогольной деградации — при отсутствии явных предпосылок в прошлом к особо тяжелому течению заболевания у них.

Первые итоги проведенной работы сводятся к следующему. Наибольшее число бездомных больных бродяжничает длительное время — от 4 до 10 лет. В основном это одинокие, социально дезадаптированные люди, без семьи — либо разведенные, либо никогда не вступавшие в брак. Как правило, они имеют довольно высокий уровень образованности, но нигде не работают и не склонны к пониманию и соблюдению социальных норм.

У наибольшего числа бездомных больных имели место ускоренное формирование алкоголизма и более тяжелая стадия болезни, что подтверждается резко выражен-

ными признаками алкогольной деградации. Судя по результатам проведенного теста SF-36, значительная доля больных оценивает свое социальное функционирование высоко, что контрастирует с их реальным статусом.

Заключение

Проведенное исследование показало, что:

- 1) алкоголизм среди бездомных лиц характеризуется большой распространенностью (70% в контингенте исследования);
- 2) бездомных больных отличают более тяжелая алкогольная деградация и, соответственно, более тяжелое течение заболевания;
- 3) факторы преморбидного периода у бездомных лиц играют двойственную роль: во-первых, они способствуют асоциальным тенденциям; во-вторых, определяют тяжелое течение алкоголизма;
- 4) источниками бездомности у исследованных больных служат, во-первых, группа факторов преморбидного периода и, во-вторых, клинические проявления алкоголизма. При этом алкогольный фактор играет ведущую роль;

5) изученные бездомные больные алкоголизмом никогда прежде не получали специальное лечение.

Таким образом, в формировании бездомного образа жизни больных алкоголизмом участвует сложное причинно-следственное переплетение социально-психологических и клинических факторов.

Хотя бездомность больных, судя по косвенным данным, была, в основном, следствием их алкоголизма, в дальнейшем она стала и важным причинным фактором, ответственным за то, что эти больные никогда не лечились. Остается предполагать, что именно отсутствие своевременного противоалкогольного лечения и других сдерживающих механизмов привело к столь тяжелым последствиям. Все изложенное говорит о необходимости масштабных профилактических и лечебно-реабилитационных программ, включая законодательные.

Список литературы

1. Алексеева Л.С. Бездомные в России // Социологические исследования. — 2003. — №9.
2. Соболева Л. Бездомность и алкоголизм в Венгрии // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. — 1995. — №1. — С. 127—131.
3. Institute of Medicine. Homelessness, Health and Human Needs. — Washington, D.C.: National Academy Press, 1988.
4. Lubran B. Alcohol-related problems among the homeless: NIAAA response // Alcohol Health and Research World. — 1987. — Vol. 11, №3. — P. 46—73.
5. Shandler I., Shipley T. New focus for an old problem: Philadelphia's response to homelessness // Alcohol Health and Research World. — 1987. — Vol. 11. — P. 54—56.
6. The Right to Health is a Human Right: Ensuring Access to Health for Homeless People. — FEANTSA Conference, Wrocław, Poland 12th—13th October 2006.
7. Homelessness and Alcohol: Briefing paper. FEANTSA, February, 2009.
8. Ясенецкая Н.Н. Совокупность социальных и клинических признаков, определяющих особенности течения алкоголизма у лиц без определенного места жительства // Наркология. — 2006. — №2. — С. 27—29.
9. Плетнев В.А. Церебральные нарушения в структуре алкогольного абстинентного синдрома у женщин // Вопросы наркологии. — 1995. — №3. — С. 19—23.
10. Плетнев В.А. Висцеральные нарушения в структуре алкогольного абстинентного синдрома у женщин как отражение особенностей преморбиды и течения алкогольной болезни // Вопросы наркологии. — 1993. — №3. — С. 17—21.
11. Плетнев В.А. Психопатологические нарушения в структуре алкогольного абстинентного синдрома как отражение особенностей преморбиды, формирования, симптоматики и течения алкогольной болезни // Вопросы наркологии. — 1992. — №3—4. — С. 22—25.
12. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. — М.: Имидж, 1994. — 216 с.

ALCOHOLISM IN HOMELESS PERSONS: CLINICAL AND SOCIO-DEMOGRAPHIC ASPECTS

ALTSHULER V.B.

MD, Dr. Sci., Professor, Head of the Dpt. of Clinical Research of Alcoholism;
National Research Center on Addictions, Moscow

KASHIN A.V.

Research Student, National Research Center on Addictions, Moscow

KRAVCHENKO S.L.

MD, PhD, Leading Researcher, Dpt. of Clinical Research of Alcoholism; National Research Center on Addictions

On the account of rapidly growing number of homeless people, great part of them being alcoholics, the study of homeless alcoholic patients was carried out with the aim to consider further possibilities of treatment and rehabilitation of such humans. The homeless alcoholics differ from usual alcoholic in-patient by never being treated, by prevailing of unstable, hysteric and explosive persons, by more rapid formation of alcoholism, bigger proportion of heavy stages of the disease, more pronounced toxicogenic symptoms in the clinical picture, in particular grave signs of mental degradation.

Key words: alcoholism, homelessness, reluctance to treated