

© 1994 г.

П.И. СИДОРОВ, С.В. ШУБИН

ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОГО ПСИХОЗА У НЕНЦЕВ

СИДОРОВ Павел Иванович -доктор медицинских наук, член-корреспондент РАЕН, ректор Архангельского медицинского института. ШУБИН Сергей Вячеславович - научный сотрудник НИИ медико-социальных проблем народов Севера.

Обычно в поле зрения наркологической службы пациенты впервые попадают в случае острого алкогольного психоза, т.е. на этапе клинически сформированного заболевания. Но и в этот период диагностика течения алкогольных психозов среди ненцев представляет значительные трудности. Причина - низкая обращаемость за медицинской помощью. Так, в течение 1992 г. от всего количества стационарно лечившихся больных лица коренной национальности составили 8,6%, тогда как заболеваемость алкоголизмом среди ненцев, по оценкам, составляет 60-70%. На низкую обращаемость за медицинской помощью определенное влияние оказывают изолированность и удаленность ненецких поселков. Но что более значимо - это высокая социальная терпимость окружающих ко всем вариантам проявления алкоголизма. Здесь мы вплотную подходим к понятию нормы психического здоровья в местах проживания коренного населения.

Существенная наследственная и приобретенная психоорганическая патология, текущая зачастую параллельно с эндогенными заболеваниями и тесно переплетенная с алкоголизмом, вызывает обычно реакцию противодействия со стороны администрации и УВД только в случаях асоциальных и криминальных проявлений.

Острые алкогольные психозы обычно рассматриваются в структуре течения абстинентного синдрома. Здесь уместно отметить, что жалобы на плохое самочувствие в похмелье для ненцев крайне нетипичны. Явных соматовегетативных и неврологических признаков не удается выявить как при сборе анамнеза, так и в процессе работы по обращаемости. Поводом для добровольного прихода в наркологический кабинет обычно служит угроза принятия мер администрацией колхоза или участковым инспектором. (Хотя в беседе выявляются эпизоды психотических расстройств после «сильных пьянок»). Обычно это вербальные комментирующие галлюцинации и несистематизированные идеи отношения. Интересно, что в это время больные продолжают заниматься привычной трудовой деятельностью. Более достоверно о фактах психотических нарушений становится известно с присоединением в структуру психоза делириозных компонентов с элементами нарушения сознания и частичной дезориентацией, но и при этом отчетливо прослеживается профессиональная направленность психоза. Например, больной после возвращения с рыбалки вновь стал выставлять сети во дворе дома. Типичны сцены охоты, манипуляции с ножами и другими привычными орудиями.

После выхода из психоза проявляется крайняя формальность критического переосмысления произошедшего. Больные не обнаруживают депрессивных оттенков настроения: чувства страха за свое здоровье, вины перед окружающими и родными, тех психологических переживаний, которые обычны в наркологической практике и в немалой степени способствуют дальнейшему активному противоалкогольному лечению и формированию устойчивых трезвеннических установок.