

В. Л. Михайловский

ООО «KOD», г. Нижневартовск

**Алкогольная зависимость в среде коренных жителей Севера:
пути решения проблемы**

**Alcoholic Dependence among Aborigines of the North:
Ways of the Decision of a Problem**

УДК 314.17:001.8; 39

Аннотация. Рассматривается вопрос распространенности хронического алкоголизма в стране в целом и в среде коренных жителей Ханты-Мансийского округа, клинические особенности алкогольной зависимости у аборигенов Севера. Даются рекомендации по борьбе с этим злом в северных условиях, национальных поселках, приводятся аналитические данные лечения хронического алкоголизма у аборигенов психострессовой терапией по методу А. Р. Довженко.

Summary. Article examines issue of alcohol abuse occurrence in the whole country and among aborigines of Khanty-Mansiysk region, clinical characteristics of alcohol addiction of Northern aborigines. It gives recommendations how to fight this addiction in northern conditions and ethnic settlements, gives analytical findings of aborigines' chronic alcoholism treatment by A. R. Dovzhenko method.

Ключевые слова: аборигены Севера, алкоголизация, алкоголизм, алкогольная зависимость, болезнь, лечение.

Keywords: natives of the North, alcohol, an alcoholism, alcoholic dependence, illness, treatment.

Прежде, чем решать какую-либо проблему, необходимо, уяснить для себя как минимум три ее измерения. В первую очередь, количественные параметры проблемы, то есть в настоящем случае – распространенность алкогольной зависимости (я намеренно не употребляю понятия болезненности и заболеваемости, ибо истинных цифр нет ни в России, ни в мире, ни в том числе в ХМАО) в среде коренных жителей ХМАО; во-вторых, полезно знать источник проблемы. И, в-третьих, историю вопроса. И только затем можно наметить стратегические и по возможности тактические шаги по преодолению сложившейся ситуации.

Итак, начнем с первой. Сначала в масштабах России.

До 80% смертей в России приходится на долю сердечнососудистых заболеваний, злокачественных новообразований, отравлений алкоголем и травм. Особое место в структуре российской смертности занимают неестественные причины. Только за 2008 год около 40 тыс. человек погибли в результате транспортных травм, 36 тыс. человек стали жертвами отравления алкоголем, 35,5 тыс. умерли от убийств и 46 тыс. — от самоубийств. В полной мере феномен российской смертности проявляется в трудоспособных возрастах: в отличие от большинства стран, находящихся в сопоставимых с Россией экономических условиях, смертность россиян в 3-5 раза выше для мужчин и более чем вдвое для женщин. В сравнении же с развитыми странами мужская смертность в трудоспособных возрастах у нас выше в 10 (!) раз, женская — более чем в 4 раза [3, 206].

Смертность, связанная с острым отравлением алкоголем в России (по данным, опубликованным в демографическом ежегоднике России). (См. табл.)

Таблица. Сведения о количестве смертности, с острым отравлением алкоголем по РФ

1990	1995	2000	2002	2004	2005
16056	43461	37214	44698	42715	40877

Мы намеренно не приводим официальных статистических данных по заболеваемости, болезненности хроническим алкоголизмом, ибо это тот случай, когда «на глазок» предмет определяется более точно, чем с помощью измерительных приборов. Пока публикуем эту статью, я решил проделать такой эксперимент: я приблизительно определил число живущих в моем дворе, состоящем из четырех пятиэтажных зданий, и получилось приблизительно шестисот человек, а потом посчитал практически всех дворовых запойных алкоголиков, которых знают все, их получилось в пределах 50-60 человек. Я намеренно не выставляю им диагнозы, потому, что они официально нигде не зафиксированы, как больные люди, может, за исключением нескольких. Распространенность достаточно сильно зависимых от алкоголя в нашем дворе составила 10%. Мой двор по отношению ко всей России – достаточно благополучная территория. Это я могу сказать с полной ответственностью, ибо за последние несколько лет я исколесил всю Россию от Байкала до Санкт-Петербурга практически пешком: на снегоходах, моторных лодках, посетив сотни селений, сел, поселков, городов. В с. Кежда, что на Ангаре, один информант, старожил села, сказал: «У нас в селе только несколько семей непьющие, а остальные – запойные. Давайте усомнимся в правдивости сказанного почтенным жителем и умножим количество независимых от алкоголя в этом селе на десять, а потом еще на четыре (средняя численность семьи) и получится 200-300 человек. А в селе проживают около 2 тыс. человек. В данном селе распространенность хроническим алкоголизмом составляет около 80%. Я более чем уверен: если провести анализ причин смертности в данном селе, то эти 80% подтвердятся. И все же давайте взглянем на официальную статистику: в разные годы уже нашего столетия: распространенность хронического алкоголизма составляла от 120-130 человек до 1650 человек на 100 тыс. человек, то есть по самым смелым подсчетам количество хронических алкоголиков у нас в стране составляет 1,65%. Сами-то мы верим в это? Если это так, то никаких совещаний, конференций созывать нет необходимости, и мер никаких предпринимать не нужно. Сиди, да радуйся, но почему-то чувство самосохранения не дает покоя.

Но обратимся все же к распространенности алкогольной зависимости в среде коренных жителей. Я снова не буду обращаться к официальной статистике – ряд государственных учреждений дают весьма благостную картину – 37,5 на 1 тыс. населения, то есть 3,75%, 31,0 на 1000 и т. д. При такой распространенности этого зла, оно уже и злом не является. Я ни в коем случае не хочу обвинить официальную медицину, так как она фиксирует распространенность зависимостей по обращаемости, а далеко не каждый больной алкоголизмом обращается в клиники, диспансеры, потому что подавляющее число хронических алкоголиков не считают себя больными. Обратимся к косвенным свидетельствам распространенности алкогольной зависимости, а именно к данным, добытым мною в архивах ЗАГСа Нижневартковского района, касающихся причин смертности в 30-е годы и в настоящее время.

В 30-е годы прошлого столетия преобладала детская смертность в основном от инфекционных заболеваний. Детская смертность составляла от 42% в 1942 году до 71% в 1938 году от общей смертности. Среди взрослых инфекционные болезни также были на первом месте. Каждый третий взрослый в 30-е годы прошлого столетия умирал от инфекционных болезней, в том числе каждый четвертый – от туберкулеза. Болезни сердца поражали людей от 1,2% случаев в 1937 году, до 16,9% в 1944 году. От травм, в том числе и связанных с употреблением алкоголя, погибали в 7-12% случаях.

Новые условия жизни породили и новую тенденцию в изменении причин смертности в настоящее время: за последние два-три десятилетия уровень общей смертности значительно снизился по сравнению с началом прошлого века (15 на 1000 населения в 2000 году и 30,9 в 1937 году, 77,9 на 1000 – в 1938 году). Изменилась и структура смертности.

Катастрофически вырос уровень смертности от несчастных случаев и травматизма (от 2,5% в 1938 году, 12,1% в 1939 г., до 37,1% в 1996 году, и до 60% случаев в 1997 году), связанного с алкогольным опьянением, принявшим размеры эпидемии. Если люди умирают, погибают в результате алкогольного опьянения, то чем больны были эти люди? Итак, можно сделать вывод, что каждый второй взрослый коренной житель в той или иной мере страдает

алкогольной зависимостью. Как видим – это больше, чем в моем дворе (каждый десятый), но меньше, чем в селе Кежда (две трети страдают хроническим алкоголизмом).

Здесь необходимо коснуться очень важного обстоятельства: у коренных жителей севера опьянение происходит атипично практически в 100% случаев, тогда как такой тип опьянения у европейцев наблюдается в 8-10% случаев. У аборигенов севера опьянение сопровождается состоянием транса, которое зачастую возникает от минимальных доз алкоголя. Мне пришлось наблюдать такие состояния, когда опьяневший коренной житель падает на пол, раскачиваясь из стороны в сторону, поет свои песни, жестикулируя руками. Состояние транса переходит в глубокий сон. В этом состоянии человек, во-первых, абсолютно беззащитен, а во-вторых, он совершенно не контролирует ситуацию, что и приводит зачастую к плачевным итогам. В октябре месяце недалеко от Тарко-Сале десять человек погибли – перевернулась лодка. Все были пьяными. Аналогичное происшествие произошло и в селе Корлики – тоже в октябре прошлого года. В данном случае перевернулись семь человек, погибли двое. Три уцелевших человека из той лодки, испугавшись случившегося, приехали ко мне лечиться.

Практически все несчастные случаи связаны с употреблением алкоголя. Эти цифры можно смело проецировать и на другие регионы страны и мира, где проживают малочисленные коренные народы в условиях техногенного пресса. Я интересовался проблемой алкоголизации на американской Аляске, и доктор Бернард Сегал, проводивший обучающий семинар «Лечение зависимостей в условиях Севера» в Ханты-Мансийске, сказал, что эти цифры сопоставимы с их статистикой по Аляске в отношении местных коренных жителей.

Боль за свой народ выразила Т. А. Молданова: «Человек остался один на один с надвигающейся опасностью, не готовый ни психологически, ни фактически противостоять ему. На наш взгляд, именно в этой внутренней растерянности кроется причина тяжелого, депрессивного состояния многих членов этноса, что находит отражение в пьянстве, преступности, самоубийствах. Набор защитных механизмов, переданных предками, оказался явно недостаточным для сбережения от опасностей».

Что делать? Хронический алкоголизм – болезнь социальная, а потому и меры должны быть предприняты, прежде всего, социумом. Общеизвестно, что в деле сохранения здоровья от медицины зависит многое, но далеко не все. По некоторым данным вклад медицины в состояние здоровья населения составляет от 10 до 15%, 50% – это образ жизни человека, 10-15% – наследственность и 17-20% – состояние окружающей среды (экология). Образ жизни коренных жителей в большей степени, чем населения пришлого, зависит от окружающей среды, законов, царящих на данной территории, от интенсивного освоения Севера. Вот почему именно государство через местные институты самоуправления должны вырабатывать такие правила (законы), которые в наибольшей мере способствовали бы уложению традиционных форм жизнедеятельности коренных жителей. Но мы наблюдаем обратное: Дума округа принимает главенствующий закон, касающийся жизни аборигенов, «О территориях традиционного природопользования...» от 27 декабря 2006 года, который гораздо сложнее и заковыристей, а по сути – хуже «Положения о статусе родовых угодий...» от 7 февраля 1992 года. Как обычно: говорим красиво, а делаем – вшиво. В настоящее время более пятидесяти родовых угодий, по-новому – территорий традиционного природопользования – потеряли своих хозяев (умерли), а их дети, или другие правопреемники не могут переоформить на себя свои исконные земли. Многие аборигены, например, по берегам Ваха – Прасин Илья Данилович, Прасин Кирилл, Кунин Аркадий не могут официально закрепить за собой свои земли, так как в свое время в силу отдаленности не смогли этого сделать, а сейчас по новому закону обрести такое право почти невозможно. Пример: за несколько лет работы «Положения...» было наделено правом на свои земли 144 семьи, а за четыре года работы нового закона получили свидетельства на землю только несколько человек, хотя очередь исчисляется трехзначной цифрой. На стойбище коренные жители не пьют, а вот когда приезжают в деревню, там и начинается... Сейчас свыше 35% семей, живущих в селах и поселках, хотят получить угодья (территорию традиционного природопользования) и жить в лесу, но по новому закону осуществить свою мечту не могут. Препятствие – новый закон! Главная проблема – заня-

тость. Необходимо организовывать общины, объединять территории традиционного природопользования в этноприродные парки, необходимо создавать резервации, потому, что не будет скоро земель для аборигенов.

Необходимо ужесточать контроль оборота алкоголя, он не должен быть доступен в любое время дня и ночи, в том числе и для детей и подростков. На время ягодного сезона, путины в каждом населенном пункте (национальном поселке) вводить запрет на продажу алкоголя. Нужно проводить (организовывать) национальные праздники, но без алкоголя. Такие праздники в чести у североамериканских индейцев.

И главное – пропаганда здорового образа жизни с детства. Необходимо информировать людей о вредности алкоголя. Здесь не обойтись без телевидения. Несколько раз показали ролики о вреде алкоголя, о его разрушающем действии на мозг, печень, и продажи алкоголя упали. Не потому ли эти ролики сняли из проката? Но ведь такие ролики могут транслироваться по местным каналам телевидения, и государство должно стать заказчиком таких превентивных мер.

Я все же хотел бы уделить больше внимания медицинскому аспекту, лечению хронического алкоголизма. Характерно то, что коренные жители критично относятся к себе и, понимая необходимость лечения, обращаются за помощью. По данным нашего центра (ООО «КОД»), занимающегося лечением хронического алкоголизма, в том числе и коренных жителей, за последние 15 лет за помощью обратились 408 человек из Нижневартовского района, то есть каждый третий взрослый житель. Всего же коренных жителей в нашем центре пролечилось более 2 тыс. человек.

Этническая принадлежность:

Ханты – 51,7%

Манси – 2,8%

Ненцы – 41,9%

Другие – 4,5%

По месту жительства:

г. Нижневартовск – 5,2%

Нижневартовский р-н – 35%

Ханты-Мансийский район – 2,8%

Сургутский район – 4,6%

Нефтеюганский район – 2,8%

ЯНАО – 41%

Юг Тюменской обл. – 3,2%

Др. территории – около 4%

По количеству обращений:

1 раз – 54%

2 раза – 18,8%

3 раза – 13,1%

4 раза и больше – 14%

По длительности заболевания:

До 5 лет – 49%

От 5 до 10 лет – 35%

От 10 до 20 лет – 12,6%

Больше 20 лет – 2%

По уровню образования:

Начальное /среднее – 62,7%

среднее – 34,9%

высшее – 2,3%

Ремиссия: 65% (выдержали сроки), из них:

до 1 года – 14,8%

от 1 до 3-х лет –	30,2%
от 3-5 лет –	12%
от 5-10 лет –	7%
более 10 лет–	2%

Ремиссия до 1 года наблюдается в более, чем 80% случаев.

Впервые в условиях Сибири метод А. Р. Довженко начал применяться с 1987 года в г. Нижневартовске. Сначала был организован хозрасчетный кабинет при городском психоневрологическом диспансере, затем, в силу того, что данная методика не могла быть встроена в общую систему государственной наркологической службы, было создано предприятие ООО «КОД», директором которого стал Эпштейн Илья Цаликович. За 24 года накоплен большой опыт работы, пролечено свыше 50 тысяч человек, поступающих на лечение со многих областей и республик нашей страны и даже из других стран: Германии, Канады, Израиля и других стран дальнего и ближнего зарубежья. В настоящее время сеансы лечебного гипноза проводят врачи Илья Цаликович Эпштейн – руководитель учреждения и Михайловский Валерий Леонидович.

«Метод А. Р. Довженко, направлен на осознание больным проявления болезни: восстановление нарушенных отношений больного к самому себе и окружающим; изменение мировоззрения, жизненных позиций и установок больного. Возможно, самым главным является снижение и исчезновение тяги к спиртному. Патолофизиологически это объясняется формированием очага возбуждения, возникающего в мозгу больного вследствие мощного, разностороннего психотерапевтического воздействия (кроме собственно эмоционально-стрессового эффекта на больного действуют более 30 психотерапевтических приемов и способов психотерапии, так или иначе включенных в методику А. Р. Довженко). Очаг возбуждения вступает в конкурентные отношения с патологическим влечением к алкоголю и «блокирует» его» [4, 27-31].

Вызывает уважение доверительное отношение больных к лечению, желание лечиться именно этим методом.

Понимая, что зависимый человек «обречен» на полную трезвость, мы все же приветствуем лечение коренных жителей на небольшие сроки, особенно в случаях изменения личности, но рекомендуем продление курса, закрепление в случаях возникновения тяги. Необходимо помнить о том, что коренные жители Севера, ставшие на трезвый путь, сталкиваются с большими трудностями в повседневной трезвой жизни: это и косвенное провоцирование со стороны пьющих родственников и соседей, это и прямые провокации, когда бывшие собутыльники предлагают выпить, это и бытовые проблемы, безработица. Коренному жителю некуда «убежать» от такой действительности, потому что часто аборигены живут большими семьями в одной избе, в одном небольшом селении, на стойбище. Но есть примеры и другого характера, когда пролечившийся человек устанавливает свои правила поведения на стойбище, запрещая гостям привозить спиртное; он становится примером для других пьющих сородичей, которые потом следуют его примеру. Кто-то не выдерживает, срываясь. Чаше это происходит в стрессовых ситуациях.

Но даже в случаях срыва мы, врачи центра ООО «КОД», стараемся подбодрить больного, указывая на его сильные стороны: «Ты же много раз отказывался от алкоголя, даже в стрессовых ситуациях». Вот почему они идут на повторное лечение без чувства ущербности. Такое ступенчатое «кодирование» более приемлемо для коренных жителей, чем опрометчивое взятие на себя обета трезвости на большие сроки или на всю жизнь.

В последние годы мы иногда применяем «индивидуальные сеансы», т. е. индивидуальное лечение без предшествующего сеанса лечебного гипноза. Разумеется, больному подробно объясняем принцип лечения и последствия нарушения курса, подчеркивая доверия врача именно к данному больному («Вам делается исключение из общего правила, потому что мы верим – вы не подведете ни себя, ни нас»). На индивидуальное лечение берутся больные с очень тяжелыми соматическими заболеваниями, когда сеанс лечебного гипноза может быть опасным для здоровья пациента; больные с открытой формой туберкулеза из опасности зараже-

ния окружающих; индивидуально мы лечим также больных с вялотекущими эндогенными психическими заболеваниями, олигофренией, но настроенных на противоалкогольное лечение; больные с языковым барьером, когда индивидуальный сеанс проводится с помощью переводчика. В исключительных случаях проводим индивидуальные сеансы больным, приехавшим из отдаленных стойбищ, и не имеющим возможности дождаться планового сеанса.

Коренные жители достаточно внушаемы в силу своего мировоззрения, доверительно относятся к лечащему врачу, выполняют рекомендации, особенно что, касается закрепления кода.

Четырежды проводились выездные сеансы в отдаленных национальных поселках по просьбе проживающих там больных – в селах Ларьяк, с. Корлики, с. Саранпауль. Дело в том, что из дальних сел у малоимущих аборигенов нет возможности добраться до Нижневартовска. Сеансы выездные проводились на безвозмездной основе. В основном они проводились в рамках научно-исследовательских экспедиций, которые проводились под руководством В. Л. Михайловского. Метод А. Р. Довженко хорош тем, что его применение возможно даже в «полевых» условиях.

В заключение отметим, что наш центр ООО «Код» (г. Нижневартовск) занимается и просветительской деятельностью. Наши врачи участвуют в научных конференциях гг. Ханты-Мансийска, Нижневартовска, Барнаула, Тюмени и др. Мною опубликовано 16 научных статей. Выпущена книга «Надоело, или так дальше пить нельзя!», выдержавшая уже четыре издания.

Литература

1. Демографический ежегодник России: официальное издание Росстата. М., 2006. С. 561.
2. Овчаров Е. А. Здоровье населения Российской Федерации: анализ и оценка. Нижневартовск, 1997. 237 с.
3. Михайловский В. Л. Великий северный путь. Томск: Печатная мануфактура, 2010. 328 с.
4. Эпштейн И. Ц. Частица души врача – в каждом больном // Трезвость и культура. 2010. № 1-2. С. 27-31.