

# Типологические варианты мужского алкоголизма в удэгейско-нанайской популяции Приморского края\*

## Сообщение II. Внутрипопуляционный анализ этнонаркологического синдрома алкогольной зависимости и тактика лечебно-реабилитационной работы

ГАЛАКТИОНОВ О.К.	д.б.н., профессор каф. психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом сексопатологии Института повышения квалификации (ИПК) Владивостокского государственного медицинского университета (ВГМУ)
ШОРИН В.В.	д.м.н., профессор, зав каф. психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом сексопатологии ИПК ВГМУ
УШАКОВ В.В.	ассистент каф. психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом сексопатологии ИПК ВГМУ
БАХАРЕВА О.С.	ассистент каф. психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом сексопатологии ИПК ВГМУ
ТЕРЕНТЬЕВА Ю.Б.	ассистент каф. психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом сексопатологии ИПК ВГМУ

*Приведен анализ между двумя мужскими удэгейско-нанайскими субпопуляциями четырех вариантов синдрома алкогольной зависимости (САЗ), который позволил типологизировать проявления алкоголизма в рамках симптомологии. Выявлена триггерная роль наследственных и культуральных факторов, географических и социально-экономических условий, лежащих в основе возникновения и прогрессирования субпопуляционного алкоголизма. Разработанная стратегия мониторинга психических расстройств позволила совершенствовать разработку комплексных дифференцированных программ лечения и психопрофилактики больных с различными формами алкогольной зависимости.*

В первом сообщении работы, посвященной внутрипопуляционному анализу, были определены предикторы, влияющие на патокинез и патогенез мужского алкоголизма в северно-монголоидной популяции, и выявлена взаимосвязь между преморбидом больного, причиной дебюта, интенсивностью влечения и одним из вариантов (форм) алкоголизма. Оказалось, что ювенильный вариант САЗ характеризуется стремительным и тяжелым типом течения (за счет больших интоксикационных разовых и недельных доз спиртного), наследственной предрасположенностью со стороны отца славянина и матери удэгейско-нанайской национальности. В отличие от ювенильного алкоголизма для инволюционного типа САЗ характерна длительная прогрессивность процесса, наследственная отягощенность и высокая частота соматической патологии.

Как показывают исследования, основа наиболее патогенных факторов, определяющих дисбаланс психического здоровья, вызывающий существенный сдвиг в состоянии у коренных народностей Азиатского Севера, кроется в трех главных причинах: социальной, психологической и индивидуально-биологической (в том числе, физиологической, биохимической, генетической, конституционально-морфологической). Удельный вес и значимость составляющей триады кондиционально связаны с особенностями популяции, в условиях которой происходит формирование клинического фенотипа. Если естественный отбор у человека в суровых условиях Севера в течение эволюции «привел» к созданию биологически жизнеспособного организма (отличающегося своеобразными физическими и психическими чертами, могущего приспособиться к естественным законам природы), то этот

организм оказался абсолютно беззащитным по отношению к резким социально-экономическим реформам урбанизированного общества. Известно, что факторы внешней среды редко действуют на организм изолированно, чаще они представлены в виде комплексов. Соответственно этому организм должен отвечать на их действие скоординированными адаптивными реакциями. В основе таких скоординированных комплексных реакций лежат два главных генетических механизма — плейотропный эффект генов и наличие коадаптированных систем генов. Гены, отвечающие за развитие многокомпонентного признака, должны эволюционировать вместе, так как в противном случае он не возник бы. С позиции системной организации генома и процессов реализации генетической информации любой фенотипический признак является продуктом сложных многоуровневых процессов, обеспечиваемых многими генами [4]. Поэтому объяснение случаев простого менделевского наследования следует искать не в прямых связях генов и признаков, а в закономерностях и симметриях системной организации генетического контроля экспрессии признаков.

Разрушение религиозно-культурно-экологических (психологических) норм, смена сложившегося устойчивого жизненного стереотипа, идеологическая установка постсоциалистической эпохи привели к утрате языков, фольклора, обрядовой и праздничной культуры народов Севера. Многие шаманы-хранители национальной и духовной культуры, были репрессированы и в настоящее время составляют своего рода социальный реликт. Утрата привычных социокультуральных традиций — отрыв от семейного окружения (обучение в школах-интернатах, приобретение профессий, не соответствующих типологическому складу аборигена), дестабилизирующее влияние мигрантов и другие факторы внесли свою лепту в «полом-

\* Сообщение I см. Наркология. — 2004. — № 5. — С. 53–68.

ку» веками складывавшегося образа жизни аборигенов. На этой основе сформировались разнообразные психоадаптационные и психодезадаптационные состояния, имеющие непосредственное отношение к пограничной психиатрии и современной аддиктологии (этнонаркологии).

Все эти разрозненные литературные факты, наши собственные многочисленные экспедиционные наблюдения в совокупности позволяют сделать вывод, что социально-экономическое положение малочисленных народов Сибири, Крайнего Севера и Дальнего Востока является антагонистическим по отношению к филогенетическому прошлому этих народностей. Затронута одна из сложных и хрупких эволюционных систем человечества — пренебрегаются чрезвычайно пластичные религиозно-культурно-экологические основы архаичных популяций, вызывая тем самым существенный сдвиг в состоянии психического здоровья этносов. Осуществлен катастрофический подрыв эволюционно-генетического базиса восприимчивости реальных популяций в том сбалансированном и эстетическом понимании, в каком он существовал на протяжении многих столетий.

В дополнение к этим перечисленным выше факторам, участвующим в этиологии и патокинезе этнонаркологического САЗ, и проблемам алкоголизации аборигенов Приморского края ниже будут указаны негативные последствия социально-экономических реформ, которые не обошли стороной исследуемую популяцию.

Интегральные показатели, участвующие в типологической дифференциации этнонаркологического САЗ и нормативного употребления спиртного в сравнительном контексте с МКБ-10 и традиционной отечественной классификацией уточнены в табл. 1.

Проводя клинко-эпидемиологические исследования на первом этапе скрининга, следует выяснить структуру популяции, поскольку результаты отдельных работ на субпопуляциях бывают неопределенными или из-за малой выборки или из-за недостаточности статистической мощности и точности обработки первичного материала. Выход из такой ситуации достигается изучением и объединением выборок, посвященных одному и тому же вопросу и желательными и теми же исследователями, использующими в работе стандартизованный подход. Объем выборки в каждой субпопуляции должен быть валидным и репрезентативным по отношению обследуемого населения. Проблема структурированности популяции тесно связана с проблемой субпопуляционных и популяционных границ. В простейшем случае, при сравнении двух или более субпопуляционных выборок, географически отдаленных друг от друга, можно получить статистически достоверные различия по частоте фенотипических признаков, характеризующих те или иные психические расстройства. При анализе клинко-динамических, биохимических, социально-психологических, культуральных и др. признаков возникает вопрос: каков их вклад в исследуемую патологию; какой уровень интеграции считать истинным популяционным уровнем; какие обобщающие и разобщающие факторы обеспечивают внутри- и межпопуляционные различия?

В связи с вышеизложенной задачей был проведен внутривнутрипопуляционный анализ, поделенный на две части. В первой части сравнивались результаты клинко-динамических, культуральных и социальных показателей среди мужского населения двух субпопуляций, отличающихся географическим месторасположением. Вторая часть

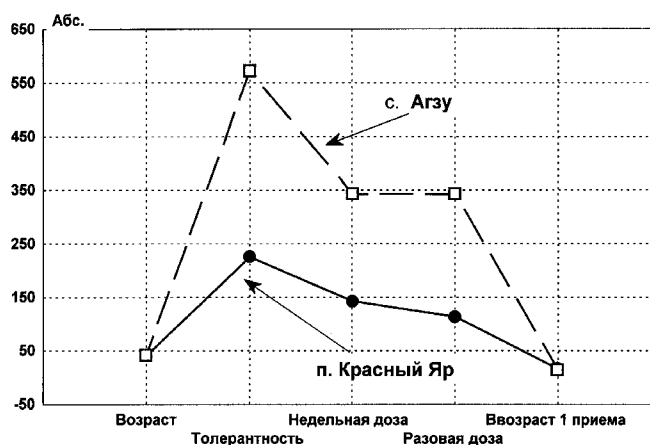


Рис. 1. Количественные клинко-динамические показатели среди мужчин в п. Красный Яр и с. Аргу.

работы заключалась в выявлении общих и разобщающих факторов, участвующих в формировании субклинических вариантов САЗ.

Для визуального анализа первой части работы все значимые средние субпопуляционные показатели условно были разделены на четыре подгруппы с последующей иллюстрацией: количественные клинко-динамические показатели среди мужчин в п. Красный Яр и с. Аргу (рис. 1); частотные клинко-динамические показатели среди мужчин в п. Красный Яр и с. Аргу (рис. 2); частота метизации и наследственная отягощенность среди мужчин в п. Красный Яр и с. Аргу; частотные социальные характеристики среди мужчин в п. Красный Яр и с. Аргу. Исключение составил частотный клинко-динамический признак наличия синдрома отмены в структуре САЗ, который наблюдался в 100 % случаев в субпопуляции с. Аргу и лишь в 50 % случаев в п. Красный Яр.

В первой подгруппе клинко-динамических показателей следует отметить межпопуляционную схожесть по показателям биологического возраста и возраста первого употребления спиртного, что указывает на репрезентативность выборки по данным переменных (рис. 1). И наобо-

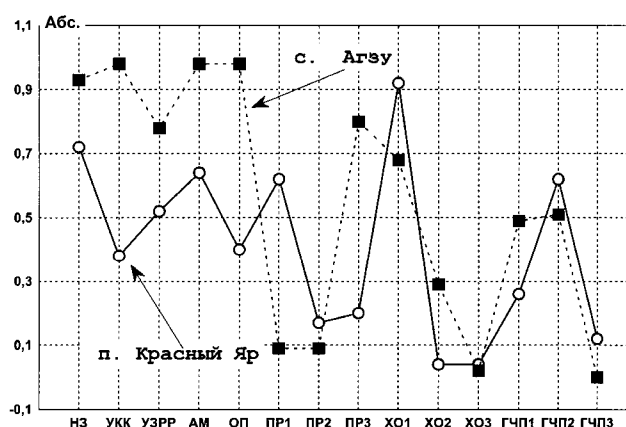


Рис. 2. Частотные клинко-динамические показатели среди мужчин в п. Красный Яр и с. Аргу. Примечание. НЗ – никотиновая зависимость; УКК – утрата количественного контроля; УЗРР – утрата защитного рвотного рефлекса; АМ – амнезия; ОП – похмельный синдром; ПР1, 2, 3 – темп прогрессивности: низкий, средний, высокий, соответственно; ХО1, 2, 3 – характер опьянения: эйфория, сниженный фон, дисфория, соответственно; ГЧП1, 2, 3 – годовая частота потребления спиртного – редко, часто, очень часто, соответственно.

Сравнительная характеристика признаков, необходимых для постановки этнонаркологического диагноза САЗ у североазиатских монголоидов, по классификациям МКБ-10, Н.Н.Иванца (1975) и Т.Б.Дмитриевой, А.Л.Игонина (2000)

Признаки, необходимые для постановки диагноза САЗ (МКБ-10)	Традиционный подход к постановке диагноза САЗ	Клинико-динамические, сомато-вегетативные, социокультуральные критерии этнонаркологического САЗ	Выявленные интегральные показатели (ИП) классификации САЗ
—	—	Возраст первого приема спиртного	«Возрастная изменчивость»
Угасание защитного рвотного рефлекса	Симптом утраты защитного рвотного рефлекса	Симптом утраты защитного рвотного рефлекса	«симптом утраты рвотного рефлекса»
Сильное желание принять психоактивное вещество	Первичное влечение к алкоголю	Возраст систематического приема спиртного	«Возрастная изменчивость»
Толерантность к психоактивному веществу: увеличение дозы, необходимой для достижения того же, что и прежде эффекта	Повышенная или пониженная толерантность к алкоголю	Толерантность к алкоголю	«Синдром алкогольной зависимости – Нормативное употребление»
Обычные дозы спиртного (разовая, суточная)	—	Дневная (разовая) доза алкоголя	«Синдром алкогольной зависимости – Нормативное употребление»
—	—	Недельная доза принятого спиртного	«Синдром алкогольной зависимости – Нормативное употребление»
—	—	Годовая частота употребления алкоголя	«Частота употребления алкоголя», NS
—	—	Период воздержания от спиртного на момент обследования	«Частота употребления алкоголя», NS
«Поглощенность» употреблением вещества, забвение альтернативных интересов. Продолжение употребления вещества, несмотря на очевидные отрицательные последствия этого для здоровья и социального положения	Алкогольные изменения личности. Отрицательные соматические и социальные последствия алкоголизма	Прогрессиентность: низкая средняя высокая	«Синдром алкогольной зависимости – Нормативное употребление»
Сниженная способность контролировать прием психоактивного вещества	Утрата количественного и ситуационного контроля	Утрата количественного и ситуационного контроля	«Синдром алкогольной зависимости – Нормативное употребление»
—	Алкогольные амнезии опьянения	Алкогольные амнезии	«Синдром алкогольной зависимости – Нормативное употребление»
—	Изменение формы употребления алкоголя	Алкоголизация утром	«Синдром алкогольной зависимости – Нормативное употребление»
Абстинентное состояние (физиологическое состояние отмены) и использование психоактивного вещества для его облегчения	Алкогольный абстинентный синдром и потребность в его купировании	Синдром отмены алкоголя	«Синдром алкогольной зависимости – Нормативное употребление»
—	Изменение картины опьянения	Характер опьянения	«Анозогнозия», NS «Частота употребления алкоголя», NS
—	—	Никотиновая зависимость	«Симптом утраты рвотного рефлекса»
—	Анозогнозия	Мысли сократить алкоголизацию	«Анозогнозия», NS
—		Вина перед родными	«Анозогнозия», NS
—		Критика к заболеванию САЗ	«Критика к алкоголизации», NS

Таблица 1. Продолжение

Признаки, необходимые для постановки диагноза САЗ (МКБ-10)	Традиционный подход к постановке диагноза САЗ	Клинико-динамические, сомато-вегетативные, социокультуральные критерии этнонаркологического САЗ	Выявленные интегральные показатели (ИП) классификации САЗ
Соматические заболевания (функциональные, органические)	—	Соматовегетативные симптомы, возникающие при приеме алкоголя (слабость, сонливость, одышка, сердцебиение, головокружение, тошнота)	«Оценки биологической защиты организма», NS; «Вегетативно-сосудистая дистония», NS; «Сердечно-сосудистая вегетативная реакции»
—	—	Флаш-реакция лица на прием спиртного	«Семейный флаш лица»
—	—	Доза этанола, вызывающая флаш-реакцию лица	«Оценка биологической защиты организма», NS
—	—	Продолжение алкоголизации после флаш-реакции лица	«Оценка биологической защиты организма», NS
—	—	Флаш-реакция тела на прием спиртного	«Классическая флаш-реакция»
—	—	Тест этанолового пластыря	«Классическая флаш-реакция»
—	—	Флаш-реакция лица на прием спиртного у родителей обследуемого	«Семейный флаш лица»
—	—	Наличие САЗ у родителей обследуемого	«Алкоголизм родителей»
—	—	Национальность обследуемого	«Национальное отношение»
—	—	Национальность родителей обследуемого	«Национальное отношение»
—	—	Возраст обследуемого	«Возрастная изменчивость»
—	—	Уровень образования	«Возрастная изменчивость»; «симптом утраты рвотного рефлекса»
—	—	Трудоустройство	«Возрастная изменчивость»; «симптом утраты рвотного рефлекса»

Примечание. NS – недостоверный вклад интегральных показателей (ИП) в этнонаркологическую классификацию САЗ удэгейско-нанайской популяции

рот, отражены различия ( $t=2,2-4,8$ ;  $P<0,05-0,001$ ) двух конкретных субпопуляций по показателям толерантности, недельной и разовой доз употребляемого спиртного (табл. 2 сообщ. 1). При рассмотрении второй группы признаков (рис. 2) вырисовывается отчетливая закономерность максимальных значений классических симптомов САЗ (симптом утраты защитного рвотного рефлекса, утрата количественного и ситуационного контроля, алкогольные амнезии, продолжение алкоголизации утром, дисфорический характер опьянения) в популяции с.Агзу. И наоборот минимальные значения этих признаков, с незначительными колебаниями, в п. Красный Яр. Суммарно же, по признаку годовой частоты употребления алкоголя в п.Красный Яр, отмечаются более высокие частотно-количественные показатели. Прогрессиентность САЗ также достоверно различается в этих субпопуляциях. Признаки третьей подгруппы указывают на более слабую наследственную отягощенность САЗ и очень высокую

частоту метизации славянским этносом среди мужчин с. Агзу (табл. 2 сообщ. 1). Этот факт позволяет говорить о значимости эффекта метизации в прогнозе алкогольной болезни с одной стороны и о неоднозначности наследования САЗ по отцовской или материнской линии — с другой. А именно, высокий процент русской или украинской национальности (49%) и высокая частота алкогольной зависимости отца (82%, при относительно низкой со стороны матери — 35%) вносят, вероятно, значительный вклад в злокачественность патокинеза мужского алкоголизма аборигенов с.Агзу. Тогда как в неметисированной мужской когорте больных п.Красный Яр, у которых оба родителя имеют алкогольную зависимость, САЗ характеризуется меньшей злокачественностью и большей прогрессиентностью во времени. Этиологически эти факторы неоднородны — их нельзя рассматривать отдельно от патоморфоза и патогенеза болезни, биологических и социальных признаков, а также от культуральных

особенностей. Часть из них будет рассмотрена ниже. Неравномерность социальных признаков (четвертая подгруппа) прослеживается на показателях уровня образования и трудоустройства (табл. 2 сообщ. 1). Так, мужчины с.Агзу имеют, как правило, неполное среднее (46%) или среднее специальное образование (37%), а в п. Красный Яр уровень среднего образования выше — 65% случаев. По фактору трудоустройства также имеет место неравнозначность. Если в с.Агзу основная масса мужского населения безработная (76%), в то время как мужчины п.Красный Яр в 73% случаев трудоустроены.

Таким образом, в итоге внутривнутрипопуляционного анализа первой части работы были получены предикторы, влияющие на психогенез и патогенез раннего алкоголизма [5]. Перечислим некоторые из них и постараемся объяснить их значимость в САЗ.

1. Метизацию славянским этносом в нашем случае можно рассматривать как пример неуправляемой эволюции, в результате чего в первом поколении закрепляются и проявляются самые негативные предикторы, влияющие на патогенез алкоголизма. Важно и другое обстоятельство. Метисированные семьи образуются по принципу асортативности, в которых немаловажное влияние на потомство еще оказывает и эффект созависимости алкоголизации родителей. Брутальность и агрессивность в опьянении монголоидного этноса хорошо известны и описаны многими исследователями [2] но трагедия заключается в том, что практически все несчастные случаи и убийства в этих популяциях свершаются на почве пьянства и алкоголизма [1].

2. Полученные высокодостоверные субпопуляционные различия по совокупности частотно-количественных показателей САЗ подтверждают концепцию J. W. Schaffer [5, цит. по В. Segal]. По его мнению, крайне тяжелые формы пьянства имеют место в тех обществах, где имелись: страх сверхъестественных сил; слабо зафиксированные семейные отношения; несовершенство охотничьей технологии и сбора дикоросов; простое разделение труда и упрощенная политическая система; отсутствие социально-классовых различий и примитивная организация общества. Люди в подобных сообществах часто ощущают тревогу и бессилие, а спиртные напитки и психоактивные вещества помогают чувствовать себя на короткий промежуток времени комфортнее и сильнее, поскольку при низких концентрациях они действуют как стимулятор ЦНС, а при высоких — как «депрессант». Вместе с тем утрата социокультуральных традиций, духовных ценностей, отсутствие перспектив будущего являются сильным стрессорирующим фактором. Это способствует к формированию дезадапционного состояния человека, усиливает симптоматику алкогольной мотивации и является одним из центральных звеньев в процессе наркологической зависимости. К таким племенным обществам, утратившим свой архаичный первобытный характер, относится и удэгейско-нанайская исследуемая субпопуляция Приморского края. Создавшиеся здесь наркологическая ситуация обусловлена негативными социально-экономическими и политическими предпосылками:

в селе Агзу полностью отсутствует государственное снабжение медикаментами и необходимыми продуктами питания в отличие от п. Красный Яр;

высокий доход от продажи пушнины, рыбы, икры, мяса позволяет приобретать и употреблять алкоголь без

ограничения, чему способствует регулярность поставок коммерческими представителями технических спиртов и суррогатов, чего не наблюдается в п.Красный Яр;

разрушен старый комплексный тип заготовительного хозяйства и не сформирована новая модель хозяйственного ряда в обеих селах. Более того, с.Агзу находится в «блокадном» положении со стороны районной администрации. Суть конфликта, освещенного СМИ, заключается в том, что аборигены, проживающие на заповедных территориях Приморского края, не подписали согласия на вырубку и вывоз со своей территории леса;

у аборигенов нет правовой самостоятельности, позволяющей сохранять на проживающей территории эколого-хозяйственную автономию;

не прекращаются негативные процессы аккультурации, уже приведшие к необратимым процессам культурной, физической ассимиляции и трансформации традиционных социокультуральных особенностей.

Полученные результаты, происходящие в природе микроэволюционных событий, лишь приоткрывают негативные последствия метизации, технизации и экономических реформ (спекулятивные рыночные отношения) в архаичных популяциях, оказывающие влияние на актуализацию влечения в этнонаркологии. Выявленные предпосылки, предикторы САЗ и биологические факторы должны учитываться в стратегии первичной и вторичной этнонаркологической профилактики. Своевременность разработанных превентивных гибких психотерапевтических, фармакологических технологий крайне необходима, поскольку путь сохранения генофонда остается одной из самых главных и гуманных задач цивилизованного государства.

По совокупности 47 признаков в двух мужских выборках (табл. 2, сообщ. 1), на основании вычисления расстояния Махаланобиса, были получены дистанции между четырьмя субклиническими формами САЗ (табл. 2). Парное субпопуляционное сравнение вариантов САЗ показало, что наименьшее расстояние приходится между когортами инволюционного САЗ и «Нормой» (11,78 и 10,05, соответственно), наибольшая дистанция (исключая кластер «Флашеров» — 38,88-52,83) — между ювенильным САЗ (26,09). Выявленные субпопуляционные сходства и различия вариантов САЗ могут быть объяснены достоверностью интегральных клинических и социокультуральных показателей и представляют интерес в рамках гипотезы, к рассмотрению которой мы и перейдем.

Наименьшее расстояние между когортами инволюционного САЗ и «нормой» могут быть обусловлены несколькими факторами: различием частотно-количественных характеристик и большой разницей  $n$ , при относительно небольших групповых выборках.

В случае с наибольшей дистанцией — между ювенильным САЗ имеет место значительное несоответствие  $n$  и схожесть некоторых значимых частотно-количественных признаков этой группы.

Для наглядности можно сравнить варианты ювенильного САЗ в двух субпопуляциях (п. Красный Яр и с. Агзу):

возраст — 33,0 ± 8,9 против 32,7 ± 8,9, соответственно;

толерантность к алкоголю — 275,0 ± 119,0 против 513,9 ± 211,3 г этанола;

недельная доза алкоголя — 202,0 ± 424,3 против 1122,2 ± 1316,7 г этанола;

Матрица субпопуляционных расстояний между 7 нозологическими кластерами

Нозологические группы	Дистанция Махаланобиса (D2)						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Инволюционный САЗ (п.К. Яр), n <sub>1</sub> =15	0,00	9,84	33,73	21,36	11,78	14,93	20,70
2. «Норма» (п.К. Яр), n <sub>2</sub> =39	9,84	0,00	27,35	33,83	24,44	10,05	30,50
3. «Флашеры» (п.К. Яр), n <sub>3</sub> =6	33,73	27,35	0,00	45,39	48,09	38,81	52,83
4. Ювенильный САЗ (п.К. Яр), n <sub>4</sub> =5	21,36	33,83	45,39	0,00	31,04	37,22	26,09
5. Инволюционный САЗ (с. Агзу), n <sub>5</sub> =4	11,78	24,44	48,09	31,04	0,00	11,23	9,48
6. «Норма» (с. Агзу), n <sub>6</sub> =19	14,93	10,15	38,81	37,22	11,23	0,00	15,30
7. Ювенильный САЗ (с. Агзу), n <sub>7</sub> =18	20,70	30,50	52,83	26,09	9,48	15,30	0,00

дневная доза алкоголя —  $72,0 \pm 99,6$  против  $352,9 \pm 141,9$  г этанола;

возраст первого употребления алкоголя —  $12,0 \pm 4,2$  против  $12,6 \pm 3,8$ ;

период воздержания от спиртного —  $24,0 \pm 13,4$  против  $9,8 \pm 15,5$ ;

высокая годовая частота употребления — 0% против 61%;

высокая прогрессивность — 80% против 100%;

количество выкуриваемых сигарет в день —  $12,0 \pm 7,6$  против  $18,0 \pm 7,2$ ;

симптом утраты защитного рвотного рефлекса — 100% против 77,7%;

утрата количественного контроля — 100% против 100%;

алкогольные амнезии — 100% против 100%;

алкоголизация утром — 80% против 100%;

синдром отмены алкоголя — 60% против 100%;

алкоголизм матери — 100% против 16,7%;

алкоголизм отца — 100% против 72,2%;

критика к заболеванию — 40% против 38,9%;

никотиновая зависимость — 80% против 94,4%.

Полученную достоверность высокой интенсивности патологического влечения к алкоголю у мужчин, проживающих в с.Агзу, можно объяснить двумя взаимосвязанными предпосылками:

социальными — отсутствием трудоустройства при условии большого заработка за счет бесконтрольного охотничьего и рыбного промысла;

биологическими — абсолютная частота алкоголизма родителей и низкий уровень метизации п. Красный Яр, на фоне низкой частоты алкоголизма матери и высокого уровня метизации с. Агзу.

Для иллюстрации специфики и особенностей субпопуляций на рис. 3 и 4 представлены рельефы клинических алгоритмов САЗ на основе вычислений расстояния Махаланобиса (одного из критериев сходства) по совокупности 47 признаков для 65 (п. Красный Яр) и 41 (с. Агзу) мужчин.

Выгодное географическое местонахождение с.Агзу с богатыми ресурсами бассейна реки Самарги, способствовало развитию профессиональных качеств у мужского населения, что заставляет вести их активный поиск дикоро-

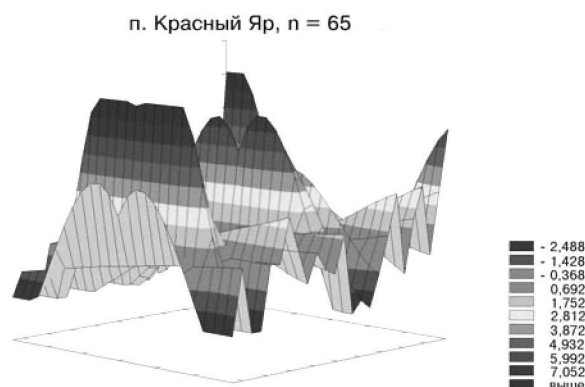


Рис. 3. Клинико-динамический рельеф трех субклинических форм САЗ нормативного употребления спиртного по совокупности трех психопатологических детерминант (ППД — 44 признака) в мужской удэгейско-нанайской субпопуляции п. Красный Яр (n=65). Примечание. ДФ1 — ППД «Типологический САЗ», ДФ2 — ППД «Биологический барьер САЗ», ДФ3 — ППД «Трансмиссия САЗ, флеша лица».

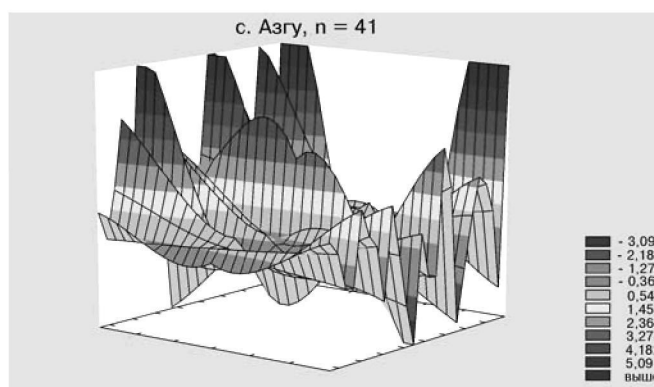


Рис. 4. Клинико-динамический рельеф трех субклинических форм САЗ и нормативного употребления спиртного по совокупности трёх психопатологических детерминант (44 признака) в мужской удэгейско-нанайской субпопуляции с. Агзу (n=41). Примечание. ДФ1 — ППД «Типологический САЗ», ДФ2 — ППД «Биологический барьер САЗ», ДФ3 — ППД «Трансмиссия САЗ, флеша лица».

сов, зверя, рыбы. Вероятно, динамический образ жизни аборигенов с.Агзу способствует естественной психической и физической релаксации и не провоцирует рецидивы той или иной соматической патологии, чего не наблюдается в п. Красный Яр. Большая часть добытой пушнины, рыбы и икры обменивается местными бутлегерами на спиртные напитки низкого качества (технический спирт, самогон). Только в зимний период 2000 года бутлегерами завезено и распродано около 500 литров технического спирта. Кроме того, постоянный высококалорийный пищевой рацион (мясо, рыба) вероятно, нивелирует показатели высокой толерантности, дневной и недельной доз спиртного.

Несмотря на такие различия выборки все группы САЗ достоверно определяются, как по вкладу переменных, так и по точности попадания индивидов в определенную когорту наблюдений. С наибольшей долей вероятности можно вычленив индивидов из группы «нормативного» употребления спиртного и в с. Агзу (95,0%) и в п. Красный Яр (94,7%). Причем в недостающий процент точности вошли лица с признаками «нормативного» употребления, но из разных субпопуляций, что дополняет оправданность и правильность выбранной тактики сбора и обработки исследуемого материала. Наименьшая точность попадания наблюдаемых в группу отмечена в случае «флашеров» (66,7%). Это связано и с небольшой выборкой, и картиной клинического полиморфизма данного кластера, описанного ранее в сообщении I, а также принадлежностью респондентов к одной субпопуляции — п. Красный Яр. Несмотря на это точность предикции других нозологических групп достаточно высокая и в среднем составляет 90,6%.

Итог вышеперечисленного заставляет по-новому взглянуть на проблемы этнопсихиатрии и этнонаркологии, т.е. ставит нас перед необходимостью учитывать: комплексность подхода при сборе данных; многомерность обработки и оценки полученных результатов; индивидуальность этносов в отношении патологического влечения к алкоголю в общепопуляционной системе; субпопуляционные отличия; существование субклинических форм нарко- и психопатологии.

Таким образом, удалось типологизировать проявления САЗ в рамках симптомологии. Патокинез четырех вариантов САЗ позволил очертить нозологические границы как в популяции в целом, так и на субпопуляционном уровне. Полученные результаты помогли внести поправку в трактовку вариантов САЗ, а технология получения клинических алгоритмов позволила дифференцировать нормативное употребление от клинического полиморфизма болезни во всех ее проявлениях.

Одной из определяющих задач в наркологии является лечение больных, опираясь на анамнестические сведения клинико-динамических особенностей, патокинез САЗ и преморбид больного. И если в урбанизированных популяциях выработаны тактика и стратегия профилактики лечения алкоголизма и наркомании, то в транскультуральной психиатрии, этнонаркологии они единичны.

Заключительной целью данной работы являлась разработка лечебно-профилактической стратегии в удгейско-нанайской субпопуляции. Из общего числа исследуемых (67 чел.), 24 удгейца (7 семейных пар) добровольно обратились с просьбой пройти лечение от алкогольной зависимости. Проанализировав психотерапевтические методы, используемые как в индивидуальных, так и в груп-

повых сеансах, мы пришли к мнению, что невозможно оказывать медицинское воздействие психотерапевтическими способами, не возвращаясь к истокам шаманизма, что и стало нашей первоочередной задачей. Объединить тысячелетиями накопленный опыт, генетически заложенный самой природой, уходящий корнями в шаманизм и современной школой психотерапевтических методик, не разрушая, а лишь дополняя и привнося значительный вклад в качество лечебных манипуляций, направленных на избавление от алкогольной зависимости — цель лечебно-профилактической программы. При этом целесообразность построения схем лечения должна учитывать не только личностные особенности больного, его этническую принадлежность, но и опираться на формы течения алкогольного процесса, свойственного данной субпопуляции, что даст более качественную и продолжительную ремиссию аддиктивных больных.

Применяемая психотерапевтическая методика состояла из трех этапов.

*На первом этапе* больному проводится комплексная аутопсихомедикаментозная подготовка, включающая в себя психологическое тестирование, оценку соматического и психического состояния с возможной коррекцией диагностированных расстройств. По необходимости проводится купирование абстинентного состояния.

*Второй этап* — групповая «эмоционально-драматическая психотерапия». Основной упор делался на врача психотерапевта, использующего в своей работе «шаманские включения» — ритуальные действия, жесты. При этом априорно считается, что шаманизм — не шарлатанство и манипуляторская игра, а особая модель психотехники, применимая и сегодня. Именно этот факт открывает глубоко верующему аборигену возможность поиска душевного равновесия и психологического спокойствия, не меняя систему воззрений у народов, в жизни которых шаманы играли важную роль. По выражению Г. Райта [3] «там, где начинается неопределенность и страх, кончается мысль и в полной мере вступает в силу нерассуждающая вера в авторитет. Здесь и появляется шаман, бесстрашно вступающий в связь с непонятым». Важнейшим этапом в снятии алкогольной анозогнозии у аборигенов являлся ритуал — психотерапевтическая компенсация, состоящая в осуществлении общения, объединения людей, преодолении одиночества, тревожности, разлада с собой, отчужденности и обособленности, возникших в связи с длительной социальной депривацией (охота, рыбалка). В процессе проведения терапии были установлены определенные правила поведения в группе. На протяжении всего сеанса больные сидели плотным кругом, взявшись за руки, как бы преодолевая единую проблему недуга. Таким образом, это объединение лишней раз подчеркивало, что они, говорящие на одном языке, признающие свое единое происхождение и являющиеся обладателями комплекса обычаев, уклада жизни, отличаются от таковых урбанизированных славянских этносов. Врач-психотерапевт находится в центре этого круга и выступает в роли шамана (целителя), помогающего сконцентрироваться на общей проблеме при помощи активации глубинных (архаичных) стереотипов поведения и взаимоотношения. Именно это действие иллюстрирует, что психика отдельных индивидуумов не должна быть оторвана от целостно-

сти этноса, тогда как пораженные алкогольной болезнью и уклоняющиеся от лечения не могут быть благославлены духами и уважительно восприняты своим народом. Таким образом, в психотерапевтической тактике были заимствованы элементы шаманства связанные с вопросом мирозерцания. Людям, желающим освободиться от этого недуга, внушалось, что деятельность духов будет способствовать получению материального и духовного благосостояния.

*Третий этап* — индивидуальное психотерапевтическое воздействие, которое выражается в фиксации выбранного срока трезвости. С учетом выявленных этнонаркологических типов течения алкогольного заболевания менялась и форма проведения психотерапевтического сеанса. Так в группе «флашеров», учитывая невыраженность клиники САЗ, особое внимание было обращено на флаш-реакцию лица и тела пациентов. Сам сеанс психотерапевтической интервенции протекал без изменений, но для усиления тонатофобических проявлений во втором этапе психотерапии больному дополнительно предлагалось перорально употребить 50 мл 2%-ной никотиновой кислоты. Через несколько минут после употребления при появлении у больного вегетативных реакций врачом-психотерапевтом вставлялся вербальный блок, соединивший в себе соматовегетативные проявления, появившиеся у больного, с картиной таких же ощущений, утрированных врачом-психотерапевтом, при употреблении спиртного. На третьем этапе (фиксация срока трезвости) для усиления уже возникших ощущений в/в струйно вводится 10 мл 2,4% раствора эуфиллина. Такое психотерапевтическое воздействие в нашем случае мы обозначили как «двойное вегетативное реагирование».

В следующую группу с САЗ были отобраны больные условно названные «субъективная норма». Доминирующим фактором этой группы нормативного употребления спиртного в преморбиде оказалась наследственная отягощенность со стороны отца и отсутствие метисации по линии обеих родителей. В данной группе особая роль психотерапевта заключалась в создании образа шамана с позиции действительности и современного мира. Важную роль в данной методике выполняет «психотерапевтический ритуал». Он реорганизует опыт индивида, его сложный мир алкогольных переживаний превращает в согласованную систему положительных символов, дает возможность гармонично влиться в безалкогольную жизнь. В данной группе применение медикаментозного воздействия было нецелесообразно, так как основные тонатофобические установки были использованы с помощью «психотерапевтического ритуала», который явился основополагающим в снятии анозогнозии и установления трезвого образа жизни.

У больных с ювенильным вариантом САЗ, учитывая стремительность развития симптоматики при максимальных симптоматических и синдроматических показателях болезни, необходим весь комплекс лечебно-реабилитационной программы, который описан в группе «флашеров» и «субъективной нормы», а именно: прохождение трех основных этапов терапии; дополнительное медикаментозное воздействие на третьем этапе, включающее введение 50 мл 2%-ной никотиновой кислоты перорально и внутривенно струйно 10 мл 2,4%-ного раствора эуфиллина; «психотерапевтический ритуал» на время всей пси-

хотерапевтической сессии. При необходимости пациентам назначается курсовое противорецидивное лечение препаратами, снижающими патологическое влечение к спиртному (финлепсин-ретард 0,2—0,4; соннапакс 0,025; фефарин 0,1).

Отличительной особенностью в группе инволюционного САЗ являются более поздние, возрастные патокинетические характеристики болезни на фоне сопутствующей соматической патологии, которая подкрепляет и усугубляет течение алкоголизма. Поэтому первоочередной задачей в этом случае было купирование симптомов сопутствующей соматической патологии. В течение двух недель до непосредственного прохождения сеанса, каждые три дня больные являлись на прием к врачу и сообщали о состоянии своего здоровья. При этом каждый из них помимо ежедневной медикаментозной коррекции соматических расстройств проходил сеансы рациональной психотерапии, направленной, прежде всего, на снятие алкогольной анозогнозии. Само по себе дополнительное внимание к соматическому состоянию больного укрепляет его веру в необходимость проходимого лечения. В последующем больные участвовали во всех этапах психофармакотерапевтического лечения. Причем сроки трезвости больными этой когорты были выбраны от 2 лет и выше.

Нами получены достоверные катamnестические сведения у всей пролеченной группы об абсолютном воздержании от алкоголя в течение от 6 месяцев до 2 лет. Пятеро из них продлили срок трезвости на 2 года. В период воздержания больные не отмечали каких-либо негативных моментов в своем психическом и физическом состоянии. Влечение к алкоголю отсутствовало, несмотря на продолжающуюся в целом негативную наркологическую ситуацию в с. Агуз.

Резюмируя вышесказанное, отметим, что применяемый подход выступает как многомерный и динамический психотерапевтический процесс лечения алкогольной зависимости. Данный метод создан в соответствии с действительной этанол-стрессовой природой самой условно-рефлекторной психофизиологической детерминанты алкоголизма.

Представляет интерес перспектива организации более длительного эксперимента с целью изучения в различных группах поведения алкогользависимых после лечения. По расово-этнической составляющей в группах преобладали удэгейцы и метисы со славянской популяцией. Небезынтересным представляется осуществление аналогичных наблюдений и в других территориальных и расово-этнических условиях.

В целом, в исследованных нами популяциях выявлено большое разнообразие ранее недиагностированных и нелеченных психических расстройств, в особенности алкоголизма (62—70,3%), а также установлено много лиц, страдающих различной коморбидной соматической патологией (40,5—44%) и не получающих своевременной и адекватной терапии. Местной районной администрацией нарушаются законы национально-культурной и территориально-национальной автономии. В данном регионе в отдаленных районах действуют экстремистские формы, носящие феодальную окраску. Стратегия разрушения экологических основ этнотерриториальной целостности и



промысловых угодий, полное отсутствие государственного финансирования и снабжения продовольствием (которое осуществляется исключительно коммерческими структурами) являются в с.Агзу ведущими предпосылками формирования нервно-психических, соматических расстройств и аддиктивного поведения. Поэтому «человеческий фактор» является первой причиной «хронического стресса» в сибирских этносах, что следует рассматривать на общегосударственном уровне.

### Выводы

1. Сравнительный внутрипопуляционный анализ четырех вариантов САЗ позволил типологизировать проявления алкоголизма в рамках симптоматики. Изучение особенностей патокинеза позволило очертить нозологические границы как в популяции в целом, так и на субпопуляционном уровне и выявить триггерную роль наследственных и культуральных факторов, географических и социально-экономических условий, лежащих в основе возникновения и прогрессирования алкоголизма.

2. Разработанная стратегия мониторинга психических расстройств позволяет совершенствовать комплексные дифференцированные программы лечения и психопрофилактики больных с различными формами алкогольной зависимости.

### Список литературы

1. Галактионов О.К., Миневиц В.Б., Баранчик Г.М., Гольцова Т.В. Этнонаркология в контексте антропологической психологии. Сообщ. 2. Данные полевых исследований // Концептуальные вопросы наркологии// Сб. науч. трудов. — М., 1995. — С. 37—41.
2. Короленко Ц.П., Бочкарева Н.Л. Особенности некоторых интоксикаций в условиях Севера. — Новосибирск, 1982. — 120 с.
3. Райт Г. Свидетель колдовства// Пер с англ. — М.: Молодая гвардия, 1971. — 208 с.
4. Ростовцев В.Н. Генетика и диагноз. — Минск: Университетское, 1986. — 190 с.
5. Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Ранний алкоголизм. — Архангельск, 1999. — 306 с.
6. Segal B. Urban-rural comparisons of drug-taking behavior among Alaskan youth // Int. J. Addict. — 1994. — Vol. 29, № 8. — P. 1029—1044.

**TYPOLICAL VARIANTS OF MALE ALCOHOLISM IN UDEGHIAN-NANAIAI POPULATION OF THE PRIMORSKY TERRITORY.  
ARTICLE II. INTRAPOPULATION ANALYSIS OF ETHNONARCOLOGICAL ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME AND TACTICS OF MEDICAL-REHABILITATION WORK**

GALAKTIONOV O.K., SHORIN V.V., USHAKOV V.V., BAHAREVA O.S., TERENCEVA YU.B.

*In the research the analysis of four variants of alcohol dependence syndrome (ADS) between two male Udeghian-Nanaian subpopulations has been conducted. This analysis enabled us to typify alcoholism manifestation in the framework of symptomatology. Trigger role of hereditary and cultural factors, geographical and social-economic conditions that underlie appearance and progressing of subpopulation alcoholism has been uncovered. Strategy of mental disorder monitoring has been developed. The strategy allowed us to improve the elaboration of comprehensive differentiated treatment programs and psychoprophylaxis of patients with different forms of alcohol dependence.*