

Алкоголизм у бездомных лиц: протективная роль специального лечения

КАШИН А.В. аспирант отделения клинических исследований алкоголизма
КРАВЧЕНКО С.Л. к.м.н., вед. науч. сотр. отделения клинических исследований алкоголизма
АЛЬТШУЛЕР В.Б. д.м.н., профессор, руководитель отделения клинических исследований алкоголизма,
e-mail: altshuler172@mail.ru

ФГУ Национальный научный центр наркологии Минздравсоцразвития, Москва
119002, Москва, М.Могильцевский пер., 3, тел.: (499)241-06-03

Сравнение никогда не лечившихся и лечившихся в прошлом бездомных больных алкоголизмом обнаруживает существенно более резкое снижение уровня критической самооценки, усугубление алкогольной деградации и большее разнообразие соматической патологии у нелеченных больных, хотя проводившееся лечение было, в целом, недостаточно эффективным. Не исключается роль факторов преморбида, участвующих в формировании особенностей алкогольной деградации и повлиявших на обращение больных за лечебной помощью, что способствовало относительной сохранности их реабилитационного потенциала.
Ключевые слова: бездомность, алкоголизм, алкогольная деградация, роль лечения

Введение

Вопрос о роли и пользе лечения больных алкоголизмом, особенно если речь идёт о поздних стадиях заболевания, решается по-разному, в зависимости от уровня знакомства с этим предметом. Степень терапевтического пессимизма порой такова, что всерьёз обсуждается, следует ли вообще лечить алкоголизм или лучше предоставить всё естественному ходу событий [11, 15]. Подобная позиция очень напоминает давнюю точку зрения Е. Bleuler [7] на перспективы лечения больного алкоголизмом: «Если он не поддаётся нравственному перевоспитанию, тогда приходится пьяницу бросить по его собственной вине» (с.193). Но есть и другое мнение: пусть даже большинство леченых больных алкоголизмом на протяжении от года до двух лет катamnестического наблюдения продолжает употреблять алкоголь, тем не менее, они, по сравнению с нелечеными больными, дольше работают и меньше конфликтуют с законом [13, 14, 17].

Тяжесть негативных последствий алкоголизма наиболее выпукло отражается в клинических особенностях бездомных больных. Её усугубляет высокая распространённость алкоголизма среди бездомных лиц; так, согласно опубликованным данным [9], в Дании и Германии пропорция больных алкоголизмом среди бездомных достигает 50%. То же касается США [16, 18]. При этом отношения между бездомностью и алкоголизмом имеют двусторонний характер: алкоголизм повышает риск утраты жилья, а бездомность способствует потреблению алкоголя как

средства, помогающего сгладить тяготы бездомной жизни [4, 8, 10, 12].

Среди клинических особенностей алкоголизма у бездомных лиц — резко выраженная алкогольная деградация и высокая пропорция пациентов с третьей стадией заболевания [1]. На общем фоне психического упадка вполне возможны определённые различия между лечившимися в прошлом и нелечеными больными, что может создать предпосылки к разработке дифференцированных программ реабилитации. Поиск и описание этих различий стали предметом нашего исследования.

Материал и методы исследования

Работа проводилась на 40 бездомных больных алкоголизмом — обитателях Центра социальной адаптации «Люблино». Они составили две группы — основную и группу сравнения. В основную группу вошли 20 больных в возрасте до 60 лет, которые прежде лечились в наркологических учреждениях амбулаторно и/или стационарно. Среди них лечились однократно 13 чел., дважды — 7 чел. Большинство (16 больных) лечились до того, как утратили жильё и стали бездомными. Длительность терапевтических ремиссий у них составляла от 3 мес. до 1 года. Группа сравнения была образована из 20 больных, сопоставимых с основной группой по возрасту и давности заболевания, но никогда не лечившихся от алкоголизма.

Критерием исключения служило наличие выраженной психической патологии иного рода (шизофре-

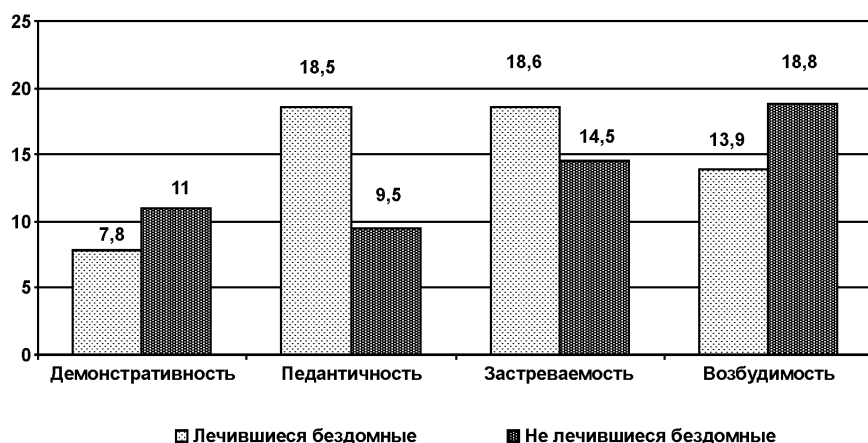


Рис. 1. Акцентуации характера у лечившихся и нелеченых больных

ния, олигофрения, органические заболевания головного мозга, зависимость от других психоактивных веществ).

Методы исследования

1. *Клинический* (анамнез, психический, неврологический и соматический статус). При этом объективные анамнестические данные были, как правило, недоступны. То же касается данных лабораторных исследований;

2. *Экспериментально-психологические* (тест «10 слов», таблицы Шульте, тест Шмишека—Леонгарда, шкала качества жизни SF-36). Отсутствие объективных анамнестических сведений при изучении характерологических особенностей больных затрудняет разделение полученных данных на преморбидные и позднейшие. Как бы то ни было, среди всех типов акцентуации характера, предусмотренных тестом Г. Шмишека—К. Леонгарда, мы ограничились учётом тех, которые наиболее близки к типологии П.Б. Ганнушкина, очень популярной среди отечественных психиатров. Выбор этого теста был продиктован возможностью определить не только тип акцентуации, но и её степень, выраженную в баллах, и тем самым внести в исследование элемент измерения;

3. *Статистические*. Применялись непараметрические методы для сравнения независимых выборок — тест Манна—Уитни и тест ² статистического пакета SPSS_17 for Windows.

Результаты исследования

Факторами, которые способны оказать влияние на клиническую картину и на данные экспериментально-психологического тестирования наших больных, являются, помимо их возраста, давность алкоголизма и продолжительность периода бродяжничества.

Соответствующие характеристики больных основной группы и группы сравнения приведены в табл. 1.

Сопоставление по этим параметрам основной группы и группы сравнения говорит об отсутствии существенных различий между ними. На

таком фоне особенно заметны межгрупповые различия в тяжести клинической симптоматики: если у всех 20 больных основной группы (в прошлом лечившихся) установлена вторая стадия алкоголизма, то в группе сравнения (прежде не лечившиеся) у семи больных (свыше 30%) диагностирована 3-я стадия.

Помимо упомянутых клинических различий в ходе применения теста Шмишека—Леонгарда обнаружилось довольно значительные личностно-характерологические особенности сравниваемых групп больных, что видно на рис. 1.

На этом рисунке приведено сопоставление изучаемых групп больных по средней выраженности в баллах четырёх упомянутых выше типов акцентуации характера. В соответствии с тестом Шмишека—Леонгарда, минимальное число баллов, позволяющее отнести обследуемого к акцентуированным личностям, равно 18. Данному условию в полной мере удовлетворяют лишь «педантичность», «застреваемость» и «возбудимость»: хотя бы в одной из сравниваемых групп среднее число баллов превышает нижний порог названных типов акцентуаций.

С учётом большой тяжести алкоголизма у наших пациентов эти особенности трудно отнести к преморбидным; скорее всего, они служат выражением или следствием заболевания. Речь идёт об акцентуациях характера в направлении возбудимости, демонстративности, застреваемости и педантизма. Как видно на рис. 1, среди нелеченых больных чаще, чем среди лечившихся, обна-

Таблица 1

Давность заболевания и длительность бродяжничества в группах больных

Показатели	Бездомные лечившиеся, N=20				Бездомные не лечившиеся, N=20			
	Средн.	Средн. откл.	Мин.	Макс.	Средн.	Средн. откл.	Мин.	Макс.
Возраст больных	45,1	3,8	38	51	44,9	3,9	38	51
Длительность болезни	13,7	3,2	6	20	13,8	3,4	6	20
Длительность бродяжничества	8,7	2,9	4	14	8,7	2,9	3	13

руживаются черты демонстративности и особенно возбудимости. Среди прежде лечившихся больных чаще встречаются и, в целом, достигают степени выраженной акцентуации черты застремости и педантизма, отражающие снижение подвижности психических процессов. Этот факт мы можем лишь констатировать, но объяснить его, т.е. поставить в причинно-следственную связь с прежним лечением, на данном этапе нет достаточных оснований. С другой стороны, отмеченные различия в ряде психологических характеристик — возбудимости, педантичности, застремости — статистически высокодостоверны (на уровне $p = 0,002—0,001$), что говорит о необходимости их дальнейшего изучения.

С недавнего времени интерес исследователей сосредоточился на изучении качества жизни наркологических больных [2, 5], что открыло новые возможности для клинической науки. Такое изучение основывается, главным образом, на субъективных оценках больных, касающихся их физического и психического благополучия. Хотя степень субъективизма этих оценок существенно корректируется предметным и чётко структурированным характером специального опросника SF-36, всё же остаётся немало места для неадекватности суждений больных, связанной с недостатком критики, памяти, уровня обобщений и др. Поэтому в нашем исследовании

мы использовали показатели качества жизни скорее как средство обнаружить несоответствие между мнениями больных и реальной действительностью. Результаты исследования приведены на рис. 2.

Как видно, наиболее заметные межгрупповые различия касаются четырёх из восьми шкал: «Физическая активность» (PF; $p=0,004$), «Физические проблемы как фактор ограничения жизнедеятельности» (RP; $p = 0,032$), «Эмоциональные проблемы как фактор ограничения жизнедеятельности» (RE; $p = 0,051$), «Психическое благополучие» (MH; $p = 0,002$). Эти различия статистически достоверны.

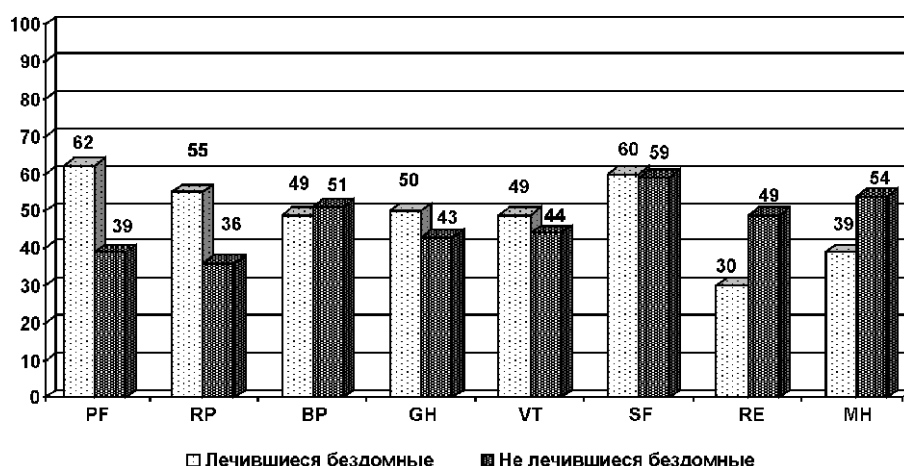


Рис. 2. Оценки лечившихся и нелеченных бездомных больных по шкалам SF-36: PF (Physical Functioning) — оценка физической активности, RP (Role-Physical) — роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, BP (Bodily Pain) — роль болевых ощущений в ограничении жизнедеятельности, GH (General Health) — оценка общего состояния здоровья, VT (Vitality) — оценка своего жизненного тонуса, SF (Social Functioning) — оценка уровня социального функционирования, RE (Role-Emotional) — роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, MH (Mental Health) — оценка своего психического здоровья

Сомато-неврологическая патология у бездомных больных алкоголизмом

Таблица 2

Вид патологии	Прежде лечились (N=20)		Не лечились (N=20)	
	N	%	N	%
Снижение сухожильных рефлексов	9	(45)	17	(85) **
Дистальная гипестезия конечностей	14	(70)	19	(95) *
Асимметрия рефлексов	6	(30)	12	(60) ?
Асимметрия лица	5	(25)	13	(65) *
Нистагм	5	(25)	10	(50) ?
Нарушения координации	8	(40)	15	(75) *
Стенокардия	0	(0)	6	(30) **
Гипертоническая болезнь	5	(25)	15	(50) ?
Гастрит	1	(5)	6	(30) **
Гепатиты	4	(20)	9	(45) ?
Язвенная болезнь	4	(20)	9	(45) ?
Панкреатит	3	(15)	8	(40) ?

Примечание. * — $p \leq 0,05$; ** — $p \leq 0,01$; ? — $p = 0,054—0,08$

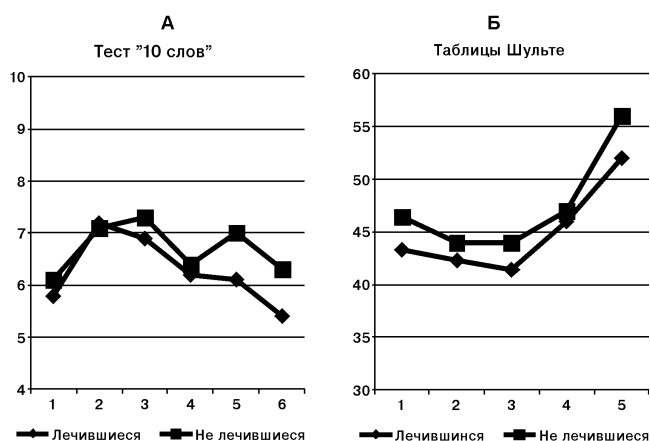


Рис. 3. Нарушения памяти и внимания у лечившихся и не лечившихся бездомных больных алкоголизмом: А — на оси ординат — число воспроизведённых слов, на оси абсцисс — порядковый номер предъявления теста; Б — на оси ординат время выполнения теста в секундах, на оси абсцисс — порядковый номер предъявления теста

Следует отметить, что субъективные оценки своего физического состояния у нелеченых бездомных больных существенно ниже, чем у лечившихся; в то же время оценки своего психического состояния у них, наоборот, гораздо выше, чем у лечившихся. Определить степень адекватности таких оценок должны помочь данные о конкретных проявлениях физического и психического здоровья наших пациентов.

Информация о сомато-неврологической патологии у бездомных больных была получена из двух источников: во-первых, это анамнестические сведения о тех заболеваниях, объективная диагностика которых затруднена условиями пребывания больных (панкреатит, гепатит, гастрит, язвенная болезнь желудка, гипертоническая болезнь и др.). Во-вторых, это вполне доступное наблюдение симптоматики (нарушения статики и координации движений, нистагм, асимметрия иннервации, поверхностная гипестезия конечно-

стей и др.). В целом, данные о патологии такого рода приведены в табл. 2.

Из этой таблицы следует, что физическое состояние больных, которые прежде не лечились, в общем, хуже, чем у лечившихся, и соответствует их сравнительно низким самооценкам по шкалам РF и РР.

С другой стороны, обращают на себя внимание весьма оптимистичные мнения нелеченых больных, касающиеся их психического состояния (шкалы RE и MH); они контрастируют с объективными данными экспериментально-психологического исследования (рис. 3). В отличие от этого, субъективные оценки своего психического здоровья у лечившихся в прошлом больных в большей мере соответствуют их реальному состоянию, которое, как следует из рис. 3, примерно одинаково в сравниваемых группах.

Здесь, в частности, видно, что в обеих группах при выполнении теста «10 слов» [6] число правильно воспроизведённых слов находится в зависимости от порядкового номера предъявления теста и, в целом, на 30—50% ниже уровня «здоровой нормы». Кривые запоминания 10 слов по своей форме в обеих изучаемых группах подобны одна другой и свидетельствуют о примерно одинаковой истощаемости мнестических функций как у лечившихся, так и у не лечившихся бездомных больных алкоголизмом. О том же, углубляющемся в процессе выполнения задания, снижении уровня внимания и умственной работоспособности говорят результаты тестирования больных с применением методики «таблицы Шульте» [6]. Судя по ним, имеет место вполне очевидная тенденция к замедлению обработки каждой последующей таблицы, сочетающаяся с общим превышением нормативного времени обработки.

Клинические наблюдения, результаты которых суммированы в табл. 3, послужили основанием для оценки нравственно-этических аспектов алкогольной деградации.

Таблица 3

Нравственно-этические компоненты алкогольной деградации у лечившихся и не лечившихся бездомных больных алкоголизмом

Признаки	Прежде лечились (N=20)		Не лечились (N=20)	
	N	%	N	%
Лживость	15	(75)	8	(40) *
Паразитические тенденции	10	(50)	14	(70)
Безразличие к судьбе	13	(75)	14	(70)
Эмоциональное огрубление	12	(60)	17	(85)
Раздражительность	9	(45)	15	(75)
Притупление чувства родительского долга	16	(80)	19	(95)
Притупление чувства профессионального долга	15	(75)	19	(95)

Примечание. * — $p < 0,05$

Полученные данные довольно разноречивы и не всегда могут быть использованы для того, чтобы судить о влиянии проводившегося в прошлом лечения на эту сторону психического статуса больных. Например, существенно чаще отмеченная среди лечившихся в прошлом больных «лживость» сама по себе может быть истолкована как стремление скрыть неприглядные факты своего поведения и, следовательно, как косвенное проявление относительной сохранности критики и естественного чувства стыда. Иными словами, истинный смысл этого параметра неоднозначен и раскрывается только в контексте с другими.

Тем не менее, по целому ряду показателей («безразличие к судьбе», «склонность к паразитированию», «эмоциональное огрубление», «притупление родительских чувств», «раздражительность») можно заметить тенденцию к усугублению алкогольного психического дефекта у больных, которые прежде не лечились. Это является значимым дополнением к обнаруженному с помощью опросника SF-36 снижению уровня критической самооценки у данной группы больных.

Заключение

Проведённое исследование обнаружило явные и довольно существенные различия в психическом состоянии бездомных больных алкоголизмом, связанные с наличием или отсутствием в прошлом противоалкогольной терапии. Эти различия заключаются в резком снижении уровня критической самооценки и усугублении алкогольной деградации у нелеченых больных. Нельзя, однако, с уверенностью утверждать, что выявленные различия находятся в прямых причинно-следственных отношениях с прежним лечением. Определённым выводам такого рода препятствуют, во-первых, неоднозначность понятия *прошлого лечение*, которое может быть стационарным и амбулаторным, длительным и кратковременным, однократным и многократным, разным по содержанию и т.д.; во-вторых, сложная природа алкогольной деградации, участие в её окончательном формировании разнородных факторов, в том числе и преморбидных. Таким образом, предположение о возможном протективном влиянии прежней противоалкогольной терапии на психическое состояние бездомных больных алкоголизмом, в частности на их реабилитационный потенциал [3], имеет достаточные основания, но при этом носит вероятностный характер. Отсюда вытекает необходимость дальнейших исследований на большем числе больных.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б., Кашин А.В., Кравченко С.Л. Клинико-психологические особенности бездомных лиц, больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 2010. — №3. — С. 9—20.
2. Бойко Е.О. Качество жизни и социальное функционирование как критерий эффективности терапии // Вопросы наркологии. — 2008. — №5. — С. 58—65.
3. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии // Методические рекомендации №2001/13: МЗ РФ, НИИН МЗ РФ. — М.: Нарконет, 2001. — 38 с.
4. Коваленко Е.А., Строкова Е.Л. Бездомность: есть ли выход? — М.: Фонд «Институт экономики города», 2010. — 128 с.
5. Ненастьева А.Ю. Качество жизни у больных с опийной зависимостью: Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 2007.
6. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методы патопсихологии и опыт применения их в клинике: Практическое руководство в 2-х томах. — Апрель-Пресс, Изд-во Института психотерапии, 2010.
7. Bleuler E. Руководство по психиатрии. — Берлин: Врач, 1920. — 518 с.
8. Bradford D.W., Gaynes B.N., Kim M.M., Kaufman J.S., Weinberger M. Can shelter-based interventions improve treatment engagement in homeless individuals with psychiatric and/or substance misuse disorders? A randomized controlled trial // Medical Care. — 2005. — Vol. 43. — P. 763—768.
9. Butcher L. Multiple Barriers, Multiple Efforts: Employment Barriers and Solutions for homeless individuals // FEANTSA Employment Working Group — Background Paper: Final version August 2006. Equal. — P. 30.
10. FEANTSA Briefing paper: Homelessness and Alcohol. — February, 2009. — P. 5.
11. Giddens A. The Third Way. The Renewal of Social Democracy. — Cambridge: Polity Press, 1998.
12. Johnson A.K., Snaan R.A. Social work practice with homeless persons: state of the art // Research in Social Work Practice. — 1995. — Vol. 5. — P. 340—382.
13. Kraus D., Serge L., Goldberg M. Homelessness, Housing, and Harm Reduction: Stable Housing for Homeless People with Substance Use Issues // Research report: Distinct Housing Needs Series. The Social Planning and Research Council of British Columbia (SPARC BC). — July 2005. — P. 33.
14. Larimer M., Malone D., Garner M., et al., Burlingham B., Lonczak H., Tanzer K., Ginzler J., Clifasefi S., Hobson W., Marlatt G. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems // JAMA. — 2009. — Vol. 301(13). — P. 1349—1357.
15. Nace E.P. et al. Borderline personality disorder and alcoholism treatment: A one-year follow-up study // Journ. Stud. Alcohol. — 1986. — Vol. 47. — P. 196—200.
16. NIAAA: Social Work Education for the Prevention and Treatment of Alcohol Use Disorders. Module 10D: Alcohol Use Disorders in Homeless Populations. — March 2005. — 40 p.
17. Podymow T., Turnbull J., Coyle D., Yetisir E., Wells G. Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol // CMAJ. — 2006. — Vol. 174(1). — P. 45—49.
18. Robertson M.J., Zlotnick C., Westerfelt A. Drug use disorders and treatment contact among homeless adults in Alameda County, California // Am. J. Public Health. — 1997. — Vol. 87. — P. 221—228.

ALCOHOLISM IN HOMELESS PERSONS: A PROTECTIVE ROLE OF SPECIAL TREATMENT

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

ALTSHULER V.B.

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

The comparison between never treated homeless alcoholic patients and those, also homeless, who have in their past been under special antialcohol treatment, reveals essentially more pronounced decline of selfcriticism, aggravation of alcoholic degradation, and more diversity of somatic pathology in never treated patients, though the treatment mentioned above was not enough effective. It is possible that some premorbid factors which took part in the forming of peculiarities of alcoholic degradation might influence the decision to turn to medical help and in such way to favour relative preservation of patient's rehabilitation potential.

Key words: homelessness, alcoholism, alcoholic degradation, role of treatment