

© 1994 г.

**И.Д. МУРАТОВА, П.И. СИДОРОВ, Т.Н. ИВАНОВА,  
А.В. ПАРНЯКОВ, Л.М. ФЕДОРОВА, Е.Н. БЕЛАЯ**

## **КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НЕНЦЕВ**

---

*Авторы работают в Архангельском медицинском институте. МУРА ТОВА Изиди Даниловна — доктор медицинских наук, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии. СИДОРОВ Павел Иванович — доктор медицинских наук, чл.-кор. РАЕН, ректор. ИВАНОВА Татьяна Николаевна — доктор медицинских наук, заведующая кафедрой госпитальной терапии. ПАРНЯКОВ Александр Владимирович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии. ФЕДОРОВА Людмила Михайловна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и наркологии. БЕЛАЯ Елена Николаевна—врач-психиатр (г. Архангельск).*

---

Популяция ненцев относится к самодейской языковой группе, генетически — к монголоидной расе. В экстремальных условиях высоких широт обитает уже не одно тысячелетие. В Ненецком автономном округе (НАО) Архангельской области она насчитывает 5 400 человек.

Суровость климата здесь определяется в основном исключительно длительной и жесткой зимой, коротким, холодным летом, резкими нарушениями обычной фотопериодичности, с чем неизбежно связано явление светового голодания во время полярной ночи и светового излишества в пору полярного дня, а также неожиданными перепадами атмосферного давления, температуры и влажности воздуха, сильными и частыми ветрами, магнитными возмущениями, монотонней, пустынностью и однообразием флоры и фауны, своеобразием кислородного режима.

По современной классификации типов народонаселения, основанной на анализе исторических корней и особенностей адаптации организма человека, ненцы являются этносом, эволюционно приспособленным к экстремальным условиям Севера. Это означает, что они обладают экологически детерминированными гомеостатическими реакциями, отличающимися от гомеостаза приезжих [1,2].

Изучение клинико-социальных особенностей психического здоровья коренных жителей НАО начато в середине 70-х годов. За два десятилетия достаточно глубоко и тщательно были исследованы распространенность заболеваний и их структура, разновидности течения психозов

(причем не только у ненцев, но и у местных русских), обобщены и проанализированы материалы амбулаторных карт и историй болезни, опрошены посредством анкетирования многие сотни рабочих промышленных предприятий Архангельска и Нарьян-Мара. Все это — как и ставший внедряться с 1983 г. весьма продуктивный экспедиционный метод обслуживания психонаркологического контингента — позволило установить картину психической заболеваемости популяции и показало, что тут встречается вся шкала нозологических форм [3], в ряду которых на первом месте стоит алкоголизм.

Заболеваемость им у ненцев (на 10 тыс. человек) в 3 раза выше, чем в Архангельской области. Средний возраст начала злоупотребления алкоголем —  $13,8 \pm 1,2$  лет; среди взятых на учет по поводу алкоголизма (из них женщин — 20%) лица до 25 лет составляют 23,5%; отягощенность наследственности алкоголизмом — 72%, психическими заболеваниями — 6%, неполноценная соматическая и органическая «почва» в преморбиде — 66%; деградация по алкогольно-психопатоподобному типу — 47,6%, по алкогольно-органическому типу (апатический вариант) — 52,4%.

Классическую стадийность развития болезни проследить не удается, диагностировать с достоверностью, пожалуй, можно только в критический период (II—III стадии), когда обнаруживается избирательный тропизм к алкоголю, при четком снижении толерантности — через  $4,8 \pm 1,1$  лет от начала массивного пьянства.

Пьянство сразу же носит запойный характер, количественный и ситуационный контроль изначально отсутствует, алкогольное влечение становится попросту неодолимым. Абстинентный синдром на первом этапе трудно отдифференцировать от постинтоксикационного: оба характеризуются бедной вегетативной симптоматикой, вялостью, апатией, лишь с критического периода абстиненция приобретает «типичные» черты, возникают вегетативные кризы (8,1%), эпилептиформные припадки (10,4%), психотические расстройства. Рано выявляются тяжелые формы опьянения с нарушениями сознания.

Внешне, чисто феноменологически, алкоголизация более напоминает симптоматический алкоголизм, развивающийся у эндогенных больных [4,5]. Невольно возникает аналогия с «измененными формами шизофрении», в течение которых обнаруживаются «незаконные сдвиги» и «сверхшизофреническая» симптоматика [6]. Режим удовлетворения алкогольной мотивации не служит «выравниванию гомеостаза», а с самого начала есть «насилие над гомеостазией» [7].

Воздействие алкоголя дает о себе знать более непосредственно: закрепившиеся в эволюции адаптационные механизмы со специфическим структурно-биохимическим базисом незамедлительно «уводят» его эффекты на биологический (биохимический) и тесно связанный с ним природно-психический уровни (темперамент, потребности, склонности, элементарные эмоции). В этом нет ничего удивительного: биоритмология организма [8] во многом определяет течение заболевания. Выделяют даже ритмоводители и ритмоведомые биохимические субстраты, например, ферменты [7]. Как известно, биохимический путь адаптации — крайнее средство, но другие пути защиты при алкоголизме ненцев редуцированы: исключается социально-психический уровень, подавлены все виды отвергающего поведения, отсутствует защитная вторная реакция.

У части ненецкой популяции наблюдаются и иные формы алкоголизации. Среди взрослых нет абсолютных трезвенников, но есть индивиды, которые, несмотря на периодические многодневные алкогольные эксцессы, остаются работоспособными; алкоголизация может быть спонтанно прекращена, бывают длительные перерывы в ней. Обычно эти лица не попадают в поле зрения наркологов. Само опьянение у них клинически ближе к тому, что мы знаем по описаниям классической наркологии. И все же остается впечатление, что их опьянению всегда свойствен акцент оглушенности, намек на синдром «лобной дезориентировки» (бесцельное, молчаливое блуждание по поселку с многократными заходами в одни и те же места). Опьянение заканчивается сном и часто — амнезией. Согласно нашим материалам, алкогольные психозы перенесли около 1/3 больных алкоголизмом, причем 84,3% — однократно. Обнаружилась лишь одна тенденция рецидивирования — с константным синдромом.

По нозологическим формам психозы распределялись следующим образом: 90,5% — галлюцинозы, 9,5% — смешанные формы, однако ближе стоящие к галлюцинозам, но со своеобразным лабильным изменением структуры сознания, эпизодическими одиночными зрительными галлюцинациями, иногда заторможенностью, вялостью или эмоциональной расторможенностью, экспансивным содержанием «голосов». Вегетативные расстройства при психозах не яркие. Повторные психозы колебались от 2 до 4 раз.

Как видно, у коренных жителей НАО при алкогольных психозах обнаруживаются:

значительное сужение шкалы психопатологических синдромов, их стереотипизация с тенденцией к быстрому «затуханию» психотических форм, «закон пресыщения причинного действия» [9] на психическом уровне, преобладание тенденции к формированию энцефалопатических способов реагирования, а в динамике — лишь один путь — эквивалентность.

Клиника шизофрении (эндогенного заболевания) ненцев также отличается особенностями. В изученных случаях не было злокачественно текущих форм. У 18% больных имела место семейная шизофрения, у 22% в роду другие психические заболевания, у 26% шизофрения осложнялась алкоголизмом, у 36% — резидуально-органической недостаточностью и медленным психическим развитием.

Что касается позитивной психопатологической симптоматики, то выделим два основных варианта: малосимптомные формы, сходные с профшизофренией (65%) и формы с вербальным галлюцинозом (35%). Первые характеризуются главным образом негативными расстройствами с олигофреническим «плюсом» или отдельными дизонтогенетическими симптомами, рудиментарной бредовой и галлюцинаторной симптоматикой, чаще — кататонической. Вторые нередко включают в себя психические автоматизмы, примитивный бред преследования. И, пожалуй, будет правомерным сделать вывод, что наблюдавшийся нами патоморфоз шизофрении обуславливают и направляют эволюционно сложившиеся адаптивные механизмы и дизонтогенетический фактор [10].

У ненцев, больных эпилепсией, нами выявлены только два вида эпилептических паразитов — судорожные припадки и психомоторные паразисмы. Встречаются психоорганические изменения с апатическим компонентом или задержкой умственного развития, неврологической симптоматикой. Можно наблюдать и своеобразные эквиваленты эпилептической биполярности, вязкости мышления: замедленность психической деятельности, монотонность голоса, смазанность речи, угрюмость настроения, сочетание моторной замедленности, тугоподвижности с импульсивностью, склонность к бурным двигательным разрядам.

Анализируя собранный материал, мы поначалу не нашли депрессий в шкале психопатологических синдромов при хронических заболеваниях. Сие тем более странно, что классическая депрессия по своим характеристикам — «сужение объема и уровня эмоционального реагирования» [11] — хорошо вписывается в эволюционно отработанные адаптивные механизмы психики. В этом обнаруживает себя ее охранительная функция: сниженное эмоциональное реагирование предупреждает чрезмерную мобилизацию организма, прежде всего вегетативной регуляции и эндокринного обеспечения. Теоретически она должна бы довольно часто встречаться при психических заболеваниях в исследуемой популяции. Поэтому естественно было предположить, что депрессии здесь «закрыты», обычно не вербализуемые, без внешнего адекватного выражения.

И это получило подтверждение, в частности, при консультировании нескольких ненцев, приехавших в Нарьян-Мар. Жалобы их были скудными, однако заметно проявились витальные признаки депрессии: резкий упадок тонаса, расстройство аппетита и сна, потеря веса. Неожиданно одна из больных со вздохом произнесла: «Скорей бы в тундру!» В результате долгих расспросов и уточнений выяснилось, что в поселке, где она живет, ей плохо, «стала, как неживая, руки и ноги мертвые», покинули силы, не ощущает вкуса пищи, «голос и лицо не свои», «живет как в бочке», «ничего не доходит», кругом все чужое, серое, мертвое, «дома падают, давят», время тянется медленно, «ничего не дождешься» и т.п.

Иначе говоря, речь идет о внергических, анестетических, деперсонализационных депрессиях. Дело в том, что напряженный депрессивный эффект «не подходит» [9] основному направлению адаптационных реакций аборигенов на психическом уровне. Возникают вторичные или третичные компенсаторные реакции: притупление эмоционального тона восприятия, ослабление чувства пространства и времени, что сопровождается деперсонализационно-дереализационными переживаниями [12].

По результатам практически сплошного электроэнцефалографического обследования ненцев острова Вайгач (57 человек) и случайной выборки коренных русских жителей Архангельска (121 человек) у первых сравнительно со вторыми зафиксирован существенный сдвиг в распределении по типам ЭЭГ (клиническая классификация Е.А. Жирмунской) в сторону большей частоты обнаружения ее патологических (4—6-й типы) и пограничных с нормой (2-й, 3-й типы) вариантов, они чаще отмечены изменениями, связанными с функциональной неустойчивостью корковых нейронов, наличием сосудистого компонента реагирования, повышением активности медиобазальных мозговых структур. Эти изменения могут быть обусловлены как внешними (экзогенными), так и внутренними (эндогенными) факторами или их сочетанием. Нередко выявляемый семейный характер индивидуально-типического паттерна подводит к заключению, что межпопуляционные различия состояния биоэлектрической

деятельности мозга отражают и эволюционно сложившиеся в ряде поколений морфофункциональные особенности его регуляторной системы.

Мы отдаем себе отчет в том, что наш клинический анализ своеобразия психических заболеваний в НАО не может считаться завершенным. Основной конкретный материал набран в доэкспедиционный период обслуживания больных, и оттого в поле зрения исследователей могли попасть наиболее «откровенные» случаи. У нас еще недостаточно катамнестического материала, его важно накапливать. К тому же нами совершенно не прослеживалось «поведение» психики в период полярной ночи и полярного дня. Но как бы там ни было, если иметь в виду само выживание ненецкой популяции в экстремальных условиях Крайнего Севера, то ясно, что за это достижение в биологическом плане она платит дорогую цену на уровне социально-психическом — своей стагнированностью, редуkcией, а, следовательно, низкой способностью к приспособлению в обстановке напора социальных факторов, наступления цивилизации и технизации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Авцын А.П., Жворонков А.А., Марачев А.Г., Милованов А.П.* Патология человека на Севере. М., 1985.
2. *Ткачев А.В., Бойко Е.Р., Раменская Е.В.* Гормонально-метаболические взаимоотношения у постоянного населения Европейского Заполярья // Актуальные проблемы адаптации и здоровье населения севера. Архангельск, 1992.
3. *Муратова И.Д., Медведева В.В., Носарев С.В.* Опыт экспедиционного обслуживания больных психическими заболеваниями в НАО // Тезисы Материалов VI Всероссийского съезда психиатров. М., 1990. Т. 1.
4. *Портнов А.А., Пятницкая И.Н.* Клиника алкоголизма. М., 1973.
5. *Пятницкая И.Н.* Клиническая наркология. М., 1975.
6. *Жислин С.Т.* Очерки клинической психиатрии. М., 1965.
7. *Чернобровкина Т.В.* Энзимопатии при алкоголизме. Киев, 1992.
8. *Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Корнетов Н.Н.* Ритмологические и экологические исследования при психических заболеваниях. Киев, 1988.
9. *Кербигов О.В.* Проблема причинности в медицине. М., 1965.
10. *Ковалев В.В.* Онтогенетический аспект компенсаторных возможностей при психической патологии // Тезисы докладов советско-американского симпозиума. М., 1988.
11. *Вертоградова О.П.* Депрессии в современной жизни // Тезисы докладов советско-американского симпозиума. М., 1988.
12. *Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н.* Функциональная асимметрия и психопатология очаговых поражений мозга. М., 1977.