

**Труды по
Медицинской
Антропологии**

2015

**III Всероссийский
(с международным участием)
интердисциплинарный
научно-практический
симпозиум**



**МЕДИЦИНСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ:
ПРОБЛЕМЫ, МЕТОДЫ,
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЕ ПОЛЕ**

RUSSIAN ACADEMY OF SCIENCES
INSTITUTE OF ETHNOLOGY AND ANTHROPOLOGY
named after N.N. MIKLUKHO-MAKLAI

ASSOCIATION OF MEDICAL ANTHROPOLOGISTS

**MEDICAL ANTHROPOLOGY:
PROBLEMS, METHODS,
RESEARCH FIELD**

Papers on Medical Anthropology

Editor-in-chief
Valentina Kharitonova

Moscow 2015

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ИНСТИТУТ ЭТНОЛОГИИ И АНТРОПОЛОГИИ
им. Н.Н. МИКЛУХО-МАКЛАЯ

АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ АНТРОПОЛОГОВ

**МЕДИЦИНСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ:
ПРОБЛЕМЫ, МЕТОДЫ,
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЕ ПОЛЕ**

Труды по медицинской антропологии

*Ответственный редактор
В.И. Харитонова*

Москва 2015

УДК 614.2(470.1/2)(571.1/5)
ББК 51.1(21)(253)
П 78

*Книга опубликована при финансовой поддержке
РФФИ, проект 15-06-20452 г*

Редакционная коллегия:
Д.В. Михель, Р.М. Хайруллин,
В.И. Харитонов (отв. ред.)

Рецензенты:
*доктор исторических наук М.М. Керимова
кандидат медицинских наук М.В. Головизнин*

Медицинская антропология, проблемы, методы, исследовательское поле. Сб. статей / отв. ред. *В.И. Харитонов*; Ин-т этнологии и антропологии РАН им. Н.Н. Миклухо-Маклая; Ассоциация медицинских антропологов. – М.: ООО «Публисити», 2015. – 333 с. (Труды по медицинской антропологии). – ISBN 978-5-4211-0134-5

В книге опубликованы статьи, подготовленные на основе докладов III Всероссийского (с международным участием) интердисциплинарного научно-практического симпозиума «Медицинская антропология: проблемы, методы, исследовательское поле». В них рассматриваются используемые в медицинской антропологии научные методы и подходы, сформировавшиеся направления. В части статей анализируются проблемы стигмы и социального неравенства. Представлены привычные для медицинской этнографии и антропологии исследования духовно-религиозных практик и традиционных медицинских систем. В книге нашли отражение проблемы конституциологии и медицинской экологии, а также вопросы подготовки научных кадров.

Издание рассчитано на антропологов, этнологов, социологов, психологов, философов, представителей медицинской и др. наук, а также на широкий круг читателей, интересующихся проблемами здоровьесбережения.

*Точки зрения авторов статей
могут не совпадать с позицией редколлегии*

ISBN 978-5-4211-0134-5

© Институт этнологии и антропологии РАН, 2015
© НКО Ассоциация медицинских антропологов, 2015
© Коллектив авторов, 2015

МЕДИЦИНСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ: РОССИЙСКИЕ РЕАЛИИ

(предисловие)

Медицинская антропология, формирующаяся в нашей стране как научное направление, в последние годы всё более активно заявляет о себе. Если ещё лет десять назад это словосочетание оспаривалось в отношении тех исследований и исследователей социокультурной направленности, которые пытались привнести в наше научное поле уже привычные для западной науки понятия, термины, методы работы, то теперь даже в словарях появились соответствующие определения понятий и их подробная характеристика.

Созданная – под гул недовольных голосов, волевым решением директора – в 2005 г. на ученом совете ИЭА РАН группа медицинской антропологии, отмечает в 2015-ом свое первое десятилетие. За это время многое изменилось в отношении к медицинской антропологии и в ведущем в стране антропологическом институте, и в иных научных учреждениях. Впрочем, надо полагать, и до сего дня у многих ученых не вызывает удивления ставшая широко известной фраза к.и.н., в.н.с. ИИАЭ ДВО РАН В.А. Тураева о том, что «кризис естественных наук порождает всевозможные псевдонаучные направления, как, например, *медицинская антропология* (выделено мною, – В.Х.), а рост этих публикаций отражает невежество людей, связанное также и с социальным, и экономическим кризисом» («МАиБ»).

Конечно, нашу научную деятельность в этой области пока сложно сравнивать с уровнем развития западной медицинской антропологии, которая опередила нас на полсотни лет. Как известно, эта *научная дисциплина социально-культурной направленности, базирующаяся на интердисциплинарной идее*, в США и Великобритании активно развивается с 1970-х годов. Ещё в 1967 г. в США было инициировано создание группы медицинских антропологов, которые провели свою первую встречу в университете в Беркли. В 1968 г. на XXVII ежегодном собрании Общества Прикладной Антропологии было уточнено наименование новой дис-

циплины, а уже в 1970 г. было образовано Общество медицинской антропологии (SMA); его основной задачей стало *изучение антропологических аспектов здоровья и болезни*. С тех самых пор SMA имеет свой устав, а с 1971 г. является отделением Американской ассоциации антропологов (AAA). Сейчас в это сообщество входят ученые не только из США, но и из стран Европы, Азии, Африки.

Наша организационная деятельность развивается по отработанной американской схеме. Поскольку группа медицинской антропологии – мизерное образование в рамках института, не имеющее даже статуса в его структуре – вряд ли могла многое сделать в одиночку, то кругом энтузиастов было принято решение попытаться объединить те силы, которые есть в стране. Для этого в 2013 году был проведен первый Всероссийский научный междисциплинарный симпозиум (с международным участием) «Медицинская антропология в России и за её пределами» (3–5 июля). На нём было принято решение (а именно это было основной целью симпозиума) создать Ассоциацию медицинских антропологов в России. Первое собрание, прошедшее 5 июля, выбрало руководство созданного сообщества, которое разработало Устав организации и законодательно оформило ассоциацию. Датой рождения официальной организации – НКО Ассоциация медицинских антропологов – стало 18 ноября 2013 г., день выдачи Министерством юстиции РФ Свидетельства о государственной регистрации (см. документы на сайте АМА – www.amarussia.ru).

Надо отметить, что важным фактором в подготовке и создании Ассоциации стал научный, образовательный, научно-популярный журнал «Медицинская антропология и биоэтика», (Эл №ФС77-39035; ISSN 2224-9680), который был создан и зарегистрирован 2 марта 2010 г. силами немногочисленной группы медицинской антропологии ИЭА РАН.

Основанием для такой объединительной работы в России было то, что изучение основополагающих проблем медицинской антропологии велось в стране давно, но довольно разрозненно и в конкретных частных направлениях. Можно сказать, что в настоящее время в России в понятие *медицинская антропология* включаются, как минимум, три направления: одно из них представлено

медицинской (физической / биологической) антропологией (в том числе в ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова); к нему присоединяются два смежных – *медицинская этнография* (представлена в ИЭА РАН и других гуманитарных институтах) и *медицинская (социокультурная) антропология*, развивающаяся в последние годы (к ней примыкает *социология медицины*).

К 2000-м годам начали постепенно формироваться небольшие группы ученых, ориентированных на разработанные на Западе методы и опыт работы в области медицинской антропологии. К моменту создания Ассоциации было совершенно очевидно, что свои школы вырастают в Саратове, Самаре, Ульяновске, Томске, Владивостоке и других городах. Все они довольно разные, но люди, создавшие их, были готовы к диалогу и сотрудничеству. Именно потому удалось организовать АМА и начать развивать совместную деятельность, которая на данном этапе фокусируется на проведении регулярных симпозиум (второй прошел 30–31 октября 2014 г. в Саратове, где был организован под руководством проф., д.филос.н. Д.В. Михеля социально-гуманитарным факультетом Саратовского государственного технического университета им. Гагарина Ю.А.); работе весенних и осенних школ медицинской антропологии и биоэтики в Москве на базе ИЭА РАН (обычно проводятся совместно с одним из медицинских университетов, которые являются и постоянными партнерами в организации симпозиумов).

Надо отметить, что при всем разнообразии подходов и пока значительной удаленности специалистов в плане своей научной подготовки, нам удастся вести совместную работу, свидетельством чего становятся наши печатные издания, в том числе публикуемый сборник статей, куда вошли тексты, подготовленные на основе докладов III Всероссийского междисциплинарного научно-практического симпозиума. В этой книге представлены работы, традиционные для нескольких направлений. Одни из них характерны для исследователей-этнографов и этнологов (раздел «Духовно-религиозное целительство и народно-медицинские знания»), другие – для «физических» медицинских антропологов, представителей биологической науки (раздел «Конституциология и медицинская экология»), третьи – для социологов и медиков

(раздел «Стигма и социальное неравенство»). Здесь же публикуются статьи, рассматривающие различные методы и направления работы (первый раздел «Медицинская антропология: направления и методы исследования»).

Очень актуальным для нашей современной ситуации с развитием медицинской антропологии как интердисциплинарной науки является небольшой последний раздел «Медицинская антропология в системе образования и подготовки научных кадров». Эта тема – важнейшая для нашего третьего симпозиума – постоянно разрабатывается в публикациях журнала «МАиБ», она напрямую отражена в проведении наших «Школ МАиБ», рассматривается на некоторых специализированных семинарах, созываемых на базе ИЭА РАН группой медицинской антропологии.

Необходимость подготовки специалистов – медицинских антропологов: исследователей и практиков – ощущается многими. Во-первых, в поликультурной и поликонфессиональной стране без специалистов-практиков в области медицинской антропологии и биоэтики всё сложнее обходиться в самых разных ситуациях, связанных со здоровьесбережением. Во-вторых, медицинским работникам самим требуются детализированные познания в этих областях, а таких знаний им предлагают в медицинских вузах недостаточно. Кстати, публикуемый блок статей отражает современную ситуацию с образованием в данной сфере и свидетельствует, в первую очередь, о том, что именно эта сфера является болевой точкой в нашей работе.

Отмечу, что и в области подготовки научных кадров у нас свои сложности. Если практиков – медицинских антропологов – у нас, по сути, просто нет на данном этапе, но научные сотрудники, специализирующиеся в области медицинской антропологии, страдают от недостатка образования в смежных областях. Желание работать комплексно или сотрудничать в интердисциплинарном коллективе сейчас закономерно выливается в попытки получения дополнительного образования: этнологами – в области антропологии или социологии, медиками – в сфере культурологии и философии и т.д. Очевидно, что жизнь диктует нам свои предложения, от которых мы не имеем права отворачиваться.

МЕДИЦИНСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ: НАПРАВЛЕНИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Михель Д.В.

ЗДОРОВЬЕ, БОЛЕЗНЬ И СТРАДАНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ (ПОЛИТЭКОНОМИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ)*

Аннотация: В статье рассматривается возникновение и развитие политэкономического направления в медицинской антропологии в 1980-е гг., а также основные понятия данной дисциплины, которые подверглись переосмыслению в работах критических медицинских антропологов. Показана значимость вопросов о здоровье, болезни и страдании для политэкономического подхода в медицинской антропологии.

Ключевые слова: медицинская антропология, политическая экономия здоровья, политэкономический подход, здоровье, болезнь, страдание

В конце 1960-х гг. в США возникла новая область исследований здоровья и болезни – медицинская антропология. По утверждению Дж. Фостера, у ее истоков находились четыре самостоятельных направления – физическая антропология, этнография «туземной медицины», анализ культуры и личности в рамках американской культурной антропологии и прикладные антропологические исследования международных программ здравоохранения, начатые в 1940-е гг. (Foster, Anderson 1978: 4–8).

После объединения первых медицинских антропологов в рамках Общества медицинской антропологии в 1972 г., возник вопрос о том, чем является медицинская антропология в качестве самостоятельной области знания (Foster 1974; Hasan 1975). В первое десятилетие ее существования среди ее приверженцев утвердилось мнение, что она должна играть роль прикладной дисциплины, способствующей развитию более эффективного национального и международного здравоохранения. Свою миссию антропологи видели в том, чтобы устранять так называе-

мые «культурные барьеры» между работниками здравоохранения и населением, а также докторами и пациентами в лечебных учреждениях. Одной из наиболее успешных моделей медицинской антропологии в 1970-е гг. стала прикладная медицинская антропология (Brown 1998: 240–241), а в качестве ее составной части – клинически прикладная антропология (Chrisman, Johnson 1990; Trotter II 2011).

К началу 1980-х гг. среди некоторых медицинских антропологов, принадлежавших в основном к более молодому поколению исследователей, возникла неудовлетворенность утвердившейся моделью развития дисциплины. «Прикладному» медико-антропологическому знанию, с их точки зрения, не хватало «теоретического начала», которое присутствовало во всех других дисциплинах. По этой причине они обратили свое внимание на те социальные науки, в рамках которых уже разворачивались дискуссии о культурной и политической функции современной медицины. В свете дискуссий о «медикализации» (Михель 2011) медицина предстала как инструмент капиталистической идеологии и институт манипулирования отдельными индивидами и целыми обществами. В результате, в истории медицинской антропологии наметился «поворот» к «теоретически» обоснованной медицинской антропологии. Однако в результате него возникли не одно, а не менее трех теоретических направлений медицинской антропологии – биокультурное, социокультурное и политэкономическое (критическое). Для всех них оказалось характерным стремление к разработке собственной методологии, конструирование специфической терминологии и желание максимально освободиться от роли вспомогательной медицинской дисциплины.

Политэкономическое направление медицинской антропологии сформировалось в связи с интересом некоторых антропологов к идейному наследию политической экономии XIX в., в которой они видели предшественницу современных социальных наук. Поскольку, с их точки зрения, эти науки во многом утратили свой изначальный критический потенциал, то их последующее развитие могло быть связано с возвращением к политэкономическому мышлению. В качестве главных авторите-

тов были вновь выдвинуты К. Маркс и Ф. Энгельс, но в связи с некоторым охлаждением западных интеллектуалов к марксизму в 1970-е гг. на первый план вышла фигура Р. Вирхова, немецкого политэконома, врача и антрополога. В 1848 г., делая отчет о своей поездке в Силезию, Вирхов, имея в виду тиф, заявил о том, что у болезней существует не только естественное, но и социальное происхождение.

Отталкиваясь от идей политэкономов XIX в., критические медицинские антропологи в 1980-е гг. приступили к созданию «политической экономики здоровья», которая стала отправным пунктом всей политэкономической медицинской антропологии. Во главе этой работы стали такие фигуры, как американцы М. Зингер и Х. Баер, а также уроженка Египта З. Морси (Singer 1990; Morsy 1992).

Политэкономический подход позволил антропологам указать на ограниченность конвенциональной медицинской антропологии, бессмысленную увлеченность изучением культурных смыслов, недостатки проблематики адаптации и медикализаторство всей сферы вопросов, связанных со здоровьем. Новый подход, который стал знаменем в руках нового поколения антропологов, позволил пересмотреть целый ряд хорошо знакомых понятий, в том числе таких, как здоровье и болезнь. В рамках начавшейся реконцептуализации основное внимание было уделено их социальному, политическому и экономическому осмыслению.

В 1946 г. Всемирная организация здравоохранения определила здоровье не просто как «отсутствие болезней и физических дефектов», но как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия» (Constitution of the World Health Organization 2009). Такая трактовка здоровья оказалась принципиальной для политэкономических медицинских антропологов. Здоровье – это больше, чем физиологическое или психологическое состояние. Это понятие, с помощью которого люди пытаются описать свое ощущение благополучия. Медицинские антропологи раскрыли в данной трактовке здоровья богатый потенциал, позволяющий развивать дискуссию о здоровье применительно не к какому-то одному типу общества, а к са-

мым разным обществам. Для них здоровье – это культурно обусловленная конструкция, чей смысл серьезно варьируется от одного общества к другому и от одного исторического периода к другому.

Баер и Зингер предложили рассматривать здоровье не как абсолютное состояние, а как некое пластичное понятие, которое всякий раз следует связывать с окружающим социокультурным контекстом. При этом для осмысления того, чем является здоровье в современном индустриальном обществе, по их мнению, важно усвоить то, как воспринимается здоровье в более простых, аборигенных обществах (Baer, Singer, Susser 2003: 4–5; Singer, Baer 2007: 64). Для оценки здоровья в таких обществах «политэкономы здоровья» привлекли обширную литературу (Health and Disease in Tribal Societies 1977; McNeill 1976: 54–93; Dunn 1977; Boyd, Shostak, Konner 1988).

Картина общественного здоровья в обществах охотников и собирателей выглядит следующим образом. Все люди живут в одних и тех же условиях. Характер питания одинаков для всех: либо все сыты, либо все голодают. Плотность населения низкая. Люди ведут кочевой образ жизни, поэтому им удается серьезно снизить уровень эпидемических заболеваний. У них отсутствуют развитые формы медицинской помощи – антибиотики, иммунизация, хирургия и т.п. Вследствие естественного отбора у людей из этих обществ развился высокий уровень сопротивляемости заболеваниям. В таких обществах почти не встретишь больных в привычном смысле слова, преобладают здоровые люди, т.е. все те, кто сумел выжить перед лицом многочисленных угроз и опасностей. Здоровые люди, следовательно, это выжившие. Здоровье всего общества здесь достигается не за счет лечения, а за счет профилактики. С переходом к оседлости здоровье людей повсюду стало хуже. Отсутствие эффективной медицинской помощи в совокупности с возросшей плотностью населения и антисанитарией привело к распространению инфекционных заболеваний и снижению продолжительности жизни. Лишь в развитых индустриальных обществах, благодаря настойчивым санитарным мерам и появлению медицинской помощи, продолжительность жизни возросла, и общее состоя-

ние здоровья улучшилось. С точки зрения антропологии, в новых условиях изменилось и представление о здоровье.

Для Баера и Зингера важным источником идей стали работы С. Кельмана, который предложил различать два разных типа здоровья - здоровье в простых доиндустриальных обществах и здоровье в капиталистических индустриальных обществах. Каждый из них, по его мысли, зависит от господствующей системы производства. При капитализме мы имеем дело с «функциональным здоровьем», когда люди, считающиеся здоровыми, оказываются таковыми по причине того, что способны эффективно функционировать – работать на фабрике или в офисе, посещать занятия в школе, исполнять те или иные социальные роли. От них требуется производительный труд и умение извлекать выгоду, но при этом они могут быть недостаточно благополучны, т.е. иметь физические дефекты, хронические расстройства, физиологические нарушения и т.д. «Функциональное здоровье», по Кельману, это неотъемлемый компонент общественной жизни при капитализме. В простых обществах охотников и собирателей, у земледельцев и – в идеале – в современных обществах, основанных на равенстве, мы имеем дело с «эмпирическим здоровьем», т.е. здоровьем, основанным на жизненном опыте и опыте выживания. «Эмпирическое здоровье» предстает не как способность к функционированию, а как свобода от болезней и социального отчуждения, а также как способность к развитию личности, раскрытию внутреннего потенциала и преодолению отчуждающих социальных обстоятельств (Kelman 1975).

Политэкономическая концепция здоровья в аборигенных обществах может быть проиллюстрирована случаем народа Гноу, живущего на Новой Гвинее. У Гноу быть здоровым – значит быть неуязвимым для злобных духов и колдовства (Lewis 1986). Если принять логику этого племени и распространить ее на современное общество, то можно согласиться с тем, что здоровье – это способность человека сопротивляться эксплуатации и выживать в тяжелых условиях труда. Для Гноу, пока духи бездействуют, человек всегда остается здоровым, поскольку больше ничто не препятствует его благополучию. Все остальные условия

для здоровья существуют уже изначально – равенство в доступе к пище и поддержка со стороны окружающих.

В рамках политэкономического направления в медицинской антропологии картина здоровья в аборигенных обществах может быть распространена и на современные индустриальные общества. Вследствие этого здоровье следует рассматривать как доступ к основным материальным и нематериальным ресурсам, поддерживающим и обеспечивающим жизнь на высоком уровне удовлетворения, а также контроль над ними (Baer, Singer, Susser 2003: 5). Угрозы здоровью сопряжены с утратой контроля над основными источниками существования – пищей, водой, теплом, жилищем, поддержкой со стороны окружающих.

Для медицинских антропологов, как и для медиков, вопрос о том, что такое болезнь, важнейший. Для тех и других болезней – явление многомерное. Современная биомедицина выделяет в нем, прежде всего, биологический аспект, рассматривая болезнь как явление природного порядка, как заболевание. Международная классификация заболеваний и различные медицинские руководства концептуализируют заболевания как дискретные единицы, которые (1) могут быть найдены в природе и (2) идентифицированы в клинике. Нормальный биомедицинский подход состоит в том, чтобы при диагностике, лечении или в рамках лабораторного исследования считать заболевание особой данностью, обособленной от других заболеваний, а также от социальных контекстов, в которых они могут быть обнаружены в тот или иной момент времени.

В отличие от биомедицины медицинская антропология в целом фокусируется на других сторонах болезни, связанных с ее социокультурными измерениями. Антропологи, например, анализируют представления различных людей о болезни, о том, что они считают ее причинами, и как с ней справляются. Не смотря на распространение биомедицинских знаний, люди по всему миру склонны воспринимать болезни, используя термины своей культуры. Когда в начале 1980-х гг. на Гаити вспыхнула эпидемия СПИДа, многие сельские жители были склонны воспринимать болезнь магически, как следствие колдовства (Farmer 1999: 169–177).

В политэкономической перспективе вопрос о болезни связан с вопросами о социальном благополучии, неравенстве и несправедливости. Здоровье и болезнь – это два различных состояния, которые во многом зависят от того, какого рода ресурсами располагают люди. Характер болезней варьируется в зависимости от климата и географических условий, но, кроме того, и особенно в условиях современного общества, он зависит от характера и способа производства, от доступности жизненно важных ресурсов и т.п.

Существует много примеров, доказывающих, что одни и те же болезни являются следствием не только биологических, но и социальных факторов. Так, появление бубонной чумы в позднем средневековье в Европе было результатом распространения популяции черных крыс – переносчиков блох и бактерий чумы. Однако тот факт, что крысы беспрепятственно проникали в жилища людей, был также следствием жалкого состояния этих жилищ, и когда к началу XVIII века в городах на смену лачугам пришли добротные каменные дома, пути передачи инфекции оказались закрыты, а чума как болезнь исчезла (Бродель 2006: 53). То же самое касается такой проблемы как диабет, которая в 1980-е гг. была отмечена у многих почтовых служащих в США. Диабет – не только результат сложных биохимических процессов в организме, но и следствие питания «на бегу» – довольно характерной черты профессии почтальона (Woolhandler, Himmelstein 1989: 1208).

Обсуждение антропологами проблем здоровья и болезни привело их к постановке еще одной фундаментальной проблемы – страдания. С антропологической точки зрения, болезнь – это лишь одна из разновидностей страданий, которыми наполнена человеческая жизнь. Люди страдают физически, нравственно, духовно, испытывая боль всем своим существом. Страдание – это часть человеческого опыта, его предельное состояние. Неспособность совладать со страданием означает гибель. Совладание со страданием возвращает человека к жизни, к исполнению своего предназначения.

Во второй половине 1980-х гг. в некоторых работах по медицинской антропологии тема страдания заняла центральное место. Было показано, что опыт страдания подвержен «профес-

сиональным трансформациям» и «культурным апроприациям» (Kleinman, Kleinman 1991; Kleinman, Kleinman 1996). Человеческие страдания, вызванные голодом и насилием, могут стать достоянием политизированной фотожурналистики, а могут быть медикализованы (патологизированы), превратившись в предмет медицинского вмешательства. В последнем случае страдание трансформируется в заболевание, но это не лишает его нравственного, экономического и политического измерения.

В разработанной М. Лок и Н. Шейпер-Хьюз концепции «мыслящего тела», нацеленной на преодоление утвердившейся в биомедицине картезианской модели человеческой природы, был предложен новый подход не только к пониманию человеческого существа, но и к проблеме страдания. Человек как мыслящее тело – это поверхность, на которой запечатлеваются силы внешнего воздействия – уличное насилие, политические репрессии, эксплуатация, биологическая инвазия. Опыт страдающего выступает особым социальным продуктом, реакцией человека – пассивной или активной – на внешние воздействия (Scheper-Hughes, Lock 1987).

С антропологической точки зрения, различные проблемы человеческого существования обычно распределяются среди различных департаментов знания – медицины, социальных служб, права, морали, религии. Однако все они, в сущности, сводятся к одной категории, покрывающей их все, – страданию, которая схватывает именно человеческую суть этих проблем (Kleinman, Das, Lock 1997: ix).

Страдание отдельного взятого индивида – это лишь часть общей картины социального страдания. В той же степени, в какой отдельно взятые заболевания складываются в эпидемию, отдельно взятые человеческие страдания складываются в синдемии – сложные сети моральных, социальных, физических, экономических бедствий, охватывающих целые социальные группы и территории. Так, во время завоевания Дикого Запада в XIX в. индейские племена были вытеснены в резервации, которые стали подлинными заповедниками бедствий – инфекционных заболеваний, голода, утраты привычных жизненных ориентиров, морального отчаяния. Глобальная эпидемия испанского гриппа 1918 г. была проявлением одновременного страдания миллионов людей от болезни, по-

рожденной смертельным вирусом, массовых миграций, душевной депрессии и истощения. СПИД в городских трущобах Африки к югу от Сахары – это общее наименование для всего комплекса страданий, вызванных наряду с ВИЧ десятком сопутствующих инфекций, сексуальным насилием, беспросветной нуждой, ужасами непрекращающихся военных вторжений и государственных переворотов (Singer 2009).

Политэкономическое истолкование здоровья, болезни, страдания и других краеугольных вопросов медицинской антропологии, призвано было служить не только развитию социальной теории, но и переориентации социальной практики. К началу XXI в. эти замыслы осуществились лишь отчасти. Тем не менее, стремление демедициализировать сложившиеся представления об основах человеческой жизни привело к построению более реалистичной ее картины. С этим же связаны и некоторые успехи в организации социально-медицинской работы и твердое намерение видеть в медицинской антропологии не только академическую науку, но и «дисциплину в действии».

Литература и источники:

Baer H., Singer M., Susser I. (2003) *Medical Anthropology and the World System*. Westport, Ct.: Praeger, 429 p.

Boyd E.S., Shostak M., Konner M. (1988) *Paleolithic Prescription: A Program of Diet and Exercise and a Design for Living*. New York: Harper and Low, 306 p.

Brown P.J. (1998) *Understanding and Applying Medical Anthropology*. Mountain View, Ca.: Mayfield Publishing Company, 451 p.

Chrisman N.J., Johnson T.M. (1990) Clinically Applied Anthropology // Johnson T.M., Sargent C.F. (eds.) *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. New York: Praeger, p. 93–113.

Constitution of the World Health Organization (2009). *Basic Documents. Forty-seventh Edition*. Geneva: World Health Organization.

Dunn F. (1977) Health and Disease in Hunter-Gatherers: Epidemiological Factors // Landy D. (ed.) *Culture, Disease, and Healing: Studies in Medical Anthropology*. New York: Macmillan, p. 99–107.

Farmer P. (1999) *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley: University of California Press, 375 p.

Foster G.M. (1974) Medical Anthropology: Some Contrasts with Medical Sociology. *Medical Anthropology Newsletter*. Vol. 6, No. 1, p.1–6.

Foster G.M., Anderson B.G. (1978) *Medical Anthropology*. New York: John Wiley & Sons, 1978, 354 p.

Hasan K.A. (1975) What is Medical Anthropology? *Medical Anthropology Newsletter*. Vol. 6, No. 3, p. 7–10.

Health and Disease in Tribal Societies, CIBA Foundation Symposium 49 (New Series) (1977), 352 p.

Kelman S. (1975) The Social Nature of the Definition Problem in Health. *International Journal of Health Services*, Vol. 5, No. 4, p.625–642.

Kleinman A., Kleinman J. (1991) Suffering and its Professional Transformation: Toward an Ethnography of Interpersonal Experience, *Culture, Medicine, and Psychiatry*, Vol. 15, No. 3, p. 275–301.

Kleinman A., Kleinman J. (1996) The Appeal of Experience: The Dismay of Images: Cultural Appropriations of Suffering in Our Times, *Daedalus*, Vol. 125, No. 1, p. 1–23.

Kleinman A., Das V., Lock M. (eds.) (1997) *Social Suffering*, Berkeley: University of California Press, 425 p.

Lewis G. (1986) Concepts of Health and Illness in a Sepik Society // Currier C., Stacy M. (eds.), *Concepts of Health, Illness and Disease: A Comparative Perspective*. Leamington Spa, England: Berg, p. 119-135.

McNeill W.H. (1976) *Plagues and Peoples*. New York: Doubleday, 365 p.

Morsy S. (1990) Political Economy in Medical Anthropology // Johnson T.M., Sargent C.F. (eds.) *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. New York: Praeger, p. 26–46.

Scheper-Hughes N., Lock M. (1987) The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology, *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, Vol. 1, No. 1, p. 6–41.

Singer M. (1990) Reinventing Medical Anthropology: Toward A Critical Realignment, *Social Science and Medicine*, Vol. 30, No. 2, p. 179–187.

Singer M., Baer H. (2007) *Introducing Medical Anthropology: A Discipline in Action*. Lanham, Md.: Alta Mira Press, 246 p.

Singer M. (2009) *Introduction in Syndemics: A Critical Systems Approach to Public and Community Health*, San Francisco: Jossey-Bass, 274 p.

Trotter II R.T. (2011) Applied Medical Anthropology: Praxis, Pragmatics, Politics, and Promises // Singer M., Erickson P.I. (eds.) *A Companion to Medical Anthropology*. Oxford: Wiley-Blackwell, p. 49–68.

Woolhandler S., Himmelstein D. (1989) Ideology in Medical Science: Class in the Clinic, *Social Science and Medicine*, Vol. 28, No. 11, p. 1205–1209.

Бродель Ф. (2006) *Материальная цивилизация и капитализм, XV-XVIII вв. Т.1.: Структуры повседневности: возможное и невозможное*, М.: Весь Мир, 592 с.

Михель Д.В. (2011) Медикализация как социальный феномен. *Вестник Саратовского государственного технического университета*. № 4 (60), Вып. 2, с. 256–263.

Summary: The article is considering the origin and development of political economy trends in medical anthropology in the 1980s, as well as the basic concepts of the discipline, which have been reconceptualized in the works of critical medical anthropologists. The importance of questions about health, disease and suffering for the political economy approach in medical anthropology is shown.

Keywords: medical anthropology, political economy of health, political economic approach, health, disease, suffering

**Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта № 15-03-00348.*

Кузнецов А.Г.

АНТРОПОЛОГИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ АННЕМАРИ МОЛ

Аннотация: Статья знакомит русскоязычного читателя с антропологическим подходом к изучению медицины голландской исследовательницы Аннемари Мол. Выделяются ключевые черты стиля мышления Мол и то, как они проявляются в ее эмпирических изысканиях. Показывается, что Мол является эмпирическим философом – исследователем, преследующим философские цели антропологическими средствами. Основными элементами метода эмпирической философии Мол являются: смещение перспективы, поиск показательных ситуаций и кейсов, изобретение концептов, чувствительных к специфичностям исследуемых объектов, мобилизация вместо генерализации. Центральное для Мол противопоставление «клиники» и «лаборатории» является ключом к пониманию основных концептов и различий ее антропологии. В заключении демонстрируется потенциал идей Мол не только для медицинской антропологии, но и для антропологии современных обществ.

Ключевые слова: Аннемари Мол, медицинская антропология, клиника, лаборатория, исследования науки и технологий, акторно-сетевая теория, эмпирическая философия

Введение

Данная статья призвана познакомить русскоязычного читателя с ключевыми чертами антропологического мышления голландской исследовательницы Аннемари Мол. Хотя Мол является значимым представителем акторно-сетевой теории (actor-network theory, ANT), работы, посвященные критическому анализу ее творчества, отсутствуют как в русскоязычной, так и в англоязычной литературе. На сегодняшний день русскоязычному читателю доступны лишь несколько рецензий (Кузнецов 2014, Сивков 2015), а также только что вышедший перевод фрагмента самой известной книги Мол «Множественное тело» (Мол 2015). Тексты Мол, с одной стороны, производят эффект ложной простоты, а с другой – все же сложны для понимания.

Эффект «простоты» возникает из-за характерного стиля письма Мол, который создает впечатление, будто бы она просто рассказывает подробные истории о больницах, болезнях, больных и практиках (медицинского) ухода за ними. Она редко выражает свои идеи в броских формулах, которые можно легко процитировать вне контекста. Напротив, она всегда вплетает свои теоретические конструкции в гущу технических деталей объектов своего изучения. Для любителей лапидарного стиля ее мысль является такой же текучей и ускользающей, как и объекты ее анализа. Две самые известные книги Мол «Множественное тело» и «Логика заботы» имеют двухуровневую структуру. «Верхний» уровень составляет основной текст книги, написанный превосходной прозой, которая, однако, напрочь лишена имен ученых, референций и явной теоретической дискуссии. «Нижний» уровень в виде субтекста в «Множественном теле» или в виде корпуса примечаний в «Логике заботы», напротив, насыщен ссылками, именами и метками теоретическими замечаниями. В своих основных работах Мол намеренно превращает теоретико-методологические рассуждения в маргиналии.

Это, однако, не означает, что теория имеет для Мол маргинальное значение. Напротив, ее работы часто неявно предпола-

гают и опираются на результаты предшествующих дискуссий в АНТ и исследованиях науки и технологий (science and technology studies, STS). Данная черта ее письма вкупе с тем, что сами эти дискуссии пока неизвестны широкой русскоязычной аудитории, затрудняет понимание ее работ. Кроме того, Мол намеренно производит небольшие но постоянные смещения в своем языке описания. Одни временные концепты сменяют другие, что создает ощущение непоследовательности и также затрудняет понимание ее стиля мышления.

Кажущаяся простота и неочевидная сложность текстов Мол нередко затрудняют их понимание. Чтобы сделать идеи голландской исследовательницы ближе русскоязычному читателю, в этой статье предпринимается попытка выделить ключевые черты стиля мышления Мол и показать, как они проявляются в ее эмпирических исследованиях. Артикуляция этих черт может стать ключом к пониманию основных концептов и различий ее антропологии.

Ключевые черты эмпирической философии Аннемари Мол

Прежде всего, нужно иметь в виду, что Мол – философ, а не антрополог. Точнее – она исследователь с головой философа и руками антрополога. Мол – эмпирический (но не эмпиристский!) философ (Mol 2002: 1), преследующий философские цели средствами социальных наук. «Антрополог или социолог могли бы использовать этот материал, чтобы представить реальность (или ее часть) как можно более точно или захватывающе. Однако, моя цель иная. ... Вместо того, чтобы соотносить перспективы других, я стремлюсь предложить новую перспективу. ... Я обращалась со своими материалами так же, как химики с жидкой смесью. Они дистиллируют ее, чтобы выделить различные компоненты. Сходным образом я выделила «хорошую заботу» из беспорядочных практик» (Mol 2008b: 10). Если попытаться определить место Мол в современных интеллектуальных течениях, то в общем плане её концепция является частью разнородной тенденции к «натурализации философии», в рамках которой предпринимаются попытки отвечать на традиционные философские вопросы эмпирическими средствами (Collin 2011: vii). STS – яркое воплощение этого интеллектуаль-

ного тренда. В более специфическом плане Мол стоит в одном ряду с теми, кто открыто называет себя эмпирическими философами (Бруно Латуром, Изабель Стенджерс, Винсиан Депре).

Это обстоятельство определяет ряд ключевых черт ее мышления: 1) смещение перспективы; 2) поиск показательных ситуаций и кейсов; 3) изобретение концептов, чувствительных к специфичностям исследуемых объектов; 4) мобилизация вместо генерализации.

Смещение перспективы – один из основных приемов мышления Мол. Для нее постановка проблем и смещение перспективы на медицину, открывающие новые способы мышления о ней (ср.: Жижек 2006: 4) важнее точной реконструкции исследуемых событий и практик или анализа их значений для акторов. В конце 1990-х Мол оспаривает теории производства научного знания, появившиеся в STS в конце 1970-х в результате серии этнографических исследований лабораторий, проведенных Майклом Линчем, Карин Кнорр-Цетиной, а также Бруно Латуром и Стивом Вулгаром (Mol 1999). Однако она не атакует конструктивистские концепции науки в лоб, пытаясь их опровергнуть (как это делали философы науки в середине 1990-х), но смещает перспективу, противопоставляя «лаборатории» «клинику». Тем самым Мол: 1) обращает внимание исследователей на другие значимые места производства научного знания; 2) указывает, что в производстве знания далеко не всегда складывается агонистическое поле (как это показывали первые исследования лабораторий), когда из нескольких альтернативных описаний реальности выделяется одно истинное или достоверное, а все остальные признаются ложными и отбрасываются. В своем исследовании практик диагностики и лечения атеросклероза она показала, что в госпитале могут сосуществовать несколько разных и одинаково достоверных конструкций реальности, выбор между которыми не только не является простым, но и не сводится к выбору между различными субъективными перспективами на один и тот же объект. Разные способы диагностики и лечения атеросклероза (подкрепленные разными научными знаниями, практиками и технической аппаратурой) производят онтологически разные болезни с разными реальными последствиями. В этом случае мы имеем дело с множест-

венной онтологией, и только лишь существующая в языке практика именованя этого множества одним именем «атеросклероз» создает иллюзию монолитного единства.

В книге «Логика заботы» Мол ставит под сомнение ту идею, что предоставление пациентам большего выбора однозначно ведет к улучшению качества медицинского ухода. Однако не всякая проблематизация идеала выбора продуктивна, поэтому Мол прибегает к двойному смещению перспективы. Смещение 1. Если противопоставлять выбор принуждению, тогда проблематизация выбора равнозначна сомнению в идеалах свободы, равенства, автономии и означает поддержку иерархии, господства, исключения. Мол предлагает оставить наши интеллектуальные рефлексы и сместить перспективу: противопоставить выбору заботу. Следуя заветам семиотического поворота, Мол не критикует идеал выбора, но помещает его в иную сеть различий и прослеживает трансформацию его значения. Смещение 2. Вместо изучения способности людей выбирать и дискуссии о соблюдении условий для совершения выбора, Мол акцентирует внимание на практиках, в которых возникают «ситуации выбора», что позволяет спросить: 1) Какова цена реформирования мира медицины в ситуации выбора? 2) В какую деятельность вовлечены (должны вовлекаться) пациенты в процессе заботы? (Mol 2008b: 7–8)

В таком же стиле Мол предлагает переключить наше внимание с анализа эффективности лабораторных и клинических интервенций на их эффекты на жизни пациентов и их окружения в настоящем и будущем (Mol 2006). Смещения перспективы позволяют настроить фокус исследования и найти стратегически важные для анализа ситуации и кейсы.

Ситуативная философия

Метод Мол можно назвать ситуативной философией, которая исходит из того, что в основании всякой философской теории, всякого языка лежит конкретная показательная (образцовая) ситуация. Например, греческая теория автономного субъекта восходит к образу мускулистого солдата-атлета, способного полностью контролировать свое тело, дать отпор врагу, избежать рабства, а значит, и контролировать свою жизнь. В рассуждения Сартра о бытии и ничто вписан конкретный тип

встреч незнакомцев между собой в тротуарных кафе (Mol 2008: 33). Нередко указания на специфические локальные основания универсальных языков описания используются исключительно в деконструктивистских целях. Однако, Мол предлагает позитивно отнестись к факту ситуативной укорененности всякой теории и далее задаться вопросом, от каких показательных и головоломных ситуаций следует отталкиваться в своем мышлении.

Резонно спросить, какова та показательная ситуация, которая озадачивает саму Мол и дает толчок ее мышлению? Эта ситуация, с одной стороны, касается положения, сложившегося в STS в конце 1990-х, а с другой – изменений, происходивших в здравоохранении стран Западной Европы и Северной Америки во второй половине XX в.

Лаборатория как эпитома науки в STS. Мол появляется в качестве заметной фигуры в STS во второй половине 1990-х. К этому времени STS уже являются состоявшимся и динамично развивающимся направлением социальных наук. Это во многом связано с успехом первых исследований лабораторий, проведенных в конце 1970-х Бруно Латуром и Стивом Вулгаром, Майклом Линчем, Карин Кнопп-Цетиной. Лаборатории рассматривались основателями STS как «цитадели» современной науки. Успешное описание производства научных фактов в них означало бы успех в описании производства научного знания в принципе. Лаборатории стали стратегическими локусами исследования, усиливающими валидность собранных в них данных или «местами истины» (Gierun 2006). Лаборатории не только стали дисциплинарной точкой опоры STS (Doing 2008), но и многие другие места исследования стали мыслиться по модели лабораторий (Knorr-Cetina 1995). Иными словами, они стали теми показательными ситуациями, на основе которых были смоделированы первые конструктивистские теории науки и технологии в STS.

Эти теории понимали лаборатории как места, в которых в процессе производства научного знания привычные для повседневности деления (природа/культура, субъект/объект, человеческое/нечеловеческое, истинное/ложное, социальное/научное и т.д.) размываются, границы между ними становятся подвижными, существует множество альтернативных объяснений

предположительно одного и того же явления, интерпретации данных обладают нестабильностью и гибкостью. Процесс конструирования состоит в том, что постепенно из месива лабораторных практик, данных и интерпретаций возникает порядок: одна из альтернативных интерпретаций, обрастает аргументами и свидетельствами, теряет гибкость, стабилизируется, превращается в объективный факт и отделяется таким образом от альтернативных описаний, называемых теперь артефактами или субъективными суждениями. За пределами лаборатории научное знание не производится, оспариваемые внутри нее научные конструкты, выходя за пределы лаборатории, становятся непроблематичными объективными фактами природы. Научные факты могут быть оспорены, но только посредством другой альтернативной лаборатории. Как было показано выше, в этой ситуации Мол смещает перспективу, противопоставляя «лаборатории» «клинику», открывая для STS новые места исследования и способы мышления о производстве и использовании знания.

Интервенция «лаборатории» в «клинику». Во второй половине XX в. в медицине стран Западной Европы и Северной Америки происходит экспансия лабораторных практик, норм и стандартов и их интервенция в область «клиники». Бурное развитие лабораторной науки в XX веке, привело к росту фармацевтической индустрии в 1950 – 1960-е гг. и появлению на рынке множества лекарств. Возникла необходимость оценки их качества, эффективности и безопасности. В ходе решения этой проблемы на основе процедур лабораторных исследований постепенно сформировался механизм клинических испытаний, который позволял получить научно обоснованные доказательства эффективности того или иного лекарства. Клинические испытания зарекомендовали себя в качестве успешного способа оценки качества лекарств, однако в дальнейшей произошла их генерализация и они стали доминирующим способом оценки любого вида интервенций. «Испытания стали моделью «науки» *par excellence* – золотым стандартом для практически любого вида исследования», – с грустью заключает Мол (Mol 2006: 406). Клинические испытания опираются на то, что Мол называет «лабораторной традицией» знания, во главе угла которой стоит производство дискретных, переносимых и сравнимых

фактов, благодаря строгим системам классификации и техникам измерения, позволяющим квантифицировать исследуемые объекты. Отчасти успех «лаборатории» связан с тем, что в STS был изобретен язык, позволяющий говорить о лабораторных практиках за пределами узкопрофессиональных рамок.

Однако, по утверждению Мол, существует и другая «клиническая традиция», которая связана с получением знания в неопределенных и комплексных ситуациях, и где помощь пациенту важнее установления факта и, соответственно, переносимость, сравнимость и квантифицируемость не являются непрекращаемыми добродетелями. В «клинике» знание имеет текучий, ситуативный и адаптируемый характер. Однако, в отличие от «лаборатории», языка, на котором можно было бы говорить о клинических практиках, нет. Это приводит к тому, что «лабораторию» ассоциируют с наукой, по поводу которой возможна критическая дискуссия, а «клинику» – с искусством, которое можно практиковать, но о котором невозможно говорить. С одной стороны, этому способствовали врачи, которые долгое время сопротивлялись артикуляции клинической практической рациональности, защищая себя таким образом от внешней критики. Но с другой стороны, теперь в ситуации экспансии лаборатории клинику по причине отсутствия языка, на котором о ней можно говорить, стало невозможно защитить. «Требования переносимости и сравнимости быстро навязываются клиническим практикам. Давление поразительно. Клиническая традиция вытесняется лабораторной традицией и только последняя называется научной» (Struhkamp, Mol, Swierstra 2009: 56).

Изобретение чувствительных концептов

В этой ситуации Мол как философ видит свою задачу в артикуляции внутренней логики клиники и изобретении языка, на котором можно было бы говорить о практиках клинической медицины и заботы за рамками узкопрофессиональных групп. Философия для Мол так же, как и для Мишеля Серра и Жюль Делеза, – машина производства концептов, способ изобретения новых языков (Serres 1995; Делез, Гваттари 1998). Однако в отличие от традиционного стремления философов быть повсюду дома и изобретать универсальные языки описания, Мол разрабатывает концепты, чувствительные к специфичностям локаль-

ных ситуаций. Призывая рассказывать подробные истории о «клинике» на ее собственном языке, Мол не предлагает ничего нового, поскольку журналисты, пациенты-активисты, социальные ученые и другие снабжают нас лавиной историй о жизни с болезнью. Однако, Мол предлагает повысить статус рассказывания этих историй, сделав их формой публичной координации (Mol 2008b: 89). Для Мол артикулировать практическую логику клиники, дать ей язык – значит позволить ей быть публичной, позволить ей путешествовать. Эта задача, учитывая, что мы всякий раз отталкиваемся от специфических локальных ситуаций, ведет к целому ряду вопросов: где мы находимся, откуда мы пришли, куда можем пойти, а также, что из этой ситуации может быть перенесено, куда и за какую цену (Mol 2008a: 29).

Мобилизация вместо генерализации

Метод Мол предполагает избирательную мобилизацию эмпирического содержания в ходе движения от одной показательной ситуации к другой, а не восхождение от частного к общему. Результаты мышления показательных ситуаций специфичны, их генерализация бесплодна, поскольку она не позволяет предсказать, что произойдет в новых ситуациях, но их значение необязательно локально. Их можно перенести, если проделать необходимую работу по созданию транспортного средства, а переносимые знания, практики, логики трансформировать так, чтобы они не испортились при транспортировке и были релевантными в других местах и ситуациях. Мол в частности утверждает, что артикулированная ею в клиническом контексте логика заботы заслуживает того, чтобы быть перенесенной во множество других контекстов. Вместе со своими коллегами она показывает релевантность логики заботы не только для медицины и домохозяйства, но и для других мест и практик (сельское хозяйство, технологии, любовь, научное исследование, воспитание детей и т.д.) (Mol, Moser, Pols 2010). Язык, состоящий из чувствительных к специфичностям «клиники» концептов, как раз и является таким транспортным средством, позволяющим вопрошать и отвечать на вопросы о «хорошей» заботе коллективно. Без него невозможно перенести заботу из частных мест в публичную дискуссию. Поэтому «мы должны не

обдумывать, а тщательно взращивать наши слова», – заключает Мол (Mol 2008a: 34).

Заключение.

Эмпирическая философия как антропология

Итак, мы показали ключевые черты эмпирическо-философского мышления Мол. Однако остается вопрос, является ли антропология для Мол всего лишь инструментом, или ее мышление вносит свой вклад в антропологию современных обществ? Как философ, Мол ищет мудрости, которая состоит в том, чтобы артикулировать специфику мира «клиники». Как эмпирик, она находит мудрость в том, чтобы улучшать «клинику» в ее собственных терминах. Но прежде чем улучшать «клинику», необходимо артикулировать эти «собственные термины». Обе задачи сходятся в пункте изобретения языка говорения о клинике. Решая эти задачи, Мол пытается описать внутреннее культурное разнообразие Запада, не допустить захвата и разрушения одного культурного репертуара (клиники) другим (лабораторией). И в этом отношении ее эмпирическая философия, по сути, является симметричной антропологией модерна в том смысле, как о ней говорит Латур (Latour 2013).

С одной стороны, в своих работах она описывает локальную антропологическую драму в сфере медицинского ухода, указывая на риски потерять «хорошую заботу» как ценное, но публично не признаваемое благо, релевантное не только для медицины. С другой стороны, Мол вносит вклад в пост-колониальную критику Модерна: не только рисует карикатуры Других на Востоке и на Юге, но и создает кривое зеркало самого Запада. Мол оспаривает редуционистское представление современного Запада о самом себе. Для нее Запад никогда не был гомогенным, но всегда представлял собой амальгаму идеалов. Отрицать это – значит осуществлять внутреннюю колонизацию Запада, редуцировать его лишь к некоторым населяющим его традициям (лабораторная наука, гражданский идеал выбора, автономный субъект). Это увеличивает разрыв между Западом и Другими и способствует еще большему доминированию этих традиций. Таким образом, работы Мол вносят свой вклад не только в понимание клинической медицины, но и являются образцовыми исследованиями по антропологии современных обществ.

Литература и источники:

Collin F. (2011) *Science Studies as Naturalized Philosophy*, Dordrecht: Springer.

Doing P. (2008) Give Me a Laboratory and I Will Raise a Discipline: The Past, Present, and Future Politics of Laboratory Studies in STS. In Hackett E.J. et al (Eds.), *The Handbook of Science and Technology Studies*, Cambridge, Mass: The MIT Press., pp. 279–297.

Gieryn T. (2006) City as a Truth-Spot. Laboratories and Field-Sites in Urban Studies. *Social Studies of Science*, vol. 1, pp. 5–38.

Knorr-Cetina K. (1995) Laboratory Studies: The Cultural Approach to the Study of Science. In Jasanoff S. (Ed.), *Handbook of Science and Technology Studies*, Thousand Oaks, London: Sage, pp. 140–167.

Latour B. (2013) *An Inquiry Into the Modes of Existence: An Anthropology of the Moderns*, Cambridge, Mass., London: Harvard University Press, 2013.

Mol A. (1999) Ontological politics. In Law J., Hassard J. (Eds.) A word and some questions. *Actor-Network Theory and After*, Oxford: Blackwell. pp. 74–90.

Mol A. (2002) *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Durham: Duke University Press.

Mol A. (2006) Proving or Improving: On Health Care Research as a Form of Self-Reflection. *Qualitative Health Research*, vol. 16, no 3, pp. 405–414.

Mol A. (2008b) *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*, Routledge: London; New York, 2008. 129 p.

Mol A. (2008a) I Eat an Apple: On Theorizing Subjectivities. *Subjectivity*, Vol. 22, No 1, pp. 28–37.

Mol A., Moser I., Pols J. (Eds.) (2010) *Care in Practice: On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*, Bielefeld, transcript.

Serres M. (1995) *Conversations on Science Culture and Time*, Ann Arbor: The University of Michigan Press.

Struhkamp R., Mol A., Swierstra T. (2009) Dealing with In/dependence: Doctoring in Physical Rehabilitation Practice. *Science, Technology & Human Values*, Vol. 34, no. 1, pp. 55–76.

Делез Ж., Гваттари Ф. (1998) *Что такое философия?*, М.: ИЭС; СПб.: Алетейя.

Жижек С. (2006) Некоторые политически некорректные размышления о насилии во Франции и не только. *Логос*, № 2 (56), с. 3–25.

Кузнецов А.Г. (2014) Дом, который построила Аннемари Мол. Архитектура исследования после акторно-сетевой теории. *Журнал исследований социальной политики*, № 3, с. 474–481.

Мол А. (2015) Множественное тело. *Социология власти*, № 1, с. 232–247.

Сивков Д.Ю. (2015) Такой разный атеросклероз. *Социология власти*, № 1, с. 267–277.

Summary: The article introduces a Russian-speaking reader to the medical anthropology of a Dutch researcher Annemarie Mol. The author highlights key features of Mol's style of thinking and the way they are manifested in her empirical research. It is shown that Mol is a self-acknowledged empirical philosopher, a scholar who pursues philosophical aims by anthropological means. The main elements of the method of Mol's empirical philosophy are shifting perspectives, looking for exemplary situations and cases, devising concepts sensitive to the specificities of the objects under study, mobilization instead of generalization. The author suggests that the contrast between «laboratory» and «clinic» is the key to understanding of Mol's work. In conclusion the implications of Mol's thinking not only to medical anthropology but also to anthropology of modern societies are discussed.

Keywords: Annemarie Mol, medical anthropology, clinic, laboratory, science and technology studies, actor-network theory, empirical philosophy

Лехциер В.Л.

**ЛИНДА ГАРРО И ЕЁ
МЕДИКО-АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:
ОСНОВНЫЕ РАБОТЫ, ПРОБЛЕМЫ, ИДЕИ**

Аннотация: Статья посвящена концептуальному обзору основных научных работ и идей известного американского антрополога Линды Гарро и ее вклада в современную медицинскую антропологию. Все работы Гарро – и в качестве автора, и в качестве редактора тематических сборников – демонстрируют образ современного антрополога как полевого исследователя и одновременно как теоретика, уделяющего много внимания методологической рефлексии. Раскрыты самые важные темы и направления исследований Гарро, такие как этнография реше-

ний в области здравоохранения, нарратив и культурное конструирование болезни и лечения, культура и личный опыт, воспоминание о болезни как активный процесс реконструкции, здоровье как семейное дело. Особый акцент сделан на тему «нарративных поворотов» в медицинской антропологии.

Ключевые слова: Линда Гарро, медицинская антропология, нарративные репрезентации болезни и здоровья, медицинский выбор

Линда Гарро (Linda C Garro) – президент исполнительного совета Общества Медицинской антропологии (Society for Medical Anthropology), являющегося самым большим подразделением Американской Антропологической Ассоциации. Она – доктор социальных наук (в области когнитивной психологии, 1982 и антропологии, 1983), профессор Департамента Антропологии Университета Калифорнии в Лос-Анджелесе (UCLA), где работает с 1997 г., читая курсы по медицинской и когнитивной антропологии и проблемам, связанным со здоровьем коренных американцев.

С момента прибытия в Лос-Анджелес Гарро приняла участие в новаторских учебных инициативах при Департаменте Антропологии, которые были связаны с формированием тематической группы «Разум, Медицина и Культура». Благодаря участию Гарро, это студенческое начинание впоследствии трансформировалось в еженедельной семинар, объединивший преподавателей, научных сотрудников, аспирантов и студентов старших курсов, а также преподавателей с другого факультета, это позволило навести мосты между психологической, медицинской и лингвистической антропологией.

Сфера научных интересов Гарро – когнитивная антропология, медицинская антропология, методология, Мезоамерика, северный регион Северной Америки. В фокусе внимания ее исследований такие проблемы как принятие семьями решений в области здравоохранения; вопросы здоровья и болезни в контексте повседневной жизни; модели культуры; конфигурация знаний о болезни, существующих в той или иной культуре и их изменчивость; нарратив и болезнь; воспоминания как социальный, культурный и когнитивный процесс, как часть повседневной жизни. Линда Гарро – автор ряда статей, опубликованных в журналах «American Anthropologist», «American Ethnologist»,

«Culture, Medicine and Psychiatry», «Ethos», «Medical Anthropology Quarterly», «Social Science and Medicine», «Transcultural Psychiatry» и др. Она была редактором и соредактором нескольких изданий по медицинской и психологической антропологии, в частности: «Этнография решений в области здравоохранения» (1982), «Медицинский выбор в мексиканской деревне» (1994, совместно с Джеймсом Янгом), «Нарратив и культурное конструирование болезни и здоровья» (2000, совместно с Черил Маттингли). Линда Гарро имеет награды и как преподаватель, и как ученый (в области психологической антропологии и медико-антропологических исследований в Канаде).

Первый тематический сборник, в котором Гарро выступила в роли собирателя материалов, концептуального редактора и автора – это 16-ый выпуск 16-го тома журнала «Social Science and Medicine» за 1982 г., называющийся «Этнография решений в области здравоохранения» (The Ethnography 1982). Сборник, как пишет Гарро, посвящен памяти организатора симпозиума на избранную тему, антропологу, соавтору и мужу Линды Гарро Джеймсу Клэю Янгу, который трагически погиб в мае 1981 года. Во вступительной статье Гарро не только обозревает содержание номера, но и пишет о том вкладе, который Джеймс Янг внес в изучение выбора в сфере медицины. Номер посвящен анализу принятия решений в контексте изучения альтернативных медицинских услуг и систем, которые выбирают люди. Отправной точкой является индивидуальное поведение человека, оказавшегося в ситуации болезни. Предполагается, что люди рациональны и что они принимают решения в ситуации с ограниченными ресурсами и на основании имеющейся в их распоряжении культурной информации. Задача антрополога состоит в том, чтоб обнаружить стандарты их выбора. Самый простой выбор: обращаться или не обращаться за медицинской помощью в той или иной ситуации.

Некоторые авторы сборника в результате проведенных полевых исследований сделали вывод, что культурные факторы являются основным компонентом в процессе принятия решений в области здравоохранения, причем внутри этих факторов конкурируют между собой психологические и соматические модели объяснения болезни. Другие авторы делают акцент на

социально-экономическом статусе принимающих решение или на особенностях взаимодействия пациентов с институтами медицины. Сборник дает внушительную палитру медико-антропологических исследований выбора в сфере здравоохранения. Изучаются мексиканские американцы разного происхождения, беременные женщины Латинской Америки, республики Бенин и Туниса (предмет – родовые ожидания и импликации моделей принятия решений), связь т.н. «логики благополучия» с терапевтическими нарративами в Каире, медицинский контроль и структура медицинского плюрализма в Таиланде, роль культурных объяснений в «соматизации» жалоб и недостаточном использовании психологической помощи у американских и китайских (гонкогских) студентов, обучающихся в Гавайском университете.

Есть в сборнике и статья Линды Гарро в соавторстве с Джеймсом Янгом «Вариация в выборе лечения в двух общинах Мексики». В ней рассматриваются отношения между верованиями людей, связанными с болезнью, доступностью западных ресурсов здравоохранения и уровнем обращения к врачу в двух соседних сельских общинах в Мексике. Одна из этих общин – Пичатаро (Pichátaro) – ограничила доступ в возможности лечиться у врача (то есть у представителя биомедицины), в другой общине – Уричо (Uricho) – люди имели сравнительно хороший доступ к услугам врача, в том числе и бесплатным. Данные по истории болезни людей, собранные исследователями в семьях в каждой общине, показали, что жители Уричо консультируются с врачом почти в два раза чаще. При этом данные о верованиях информантов в отношении болезни в каждом городе были систематически сопоставлены, чтобы оценить два конкурирующих вида релевантных отношений: между приверженностью к традиционным этномедицинским верованиям и выбором лечения у врача. В отношении этих данных возможны, как пишет Гарро, две интерпретативных гипотезы. Первая гипотеза – «концептуальная несовместимость» – подчеркивает важность сравнения между повседневными концепциями болезни, принятыми в сообществе, и научной медицинской теорией в качестве критерия для выбора лечения у врача. Соответственно, исследование должно было бы показать, что, по сравнению с общиной Пичатаро, более высокий коэффициент использо-

вания лечения у врача народом *уричо* должен сопровождаться большей ориентацией его представителей на западную медицину (на уровне убеждений).

Суть второй гипотезы состоит в том, что традиционные верования в отношении болезни не являются первичным барьером для обращения к врачу, так же как не являются необходимой предпосылкой для этого и альтернативные убеждения, и что гораздо важнее здесь фактор доступности услуги врача. Результаты полевых исследований Гарро и Янга не дали существенных подтверждений гипотезы о «концептуальной несовместимости». Они полагают, что различия в обращении к врачу являются следствием дифференцированного доступа к лечению без необходимости изменений в сфере принятых верований в отношении болезни.

Эта тема, но в существенно большем объеме и в более детализованном виде, освещается Л. Гарро в монографии «Медицинский выбор в мексиканской деревне» (Young and Garro 1994), являющейся переизданием ее одноименной совместной работы с Джеймсом Янгом 1981 года. Эта монография парадигмальна для антропологии медицинского выбора. Все исследование в данном случае посвящено народу *пичатаро*, живущему в индейской деревне Тараскан, в горной местности западно-центральной части Мексики. В монографии систематически вводятся и обосновываются такие понятия, концептуализирующие предметную сферу исследования, как «Study of Medical Choice», «Decision-Making Approach», «Model Treatment Decision Making», дается основательный обзор повседневной жизни народа *пичатаро*, его семейной и публичной жизни, праздников, способов зарабатывания на жизнь, медицинских верований, объяснений и оценок болезни, распространенности тех или иных типов болезней. Гарро описывает, как структурировано народное медицинское знание в этой деревне, и какие альтернативные виды лечения там существуют: самолечение, народные целители, локальные ресурсы западной медицины и медицина, базирующаяся в соседнем регионе. Книга очень подробна, содержит много эмпирических данных, но при этом она основательно методологически фундирована.

Среди выводов, которые делают авторы, и которые расширяют общую мотивационную картину по поставленной пробле-

ме, содержится мысль о том, что выбор той или иной медицинской системы жителями изучаемой деревни обусловлен также и тем обстоятельством, *насколько и каким образом они оценивают тяжесть болезни*, в том числе возможность смерти от нее. Сельские жители бедны и имеют ограниченный доступ к источникам западного здравоохранения. Они используют имеющиеся у них повседневные медицинские знания, чтобы оценить серьезность и возможные последствия болезни. Обращение к врачу становится предпочтительным, когда болезнь считается опасной для жизни и жители начинают просчитывать вероятность излечения.

В других случаях (неопасных для жизни) включаются материальные факторы, поэтому предпочтение отдается самопомощи или обращению к местному целителю. Таким образом, Линда Гарро эксплицирует некий набор «правил» для принятия решений о лечении. Нельзя не отметить, что монография несет на себе отпечаток личного опыта общения авторов с сообществом Пичатаро и их понимания роли болезни в жизни его представителей.

Несколько нарушая хронологию, скажу, что к теме медицинского выбора Линда Гарро вернется в своих публикациях 1998 года в журнале «*Medical Anthropology Quarterly*» – это состоящая из двух частей основательная работа, анализирующая теоретические проблемы, неизбежно встающие перед учеными при построении антропологической модели принятия лечебных решений. Гарро отстаивает *когнитивистский* подход к такому моделированию (Garro 2004), разбирает все методологические контрверзы, связанные с тем, как мы можем понимать решения другого человека, что означает, что эти решения рациональны, и обосновывает концепт *дивергентной рациональности*, имеющей вполне эмпирическую релевантность. Под дивергентной рациональностью Гарро понимает «разнообразие способов применения людьми культурно доступных схем к определенным случаям болезни» (Garro 1998:349).

Возвращаясь в 1994 год, следует отметить, что в это время выходит 6-й выпуск 38-го тома журнала «*Social Science and Medicine*», составленный Линдой Гарро совместно с профессором антропологии из Университета Южной Калифорнии Черил

Маттингли, целиком посвященный нарративу в медицинской антропологии «Нарративные репрезентации болезни и лечения» (Narrative Representations 1994). Так закрепился возникший еще в 90-м году (на симпозиуме Американской Антропологической Ассоциации) очень продуктивный научный дуэт соавторов и со-редакторов, соединивший медико-антропологические штудии Гарро с тем интересом к нарративу, феноменологии, опыту болезни, в частности, хронической болезни, который был изначально характерен для научного творчества Маттингли.

Результатом такого взаимопроникновения научных интенций явилась, например, статья Маттингли в этом выпуске, анализирующая нарративную структуру клинического действия, терапевтическую *сюжетизацию*, то есть придание смысла конкретным врачебным действиям в рамках более общей лечебной истории (Mattingly 1994). В то время как в статье Гарро рассматриваются нарративные репрезентации опыта хронической болезни (на основе рассказов пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава). Гарро показывает в своей статье, что, несмотря на всякий раз уникальный набор жизненных обстоятельств, самобытность и индивидуальность объяснительных схем, рассказы все же содержат общие линии, неуклонные попытки понять сложные и трудно поддающиеся лечению в рамках Северо-Американского здравоохранения симптомы. Кроме того, рассказы эти не являются независимыми от общих культурных схем и моделей души и тела, самого заболевания ВНЧС. Описывая влияние заболевания на жизнь человека, нарративы демонстрируют, как общие представления формируют интерпретации и конструкции индивидуального опыта (Garro 1994).

Во введении к номеру Гарро и Маттингли обозначают свой теоретический, философский интерес к нарративной проблематике как таковой и в ее отношении к медицинской антропологии, поднимают некоторые методологические проблемы обращения к нарративным репрезентациям и указывают на самые разные перспективы такого обращения. Они трактуют нарратив как фундаментальный способ понимания жизни во времени и ее событийного измерения, при этом делая акцент на конструктивной сущности нарратива: «Создание нарратива является активным, конструктивным процессом. Рассказы не ограничива-

ются реконструкцией прошлого, но используются, чтобы выразить понимание заболевания в настоящем, а также чтобы антиципировать будущее» (Mattingly, Garro 1994). Примечательно, что уже здесь намечены и отчасти реализованы в подборке статей разные исследовательские перспективы в анализе нарративов о болезни и здоровье: «...нарратив предлагает путь для мышления о болезни, иногда из перспективы пациента, иногда с точки зрения целителя, иногда с коллективной позиции социальной группы» (Mattingly, Garro 1994).

Позже этот теоретический и практический интерес к нарративу, его эвристическим возможностям в медико-антропологических исследованиях проявится у Линдо Гарро еще сильнее. Несмотря на то, что первые два номера журнала, собранные Линдой Гарро в соавторстве с коллегами, широко известны в медицинской антропологии и считаются образцовыми для этой науки, также, как и ее монография о медицинском выборе в мексиканской деревне, все же, на мой взгляд, важнейшим ее издательским и концептуальным проектом, осуществленным совместно с Черил Маттингли, является сборник статей «Нарратив и культурное конструирование болезни и здоровья» 2000-го года, книга, вдохновленная работой в Гарвардском Пятничном Утреннем Семинаре по медицинской антропологии вместе с такими известными учеными, как Артур Клейнман, Байрон Гуд и Мэри-Джо ДельВеччио Гуд.

Сборник является, безусловно, одним из самых ценных изданий по данной проблематике. Он содержит очень серьезную методологическую рефлексию в отношении *нарративизма* в антропологии в целом и в медицинской антропологии в частности, предлагает различные, полемичные друг другу точки зрения на познавательный потенциал нарратива, а также включает анализ нарративов в поле медицины самого разного жанра. Примечательно, что последняя глава издания, в которой Гарро и Маттингли обозревают и одновременно проблематизируют высказанные на ее страницах идеи, названа «Нарративные повороты»: «Даже если мы ограничимся данной книгой, все равно будет очевидно, что существует не один-единственный нарративный поворот, а несколько возможных поворотов. Некоторые из них поощряют развитие нарративной теории, доходя до

предложения новых способов концептуализации и расширения нарративного анализа, в то время как другие стремятся сдерживать и ограничить нарратив, указывая на иные пути» (Mattingly et al 2000:259). Формула «нарративные повороты», таким образом, одновременно очень провокативная и очень толерантная, манифестирующая необходимость научной плюральности в трактовке парадигмальных сдвигов в науке и практике. Она явно предполагает критическое и недогматическое виденье всей нарративной проблематики, релевантной современному состоянию многих гуманитарных наук.

Принципиальные слова о методологическом откровении, связанном с «нарративным поворотом» в антропологии, Гарро и Маттингли говорят в первой – теоретической – главе «Нарратив как конструкция и конструирование». Антропологи призывали к анализу устных историй как обычной части их культурных исследований. Они изучают мифы, сказки, пословицы, индивидуальные биографии. Поэтому «интерес к нарративу нельзя назвать новым, но то, что характеризует последнюю волну внимания среди широкого круга исследователей, – это выраженное намерение воспринимать истории всерьез. К примеру, учитывая традиции жизнеописания, критики, указывающие на отрицание истории жизни как текста или устного перформанса, внесли свой вклад в обновленный интерес и более высокую оценку сложностей, присутствующих в презентации и анализе историй жизни.

Антропологов в целом больше не устраивает рассмотрение историй как случайной формы, в которой поступают данные, и эта критическая внимательность проявляется и в медицинской антропологии. В рамках изучения нарратива антропологи ввели конструкты, почерпнутые ими из ряда дисциплин – лингвистики, литературоведения, истории, когнитивной психологии, философии – для того, чтобы изучить отношения между нарративной формой и нарративным содержанием, между индивидуальной историей личного опыта и культурным знанием, или нарративом как коммуникативным актом» (Mattingly et al 2000:4–5). Началась полноценная онтологическая, методологическая, трансдисциплинарная рефлексия нарратива, поляризация точек зрения на познавательный потенциал нарратива, его конструктивную при-

роду, его отношение к опыту, к культурным (структурным) матрицам и живым коммуникативным ситуациям.

В этой главе Гарро и Маттингли с опорой на внушительный корпус научной литературы по «нарративному повороту» пытаются обобщить также некоторые ключевые темы и проблемы, такие как место нарратива в медицине, что такое история, нарратив как культурный процесс и социальная драма, нарратив и этнографическая репрезентация, нарратив как связующее звено между личным опытом и культурой, нарратив как коммуникация, стремятся прояснить часто весьма запутанную терминологию нарративистики.

Авторская статья Гарро «Культурное знание как ресурс для нарративов о болезни. Воспоминания посредством отчетов о болезни» в очередной раз предъявляет нам антрополога и как полевого исследователя, и как теоретика. В статье рассматриваются когнитивные перспективы памяти, ставится вопрос, каким образом основанное на культуре знание может выступить в качестве ресурса, направляющего воспоминания о прошлом. Методологически Гарро опирается на целый ряд различий, проведенных в когнитивной психологии, например, на различие памяти *эпизодической* и *семантической*, но в основном на знаменитую книгу британского когнитивного психолога Фредерика Чарльза Бартлетта «Воспоминание» (1932).

В этой книге описаны экспериментально полученные выводы Бартлетта о том, что память работает как постоянный механизм переписывания прошлого, преобразования фактов, изменения схем их истолкования под влиянием различных социальных факторов на сознание. Доступные из культуры сведения о болезни и ее причинах (из телевизионных программ, книг, разговоров с непрофессионалами и экспертами и т.д.) могут также рассматриваться в качестве ресурса, способного направлять процесс интерпретации и реконструкции пережитого опыта, автобиографическую память, – считает Гарро. В статье она изучает те воспоминания, которые реализуются в рассказах разных людей о болезнях, и соотносит их с местным культурным контекстом. Ее интересует корреляция того, *что мы помним* с тем, *что мы знаем* или того, *что известно*, с тем, *что запомнилось*. Статья написана как обобщение данных, полу-

ченных в ходе полевых исследований в разные годы (в основном в 1995 – 1996 годах). В частности, исследований, проведенных в общине Анишиабег, находящейся в резервации, в месте, под названием Манитоба, в Канаде. В этой общине живет одна из народностей еще с тех времен, когда на континент еще не пришли европейцы.

Гарро приводит примеры воспоминаний людей о том, как и почему у них возник диабет, и анализирует культурные источники объяснительных схем, содержащихся в их рассказах. Вывод антрополога в самом общем виде таков: «В то время как общепринятое знание в культуре может направлять воспоминание в определенное русло, установление связи с культурно доступным знанием не происходит в прямой, детерминистской манере... Исходя из доступных основных общепринятых культурных знаний, нарративы содержат многовариантные перспективы и предполагают различные источники и исходы болезни, оправдывающие продолжительные поиски лечения и поддерживающие надежду на возможность исцеления... Вместо введения альтернативных, противоречащих друг другу сюжетов или объяснений в своих рассказах, представители этой общины часто демонстрировали сочетаемость различных возможных объяснительных систем (Mattingly et al 2000:74–75).

Об актуальных тематических и методологических приоритетах Гарро говорит, например, ее недавний проект «Здоровье как семейное дело: здоровье и благополучие в жизни семей среднего класса (с двумя зарабатывающими членами семьи) Лос-Анжелеса», который она продвигала в течение двух летних программ (2011 – 2012) в SAR (School for Advanced Research, Santa Fe, New Mexico) в качестве Visiting Research Associate. Этот проект основан на большом исследовании тридцати двух семей среднего класса, живущих в Лос-Анжелесе и вокруг него. Исследование было проведено силами «Центра Повседневной Жизни Семей» (Center on Everyday Lives of Families, сокращенно – CELF), функционирующего на базе UCLA. Обосновывая проект, Линда Гарро отмечает: несмотря на то, что литература по медицинской антропологии периодически отводит существенно важную роль семейной жизни применительно к здоровью и болезни, мало исследований посвящено конкретным процес-

сам, посредством которых вопросы здоровья и благополучия анализируются в контексте повседневной жизни людей. Более того, большинство существующих исследований полагаются исключительно на интервью отдельных индивидов, рассказывающих о том, что они думают о здоровье, тогда как SELF использует комплексные методы, включающие видеозаписи повседневной семейной жизни, полученные в течение четырех дней, а также интервью о здоровье и благополучии, взятые у обоих родителей. Тем самым SELF делает повседневную жизнь более доступной для анализа и по контрасту с исследованиями, которые полагаются на один метод, предоставляет уникальную возможность для сведения различных типов данных в аналитическом диалоге с целью прояснения сферы здоровья и благополучия в микрокультурном контексте отдельной семьи.

Думаю, что необычайно плодотворное – и эмпирически, и методологически – научное творчество Гарро демонстрирует подлинные исследовательские приоритеты актуальной медицинской антропологии.

Литература и источники:

Garro L.C. (1994) Narrative representations of chronic illness experience: cultural models of illness, mind, and body in stories concerning the Temporomandibular Joint (TMJ). *Narrative Representations of Illness and Healing. Social Science & Medicine*, Volume 38, Issue 6, pp. 775-788.

Garro L.C. (1998). On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 2: Divergent Rationalities. *Medical Anthropology Quarterly*, 12 (3), pp. 341–355.

Garro L.C. (2000). Cultural Knowledge as Resource in Illness Narratives: Remembering through Accounts of Illness. *Cultural Construction of Illness and Healing* / edited by Mattingly C. and Garro L.C., Berkeley and Los Angeles: University of California Press, pp. 70–77.

Garro L.C. (2004). Cognitive Medical Anthropology. *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures Topics*, Volume 1; Cultures. Ed. by Ember C.R., Ember M., Springer Science & Business Media, pp.12-23.

Mattingly C. (1994). The Concept of Therapeutic «Emplotment». *Narrative Representations of Illness and Healing. Social Science & Medicine*, Volume 38, Issue 6, pp. 811–822.

Mattingly C., Garro L.C. (2000). Narrative as Construct and Construction. *Cultural Construction of Illness and Healing* / edited by Matting-

ly C. and Garro L.C, Berkeley and Los Angeles: University of California Press, pp.1–49.

Mattingly C., Garro L.C. (2001). *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing* / Edited by Mattingly C. and Garro L.C.,- Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, pp. 259–270.

Mattingly C., Garro L.C. (1994). Introduction. *Narrative Representations of Illness and Healing. Social Science & Medicine*, Volume 38, Issue 6, pp. 771–774.

Narrative Representations of Illness and Healing. (1994) *Social Science & Medicine*, Volume 38, Issue 6, pp.771–862.

The Ethnography of Health Care Decisions. (1982) *Social Science & Medicine*, Volume 16, Issue 16, pp. 1451–1530.

Young J.C., Garro L.C. (1994). *Medical Choice in a Mexican Village*. Prospect Heights, Illinois: Waveland Press. Reissue with changes of a book by the same title published in 1981 by Rutgers University Press: New Brunswick, New Jersey, p.233.

Summary: The article is devoted to the conceptual overview of basic scientific work and ideas of the famous American anthropologist Linda Garro and her contribution to the modern medical anthropology. All Garro's works – both as an author and as an editor of various thematic collections – show the image of modern anthropologist as a field researcher and at the same time as a theorist, who pays much attention to the methodological reflection. Most important topics and areas of Garro's research are described, they include ethnography of health care decisions, narrative and cultural construction of illness and healing, culture and personal experience, the memory of the disease as an active process of reconstruction, health as a family affair. Particular emphasis is put on the «narrative turns» in medical anthropology.

Keywords: Medical Anthropology, Narrative Representation of Illness and Health, Medical Choice

Моисеев В.И.

МЕДИЦИНА КАК ГУМАНИТАРНЫЙ ПРОЕКТ

Аннотация: Статья ставит своей задачей представить медицинское знание как гуманитарный проект. В истории медицины

выделяются три научные революции, первые две из которых связаны с достижением научной эмпиричности и междисциплинарности. Третья революция, предполагающая формирование медицины как теоретической науки, ещё только должна совершиться. В её основе, по мнению автора, должны лежать структуры так называемого Эго-языка – «языка я» и его соматических представлений в определениях болезней и здоровья.

Ключевые слова: медицина, философия медицины, теоретическая медицина, эго-язык

Как ни парадоксально, хотя медицинское знание – одно из самых древних на Земле, до последнего времени эта область знания практически не имела достоверных фактов – в ней существовала трудноразделимая смесь достоверных наблюдений и разного рода спекуляций и медицинских мифов. И только с XIX в. началась расчистка фактологического поля медицинской науки, своего рода отделение «овец от козлищ».

Бурное развитие биотехнологий может породить впечатление о медицинской науке как о теоретически оснащенном знании. Тем не менее, как представляется, все достижения современной биологии и медицины ограничиваются до сих пор накоплением обоснованных и все более обширных фактов.

У этих дисциплин до последнего времени не было достоверной фактологии, и можно говорить о своего рода научной революции в области биомедицинского знания XIX в., когда началось систематическое приготовление и расширение области биомедицинского эмпирического знания, отвечающего всем стандартам экспериментальных наук.

Создание микроскопа, рентгена, компьютерного томографа, расшифровка генома человека, открытие иммунных реакций и т.д., – все это по-прежнему расширение в области фактического материала биомедицинского знания, хотя и требующего сложнейших методов исследования, но все же не выходящего за пределы эмпирически-описательных уровней научного познания.

С возникновением биоэтики можно было бы говорить, как представляется, о второй научной революции в биомедицине – *революции междисциплинарности*. Можно предполагать, что с начала XIX в. до конца 50-х годов XX в. существовал преиму-

щественно узкодисциплинарный образ эмпирического медицинского знания.

После второй мировой войны, наряду с крупными изменениями во всей мировой культуре, происходит возникновение биомедицины как меж- и *трансдисциплинарного* феномена.

Это вполне понятно, поскольку объектом исследования медицины является человек – объект сложнейший, многоуровневый. Отсюда уже должно быть ясно, что медицина не может долго оставаться в рамках какой-то одной научной дисциплины. Она нуждается в интеграции усилий множества научных дисциплин, чтобы познавать и понимать процессы многомерно-го человеко-бытия.

Так, после полувекового «заклочения» себя в рамках дисциплинарного знания, медицина закономерно выходит за границы отдельной дисциплины, все более обретая свой транс-статус, поверх когнитивных дихотомий.

Феномены биомедицинской этики и медицинской антропологии – яркие примеры подобного изменения статуса медицинского знания вообще, а не просто симптом возникновения еще одной междисциплинарной области.

Но все же и вторая научная революция биомедицины по-прежнему не затрагивает ее оснований как теоретического знания.

В 1-й революции медицина впервые встает на почву научности, но еще преимущественно в области эмпирического знания.

Во 2-й научной революции медицина выходит за границы отдельной дисциплины, возвращая себе исконный междисциплинарный статус, продолжая, тем не менее, оставаться на эмпирической почве своих научных определений.

С нашей точки зрения, медицину ожидает 3-я научная революция, которая должна, наконец, затронуть *теоретические* основания этой древней области знания, впервые ввести эту науку в область теоретических определений научности.

О некоторых проблемах феномена теоретического знания в области биомедицины, ввиду важности возможной 3-й медицинской революции, и хотелось бы поговорить в данной работе.

В ряде своих публикаций (Моисеев 2003; Он же 2004; Он же 2005; Он же 2006; Моисеев, Москалев 2005) мы уже пыта-

лись рассматривать некоторые теоретические концепты медицинского знания. Особенно в одной из последних работ «Медицина как меро-биология» была сделана попытка рассмотреть категорию «мера жизни» как центральный концепт медицинского логоса, наметить контуры так называемой «фундаментальной медицинской структуры», в основании которой лежит иерархическая многоуровневая система разного рода критериев обобщенной оптимальности (благополучия). С этой точки зрения, были представлены проблемы медицинской аксиоматики, идеи частных и интегральной медицин, случаи «диссоциации» разных критериев оптимальности, эффекты сохранения общего «количества патологии», трактовки адаптации и ее срывов, введены понятия «объем адаптации», «резерв адаптации», «интуитивное число», рассмотрен ряд приложений описываемой структуры в сфере клинической практики (Моисеев 2005).

В этой статье мы хотели бы продолжить работу философского исследования возможных теоретических оснований биомедицинского знания, предложив вниманию читателя ряд новых размышлений и концептов, подчеркивающих более качественные стороны категории «меры жизни».

В истории медицины издавна существовали два крайних подхода в понимании природы болезни.

С одной стороны, болезнь – это всегда страдание и нечто негативное, от чего хочется избавиться, что приносит лишения и ослабление жизни.

С другой стороны, особенно в рамках разного рода религиозных систем мировоззрения, болезнь рассматривалась как «наказание за грехи», как нечто осмысленное, что в конечном итоге может вести к благу человека.

Первый подход можно было бы назвать «патоцентрическим», второй – «саноцентрическим». Патоцентрический подход во взглядах на природу болезни до сих пор доминирует в медицине. Саноцентрический подход, кроме религиозных направлений, развивался также в разного рода «адаптивных» теориях заболевания, например, в работах нашего отечественного патолога И.В. Давыдовского (Давыдовский 1957).

В борьбе этих подходов, как представляется, много философских предпосылок, которые просто обязана исследовать философия медицины.

Нам хотелось бы отметить здесь одну очень важную проблему, которую можно было бы называть проблемой «культурологической релевантности» той или иной научной теории. Проще говоря, речь идет о следующем.

В каждом виде знания – биологическом, медицинском, астрономическом, социальном и т.д. – можно предполагать возможность существования собственного теоретического слоя. Однако не во всякой культуре такой теоретический слой может быть реализован. Во-первых, конечно же, этот тип культуры должен быть совместим с самим феноменом науки, допускать возможность существования научного знания как своей субкультуры (такие культуры можно было бы называть «*наукотропными*»).

Во-вторых, не всякая наукотропная культура может оказаться подходящей для развития теоретического слоя той или иной конкретной сферы научного знания.

Наукотропные культуры, которые, кроме того, оказываются еще и способствующими развитию теоретического уровня того или иного научного знания, резонирующие с ним по некоторым глубинным культурологическим константам, можно было бы называть «*теоретикотропными*» культурами.

Тем самым предполагается, что есть некоторая трансдисциплинарная культурологическая система, которая позволяет соотнести между собою универсалии культуры и тип рациональности возможного теоретического знания той или иной научной области исследования.

И в такого рода соотнесении возможен как своего рода культурологический резонанс (тогда культура окажется теоретикотропной для данной науки), так и обнаружение своеобразного диссонирующего соотношения (тогда господство культуры будет угнетать и подавлять возможности развития теоретического слоя данной научной области).

Не секрет, с этой точки зрения, что господствующий сегодня тип культуры, в первую очередь на Западе, оказывается высоко теоретикотропным только по отношению к разного рода естественным наукам, бурный рост которых мы сегодня и отмечаем.

Науки, которые никак не могут проявить свой теоретический слой, могут быть либо еще недостаточно развитыми в рамках существующей культурологической матрицы, либо могут обнаруживать эффект культурологического диссонанса с нею.

Мы хотели бы выдвинуть в связи с этим гипотезу: биомедицинское знание относится именно к этому последнему случаю, в связи с чем существующая до сих пор западноевропейская культура оказывается не вполне теоретикотропной к образу возможного теоретического слоя биомедицинского знания. Это знание никак не может достаточно развиться не только из-за своей когнитивной молодости, но и в связи с отмеченным культурологическим диссонансом.

Подходя к этой проблеме более конкретно, мы хотели бы предположить, что в основе возможного медицинского логоса лежит некоторый органико-подобный тип рациональности, который мы будем еще называть *Эго-языком*, и он никак не соответствует современному господствующему образу теоретического знания в современной культуре.

С другой стороны, богатую стилистику Эго-языка мы можем найти во множестве философских школ, например, в немецкой классической философии (особенно у Фихте), в экзистенциализме, различных течениях восточной философии, в ряде направлений русской философии и т.д.

Отсюда вывод: чтобы возникла теоретическая медицина, необходимо возникновение соответствующей теоретикотропной культуры, в рамках которой впервые можно будет соединить феномен науки и средства Эго-языка.

Есть надежда, что эволюция современной культуры именно и выражается в подобной трансформации, что фиксируется, например, в идеях «постнеклассической рациональности», «нового реализма», «глобальной этики» и т.д.

Но что это за язык и как он мог бы относиться к теме теоретической медицины? К этому мы и постараемся обратиться в оставшейся части нашей работы.

В основе Эго-языка лежит представление существенно холистическое, предполагающее, что в ткани бытия существуют некоторые центры сознания (Эго), которые способны разви-

ваться, и их структура сознания существенно проецируется в разного рода телесные и внешние определения, маркируя тот или иной этап их развития.

Эволюция Эго выражается в том, что в каждый момент времени каждое Эго осваивает и интегрирует некоторую сферу опыта, в то время как все иное оказывается за пределами этой сферы, не способно ассимилироваться ресурсами Эго, выступает как альтер-Эго, «иное» в отношении к нему.

В каждый момент времени структура окружающего бытия Эго делится на «свое» и «иное», и данное «свое» оказывается открытым на множество направлений-восполнений-дополнений Эго, среди которых можно выделять, по крайней мере, следующие виды:

1) *плюс-дополнения*, которые связываются с чем-то положительным. Таковы, например,

1.1) *хочу-дополнения* – те сферы роста, которые прямо желаются Эго, и

1.2) *надо-дополнения* – те более холодные, но с дальней перспективы также положительные области расширения, которые осознаются Эго как сфера должного-нормативного.

Второй большой класс дополнений Эго – это разного рода

2) *минус-дополнения* (сфера обобщенной *гетерономии* – чужезаконности для данного Эго), приходящие к Эго через переживание и боль, потери и страдания.

Здесь также можно было бы проводить более или менее тонкую классификацию, например, выделяя

2.1) *автогетерономию* – сферу боли, на которую Эго решается самостоятельно, прозревая здесь более глубокое благо;

2.2) *бигетерономию* – сферу сильной гетерономии, оправдать которую текущее Эго пока не в состоянии и встречает ее прямо враждебно и агрессивно, пытаясь избавиться от этой сферы бытия.

Жизнь Эго в подобной Эго-среде выражается в сложнейшей динамике, своего рода «танце бытия», в котором делаются постоянные пробы, возникают ошибки, получается опыт, расширяется сфера ассимиляции Эго и т.д.

Например, у каждого Эго есть некоторые текущие ресурсы и константы, относительно которых можно было бы говорить о

пределах выносимости для Эго того или иного опыта, границах желательности этого опыта и т.д.

Допустим, относительно подобных констант слишком большой объем хочу-дополнения может привести к своего рода инкапсуляции текущей области ассимиляции Эго и стать для него даже более грозным испытанием, чем давление гетерономности (этот случай испытания Эго можно было бы назвать «испытанием удовольствием»).

С другой стороны, избыток бигетерономии, например, при существовании людей в предельных условиях концлагерей, может надорвать ресурсы ассимиляции Эго, повести его к деградации и распаду относительно наработанных объемов интеграции опыта.

В целом, жизнь, как известно, очень сложна, и «жизнь прожить – не поле перейти», и каждое Эго само и постепенно учится искусству жизни.

Описанные выше концепты Эго-языка достаточно хорошо известны в философской традиции, и здесь может быть показано много перекличек с идеями разных философов. Новизна в данном случае может заключаться в применении подобного Эго-языка к выражению базовых концептов медицинского логоса. Этот последний шаг мы и постараемся вкратце наметить в конце данного параграфа, приглашая читателя к со-размышлению и дальнейшему развитию темы.

Болезнь, как нетрудно догадаться, в терминах Эго-языка, – это одна из сфер гетерономии болеющего Эго, и, как правило, – сфера бигетерономии, которая не слишком находит свое оправдание для подавляющего числа страдающих Эго.

С точки зрения Эго-языка и Эго-теории, болезнь, тем не менее, может являться одной из областей дополнения-расширения опыта Эго, по тем или иным причинам приходящая к болеющему Эго именно таким более жестким путем его развития.

В связи с этим можно было бы использовать такое предположение: множество заболеваний, которые содержит в себе опыт жизни на том или ином этапе истории цивилизации, – это набор некоторых альтер-Эго, из которых для данного конкретного субъекта может быть выбрана одна из возможностей.

Можно представить образ некоторой звездчатой структуры, в центре которой находится область ассимиляции Эго («малое здоровье»), а со всех сторон его окружают отрицания-дополнения разного рода нозологических альтер-Эго (болезней).

«Малым» подобное здоровье можно называть в связи с тем, что оно *способно заболеть* и потому не интегрировало в себя свои нозологические альтер-Эго. И даже если в конкретных условиях такое здоровье не болеет, то в некотором принципе своего бытия оно уже содержит ущербность и своего рода «место-для-болезни» (пато-топос = *n'atopos*).

Из этой базовой Эго-модели можно в дальнейшем делать ряд более практических выводов.

Например, как уже было замечено, здоровье, которое способно заболеть, – это не подлинное здоровье. Это некоторое «малое здоровье», которое продолжает оставаться противопоставленным своим антитезисам в форме разного рода болезней.

Чтобы по-настоящему стать здоровым, нужно впустить в себя болезни, соединить свое Я (Эго) с анти-Я в разного рода сверх-Я.

Болезни – это образы большого «психо-соматического» Я, отколовшиеся и противопоставленные малому Я здоровья.

Саногенез малого здоровья, противопоставленный патогенезу, можно называть *ауто-саногенезом*, а противоположный ему патогенез – *ауто-патогенезом*; саногенез, способный впустить в себя патогенез, поставивший его себе на службу – *мета-саногенезом*.

В последнем патогенез переходит из статуса разрушителя в состояние критика и трансформатора. Вот, например, если человек регулярно бегаёт по утрам, то не болеет простудными заболеваниями. Почему?

Потому что, как можно заметить, он *микро-болеет* во время каждой физической нагрузки и тем самым как бы измельчает болезнь и погружает ее в расширившееся здоровье.

Болезнь теряет силу противопоставленности и разрушения, оказываясь внутренним стимулятором и тонизатором.

Система здоровья и болезней представляет собой систему своего рода спиральной динамики, где идет вращение («санопатогенетический маятник») состояния личности между здоровьем и

болезнями, что напоминает ритмы циркадного субъекта, но, по-видимому, более протяженные во времени (так может быть выражена идея ритмов «болезни-здоровья» для «малого здоровья»).

Поэтому ауто-саногенез обречен на свое окончание во времени и смену ауто-патогенезом. Этим, возможно, объясняются регулярные простудные заболевания (или другие периодические эндогенные патологии) – в эти периоды они как бы «засыпают болезнью», давая возможность явиться новой порции «здоровья-бодрствования».

И как без сна невозможно находиться долго – все равно заснешь, так и без болезни невозможно долго существовать малому здоровью. И заболешь не столько из-за внешних факторов, сколько из-за внутреннего истощения времени малого здоровья, при котором уже любой внешний фактор сможет стать провоцирующим.

Впрочем, верно и обратное – если заболел «малой болезнью», то рано или поздно (а порою в отведенный срок) выздоровеешь, несмотря на присутствие или отсутствие лечения. Согласно известной народной иронии, простуда лечится за 7 дней, а сама проходит за неделю.

Как уже отмечалось, система здоровья и болезней образует, по-видимому, звездчатую структуру со здоровьем в центре и множеством болезней вокруг. И здесь колеблется «психосоматический маятник», сменяющий состояния здоровья и болезни, а все они – осколки большого «психосоматического Я (Эго)». Чтобы по-настоящему перестать болеть-колебаться, нужно интегрировать все эти осколки.

Интересно отметить, что инфекции имеют определенный период развития и истощения во времени. В такой временной определенности чувствуется свое время (пространство-время), которое указывает на измерения темпорального определения заболевания, связь болезни с биологическим пространством-временем.

Кроме того, простуды сезонны, т.е. чаще появляются в периоды смены сезонных состояний (зима→лето и лето→зима), когда активизируются *смены* однородных режимов спиральных вращений. Возможно, межсезонные болезни выражают собою (хотя бы частично) дополнительные ритмы, связанные с сезонными Эго и альтер-Эго (имеем здесь в виду ту странную для

нашего материалистического времени идею, что каждое время года или сезоны активируют у субъекта соответствующие виды малых «сезонных Эго»).

Современная медицина пытается абсолютизировать определения малого соматического Я (ауто-саногенеза), стремясь уничтожать малые анти-Я в лице разного рода болезней (так в более широком смысле можно понимать идею *алло-патии*, когда аллос = патос, иное есть патологическое).

Но поскольку альтер-Эго – это такие же необходимые части большого Эго, как и малое Я, то в итоге при такой стратегии начинает все более слабеть и малое психо-соматическое Эго организма, и возникает дурная бесконечность (ослабление альтер-Эго вызывает ослабление малого Эго и наоборот).

По-видимому, возникновение в свое время идей валеологии и представлений об иммунной стимуляции как необходимым условием здоровья – некоторые шаги на пути к мета-саногенезу.

Если психо-соматическое Эго малó, то переход болезнь-здоровье идет более скачкообразно, выделяя из себя болезнь и здоровье как свои редукции-оппозиции. Если же психо-соматическое Эго более полно, то движение от здоровья к болезням (внутри «мета-здоровья») более непрерывно.

Итак, в основе медицинской версии Эго-языка лежит своеобразная диалектика – нужно подружиться с болезнью, погрузить ее вовнутрь и приручить, заставить работать на здоровье.

Здесь чувствуется своеобразный метод. Может, как при физической нагрузке достигается микро-простуда, так и при всякой болезни нужен какой-то новый режим микро-болезни, когда болезнь «измельчается» и погружается в состояние здоровья?

Кстати, это напоминает и состояние хронической болезни, но в хронической патологии нет гармонической «прирученности» болезни, хотя дано уже постоянное проникновение болезни в здоровье, и исчезает их отделение друг от друга.

Где-то рядом должен лежать какой-то особый режим «мета-саногенеза», нужно только как-то мельче «раздробить» болезнь и равномерно погружать ее в здоровье. Этот метод можно было бы называть *методом диспарантного погружения*. Возможно, это не единственный метод метасаногенеза.

Подводя итог, хотелось бы заметить, что в рамках Эго-языка каждая наша болезнь – это некоторое послание к нам со стороны нашего «большого Эго», и это послание мы должны тем или иным образом попытаться понять и поставить себе на службу, по возможности в более союзнических формах между Эго и альтер-Эго.

Задачи философии медицины видятся с этой точки зрения в том, чтобы попытаться донести до врачей принципы нового Эготропного мировоззрения, в рамках которого впервые смогут соединиться методы современной и будущей науки и философия Эго-языка. Без этого борьба человечества со своими болезнями по-прежнему будет войной с самим собой, в которой ни одной из сторон невозможно будет окончательно одержать победу.

Литература и источники:

Давыдовский И.В. (1957) Ответ моим критикам. *Клиническая медицина*, 1957, т. 35, №1, с.136.

Моисеев В.И. (2003) О некоторых определениях синтетической медицины. *Этические основы воспитания духовности в медицинском вузе: мат. конф.* / Под ред. И.Э. Есауленко, Воронежская гос. мед. академия. Воронеж, 2003, с.74–80.

Моисеев В.И. (2005) Медицина как меро-биология. *Философские проблемы биологии и медицины: Сборник статей по итогам конференции*. Выпуск 2 / Под ред. д.ф.н. Моисеева В.И., Воронеж: Издательство «Научная книга», 2005, с.6–32.

Моисеев В.И. (2006) Проблема теоретического знания биомедицинских наук. *Материалы VII международной научно-практической конференции «Здоровье и образование в XXI веке»*, М.: Изд-во РУДН, 2006, с. 346–347.

Моисеев В.И. (2004) Современная рациональная ситуация и ее приложения в биологии и медицине. *Вопросы альтернативной медицины*. Мед. альманах, № 2, 2004, с.234–256.

Моисеев В.И., Москалев Е.А. (2005) Возможно ли не только физическое знание о живом? *Вопросы альтернативной медицины*. Мед. Альманах, № 3, 2005, с.285–308.

Summary: The paper aims to present medical knowledge as a humanitarian project. In the history of medicine three scientific revolutions are distinguished, the first two of which are linked to the achievement of the level of empirical research and interdisciplinarity. The third revolution involves the formation of medi-

cine as a theoretical science that should be accomplished in the future. It is based, in my opinion, on the structure of the so-called ego-language - the language of I and its physical representations in the definitions of health and diseases.

Keywords: medicine, philosophy of medicine, theoretical medicine, ego-language

Зайченко А.А.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Аннотация: Конституциональная психология (constitutional psychology) – область знаний, предметом которой являются связи конституциональных – телесных, дерматоглифических, серологических и психических (личностных, главным образом темпераментальных, «психодинамических») особенностей. Конституциональная психология развивается на границе биологической психологии, как области психологии, использующей измерения психических (поведенческих) и биологических переменных с целью выявления их связей, и конституциологии, как раздела физической (биологической) антропологии, предметом которой является конституция человека – совокупность свойств организма, связанных с его реактивностью и индивидуальным своеобразием биологического времени (особенностями, темпом индивидуального развития).

Ключевые слова: конституциональная психология, биопсихология, физическая антропология, частные конституции, личность, телосложение, дерматоглифика

Истоки медицинской антропологии сводятся к двум основным течениям: физической антропологии и культурной антропологии (Михель 2013:206–217). В связи с этим в медицинской антропологии можно выделить естественнонаучное направление (доминирующее в СССР и России) и гуманитарное направление (преобладающее за рубежом).

Естественнонаучное направление медицинской антропологии изучает изменчивость организма и личности в норме и

патологии, факторы благополучия и риска, предболезнь, изменчивость этиологии и патогенеза заболеваний в связи с конституциональными, генетическими, экологическими, социальными факторами; ее предметом является анатомическая, физиологическая, биохимическая, психологическая изменчивость человека, где выделяют биомедицинскую и клиническую антропологию, ядром которых является конституциология (Зайченко 2003:90–97). Начиная с монографии В.В. Гинзбурга (Гинзбург 1963:1–216), в Советском Союзе и постсоветской России в 1980–1990-е гг. медицинская антропология вырастает в рамках диалога между медициной, этнологией, социологией и физической антропологией; она стала устойчиво ассоциироваться, прежде всего, с традицией морфологии человека и, главным образом, – конституциологией (Ковешников, Никитюк 1992:1–200).

Биомедицинская антропология – основа профилактической медицины, она изучает границы нормы, факторы благополучия и риска; ее приоритетом является проблема конституции человека (Никитюк, Корнетов 1998:1–182). Клиническая антропология – основа клинической медицины, изучает изменчивость этиологии и патогенеза заболеваний в связи с изменчивостью конституциональных факторов; ее приоритетом является изучение связи конституции и болезни (Корнетов 1997:5–13; Корнетов 2004:101–105; Корнетов 2008:7–30).

Гуманитарное направление в медицинской антропологии – это философская и, главным образом, культурная и/или социальная антропология медицины как одного из институтов общества на различных исторических этапах его развития; предмет – тело, норма, патология, здоровье, болезнь и лечение в разных этнических, исторических, социальных и культурных обществах. Преобладание гуманитарных (культурных и социокультурных) моделей оказалось характерным для западной медицинской антропологии, начиная с 1960-х гг. В России гуманитарное направление получает свое развитие лишь с начала XXI в., благодаря работам Д.В. Михеля (Михель 2010:1–80), В.И. Харитоновой (Харитонова 2011:3–10) и Р.М. Хайруллина (Хайруллин, Никитюк 2013:6–14). В 2001 г. для студентов – социальных антропологов – впервые в России профессор Д.В.

Михель начал читать курс по медицинской антропологии в ее гуманитарном (культурном и социокультурном) аспекте (Ярская-Смирнова, Романов, Михель 2004:61–105). В 2005 г. в составе Центра междисциплинарных исследований ИЭА РАН (Института антропологии и этнологии РАН) по инициативе В.И. Харионовой была создана научно-исследовательская группа медицинской антропологии, первоначально сосредоточившая свое внимание на изучении здоровья народов Севера и Сибири и традициях народного врачевания.

Представляется, что в качестве одного из связующих звеньев естественнонаучного и гуманитарного направлений медицинской антропологии может выступать конституциональная психология (*constitutional psychology*) – область знаний, предметом которой являются связи конституциональных – телесных, дерматоглифических, серологических и психических (личностных, главным образом темпераментальных, «психодинамических») особенностей. Конституциональная психология развивается на границе биологической психологии и конституциологии как раздела физической антропологии (Зайченко 2010:64–69).

Биологическая психология (*biological psychology*), биопсихология (*biopsychology*) или психобиология (*psychobiology*) – область психологии, использующая измерения психических (поведенческих) и биологических (морфологических, физиологических или генетических) переменных с целью выявления их связей (Rosenzweig 2004:1–615). Основным теоретическим положением, на котором базируется биологическая психология, является признание материального субстрата психических явлений и поведения.

Конституциология – область физической (биологической) антропологии (*physical, biological anthropology*), предметом которой является конституция человека (лат. *constitutio* – состояние, устройство) как совокупность свойств организма, связанных с его реактивностью и индивидуальным своеобразием биологического времени (особенностями, темпом индивидуального развития) (Никитюк, Корнетов 1998:1–182; Зайченко 2003:90–97).

Конституциональное направление в психологии и медицине европейской научной традиции имеет истоки в трактатах

«Гиппократова сборника» и трудах Галена, дуализме «телесной» и «мыслящей» субстанций Рене Декарта, базируясь на работах Фрэнсиса Гальтона, Эрнста Кречмера и Уильяма Герберта Шелдона.

Конституциональная психология близка к дифференциальной психологии – науке, сложившейся благодаря трудам Фрэнсиса Гальтона (Galton Francis 1822–1911), методологической базой которой стали тесты и их статистический анализ с акцентом на индивидуальных различиях, измерении и наследственности. Гальтон полагал, что следует производить измерения физических и психических характеристик, после чего выявлять корреляционные соответствия между полученными данными, то есть им был предложен корреляционный анализ. Эти исследования были развиты учеником Гальтона Карлом Пирсоном (Pearson Karl, 1857–1936), который закончил разработку корреляционного анализа. Гальтон считал, что коррелирующие признаки имеют общий источник или причину. Это предположение заложило основу факторного анализа, который представляет собой важнейший инструмент современной теории личности.

Ведущими теоретиками факторного анализа были Реймонд Бернард Кеттелл (Raymond Bernard Cattell, 1905–1998) и Ганс Юрген Айзенк (Hans Jurgen Eysenck, 1916–1997) – создатель трехфакторной модели личности. В последние годы большую популярность приобрела пятифакторная модель личности, которая согласуется с трехфакторной моделью Айзенка в важности факторов экстраверсии и нейротизма. Р. Клонингер (С.Р. Cloninger) сконструировал психобиологическую модель личности, в которой три из четырех факторов темперамента обнаруживают связи с биохимическими (медиаторными) системами мозга и полиморфизмом определенных генов.

В отечественной психологии исследования темперамента всегда шли в тесной связи с учением Ивана Петровича Павлова (1849–1936) о типах высшей нервной деятельности (типах нервной системы), а в дальнейшем – с изучением Борисом Михайловичем Тепловым (1896–1965) и его учеником Владимиром Дмитриевичем Небылицыным (1930–1972) индивидуальных различий поведения и деятельности, что легло в

основу дифференциальной психофизиологии. Вольф Соломонович Мерлин (1898–1982) проводил исследования темперамента и личности в структуре различных уровней интегральной индивидуальности – биохимического, соматического, нейродинамического, психодинамического, личностного уровней и уровня социальных ролей, что ознаменовало проникновение идей конституциологии в отечественную психологию.

Индивидуальность рассматривается в качестве высшего уровня организации человека – как индивида, так и личности – в теории антропологической психологии Бориса Герасимовича Ананьева (1907–1972), положившей начало комплексному изучению человека, в которых психологи должны были освоить смежные антропологические специальности, чтобы проводить исследования на стыке наук. В работах Галины Ивановны Акиншиковой (ученицы Б.Г. Ананьева), проводившихся на стыке психологии, физической антропологии и генетики, показано наличие связей в структуре индивидной организации – телосложения, тканевого метаболизма и психических функций. Владимир Михайлович Русалов (род. 1939), продолжая исследования темперамента, выдвинул концепцию существования «частных конституций», которая получила развитие в работах антрополога Бориса Александровича Никитюка (1933–1998), благодаря чему понятие «общей конституции» наполнилось конкретным содержанием.

Таким образом, если общая конституция отражает видовую (биологическую) реактивность организма, связывает и обуславливает морфологические, биохимические, физиологические и психические свойства человека, то частные конституции отражают групповую (типовую) реактивность и являются ее проявлением на соматическом, дерматоглифическом, серологическом, нейродинамическом, психодинамическом уровнях: соматическая (телесная) конституция (тип телосложения или соматотип) является ее анатомическим проявлением – условный комплекс маркеров, выявляющих состояние реактивности и профиль индивидуального развития на соматическом уровне (и традиционно используемый для выделения типов конституции); дерматоглифическая конституция – тип гребешковых узоров и сгибательных борозд пальцев, ладони и подошвы; серологическая

конституция – принадлежность к той или иной группе крови; нейродинамическая конституция – тип нервной системы; психодинамическая конституция – тип темперамента или личности. В связи с этим ключевой задачей конституциологии стало обнаружение наличия и выявление характера связей частных конституций (или «уровней индивидуальности») в общей конституции (или «интегральной индивидуальности»).

Благодаря исследованиям немецкого психиатра Эрнста Кречмера (Kretschmer Ernst, 1888–1964) и американского психолога и антрополога Уильяма Герберта Шелдона (Sheldon William Herbert, 1898–1977), наиболее изучены (и широко освещены в литературе) связи частной психодинамической конституции (темперамента и личности) с частной телесной конституцией, т.е. телосложением. Именно благодаря этим исследованиям, собственно, и возникла «конституциональная психология» (термин У.Г. Шелдона).

Кречмер полагал, что, по особенностям телосложения и личности, людей можно классифицировать на дискретные категории, за рамками которых остается лишь небольшое число индивидуумов. Эта предпосылка была распространена до 1930–1940-х гг., хотя многие исследователи признавали, что большая часть людей не относится к выделенным крайним вариантам. О том, что существуют не дискретные «типы», а непрерывно распределенные «компоненты» телосложения и темперамента, впервые заявил Уильям Герберт Шелдон. Для Шелдона исходным стало понятие не «типа», а «компонента» как совокупности черт, по которым можно описать и количественно оценить телосложение и темперамент любого конкретного человека. Шелдон установил, что коэффициент корреляции между компонентами телосложения и темперамента составляет порядка +0,8. Эта более тесная связь, чем можно было предположить, вызвала критику не столько из-за наличия каких-либо противоречащих ей данных, сколько из-за недоверия оппонентов. Однако Шелдон настаивал на существовании неразрывной связи телосложения и темперамента. Начало современному конституциональному направлению в изучении психических и поведенческих расстройств в отечественной клинической психологии и психиатрии в России положено

психиатром и антропологом Николаем Алексеевичем Корнетовым (Корнетов 1998:1–112).

Дерматоглифика, отцом которой является Френсис Гальтон, представляет раздел физической антропологии, изучающий изменчивость гребешковых узоров и сгибательных борозд пальцев, ладони и подошвы. Начало научных исследований психодерматоглифических связей можно отнести к работам 1930–1950-х гг. английского специалиста по дерматоглифике Ноэля Джекуина (Noel Jaquin), исследования которого продолжили Вера Комптон (Vera Compton), Фред Джеттингс (Fred Gettings), Берилл Б. Хатчинсон (Beryl B. Hutchinson), Юджин Шейманн (Eugene Scheimann), Беверли К. Джегерс (Beverly C. Jaegers), Эдвард Д. Кампбелл (Edward D. Campbell). Проблемам связей дерматоглифической конституции с нейродинамической и психодинамической конституциями посвящены работы антрополога Л.И. Тегачо, спортивного антрополога Т.Ф. Абрамовой и нейрофизиолога Н.Н. Богданова.

В настоящее время изучаются особенности частных соматической и дерматоглифической конституций лиц с психическими и поведенческими расстройствами, в частности, параноидной шизофренией (Зайченко, Лебедева 2009:384–389, Зайченко, Лебедева 2009:69–77) и синдромом зависимости от алкоголя (Зайченко, Баранова 2007:83–85; Зайченко, Баранова, Синицына 2008:17–25), делинквентным поведением (Зайченко 2009:22–31; Зайченко, Краснощеков 2007:92–94; Зайченко, Краснощеков 2008:278–284; Зайченко, Краснощеков 2009:60), проводятся комплексные исследования связи частных соматической и дерматоглифической конституций с уровнями депрессии, тревоги и алекситимии (Зайченко 2006:22–30), агрессии (Зайченко, Струкова, Васюхина 2012:152–157; Зайченко, Васюхина 2014:933–936).

Первые исследования о связях серологической и психодинамической конституций появились в Японии в начале XX столетия: Такеши Фурукава (Takeji Furukawa) предположил, что имеются корреляции между группой крови и характеристиками личности. В 1971 г. Масахико Номи (Masahiko Nomi) также описал связь черт личности и групп крови. При этом связи психодинамической и серологической конституций продолжают

оставаться наименее исследованными, а обнаруженные ассоциации факторов личности (темперамента) с фенотипами групп крови далеко неоднозначны (Ротманова 2004:1–170). Изучаются связи частной серологической конституции с уровнями депрессии, тревоги, алекситимии и вероятностью возникновения опухолевого роста (Зайченко 2007:8–13).

Представляется, что связи между телосложением, дерматоглификой, группой крови и темпераментом могут интерпретироваться в русле причинно-обусловленных корреляций, так как объясняются действием сцепленных генов. Например, гены, контролирующие телосложение, могут контролировать развитие мозга, нейромедиаторов и эндокринной системы, определяющих темперамент. Кроме того, связи нейродинамической, психодинамической и дерматоглифической конституций могут быть обусловлены тем, что эпидермис и нервная ткань имеют общий источник развития в эмбриогенезе – эктодерму, в связи с чем форма пальцевых узоров маркирует темпы роста нервной ткани, а свойства нервной системы, в свою очередь, тесно связаны с типом темперамента.

Лишь сравнительно недавно маятник направленности научных исследований человеческой индивидуальности качнулся назад к «nature» после длительного акцента на «nurture», и в центре внимания вновь оказались вопросы о том, какие особенности психики и какие элементы поведения связаны с физическими признаками и, если такие связи существуют, то с какими именно признаками и насколько тесные. Еще в XIX в. идея наследования психических и поведенческих особенностей представлялась большинству ученых слишком радикальной: одни из них полагали, что человеческое поведение произвольно и обусловлено, скорее, теологическими или нравственными явлениями; другие, марксистски ориентированные ученые, считали его экономически и социально детерминированным. В настоящее время большинство зарубежных и «постсоветских» психологов скептически относятся к возможности связи между телом и психикой (поведением). Представляется, что это обусловлено, прежде всего, рядом факторов, не имеющих отношения к науке: либо протестантской этикой с догмой о «делающем себя»

человеке, либо «моральным кодексом строителя коммунизма» – «кузнецом своего счастья». Очевидно, что подобные установки несовместимы с представлениями о генетическом детерминизме психических и поведенческих феноменов.

Литература и источники:

Гинзбург В.В. (1963) *Элементы антропологии для медиков*, Л., Ленмедгиз, с. 216 с.

Зайченко А.А. (2003) Медицинская антропология и конституциология. *Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Сер. Медицинские науки*, №4, с. 90–97.

Зайченко А.А. (2006) Связи частных соматической и дерматоглифической конституций с депрессией, тревогой и алекситимией. *Известия высших учебных заведений. Поволжский регион*, № 1 (22), с. 22–30.

Зайченко А.А. (2007) Частные серологическая, соматическая, дерматоглифическая, психодинамическая конституции и частота возникновения опухолей. *Известия высших учебных заведений. Поволжский регион*, № 1 (28), с. 8–13.

Зайченко А.А. (2009) Конституциональная психология подростков и мужчин с делинквентным поведением и синдромом зависимости от алкоголя. *Известия Саратовского университета. Новая серия. Акмеология образования. Психология развития*, Т. 2, 2–4 (7–8), с. 22–31.

Зайченко А.А. (2010) Конституциональная психология. *Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика*, Т. 10, № 2, с. 64–69.

Зайченко А.А., Васюхина Е.А. (2014) Дерматоглифические маркеры риска и благополучия аффективного статуса и агрессии юношей и девушек. *Бюллетень медицинских Интернет-конференций*, Т. 4, № 6, с. 933–936.

Зайченко А.А., Баранова М.В. (2007) Особенности личности, телосложения и дерматоглифики лиц с синдромом зависимости от алкоголя. *Альманах современной науки и образования*, Тамбов, Грамота, № 5, с. 83–85.

Зайченко А.А., Краснощеков А.С. (2007) Особенности темперамента и дерматоглифики осужденных за насильственные преступления. *Альманах современной науки и образования*, № 1, с. 92–94.

Зайченко А.А., Краснощеков А.С. (2008) Особенности частных психодинамической и дерматоглифической конституций осужденных за насильственные преступления. *Актуальные вопросы антропологии*, Минск, Право и экономика, с. 278–284.

Зайченко А.А., Баранова М.В., Сеницына Е.С. (2008) Связи особенностей личности, телосложения и дерматоглифики мужчин с син-

дромом зависимости от алкоголя. *Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки*, № 1, с. 17–25.

Зайченко А.А., Краснощекоев А.С. (2009) Конституциональная психология осужденных за насильственные преступления. *Морфология*, Т. 136, № 4, с. 60.

Зайченко А.А., Лебедева Е.А. (2009) Биометрические показатели конституциональных рисков развития параноидной шизофрении у мужчин. *Саратовский научно-медицинский журнал*, Т.5, № 3, с. 384–389.

Зайченко А.А., Лебедева Е.А. (2009) Конституциональная психология мужчин с параноидной шизофренией. *Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки*, № 3 (11), с. 69–77.

Зайченко А. А., Струкова А.В., Васюхина Е.А. (2012) Конституциональные факторы агрессии и эмоционального статуса девушек и женщин. *Наука и общество. Серия «Гуманитарные науки»*. Саратов, Изд-во СГСЭУ, № 1 (4), с. 152–157.

Ковешников В.Г., Никитюк Б.А. (1992) *Медицинская антропология*, Киев, Здоровья, 200 с.

Корнетов Н.А. (1997) Клиническая антропология: от дифференциации к интеграции медицины. *Сибирский медицинский журнал*, №3, с. 5–13.

Корнетов Н.А. (1998) *Клиническая антропология в психиатрии*, Томск, Изд-во Том. ун-та, 112 с.

Корнетов Н.А. (2004) Клиническая антропология – методологическая основа целостного подхода в медицине. *Biomedical & Biosocial Anthropology*, № 2, с. 101–105.

Корнетов Н.А. (2008) Концепция клинической антропологии в медицине. *Бюлл. сиб. мед.*, № 1, с. 7–30.

Михель Д.В. (2010) *Социальная антропология медицинских систем: медицинская антропология / Учебное пособие для студентов*, Саратов, Новый Проект, 80 с.

Михель Д.В. (2013) Изучая культуру, здоровье и болезнь: медицинская антропология как область знания. *Вестник СГТУ*, № 2 (70), Вып. 1, с. 206–217.

Никитюк Б.А., Корнетов Н.А. (1998) *Интегративная биомедицинская антропология*, Томск, Изд-во Том. ун-та, 182 с.

Ротманова Н.В. (2004) *Особенности интегральной индивидуальности человека в связи с различными группами крови*, Пермь, 170 с.

Хайруллин Р.М., Никитюк Д.Б. (2013) Медицинская антропология как наука и как научная специальность в России. *Морфологические ведомости*, № 1, с. 6–14.

Харитонов В.И. (2011) Медицинская антропология на Западе и в России. *Этнографическое обозрение*, №3, С.3–10.

Ярская-Смирнова Е.Р., Романов П.В., Михель Д.В. (2004) *Социальная антропология современности: теория, методология, методы, кейс-стади: учеб. пособие*, Саратов, Научная книга, с. 61–105.

Rosenzweig M. R. et al. (2004) *Biological Psychology: An Introduction to Behavioral and Cognitive Neuroscience*, N.-Y.: Sinauer Associates, 615 p.

Summary: The subject of Constitutional Psychology consists in revealing correlations between constitutional (bodily), dermatoglyphic, serologic and psychological (personality, mainly temperamental, “psychodynamic”) features. Constitutional psychology develops at the boundary of biological psychology (the area of psychology which uses observations of behavioral and biological parameters for the purpose of identifying their associations) and constitution studies (constitutionology) which is an area of physical (biological) anthropology studying the set of organism features associated with sensibility and individual diversity of biological time (peculiarities, rates of individual development).

Key words: constitutional psychology, biopsychology, physical anthropology, private constitutions, personality, bodybuild, dermatoglyphics

Кириленко Е.И.

ЛЕКАРСТВО КАК КУЛЬТУРНЫЙ КОНСТРУКТ

Аннотация: Для традиционного сознания человек – часть универсума, все элементы структуры его существования симметричны космическим структурам. Исцеление здесь мыслится как возвращение к мировому порядку. Средства исцеления принадлежат самому миру. В современном атомизированном социуме лекарство – нечто внешнее по отношению к человеку, средство исцеления является продуктом цивилизации. Культурно-национальные контексты вносят свою специфику в понимание природы лекарства. Для современности характерны множественность лекарственных представлений, обнаруживающих разную степень сочетания традиционного / инновационного на фоне особенностей культурно-исторического развития и под-

тверждающих, таким образом, тезис о присутствии культурного конструктора в сфере лекарственных практик.

Ключевые слова: лекарство, традиционная фармакология, наследие Аретея Каппадокийского, лекарственные практики современности

Если структурировать состояние болезни на основе анализа лингвистической ситуации, то ее элементами могут быть названы: *врач, больной, болезнь, лекарство, здоровье, тело*. Особое место в этом ряду занимает лекарство – имеется ли в виду лекарство в научном дискурсе как, собственно, процесс лечения, опирающийся на представление о происхождении и природе, протекании, способах преодоления болезненного состояния – или в обыденном сознании, где свернута рефлексивная составляющая, и лекарство понимается как конкретное средство, приносящее исцеление.

В языке закреплена синонимизация лечения и лекарства.

У Даля это слово имеет два значения. «Ле́карство ср. званье и должность лекаря... лека́рство ср. средство для пользования, врачеванья больных; снадобье, зелье, врачебное средство; медицинамент». В говорах: «лека́» – «лечение», «снадобье» (Даль 1905: 720). Лекарство синоним лечения, его главное содержание. Язык ассоциирует лекарство с медициной. Ср.: «с.-хорв. ле́чити... лека́р, лека́рство – “медицина”... чеш. ... léčebný, -á, -é, lékarství – “медицина”» (Черных 2002 1: 478).

Таким образом, лекарство – это и есть лечение, собственно, медицина, ядро болезненной ситуации, начало, сдвигающее, преодолевающее витальную деформацию, ее корневой элемент, способный развернуть, показать специфику медицинского опыта в целом.

Лекарственный алгоритм включен в природную и социокультурную ритмику. Как отмечает В.Н. Топоров, идея рассогласования отношений с миром есть эйдос всякой болезни. Опыт здоровья – это причастность к строю, порядку целого. (Топоров 1993: 11).

В культурном сознании выявляются два контекста лечения: природный и цивилизационный (у Ю.М. Лотмана различаются мир как природный и письменный тексты – Лотман 1992: 108).

Специфика культурных контекстов порождает соответствующее культурное конструирование в лекарственной сфере.

Традиционная фармакология требует внимательного исследования, она изощрена и сложна. Она знает многокомпонентные лекарства: в медицинской античной литературе упоминается знаменитый териак, «а мы знаем из Галена..., что это чудодейственное лекарство, состоявшее из 61 составной части и пользовавшееся громкой славой чуть не до конца ХУШ века, было составлено Андромахом старшим, врачом Нерона» (Левин 1887 №44: 847).

Иллюстративна для характеристики традиционной фармакологии медицина древних греков. Обратимся, в частности, к анализу медицинской практики Аретея Каппадокийского (I-II вв. н.э.), представляющей, по мнению А.М. Левина, «наилучшее введение в изучение классической медицины» (Левин 1887 №45: 873). Идеи и подходы Аретея носят эмпирический характер, одновременно они отражают важнейшие особенности традиционного медицинского сознания.

В традиционном сознании *natūra sanat, medicus curat morbos*. Лекарство в пределах природного текста естественно, оно принадлежит природе и непременно существует, его надо лишь найти. «С давних пор между микрокосмом болезни и макрокосмом природы протянулась целая сеть нитей, образовалась сложная система взаимных соответствий. Перед нами древнее представление о том, что нет в мире такой формы болезни, нет такого обличья недуга, которые нельзя было бы уничтожить, если посчастливится отыскать противоядие, – а оно непременно существует, только, быть может, затаилось где-нибудь в бесконечно далеком уголке природы. Недуг не существует просто так, сам по себе; он всегда чем-то компенсируется» (Фуко 1997: 303).

У Аретея «самое лучшее (для чахоточного) пить молоко, начиная с небольших количеств и доходя до 5–6 котил (котила – античная единица измерения ёмкости, равная 0,275 литра, Е.К.). Молоко приятно и легко пьется и представляет весьма питательную пищу и при том привычную нам с детства. Оно имеет приятный цвет, не раздражает трахею (и бронхи), увлажняет гортань, способствует отделению мокроты и испражнению на низ.

Для легочных язв это лекарство лучше всякого другого. Для чахоточных оно и пища, и лекарство и, если кто его много пьет, то почти не нуждается ни в какой другой пище; это доказывается тем, что (кочевые) народы, пьющие молоко..., не едят хлеба».

Особо ценное лекарство связано с человеческими субстанциями. «Молоко употреблялось коровье, козье, ослиное, но самым лучшим для больных считалось женское ...» (Левин 1887 №49: 946).

Лечение – это восстановление природного равновесия. Путь к этому лежит через возвращение к исходным процессам миротворения, прикосновение к исходным субстанциям, возникающим в точке рождения мира и человека. В лечении участвуют первостихии – вода, земля, огонь, растения. Природные компоненты культурно специфицированы. Языковой анализ позволяет проследить развитие исходных начал лекарственной практики. Изначально общеславянская группа слов со значением лечить (*lěk-; отсюда *lěкъ: «лечебное средство») через германские языки восходит к и.-е. *leg – «собирать», «подбирать». Соответственно, «значение “врач”, “лечить” в германских языках, в готском могло развиться из значения “собирать лечебные травы” > “знахарствовать” или из значения “подбирать слова для заговора, для лечения заговором”» (Черных 2002 1: 478–479). Слово в традиционном сознании материально, следовательно, и заговор – важнейшее средство исцеления.

За редким исключением (ртуть – белое молоко – добавляли в лекарства от болезни глаз [Чехов 1979: 324]) в славянском материале нет металлов как лекарственных элементов, в то время как в мировой мифологии широко отмечена практика использования целебных свойств металлов. В китайской культуре металлы входят в круг основных пяти первоэлементов. В европейской медицине железо рекомендовалось в качестве лекарства, поскольку оно соединяет противоположные свойства: твердость и податливость, сопротивление и покорность. Сиденгам советовал употреблять железо «простейшим способом, путем приема внутрь железных опилок» (Фуко 1997: 311).

В фармакологии Аретея отмечено «почти полное отсутствие минеральных лекарственных веществ. Аретей упоминает до 150 лекарственных веществ растительного происхождения... и

не более 4–5 минерального, – меньше даже, чем Гиппократ» (Левин 1887 №49: 945).

Естественная природа лекарства согласуется с представлением о том, что оно по своему происхождению связано с едой (см., например, Власов 2001). «Так называемые лекарства развились из первоначальных пищевых средств: аптека – дочь кухни». Не случайно в терапии греческих врачей «всегда на первом плане стоит диететика» (Левин 1887 № 49: 945).

В древнерусском языке «яд» – это еда и отравляющее одновременно. Ср. древнерусское «едкий» – съедобный, и современное русское слово «едкий» – разъедающий. «Отрава» – по корню (как и «травить») связана со словом «травя». Отрава (состав, приготовленный на определенных травах) могла использоваться и в лечебных целях, и во вредоносных (Черных 2002 II: 466).

При назначении того или иного пищевого средства врачи классической древности принимали в расчет его влияние на телесные отправления. «Так, некоторые пищевые средства имеют мочегонное действие, другие – отхаркивающее, третьи – слабительное и т.д. К первым Аретей относит копетень, полынь и особенно смокву и корицу... К последним – бульон из курицы, просо и т.д. Из пищевых средств, способствующих отхаркиванию, на первом плане стоит молоко...» (Левин 1887 № 49: 945).

В культуре, где медицина была элементом образа жизни (ср.: греческая медицина как пайдейя у В. Йегера – См.: Йегер 1997), лекарственную функцию выполняют все элементы среды. Больной в лихорадочном состоянии «должен лежать в просторном помещении, теплота которого должна сообразоваться со временем года. Окружающие должны соблюдать полнейшую тишину, так как френитики (у Аретей – лихорадочные больные, Е.К.) легко возбуждаются шумом. Стены комнаты должны быть гладкие, ровные, без всяких выдающихся украшений или рисунков, так как все это подает повод к иллюзиям. Длина и ширина кровати должны быть таковы, чтобы больной не имел возможности ни через чур раскидываться и метаться, ни упасть с постели. Постельное белье должно быть совершенно гладкое, чтобы не давать повода к т.наз. *flossilegium* (имеется ввиду особое двигательное беспокойство больных, Е.К.). Постель должна быть мягкая, ибо жесткая постель вредна для нервов, которые у

френитиков сильно страдают, что видно из того, что у них часто бывают судороги. Друзья и близкие, посещающие больного, не должны вести с ним волнующих и раздражающих его разговоров. Если яркий свет ухудшает состояние больного, усиливает галлюцинации... и иллюзии..., то следует держать больного в темном помещении и наоборот. Пищу следует давать жидкую, не помногу, но часто, и выбирать для этого промежутки послабления как лихорадки, так и бреда. Но если лихорадка не дает послабления, а бред больного усиливается от голодания..., то нужно все-таки давать пищу, стараясь не усилить этим лихорадки» (Левин 1887 №48: 933–934).

Разнообразны лекарственные формы и манипуляции, применяемые античными врачами. Используется в качестве седативного средства мак: Аретей «назначает обтирание головы губкой, смоченной водным или масляным отваром мака, подкладывает под подушку зеленый, свежесорванный мак..., втирает “маковые слезки”... на область лба и т.д.». Широко используются клистиры. «При острых воспалениях он употребляет раздражающие втирания с алоэ или nitrum... , прибегает к местным кровоизвлечениям посредством кровососных банок или пиявок... При дифтерите он применяет вдувания вяжущих порошков (квасцы, чернильные орешки пр.) посредством трубочки из тростника или ствола пера... При задержаниях мочи он употребляет катетер. ...Всевозможные компрессы, как холодные, так и горячие и лекарственные, применяются *larga manu*. При жабах употребляются местные смазывания и полоскания...» К лекарственным средствам относится климатическое лечение, поездки на воды и т.д. «Так, чахоточным он советует морские путешествия и даже постоянное житье на корабле..., падушным – пребывание в жарких и сухих странах, подагрикам – морские купания... и т.д.» (Левин 1887 № 49: 946).

Для современных высокотехнологичных цивилизаций лекарство – по преимуществу нечто внешнее, искусственное. Современная фармацевтика ориентирована на инновации: «Ежегодно 20% мировых инновационных разработок и пятерка из топ-10 инновационных компаний – фармацевтические» (Дорофеев 2015: 204). Распространена позиция отождествления лечения с эффективным медикаментозным средством: «Надо еще

посмотреть, кто первичнее – врач или фармацевт, тот, кто лечит, или тот, кто придумал средство для лечения, рецепт или таблетка. ...До 20% существующих сейчас на рынке в разных странах препаратов не имеют точного объяснения механизма воздействия на болезнь» (Дорофеев 2015: 7).

Следует признать, что современные лекарственные практики – порождение множественности глобального мира. Они сложны и вариативны, и их необходимо различать с учетом культурного фактора. В разных историко-культурных контекстах опыт лечения выстраивается, формируется между полюсами – узкоспециализированным или (и) общеукрепляющим, массирующим или осторожным, преодолевающим природу или согласующимся с ней. Эта спецификация на примере западных обществ показана у Л. Пейер (Payer 1996).

Средства лечения в североамериканской медицине носят радикальный характер, что соответствует базовым культурным установкам, в частности, влиянию идеи фронта на формирование модальной личности в культуре (К. Дьюбойс). Американская дозировка лекарств ориентируется на максимальные нормы. «Я думаю, что мы используем более высокие дозы препаратов, чем кто-либо в мире, кроме, возможно, русских», – отмечает доктор Дж. Коле из Белмонта штата Массачусетс (Payer 1996: 125). Несмотря на то, что альтернативные практики в американской медицине востребованы (по мнению Е. Сало, традиционной терапией в Соединенных Штатах пользуются 69% населения [Сало 2009]), тем не менее в сравнении с официальной медициной их положение вполне маргинальное. «В Соединенных Штатах является редкостью для профессиональных врачей использование “дополнительной медицины (fringe medicine)”» (Payer 1996: 65). Отмечается также, что «к курортам в Соединенных Штатах и Англии относятся пренебрежительно (roohed-roohed), и их эффект рассматривается, главным образом, как психотерапевтический» (Payer 1996: 72).

Принцип экономии, «underdoctoring», по мнению Л. Пейер, существенен для британской лекарственной практики, что обусловлено спецификой ментальных установок обитателей островной цивилизации. Британские врачи экономны в назначении лечения. «Они вряд ли будут использовать добавки кальция,

лактобациллы, или виды периферических вазодилататоров, используемых повсеместно во Франции, они также используют меньше сердечных лекарств, по сравнению с французами и немцами, и меньше противоопухолевых препаратов, чем американцы. Британский пациент в два раза реже идет на хирургическую операцию любого рода, чем американские пациенты... В случае, если врач решит, что операция необходима, сама операция, возможно, будет менее обширна» (Payer 1996: 102). Существенно меньше предписывается использование витаминов (Payer 1996: 103). Для страны с общим низким уровнем потребления лекарств отмечен высокий уровень использования транквилизаторов (Payer 1996: 113). Еще одна возможная корреляция выстраивается между нормативом «жесткой верхней губы» и возникновением в Англии клиник боли (pain clinic), позволяющими справиться с болевыми проявлениями любой этиологии.

У французов характер лечения определяется пониманием того, что *terrain* (конституциональные особенности организма) «важнее, чем болезнь», поэтому важно не столько бороться с болезнью, сколько поддержать *terrain* (Payer 1996: 65). Идея *terrain* ориентирует на использование общеукрепляющих, тонизирующих средств, витаминную терапию, стимулирующую иммунную систему, подчеркивается роль курортного лечения (Payer 1996: 62), минимизируется использование антибиотиков. Важную роль в выборе средств лечения играет эстетический параметр, ориентирующий на мягкие, «нежные», щадящие стратегии лечения. Французское предпочтение нежным терапиям также затрагивает дозировку лекарств. «Рекомендованные дозы болеутоляющего препарата парацетамол наполовину меньше тех же доз в Соединенных Штатах и Великобритании» (Payer 1996: 66). Значителен удельный вес лекарств для печени, системы пищеварения в целом (Payer 1996: 59). Суппозитории – распространенная лекарственная форма. «Почти 7,5% французских лекарств, от аспирина до антибиотиков, выпускаются в форме свечей, в то время как в США доля таких лекарственных форм составляет примерно 1%» (Payer 1996: 60), что отчасти может быть объяснено распространенным мнением, что ректальное введение препарата не затрагивает печень.

В Германии, на родине отца гидротерапии в Европе С. Кнейпа, также особое внимание уделяется профилактическим, укрепляющим технологиям, бальнеотерапии, закаливающим процедурам, прогулкам и т.д. В стране, где коренящийся в романтическом прошлом медицинский опыт сохраняет в качестве доминирующей тему сердечнососудистых патологий, отмечена ситуация широкого использования малых доз дигиталиса не только для профилактики сердечнососудистых заболеваний, но в качестве символа определенного социального статуса. Для немецкой медицины характерно использование многокомпонентных лекарств. «...Приблизительно 70 % лекарственных препаратов в Германии – комбинации в сравнении с 30 % в других странах. “Немцы имеют тенденцию прописывать комбинации, скажем, из пятнадцати лекарственных компонентов, среди которых лишь один эффективен”», отмечает доктор З. Зардей, немецкий терапевт, практикующий в Нью-Йорке (Paуer 1996: 78).

Для современности характерны, таким образом, множественность лекарственных представлений, обнаруживающих разную степень сочетания традиционного / инновационного на фоне особенностей культурно-исторического развития и подтверждающих, таким образом, тезис о присутствии культурного конструктора в сфере лекарственных практик.

Литература и источники:

Власов В.Г. (2001) Онтология народной медицины. *Человек*, № 3, с. 67–79.

Даль В.И. (1905) *Толковый словарь живого великорусского языка*: в 4 т., 3-е изд., СПб., М., М.О. Вольфъ, Т. 2, 2030 с.

Дорофеев В.Ю. (ред.) (2015) *Великие лекарства*, М., АНФ, 226 с.

Йегер В. (1997) Пайдейя: в 2 т., М., *Греко-латинский кабинет Ю.А. Шичалина*, Т. 2, 336 с.

Левин А.М. (1887) Аретей Каппадокийский (Этюды из истории греческой медицины). *Врач*, № 44, с. 845–847; № 45, с. 872–876; № 48, с. 932–934; № 49, с. 944–948.

Лотман Ю.М. (1992) Несколько мыслей о типологии культуры. *Избранные статьи*: в 3 т., Таллин: Александра, Т. 1, с. 102–110.

Сало Е.П. (2009) *Социальный статус специалистов традиционной медицины в России: социологический анализ*. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук, М., 31 с.

Топоров В.Н. (1993) Об индоевропейской заговорной традиции (избранные главы). *Заговор: исследования в области балто-славянской духовной культуры*, М., Наука, с. 3–103.

Фуко М. (1997) *История безумия в классическую эпоху*, СПб., Университетская книга, 573 с.

Черных П.Я. (2002) *Историко-этимологический словарь современного русского языка*: в 2 т., М., Русский язык, Т. I, 622 с.; Т. II, 560 с.

Чехов А.П. (1979) *Врачебное дело в России. Полн. собр. соч. и писем*: в 30 т., М., Наука, Т. 16, с. 277–356.

Payer L. (1996) *Medicine and Culture: Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany, and France*, New York, An Owl Book Henry Holt and Company, 204 p.

Summary: For the traditional consciousness the person is a part of the universum and all the elements of the structures of his/her existence are symmetrical to the space structures. The healing here is imagined as the reversion to the world order. The means of healing belong to the world itself. In the modern automated socium the medicament is something outer for the person, the remedy is the output of civilization. Cultural-national contexts introduce their specificity to the understanding of the medicament's essence. The feature of the modernity is the presence of multiple medicamentary notions revealing different qualities of conformance of traditional/innovative against the background of peculiarities of cultural-historical development and confirming, thus, the message about the presence of cultural constructor in the sphere of medicamentary practices.

Key words: medicament, traditional pharmacology, heritage of Aretaeus of Cappadocia, medicamentary practices of modernity

Медведева Н.Н., Николаев В.Г., Стрелкович Н.Н.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ПАЛЕОАНТРОПОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ

Аннотация: Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, возможно, является единственным медицинским учебным заведением страны, при котором имеется хранилище костных остан-

ков из некрополей городов Красноярска, Енисейска, Абакана, а также различных территорий Восточной Сибири разных эпох и культур (около 3000 единиц хранения). Более детально на сегодня исследована остеологическая серия Покровского некрополя г. Красноярска, рамки функционирования которого – первая половина XVII – середина XVIII веков.

Ключевые слова: палеоантропология, физический статус, пропорциональность телосложения, тип телосложения, палеопатология, митохондриальная ДНК

В 2001 году на базе кафедры анатомии человека Красноярской государственной медицинской академии был создан палеоантропологический отдел, включающий палеоантропологическое хранилище костных останков разных времен. На сегодня в данном хранилище имеются антропологические материалы Бронзового века – Афанасьевская, Самусьская, Андроновская, Карасукская культуры; Железного века – Тагарская, Таштыкская культуры; а также остеологические серии из всех некрополей города Красноярска. Общая численность остеологического материала около 3000 единиц хранения.

Наиболее полно на сегодня исследованы скелетные серии Покровского (XVII–XVIII вв.) и Всехсвятского (XVIII–XIX вв.) некрополей г. Красноярска (Савенкова 2013:275).

Результаты по распределению скелетной серии Покровского некрополя и женских скелетов из скелетной серии Всехсвятского некрополя по возрасту и полу представлены в таблицах 1 и 2.

Для характеристики физического облика населения города Красноярска прошлых веков, используя остеометрические параметры, рассчитаны такие показатели как: длина и масса тела, длина корпуса, туловища, конечностей и их сегментов, а также индексы, характеризующие пропорциональность телосложения, определен тип телосложения.

Все перечисленные выше характеристики женского населения города прошлых веков представлены в сравнении с населением города XX–XXI веков (рис.1) (Медведева 2013:109). У современных женщин города в сравнении с женским населением XVII – XVIII веков достоверно больше длина и масса тела ($166,67 \pm 0,14$ см и $152,96 \pm 0,51$ см;

58,00±0,19 кг и 55,11±0,60 кг), однако более весомо увеличение показателей длины тела.

Таблица 1

Распределение скелетной серии Покровского некрополя по полу и возрасту

Возрастная группа		Количество скелетов
	Дети до 1 года	111
	Дети до 14 лет	64
	Iuvenis (молодой возраст, 14–18 лет)	6
	Adultus (зрелый возраст, 18–20 – 30–35 лет)	67
лет)		25
	мужчины	42
	женщины	46
	Maturus (возмужалый, 36 – 55–60 лет)	30
	мужчины	16
	женщины	-
	Senilis (старческий возраст, 55–60 и больше)	294
	Всего	

Таблица 2

Распределение женских скелетов из остеологической серии Всехсвятского некрополя по возрасту (n=172)

Возрастная группа	Количество скелетов
Iuvenis (14–18 лет)	2
Adultus (зрелый возраст, 18–20 – 30–35 лет)	13
Maturus (возмужалый, 36–55–60 лет)	36
Senilis (старческий возраст, 55–60 лет и более)	18
Всего	69

Длина тела больше в первую очередь за счет длины ноги ($90,58 \pm 0,11$ см и $78,12 \pm 0,36$ см), а также длины корпуса ($80,50 \pm 0,07$ см и $73,95 \pm 0,09$ см), именно длины туловища ($49,89 \pm 0,006$ и $44,25 \pm 0,16$ см). Отмечается у современных женщин удлинение всех сегментов руки ($72,99 \pm 0,10$ см и $67,81 \pm 0,37$ см), в равной степени увеличиваются длина плеча и длина предплечья. В целом длина руки остается пропорциональной относительно длины тела. Длина ноги у женщин XX – XXI веков, также как и длина тела, проявляет большую тенденцию к удлинению по сравнению со всеми другими размерами тела. Увеличивается длина всех сегментов ноги, бедра ($43,89 \pm 0,07$ см и $39,84 \pm 0,39$ см) и голени ($36,76 \pm 0,19$ см и $32,04 \pm 0,40$ см) в равной степени. Относительно длины тела нога у современных женщин удлинена, у их предшественниц была укорочена.

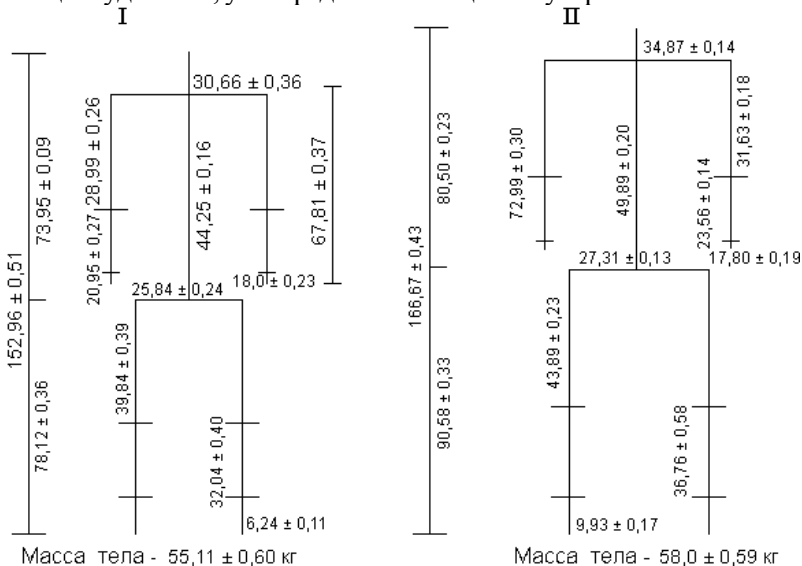


Рис. 1. Параметры физического развития женского населения г. Красноярска XVII – XVIII (I) и XX – XXI (II) веков.

У современных женщин больше широтные размеры тела, достоверно больше значения диаметров плеч ($34,87 \pm 0,04$ см и $30,66 \pm 0,36$ см) и таза ($27,31 \pm 0,04$ см и $25,84 \pm 0,24$ см). Однако индексы относительной ширины плеч и таза у женщин города разных времен не имеют достоверных различий, а достоверное

уменьшение тазо-плечевого указателя ($78,47 \pm 0,04\%$ и $84,69 \pm 0,16\%$) свидетельствует, что современные женщины не только узкоплечие, как женщины XVII – XVIII веков, но и узкотазые относительно длины тела.

Абсолютные и относительные значения костной массы достоверно преобладают в составе сомы современных женщин ($8,73 \pm 0,02$ кг и $5,97 \pm 0,34$ кг; $14,87 \pm 0,02\%$ и $10,84 \pm 0,27\%$), что согласуется с большими значениями у них дистальных диаметров конечностей, из которых достоверно больше дистальный диаметр бедра ($9,15 \pm 0,02$ см и $7,12 \pm 0,17$ см), а это подчеркивает его сильную корреляцию с костным компонентом тела ($r=0,853$).

Соматотипическая диагностика по индексу полового диморфизма показала, что в популяции современных женщин города больше лиц мезоморфного типа телосложения ($63,4\%$), по сравнению с женщинами XII – XVIII веков – $23,5\%$ и XVIII – XIX веков – $33,3\%$. Среди современных женщин отмечено уменьшение представительниц гинекоморфного морфотипа ($15,6\%$) в сопоставлении с женщинами XII – XVIII веков – $76,5\%$ и XVIII – XIX веков – 60% . Кроме этого, наблюдается тенденция увеличения представительниц андроморфного типа телосложения среди современных женщин – 21% , женщин XVIII – XIX веков – $4,7\%$, что сочетается с изменениями в пропорциях тела.

Сравнительная характеристика мужского населения города показала, что современные мужчины имеют достоверно большую длину и массу тела ($179,75 \pm 0,21$ см и $164,33 \pm 1,03$ см; $70,86 \pm 0,10$ кг и $63,86 \pm 0,82$ кг).

Увеличение длины тела у них происходит за счет достоверного увеличения длины ноги и корпуса ($98,06 \pm 0,19$ см и $86,53 \pm 0,12$ см; $86,49 \pm 0,11$ см и $77,58 \pm 0,23$ см, соответственно). Длина корпуса современных мужчин увеличивается за счет длины туловища, об этом свидетельствуют абсолютные значения данных размеров ($53,05 \pm 0,10$ см и $47,17 \pm 0,25$ см), а также увеличивается длина корпуса относительно длины тела. Длина ноги увеличивается за счет длины всех ее сегментов, но в большей степени за счет длины голени ($40,07 \pm 0,11$ см и $35,68 \pm 0,37$ см). Однако голень у мужчин XVII – XVIII веков при сравнении ее с категориями указателей пропорций является длинной, а бедро имеет средние размеры. Большее увеличение длины голени по

сравнению с длиной бедра у современных мужчин свидетельствует о его малых размерах ($47,07 \pm 0,10$ см и $44,42 \pm 0,38$ см). Отмечается у современных мужчин и увеличение длины всех сегментов руки ($80,94 \pm 0,14$ см и $73,43 \pm 0,58$ см), в большей степени увеличивается длина плеча ($35,62 \pm 0,05$ см и $32,01 \pm 0,34$ см). Рука у мужчин XVII – XVIII веков близка к пропорциональному соотношению, у современных мужчин пропорциональна длине тела. Нога у современных мужчин удлинена, а у их предшественников была укорочена относительно длины тела (рис. 2).

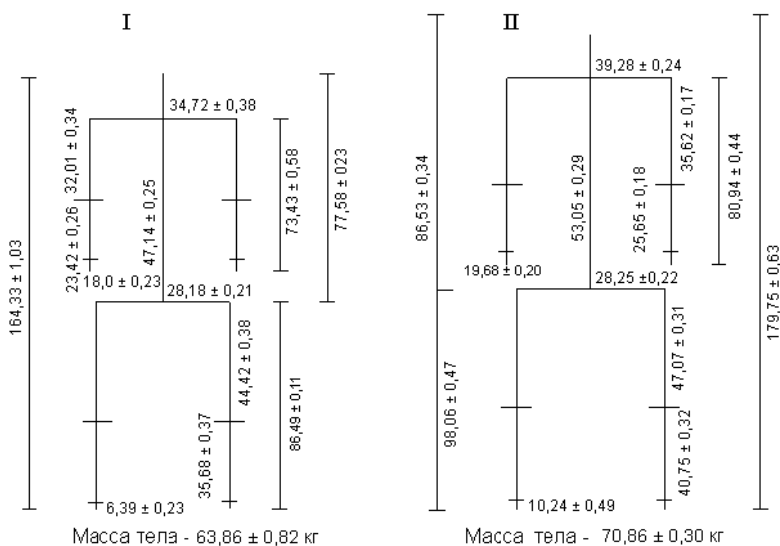


Рис. 2. Параметры физического развития мужского населения г. Красноярска XVII – XVIII и XX – XXI веков:
 I – мужчины XVII – XVIII веков, II – мужчины XX – XXI веков

У современных мужчин города достоверно больше диаметр плеч ($39,28 \pm 0,08$ см и $34,72 \pm 0,38$ см) при достоверно неразличимых изменениях диаметра таза ($28,25 \pm 0,22$ см $28,18 \pm 0,21$ см). Значения индексов относительной ширины плеч, таза и тазо-плечевой указатель ($21,86 \pm 0,04\%$, $15,72 \pm 0,04\%$ и $72,11 \pm 0,22\%$) показывают, что мужчины XX – XXI веков остаются, как их предшественники, узкоплечими. Однако при со-

четании увеличения длины тела с неизменностью диаметра таза, становятся узкотазыми, то есть в телосложении современных мужчин прослеживается узкосложенность.

Соматотипическая диагностика показала, что в популяции современных мужчин города больше лиц мускульного сомато-типа (34,31% и 26,92%) и меньше представителей грудного и брюшного соматотипов (22,53% и 57,69%, 9,37% и 15,39%), что сочетается с изменениями в пропорциях тела.

На примере костей скелетов Покровского некрополя совместно с палеопатологами Франции (г. Тулуза, Университет Поля Сабатье) выявлены патологические изменения костей скелета: туберкулезные и сифилитические поражения, симптомы заболеваний суставов (спондилоартрита и гиперостоза), следы травм и насильственных поражений (Даберна 2013:140)

Еще одно из направлений нашей работы с палеоматериалом – палеогенетические исследования для разрешения вопросов о миграции народов и заселении территорий Сибири.

В 2004 году костные образцы из скелетов представителей Бронзового и Железного веков были транспортированы в палеогенетическую лабораторию медицинского университета (Страсбург, Франция). По прибытию в лабораторию образцы были заморожены для последующего извлечения ДНК. Для того, чтобы устранить наружные загрязнения, поверхностная часть образцов была удалена с помощью шлифовального аппарата. Костный порошок был произведен при помощи дрели, оснащенной хирургическим трепаном, с последующим извлечением ДНК.

Исследовались такие показатели как: истинное время квантификации ПЦР, аутосомные STR (Y-хромосомный и SNP – анализы), митохондриальная последовательность оснований ДНК и типы SNP, сделаны анализы гена SNP человеческой пигментации, проведены мероприятия по профилактике контаминации. Анализы mtDNA депо крови показали, что у древних жителей она содержит как восточные, так и западные европейские корни. В Бронзовом веке западно-европейский компонент составил 90%, а в Железном – снизился до 67%. Имеющиеся сегодня археологические сведения об антропологическом облике древних сибиряков крайне не убедительны. В связи с этим

наши исследования человеческого гена пигментации SNP позволяют сделать вывод, что большинство сибиряков имели голубые или зеленые глаза, могли иметь светлые волосы, светлую кожу, что указывает на их европейские корни.

Начинающаяся в нашей стране всеобщая диспансеризация населения предусматривает внесение изменений в порядок оказания медицинской помощи, повышение эффективности работы лечебно-диагностических учреждений, прежде всего первичного звена. Введен новый документ «Дорожная карта», регламентирующая и контролирующая работу врача, который должен провести грань между здоровьем человека и развитием заболевания. Если человек здоров, возникает необходимость оценить уровень его здоровья и наметить мероприятия по его сохранению (Артюхов 2013:522). Проводимые нами исследования, направленные на сравнительный анализ физического статуса населения города Красноярска разных веков, позволят спрогнозировать физический облик будущих поколений населения города, возможные отклонения в их физическом развитии и как можно раньше спланировать необходимые профилактические мероприятия с целью их предупреждения.

Литература и источники:

Артюхов И.П., Медведева Н.Н., Синдеева Л.В., Николаева Н.Н. (2013) К вопросу о методологии оценки здоровья населения. *Казанский медицинский журнал*, №4, с. 522–526.

Даберна А., Рейс Т.М., Тарасов А.Ю., Артюхов И.П., Николаев В.Г., Медведева Н.Н., Гаврилюк О.А., Николаев М.В., Крюбези Э. (2013) Палеопатологическое исследование населения г.Красноярска (Покровский и Воскресенско-Преображенский некрополи XVII - начала XX в.). *Археология, этнография и антропология Евразии*, №3(55), с. 140–150.

Медведева Н.Н., Стрелкович Н.Н., Николаев В.Г. (2013) *Физический статус населения города Красноярска XVII – XVIII веков*, Красноярск, Версо, 109 с.

Савенкова Т.М., Рейс Е.С., Стрелкович Н.Н., Медведева Н.Н. (2013) Возможности использования палеоантропологического материала в биоархеологических реконструкциях на примере православного Покровского некрополя г. Красноярска XVII – XVIII веков. *Вестник Томского государственного университета*, №3 (23), с. 275–278.

Summary: Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voyno-Yasenetsky is perhaps the only medical institution of the country where there is a vault of bone remains from the necropolises of Krasnoyarsk, Yeniseisk, Abakan and other areas of Eastern Siberia from different eras and cultures (about 3,000 units). For the moment osteological series of Pokrovsky necropolis in Krasnoyarsk which refers to the first half of XVII – the middle of the XVIII centuries has been studied most thoroughly.

Keywords: paleoanthropology, physical status, body balance, body type, paleopathology, mitochondrial DNA

СТИГМА И СОЦИАЛЬНОЕ НЕРАВЕНСТВО

В.В. Беляева, М.О. Орлова

САНОЦЕНТРИЧЕСКИЙ ДВУСТОРОННИЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ ЖЕЛАТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НА МОДЕЛИ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗЫВАЕМОЙ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ)

Аннотация: В статье обосновывается целесообразность саноцентрического двустороннего подхода к формированию желательного поведения в контексте ВИЧ-инфекции. Задачи профилактики и лечения заболевания рассматриваются с позиции рефлексии представлений о своем здоровье, приводятся результаты выполнения медицинскими работниками методики «Образ моего здоровья». Рассматриваются данные, свидетельствующие о наличии дефицита осознания своего здоровья, пассивном отношении специалистов к его сохранению, опоре на внешние признаки. Рефлексии образа здоровья медицинскими работниками рассматривается в статье как базовое условие построения эффективного диалога с людьми, живущими с ВИЧ, по вопросам профилактики и лечения заболевания. На клиническом примере демонстрируется значение диалога, который способствует осознанию причинно-следственной связи между приемом терапии и поддержанием качества и количества жизни в условиях ВИЧ-инфекции.

Ключевые слова: медицинские работники, внутренняя картина здоровья, пациенты, ВИЧ-инфекция, профилактика, лечение, приверженность лечению

За более чем двадцатипятилетний период профессиональным сообществом был накоплен большой объем информации по различным аспектам инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Известны механизмы и вероятность передачи ВИЧ, особенности клинического течения заболевания, успешно развивается антиретровирусная терапия (АРВТ), приверженность которой позволяет добиться макси-

мального подавления размножения вируса, сохранить функцию иммунной системы пациентов (Покровский, Юрин, Кравченко, Беляева, Канестри, Афонина 2014). Очевидно, что наши знания об этом заболевании и возможности противодействия его распространению в сравнении с периодом начала наблюдений значительно возросли. В пользу этого свидетельствуют успехи профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности, родов и грудного вскармливания (Ладная, Козырина, Покровский, Соколова, Складная, Козырев 2008:24–28) и в настоящее время перед медицинским сообществом ставится амбициозная задача ликвидации так называемой «вертикальной передачи» ВИЧ.

Однако, несмотря на все достижения науки и практики, остановить развитие эпидемического процесса в нашей стране до настоящего времени не удалось (Покровский 2015б:4–9). Так, по данным Федерального научно-методического центра профилактики и борьбы со СПИДом на 27 апреля 2015г. в Российской Федерации было зарегистрировано 896738 человек, живущих с ВИЧ, за 2014 г. было выявлено 84290 новых случаев заболевания. По-видимому, *нозоцентрический подход* к противодействию распространения ВИЧ-инфекции, когда внимание уделяется исключительно медицинским аспектам диагностики, лечения и профилактики заболевания, в случае ВИЧ-инфекции не является достаточным для достижения значимого эффекта, в том числе противэпидемического.

ВИЧ-инфекция представляет собой сложный био-психосоциальный феномен. У пациентов могут обнаруживаться большое количество значимых проблем немедицинского характера. Инфицирование ВИЧ, сопутствующая стигматизация влияют практически на все стороны жизни заразившегося человека. Будучи длительно текущим заболеванием с неблагоприятным прогнозом, ВИЧ-инфекция представляет угрозу для физического состояния человека. Она также влияет на личность пациентов: снижает самооценку (инфицированный ВИЧ человек по-другому оценивает свои возможности и место среди людей), самоуважение, уверенность в себе. В конечном итоге ВИЧ-

инфекция способствует изменению самосознания человека (Покровский 2013).

Практически любое заболевание способно нарушить привычные контакты человека с окружающим его миром, лишить прежних перспектив, ограничить трудовую деятельность или, в ряде случаев, сделать невозможным ее продолжение (Александровский 1976). Однако в ряду многочисленных человеческих недугов ВИЧ-инфекция занимает особое место, являясь не только *биологически*, но и *социально злокачественным заболеванием* (Покровский 2013). Очевидно, что одними мерами медицинского характера решить задачу эффективного противодействия ВИЧ-инфекции не представляется возможным.

В настоящее время происходит процесс принятия профессиональным сообществом *новых парадигм «лечения как профилактики ВИЧ-инфекции»* (Montaner 2013:208–209) и *«приверженности как профилактики ВИЧ-инфекции»*. Однако принятие этих подходов требует изменения глобальной парадигмы – с *патоцентрической* на *саноцентрическую*, перехода от *медицины-патологии* к *медицине-санологии*, что осложняется дефицитом ряда организационных, методологических и отчасти мировоззренческих оснований.

С позиции нозоцентрического подхода решение задачи профилактики передачи ВИЧ состоит в том, что если все инфицированные люди будут принимать препараты АРВТ то количество вируса в крови, сперме и выделениях женских половых органов будет незначительным для передачи другим людям и, в частности, половым партнерам. В подобной ситуации регулярный прием рекомендованных препаратов ВИЧ-позитивной беременной женщиной позволяет снизить риск передачи вируса ребенку во время беременности и родов до 1–2%. Однако если рассмотреть концепцию «лечения как профилактики» с позиции формирования желательного поведения в отношении приема лекарств, нам станут понятны барьеры на пути ее внедрения в реальную клиническую практику. Данная концепция базируется на допущении, что пациенты, безусловно заинтересованы в поддержании качества и продолжительности жизни, непременным условием чего является своевременное посещение специа-

лизированного ЛПУ и точное выполнение врачебных предписаний. В реальности существенная доля пациентов обнаруживает различные формы саморазрушающего поведения (например, употребление психоактивных веществ с вредными последствиями), не имеет мотивации на поддержание здоровья.

Саноцентрический подход позволяет последовательно решать задачу формирования менее опасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции в контексте приверженности здоровью, диспансерному наблюдению и лечению заболевания. В свое время новизна и продуктивность концепции внутренней картины болезни (ВКБ) (Лурия 1977:37–52) определялись тем, что ВКБ как система переживаний и понимания болезни рассматривалась не только в качестве реакции личности на болезнь, «аккомпанемента» болезни, но и как потенциально патогенетический фактор. Однако, по мере перехода к представлениям о медицине-санологии, концепция ВКБ требует соотнесения уже не только с болезнью, но и со здоровьем как с полюсами континуума «здоровье – болезнь – здоровье», разработки понятия *внутренней картины здоровья – ВКЗ* (Смирнов, Резникова 1983:38–61; Каган 1993:86–89).

Исходная гипотеза данного исследования: формирование поведения, направленного на сохранение здоровья, основывается на осознании образа своего здоровья, реализуется в процессе диалогического общения специалистов и пациентов, а также имеет двусторонний характер (Беляева 2012:65–69). Традиционно вектор общения в системе «медицинский работник – пациент» вертикальный, что подразумевает одностороннее изменение поведения пациента, результирующее в выполнении им врачебных предписаний. К сожалению, так происходит не всегда и мы полагаем, что осознание двустороннего характера взаимодействия с пациентами может оказаться полезным для последующих изменений поведения специалистов, направленных в том числе на *профилактику профессионального истощения – синдрома эмоционального выгорания (СЭВ)* (Покровский 2015а).

Материалы и методы исследования. А.Б. Стрельченко упоминал о психотерапевтической методике формирования у пациентов «образа здоровья», основанной на экзистенциально-

гуманистической концепции выбора позитивного начала К. Роджерса, принципа мировоззренческих диад ментальной экологии В.В. Макарова и технологии формирования ресурсных состояний нейролингвистического программирования (Стрельченко 2012). Для проверки базовой гипотезы нами была разработана и апробирована методика образно-рефлексивной процедуры «Образ моего здоровья».

На первом этапе исследования она была проведена в группе из восьми пациентов, живущих с ВИЧ, которым предлагалось представить свое здоровье и нарисовать соответствующий образ. Выполнение задания требовало определенной подготовки, поэтому оно предлагалось тем пациентам, с которыми был сформирован устойчивый психологический контакт. Пациенты рассматривали выполнение процедуры в качестве терапевтического задания и отказов от участия в работе не отмечалось. Выполнение задания (все участники выполняли его в домашних условиях) привлекло внимание пациентов к вопросам здоровья, что было для них принципиально новым направлением рефлексии. Помимо диагностических возможностей, результаты выполнения методики в дальнейшем использовались в процессе мотивационного интервьюирования.

Система подготовки врачей в медицинских институтах позволяет обучить студентов выявлению симптомов, распознаванию синдромов, следованию дифференциально-диагностическому алгоритму, формулированию клинического диагноза и назначению лечения. В случае ВИЧ-инфекции необходим практически пожизненный непрерывный прием препаратов АРВТ, а, согласно концепции лечения как профилактики, лечение следует назначать сразу после установления диагноза заболевания. *В это время многие пациенты еще не предъявляют жалоб на соматическое состояние, ухудшение качества их жизни чаще бывает связано с психологическими и социальными последствиями инфицирования ВИЧ, что не всегда учитывается при организации медицинской помощи, преимущественно ориентированной на диагностику и лечение заболевания.* Практика показывает, что прием АРВТ в ряде случаев может сопровождаться побочными явлениями, что снижает приверженность паци-

ентов лечению. Мы полагаем, что рефлексия образа здоровья с последующим осознанием причинно-следственной связи между приемом препаратов и поддержанием своего здоровья может служить основой мотивации на посещение специализированного ЛПУ и выполнение врачебных рекомендаций.

Результаты и обсуждение. В рамках концепции двустороннего подхода к формированию желательного поведения (Беляева, Покровский, Беляев 2012:65–69) на следующем этапе исследования мы предлагали медицинским работникам в письменном виде ответить на вопросы: «Как Вы представляете свое здоровье? Как Вы себя чувствуете, когда здоровы? О чем думаете? Как выглядите?»

За период с 2013 г. по настоящее время в исследовании приняли добровольное участие 311 специалистов, из них 257 женщин (82,6%), что отражает ситуацию, когда медицинская помощь при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в основном оказывается женщинами. Опросы выполнялись во время обучающих программ, которые проводятся на базе ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (сертификационных циклов по специальностям «Инфекционные болезни» и «Эпидемиология»), совещаний, экспертных советов, семинаров и тренингов. В исследовании приняли участие также 28 студентов-психологов, опрошенных в процессе работы 9-ой Международной Школы Медицинской Антропологии и Биоэтики (ИЭА РАН, март 2015 г.).

Опрос проводился одним специалистом в процессе интерактивного занятия, посвященного вопросу формирования приверженности в контексте ВИЧ-инфекции. Тема коммуникаций и консультирования на сертификационных циклах ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора представлена в объеме 9-ти лекций и семинаров, вопросы приверженности поддержанию здоровья, диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции обсуждаются на заключительном этапе обучения с позиции двустороннего подхода к формированию желательного поведения и профилактики СЭВ (Беляева 2013:64–67). Опросы проводились в Москве, Челябинске, Петрозаводске, Суздале,

Твери, Кирове, Йошкар-Оле и Владивостоке. Три группы специалистов были опрошены в Кыргызской Республике (Бишкек).

Предложение описать образ своего здоровья у специалистов вызывало недоумение, т.к. *никто из участников ранее не задумывался над тем, как он выглядит, что чувствует и о чем думает, когда здоров.* «Интересный факт, что когда ты болеешь и понимаешь, как было хорошо, когда ничего не беспокоило, то оказывается, что счастье – это когда у тебя ничего не болит, ничто не беспокоит. Думаю о том, что я самая счастливая, что у меня есть прекрасные дети, и я их сильно люблю, и, если что-нибудь со мной произойдет, как они будут жить без меня, кто их будет поддерживать в трудные минуты? Выгляжу блестяще, ощущение внутренней теплоты, спокойствия, уверенности в будущем, свежести воздуха и прилива сил» (Йошкар-Ола, 18.12.2014 г. в анкете указан стаж работы – 23 года).

Образ здоровья у врачей не сводился только к физическому самочувствию, здоровью соматическому. В высказываниях ряда респондентов имплицитно присутствовали ссылки на определение здоровья, содержащееся в Уставе ВОЗ – *такое состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но полное физическое, душевное и социальное благополучие* (Устав ВОЗ). При этом характеристики психоэмоционального состояния упоминались практически так же часто, как характеристики физического состояния и самочувствия (54,7% и 56,4% соответственно). Здоровье воспринималось как благоприятное функциональное состояние организма (бодрость, работоспособность, эмоциональная уравновешенность и положительный эмоциональный фон). На важную роль личностного склада человека, его ценностей, мотивации в общей картине здоровья указали 25,6% респондентов. Чаще всего речь при этом шла об оптимизме, позитивном мышлении и наличии мотивации к активной деятельности, достижению своих целей, («желание "свернуть горы"»), гармонии с миром. Для значительной части респондентов здоровье – это условие удовлетворенности своим образом жизни: деятельностью и социальными контактами.

В 37,6% характеристики образа здоровья были связаны с внешностью, что вероятно можно объяснить преобладанием женщин в выборке. «С нормальной массой тела. Гибкость в мышцах, суставах. Сияющие глаза. Улыбка на лице. Шелковистые волосы. Красивые ногти. Белоснежные зубы. Регулярный стул. Хорошее настроение. Глубокий, спокойный сон. Хорошие, добрые отношения с окружающими» (Бишкек 26.06.2013 г.).

Анализ ответов на вопрос анкеты «О чем Вы думаете, когда здоровы» показал, что доля мыслей о будущем составила 13,7%, об окружающих людях и близких – 6,0%. Доля мнения о том, что в состоянии здоровья «мысли не о здоровье» составила 5,1%.

Указание на свою неудовлетворенность здоровьем содержалось в 5,6% выборки, на неудовлетворительное психоэмоциональное состояние – в 2,7%: «Вегетативная система расшатана и плохо поддается контролю. Вид усталый, со второй половины дня хочется есть или лечь»; «Вид усталый, темные круги под глазами, беспокоит усталость, бессонница, раздражительность, но работа дает удовлетворение»; «Слабое здоровье (легко простываю, эмоционально неустойчива, долго отхожу от неприятностей – переживаю)» (Челябинск, 20.06.2013 г.). Данный опрос был проведен во вводной части семинара-тренинга базового уровня «Профилактика синдрома эмоционального выгорания медицинских работников», его результаты подтверждали целесообразность проведения этого мероприятия в данной целевой группе.

Прямые оценочные суждения в отношении своего здоровья, как положительные, так и отрицательные, встречались в 15% анкет: «У меня вообще все нормально. Но со стороны зрения есть жалобы. Без очков или контактных линз не могу. Последнее время отмечается усталость, раздражительность. Но, я думаю, все пройдет» (Бишкек 26.06.2013 г.).

Некоторым респондентам не удалось выполнить задание: «Нет представления, только желания» (Челябинск, 20.06.2013 г.), либо дать формальный ответ: «Здоровье – это основа для успешной профессиональной деятельности и личной жизни» (Петрозаводск, 6.09.2013 г.). Напротив, в группе психологов и психотерапевтов были получены результаты, свидетельствующие

щие об опыте рефлексии темы здоровья: «Опора на внутреннее "я" – главное, что я чувствую, сравнение (комфорт – некомфорт) – действие. Внимание к своим границам (поддержка, защита, если нужно). Умение отстраняться от сложностей, которые "не мне принадлежат". Разносторонняя жизнь: и работа, и личное пространство, и близкие, и друзья, и творчество, и путешествия. В ответ на потребности тела – действия (например, желание больше двигаться на фоне "сидения на стуле" – бассейн). Разрешение не быть, иногда, умелой в этом вопросе» (Москва, 10.06.2013 г.).

В ряде анкет прослеживалось пассивное отношение к задаче поддержания здоровья (даже при наличии осознания неблагополучия): «Думаю о своем здоровье, но ничего не предпринимаю для того, чтобы что-то исправить. То нет времени, то денег. Учитывая букет моих заболеваний и состояний, напоминаю старушку, которая все время ворчит и ноет: то там болит, то здесь» (Бишкек 26.06.2013 г.). «Я чувствую себя обычно позитивно и на здоровье внимания не обращаю. Думаю о текущих делах и планах на будущее. Выгляжу хорошо. И еще думаю, что это дано свыше, никогда не кончится, со мной ничего не случится» (Суздаль, 13.03.2014 г.); «Уповаю на хорошую наследственность. Мне с ним комфортно. Умею с ним договариваться. Не слишком его опекаю. Иллюзия обратимости болезни. "Пока не подводит". Займусь, когда прижмет. "Брошу" с понедельника» (Москва, 10.06.2013 г.).

18,9% респондентов представили образ своего здоровья («на что похоже Ваше здоровье») и называли «бабочку» (Москва, 10.06.2013г); «белое, пушистое облако. Чистый родник. Белоснежные горы. Горный воздух. Алые тюльпаны. Свежий, пахнущий хлеб. Зеленый сад: яблоки, абрикосы, черешня, груши.» (Бишкек, 26.06.2013 г.); «мое здоровье похоже на Пик Ленина: ледники тают, уменьшаются, как и моя жизнь», «образ лошади» (Бишкек, 31.03.2014г.); «спокойное синее море и яркое солнце над ним» (Владивосток, 18.03.2015г.); «на цветок, растущий далеко от людей», «на большого, сильного слона» (Москва, 05.03.2015 г.). В некоторых анкетах были рисунки: смайлики, ромашки, солнце.

Заключение. Проведенный анализ представлений медицинских работников о своем здоровье показал, что образ здоровья феноменологически включал бодрость, позитивные эмоции, высокую работоспособность в сочетании с мотивацией на продуктивную деятельность, наличие планов на будущее, контакты с близкими, выражающиеся преимущественно в заботе о своей семье, и активную заинтересованность в уходе за своей внешностью. Был обнаружен дефицит стратегий заботы о своем здоровье, что подтвердило результаты предыдущих исследований (Беляева 2013:43–47). Практически не встречались примеры рефлексии отношений с пациентами как важного аспекта поддержания здоровья, в то время как исследование ожиданий медицинских работников при выполнении профессиональной деятельности (Беляева 2013:26–31) выявило приоритет ожиданий взаимопонимания, сотрудничества, доверия.

По-видимому, работу по формированию поведения, направленного на сохранение здоровья, целесообразно начинать с медицинских работников. Использование методики «Образ моего здоровья» позволяет привлечь внимание специалистов к теме собственного здоровья, имеет диагностическое и терапевтическое значение, способствует формированию более реалистической установки в профессиональной деятельности. На следующем этапе исследования мы планируем продолжить работу по данной методике в группе людей, живущих с ВИЧ.

Литература и источники:

Александровский Ю.А. (1976) *Состояния психической дезадаптации и их компенсация*, М., Наука, 272 с.

Беляева В.В., Покровский В.В., Беляев В.С. (2012) Симметричный подход к формированию саногенного поведения в контексте ВИЧ-инфекции. *Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы*, №3, с. 65–69

Беляева В.В. (2013) *Эмоциональное выгорание медицинских работников. Предпосылки и практики профилактики*, LAP Lambert Academic Publishing, 92 с.

Каган В.Е. (1993) Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? *Вопросы психологии*, №1, с. 86–89

Ладная Н.Н., Козырина Н.В., Покровский В.В., Соколова Е.В., Скляная Е.А., Козырев О.А. (2008) Вертикальная передача ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в 1987–2006 гг. *Эпидемиология и инфекционные болезни*, №3, с. 24–28

Лурия Р.А. (1977) *Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания*, 4-е издание, М., Издательство «Медицина», с. 37–52.

Покровский В.В. (ред.) (2013) *ВИЧ-инфекция и СПИД: Национальное руководство*, М., ГЭОТАР-Медиа, 608 с.

Покровский В.В., Юрин О.Г., Кравченко А.В., Беляева В.В. Канестри В.Г., Афонина Л.Ю.: (2014) Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией. *Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы*, вып. 6 (приложение), 28 с.

Покровский В.В. (ред.) (2015а) *Избранные лекции по ВИЧ-инфекции*, М., ГЭОТАР-Медиа, 512 с.

Покровский В.В. (2015б) Стратегия выживания. *Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы*, №1, с. 4–9.

Смирнов В.М., Резникова Т.Н. (1983) *Основные принципы и методы психологического исследования внутренней картины болезни*, Л., Издательство «Медицина», С. 38–61.

Стрельченко А.Б. (2012) *Быть здоровым: искусство, наука, судьба?* URL: http://www.ozdr.ru/bud_zdorov.html (дата обращения – 09.06.2015).

Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения, URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf?ua=1> (дата обращения – 09.06.2015).

Montaner J.G. (2011) Treatment as prevention – a double hat-trick. *Lancet*, Vol. 278, No. 9787, pp. 208–209.

Summary: The article substantiates the expediency of health-centric bilateral approach to formation of desirable behavior in the context of HIV infection. Objectives of prevention and treatment of the disease are analyzed from the point of view of reflecting on one's views about his/her health. We present the results of completing the technique «Image of my health» by medical professionals working with HIV-patients. The article provides data indicating the deficit of awareness of one's health, a passive attitude among professionals towards its conservation, reliance on external signs. Reflections of the image of health by health workers are considered in the article as a basic condition for establishing an effective dialogue with people living with HIV on prevention and treatment of disease.

A clinical case demonstrates the importance of a dialogue, which promotes awareness of the causal relationship between receiving treatment and maintaining quality and quantity of life in the context of HIV infection.

Key words: medical workers, inner image of health, patients, HIV-infection, prevention, treatment, adherence to treatment

Готлиб А.С.

АФФИЛИАЦИЯ ВОКРУГ ПАЦИЕНТА В РОССИЙСКОМ РЕГИОНАЛЬНОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ: ОПЫТ АВТОЭТНОГРАФИЧЕСКОГО СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Аннотация: Статья посвящена проблеме аффилиции врача с родственниками пациента, вписывающейся в общую проблематику нарративной медицины – нового направления медицинских практик, развивающегося в последние годы в США. Анализируется введенное Р. Шерон понятие «нарративная компетентность», а также ее важнейший элемент – «нарративные навыки». Рассматривается структура нарративных навыков и, в частности, способность врача создавать различные аффилиации как определенный итог развития двух других навыков: Внимания и Презентации. Представляется опыт качественного социологического автоэтнографического исследования аффилиации врача с родственником в региональном онкологическом Центре.

Ключевые слова: нарративная медицина, субъективный смысл болезни, нарративная компетентность, нарративный навык, аффилиация, автоэтнография

Проблема аффилиации, т.е. создание врачом сообщества (или сообществ) вокруг пациента в западной научной литературе рассматривается в рамках проекта нарративной медицины как специфического направления медицинских практик, успешно развивающегося сегодня, прежде всего, в США в каче-

стве дополнения к биомедицинской модели. Скажу несколько слов о специфике этого проекта, основные идеи которого только начинают осмысливаться в западной и отечественной философии медицины и медицинской антропологии, отставая от самих нарративных медицинских практик (Cheron 2006; Garro 1994; Klieman 1988; Дернер 2006; Лехциер 2009).

Основная идея нарративной медицины, как ее понимает идеолог этого направления американский исследователь и врач Рита Шерон (Cheron 2006), состоит в *преодолении «конфликта интерпретаций»* (в терминологии П. Рикера) между субъективными смыслами, которыми хронические больные наделяют свою болезнь, и теми объективирующими терминами, на которых «разговаривает» медицинская наука; а также в использовании субъективных смыслов в медицинских практиках. В нашем сегодняшнем «обществе ремиссии» (Frank 1997), с его процессом хроникализации болезней, обостряется проблема *жизни с болезнью*, периодически рецидивирующей и серьезно влияющей на жизнь больного в целом, когда «болезнь срастается с биографией, принудительно структурируя бытие человека в мире» (Лехциер 2011:47).

Современная биомедицина, для которой пациент – лишь объект приложения научных знаний, объект специфических манипуляций, абсолютно глуха к этой проблеме, к тем смыслам, которыми хронические больные наделяют свою болезнь, в конечном итоге к экзистенциальному и социальному ее контекстам. Собственно говоря, нарративная медицина как раз и призвана «исправить» этот порок биомедицины, сокращая масштабы ее дегуманизации, одновременно существенно влияя на скорость и результаты лечения. Аффiliation вокруг пациента рассматривается Ритой Шерон как важнейший компонент *нарративной компетентности врача* (термин впервые введен ею), обладание которой является важнейшим условием реализации медицинских нарративных практик. В самом деле, для того, чтобы учитывать в практике лечения субъективные смыслы болезни, надо суметь их получить в процессе коммуникации «врач – пациент», или в коммуникации «врач – родственники пациента». Вместе с тем, наши исследования показывают, что в

России преобладающим является «нерасказывающее» поведение пациентов о чем-то поверх своих физиологических ощущений, их нерожденные нарративы (Готлиб 2012). Самый распространенный мотив такого поведения, по данным нашего исследования – *отсутствие привычки* (практики) рассказывать врачу о своих чувствах, переживаниях, о влиянии болезни на жизнь в целом: это характерно для 85,0% «молчащих»¹. Мотив, сам вытекающий результатом торжества биомедицинской модели в отечественной медицине, следствием негласных конвенций, установившихся между врачом и пациентом: «Вы не спрашиваете, мы не отвечаем». В этой ситуации врач должен обладать определенным уровнем нарративной компетентности, позволяющем ему стимулировать производство нарративных практик пациента (или его родственников) и понимание субъективных смыслов конкретного хронического больного.

Концепт «компетентность» с позиции известного британского психолога, автора книги «Компетентность в современном обществе» Джона Равена, (Равен. 2002), представляет собой специфическую способность личности, необходимую для конкретной предметной области. Так понимаемая компетентность по Д. Равену включает в себя следующие компоненты: узкоспециальные знания, навыки, способность мышления, понимание ответственности за свои действия. В рамках такого подхода термин «нарративная компетентность» представляет собой такое качество личности врача, которое позволяет стимулировать и использовать в своих медицинских практиках субъективные смыслы больных, произведенные ими в личных нарративах в рамках взаимодействия «врач-пациент». Структурируя по Д. Равену нарративную компетентность, можно выделить следующие ее составляющие: знание о нарративной медицине, ее назначении и функция как дополнения к естественно-научной модели дисциплины; нарративные навыки (их подробно описывает Р. Шерон); специфическое мышление, позволяющее выстраивать причинно-следственные связи из нарративов пациентов; понимание этической стороны коммуникации «врач-пациент»; ответственность за свои настоящие и будущие действия.

Р. Шерон, анализируя *нарративные навыки*, выделяет их следующую структуру: *Внимание, Репрезентация и Аффiliation* (Cheron 2006). Здесь навык «Внимание» рассматривается в продолжение идей известного французского философа Э. Левинаса как «дар внимания», «дар присутствия», как «наполнение личным страданием пациента», «опустошение себя как наполнение смыслом другого». Навык «Репрезентация» есть письменное запечатление врачом своих чувств, переживаний относительно больного, свидетелем страданий которого он является (понятие свидетельствования здесь имеет этический смысл – близость к больному и потому обладание нарративным знанием страданий пациента), результат использования внимания, выраженный на простом, неспециализированном языке в личном дневнике. *Аффiliation как третий нарративный навык* означает *способность врача к этическому и терапевтическому объединению вокруг конкретного больного людей, связанных с ним особой этической и терапевтической ответственностью*. В частности медицинских и социальных работников, а также родственников больного и, возможно, его друзей, коллег. Говорит Шерон и об аффiliation «врач-пациент».

Следует сказать, что аффiliation, то есть создание партнерских сообществ разного рода, Р. Шерон рассматривает *как некоторый итог, результат действия* двух других нарративных навыков: «Разделяемые нами нарративные акты заставляют нас объединяться в продуктивные диалогические пары медицинского ухода с пациентами и в профессиональные группы с коллегами» (Cheron 2006:149). Здесь нарративные акты – это «Внимание» и «Репрезентация» – создают «спиралевидное движение к аффiliation» (Cheron 2006:149). Спиралевидное в той мере, в какой врач «вкладывая в себя уникальную ситуацию пациента» (через Репрезентацию своих мыслей и переживаний по поводу болезни в личном дневнике), делается способным лучше улавливать смысл слов, чувств и поступков, одновременно «приобретая больше возможностей проявить Внимание к пациенту при следующей встрече» (Cheron 2006: 150). Шерон пользуется также понятием «контакт». Ссылаясь на известного психоаналитика Дональда Мосса, она пишет, что контакт в своем высшем про-

явлении означает «ощущение, что вне зависимости от того, что ...будет сказано, доступ к объекту утрачен не будет» (Cheron 2006:150). В противном случае может наступить опустошение, «разъединение каналов связи» (Cheron 2006: 150). Р. Шерон идет дальше, рассматривая аффилиацию как путь к главным целям медицинских практик: «Мы убеждены, что медицинские показатели придут в норму, если между врачом и пациентом налажен контакт, который включает в себя точно сформулированные доктором Моссом понятия веры, экзистенциальной безопасности, устранения опустошения» (Cheron 2006: 150).

Аффилиация врача с родственниками больного представляет собой создание этико-терапевтического сообщества вокруг больного, члены которого связаны друг с другом этическими, моральными обязательствами, но преследуют одновременно и терапевтическую цель – лечение больного. Здесь родственники являются источником заботы о больном человеке, оказывая ему, прежде всего, психологическую помощь, но одновременно и участниками лечебного процесса, заинтересованными в качестве и эффективности лечения.

Мое вынужденное (навязанное болезнью мужа) эмпирическое исследование в *жанре автоэтнографии* посвящено описанию несостоявшегося опыта аффилиации с врачом вокруг мужа, который в течение года несколько раз и подолгу лечился в региональном онкологическом Центре. Кратко скажу об автоэтнографическом исследовании как определенном – радикальном типе качественного социологического исследования. Этот довольно редкий в отечественной социологической практике жанр представляет собой такую исследовательскую практику, когда субъект и объект исследования физически сосуществуют в одном лице. Автоэтнография – всегда сопряжение личности исследователя и культуры, к которой он принадлежит, всегда соотнесение индивидуального опыта и социального контекста, всегда попытка заглянуть внутрь, чтобы сделать обобщения. Социолог здесь «внимательно вглядывается в себя, через этнографические линзы, чтобы сосредоточиться в конечном итоге на социальных и культурных аспектах личностного опыта» (Ellis, Vochner 1994:148). При этом исследователь как объект

исследования «интересен прежде всего своим дорефлексивным опытом, конструктами первого порядка с помощью которых он, как и другие люди, совместно с другими людьми конструирует окружающий мир как само собой разумеющийся, непроблематичный» (Готтлиб 2004:188). Здесь все психические переживания как бы сплетены с вещами мира. В этой ситуации эмоциональный опыт не «видит» себя и потому выражается на нормальном языке человеческого общения. Социолог как субъект исследования, ориентированный на изучение самого себя в социальном контексте, напротив, обречен на рефлексивность, на положение вне собственного эмоционального опыта. Способ, который я использовала в своем автоэтнографическом исследовании – лейтмотивное интервью с самой собой².

Анализ транскрипта интервью показывает, что врачи онкологического Центра в целом не владеют навыком создания из родственников своеобразной «группы поддержки», не видят в этом смысла и пользы. Родственники рассматриваются здесь, с одной стороны, как «лишние» люди, мешающие отправлению различных медицинских манипуляций, с другой – как носители инфекций и, соответственно, как угроза больному. Мне пришлось в буквальном смысле придумывать разные хитрости, искать лазейки в лабиринте коридоров Центра, чтобы тайком проникнуть в отделение – охрана стояла насмерть. Однажды, схваченная охраной, я была как важная преступница доставлена к начальнику охраны, который выслушав меня, дал все-таки пропуск на одно посещение. А потом «идешь по коридору, голова опущена и в голове только одна мысль, как бы не заметили сестры (или были бы благосклонны ко мне), как бы не встретить врача, который обязательно выгонит».

Врачи Центра избегали встреч и разговоров с родственниками под любыми предлогами, объясняя это, прежде всего, занятостью. Лечащий врач начинал свой разговор со мной по телефону (хоть таким способом я пыталась пробиться) со следующей фразы: «У меня есть три минуты, что там у Вас?»

Нежелание разговаривать с родственниками, как показал анализ, подпитывается и убеждением, что медицинские технологии родственникам, непрофессионалам, знать необязательно:

«Я не буду вам рассказывать, Вы все равно не поймете» (зам. главного врача Центра). Рассказывая мужу и мне с сыном о своем решении делать уникальную операцию, доктор говорил нам: «Я должен был бы вас выгнать, это не ваша жизнь, а его, и он должен принимать решение». И опять не объединение близких людей вокруг пациента, а разъединение, как будто болезнь мужа, отца не отдается невыразимой болью у всех членов семьи, не разрушает и их жизненные планы, не меняет сложившийся уклад семьи.

Мой прежний советский опыт пребывания в больницах в качестве и пациентки, и родственницы, да и опыт исполнения роли родственницы в других больницах города еще и сегодня показывает, что к родственникам пациента медицинский персонал всегда относился узко утилитарно, рассматривая их в качестве бесплатной рабочей силы, как замену вечно не хватающим в больницах нянечкам. Фактически происходил обмен между медицинской институцией, чьи интересы выражали врачи, и родственниками пациента: обмен возможности родственникам быть рядом с больным на простые бытовые операции по поддержке чистоты помещения и уходу за больным (часто не только своим, но и другими, нуждающимися в уходе), которые они должны были выполнять. Обмен, на который родственники больного с удовольствием соглашались, даже добивались этого, рассматривая такую ситуацию как единственную возможность помочь близкому человеку. Можно сказать, что дефицит младшего медицинского персонала в советских и российских больницах вынуждал к аффилиации родственников вокруг пациента в ситуации стационара – такая *«вынужденная» аффилиация*. Вместе с тем, надо сказать, что это одновременно и *ограниченная аффилиация с врачом*, отсутствие реального партнерства: и в этой ситуации врачи в массе своей неохотно идут на разговоры с родственниками больного, не стремятся рассказать (обсудить) выбранные лечебные тактики, их возможные последствия, хотя возможностей «поймать» врача и поговорить с ним в этих обстоятельствах, конечно, больше.

Сегодня, как показал анализ, ситуация резко меняется. В хороших медицинских учреждениях, оснащенных современным

медицинским оборудованием, использующих современные медицинские технологии, не испытывающих дефицита младшего медицинского персонала, обеспечивающих больных хорошим питанием (а региональный онкологический Центр, о котором идет речь, относится как раз к таким учреждениям) не существует «вынужденной» аффилиации вокруг больного. В родственниках как рабочей силе уже никто не нуждается: «Мы все можем делать сами», – слова зам. главного врача Центра звучат как слоган такой ситуации. Правда, в редких случаях, как показывает транскрипт интервью, отголоски «советского» сознания нет-нет да и проявляются: буфетчица, разносившая обед по палатам, увидев меня, принялась отчитывать: «Что это вы не идете за едой, зачем вас сюда пускают, вот за этим и пускают». И все-таки, практическое отсутствие пусть «вынужденной» и ограниченной аффилиации в онкологическом Центре привело к полному отсутствию аффилиации родственников с врачом вокруг пациента вообще. Налицо центристская позиция врача с ее медицинской властью, этой позиции присущей. Родственники здесь превращаются в «бедных родственников», вынужденных искать всякими правдами и неправдами (и практически не находить) милости общения с врачом, добиваться (разными способами) его внимания.

К сожалению, а может быть, к счастью, благожелательное отношение к родственникам, готовность общаться с ними, обсуждать процесс лечения, практически превращая их в партнеров, доверяющих врачу, сегодня является, скорее, личностной чертой врача, характеристикой его отношения к людям, и потому встречается довольно редко. Только в одном из трех отделений, где находился муж, я встретила врача, для которого характерно такое поведение. Вместе с тем, способность к объединению родственников с врачом вокруг пациента как нарративный навык должна стать неотъемлемым элементом профессионализма врача, значимой составляющей его нарративной компетентности. Наше исследование субъективных смыслов болезни, о котором я уже говорила, показало, что весьма распространены в сознании хронических пациентов такие негативные смыслы как: «вина перед родными и близкими» (24,4 % опрошенных);

«унижение как пространство формирования чувства неполноценности и негативной идентичности» (11,2% опрошенных); ощущение одиночества и непонимания» (9,1%); «социальное исключение, выпадение из привычного круга общения» (6,4%) (Готлиб 2012). Снятие напряженности, связанной с этими смыслами, ослабление их действия осуществимы только в случае, когда врач медицинского учреждения, объединенный с родственниками в одно «сообщество поддержки» больного, окружают его заботой, помогая больному жить достойно в тяжелой ситуации болезни. Императив такой аффилиации тем более важен, что в российских больницах практически отсутствуют психологи, столь необходимые в ситуации тяжелой и продолжительной хронической болезни: находясь в онкоцентре весьма продолжительное время, я никогда не встречала психолога, беседующего с больными. Пациенты Центра вынуждены были сами справляться (многие и не справлялись) со своими страхами и опасениями, страданиями и болью.

Понятно, что знание и развитие навыка аффилиации врача с родственниками вокруг пациента не возникает само по себе. Нарративной медицине надо обучать в медицинских университетах, на курсах повышения квалификации врачей. Наше исследование 2012-го года показало, что студентов Самарского медицинского университета до сих пор готовят исключительно как медицинских технологов: студенты практически ничего не слышали о нарративной медицине, о субъективных смыслах болезни и необходимости их учитывать в медицинских практиках; их не обучают навыкам нарративной компетентности – Вниманию, Презентации и Аффилиации (Готлиб 2013).

Конечно, в ситуации бедственного положения российской медицины, находящейся в состоянии перманентного реформирования и снижения объема финансирования, проект нарративной медицины кажется довольно экзотичным. Вместе с тем, это не так. Полагаю, что необходимо продвижение идеи «разговаривающей медицины», развитие у студентов медуниверситетов и практикующих врачей навыков нарративной компетентности, с необходимостью «работающих» на результаты лечения. Дорогу осилит идущий.

Примечания:

¹ Исследование, поддержанное грантом РФФИ, проводилось в 2009–2010 гг. в Самарском государственном университете под руководством автора. Объект исследования – хронические больные Самары. Объем выборки составил 600 человек.

² Следует сказать, что технически я это делала точно так же, как беру интервью у информантов: использовала диктофон, а потом транскрибировала полученный рассказ. Такой во временном измерении более затратный способ я выбрала потому, что боялась, что *письменная речь* у меня, много пишущего человека, сама по себе непроизвольно спрямит, сгладит, отошьет в грамматически верные словесные формы, выстроит по правилам, то есть забьет спонтанность *устного рассказа*, не даст проявиться эмоциональному ряду, точнее схватывающему опыт переживания человеком своей жизни.

Литература и источники:

Готлиб А.С. (2004) *Качественное социологическое исследование: познавательные и экзистенциальные горизонты*, Самара, Универс-грupp, 447 с.

Готлиб А.С. (2012) Субъективные смыслы болезни и их реализация в медицинских практиках. *Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине*. Сборник научных трудов, Самара, Самарский госуниверситет, с.169–192.

Готлиб А.С. (2013) Нарративная компетентность будущих врачей как социальная проблема. *Сборник статей. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием: «Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития» 19-20 сентября 2013г.* Электронное издание ISBN 978-5-904-804-03-9.

Дернер К. (2006) *Хороший врач*, М., Алетейя, 335 с.

Лехциер В.Л (2009) Субъективные смыслы болезни: основные методологические различия и подходы к болезни. *Социологический журнал*, №4, с.22–40.

Лехциер В.Л (2011) Нарративный поворот в медицине: терапевтические практики, этические сообщества. *Экзистенция*, Рига, ЕЕФАЕТ (Восточно-Европейская Ассоциация экзистенциальной терапии), № 6, с. 28–41.

Равен Дж. (2002) *Компетентность в современном обществе. Выявление, развитие и реализация*, М., Когито-Центр, 281 с.

Charon R. (2006) *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, NY, Oxford University Press, 480 p.

Ellis C., Bochner A.P. (1994) Autoethnography, personal narrative, reflexivity. Denzin N. and Lincoln Y. (eds.). *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, CA, Sage, 16–28 p.

Frank, A. (1997) *Wounded Storyteller: body, illness, and ethics*, Chicago, University Of Chicago Press, 401 p.

C. Garro, L. (1994) Narrative representations of chronic illness experience: cultural models of illness, mind, and body in stories concerning the Temporomandibular Joint (TMJ). *Narrative Representations of Illness and Healing. Social Science & Medicine*. Volume 38, Issue 6, 775–788 p.

Kleinman, A. (1988) *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*, NY, Basic Books, 284 p.

Summary: The article is devoted the problem of affiliation of a doctor with the patient's relatives, included in common problems of the narrative medicine – the new direction of medicine practices, which have been developing over the last few years in USA. The term «narrative competence» is analyzed (R.Cheron), as well as its important element «narrative skills». Narrative skills' structure is analyzed, and, in particular, the doctor's ability to create different affiliations as the result of development of two other skills: Attention and Representation. The article represents the experience of qualitative autoethnography's sociological research of doctor's affiliation with relatives in Russian Regional Oncological Centre.

Keywords: narrative medicine, sense of illness, narrative competence, narrative skill, affiliation, autoethnography

Гришечкина Н.В.

МЕДИАФОРМЫ КОММУНИКАТИВНОГО ПРОСТРАНСТВА ПАЦИЕНТА

Аннотация: Современная медиасреда характеризуется интерактивностью, возможностью для пользователя создавать свой собственный контент, активно участвовать в коммуникативном процессе, полинаправленностью коммуникативных потоков. Социальные медиа – это вид массовой коммуникации, в которой участники создают, распространяют и обмениваются ин-

формацией и идеями в виртуальных сообществах и сетях. Развитие социальных медиасистем затрагивает и институт медицины. В институциональном поле медицины данный процесс характеризуется возникновением новых форм организации деятельности (телемедицина, Интернет-медицина, электронное здравоохранение). Социальные медиасистемы качественно изменяют процесс производства и распределения информации о болезни, размывают четкую дифференциацию между публичным и приватным пространством болезни, влияют на его общую конфигурацию. Социальные медиа предоставили платформу для людей в состоянии болезни, которая позволяет им получать и обмениваться информацией. Они меняют характер взаимодействия врачей, пациентов и других субъектов здравоохранения. Это взаимодействие характеризуется активным участием пациента в терапевтическом процессе, наличием постоянной социальной сетевой поддержки, быстрой передачей информации и открытым двусторонним диалогом.

Ключевые слова: медиакommunikация, врач и пациент, модели взаимодействия врача и пациента, Интернет-медицина, электронное здравоохранение, телемедицина, мобильное здравоохранение, социальные медиа, e-пациент, медиаформы коммуникативного пространства пациента

Современные технологии создают принципиально новые возможности для медицины. Их внедрение в практику здравоохранения стремительно изменяет как способы диагностики и лечения, так и формы взаимодействия врачей с пациентами и друг с другом, организацию лечения и восстановления здоровья. Применение современных информационных и биомедицинских технологий в пространстве медицины приводит к возникновению новых социальных институтов и моделей коммуникации, пересмотру традиционной системы ценностей, улучшению качества жизни человека. На данный момент можно говорить о системных изменениях в сфере медицины, которые требуют объективного анализа. Как отмечают Stewart M. и др. (Stewart 1995:17), современная медицина подвергается радикальному

преобразованию, которое требует радикальных изменений способов осмысления роли врачей и пациентов.

Медиакоммуникации в современном обществе являются одним из основных средств передачи информации. Определить медиакоммуникацию можно как распространение (с помощью технических средств) между различными группами и индивидуумами специально подготовленных сообщений, представляющих социальную и личную значимость. Качественно трансформируя коммуникативное пространство, медиакоммуникации транслируют модели осмысления социальной реальности. Затрагивая все сферы жизнедеятельности человека, они, в том числе, становятся способом формирования социальных представлений о здоровье и болезни, механизмом решения медицинских проблем.

Начало XXI века ознаменовалось бурным развитием медиакоммуникаций в медицине, которые обеспечили возможность тесного общения пациента с врачом, врачей между собой и пациентов друг с другом независимо от территориального расположения, медицинского обеспечения, уровня развития инфраструктур. Сегодня более чем у 1,5 млрд. человек по всему миру есть аккаунты на сайте в социальной сети. Каждый пятый час, проведенный пользователем в Интернете, проводится в социальной сети (по данным исследования: Chui et al. 2012:1). Медиакоммуникация (сообщение, передача, от лат. *medium* – промежуточное, посредствующее, посредник) – это распространение (с помощью технических средств) между различными группами и индивидуумами специально подготовленных сообщений, представляющих социальную и личную значимость. Медиакоммуникации, помимо явных функций по информированию и развлечению аудитории, поставляют образы и способы осмысления различных объектов социальной реальности, в том числе, это касается социальных представлений о здоровье и болезни. Человек через коммуникацию погружается в различные формы понимания мира. Содержащиеся в ней курсы здоровья и болезни конституируют способы действия. Одним из наиболее интенсивно развивающихся видов медиакоммуникаций в современном обществе являются социальные

медиа. Социальные медиа – это вид массовой коммуникации, в которой участники создают, распространяют и обмениваются информацией и идеями в виртуальных сообществах и сетях.

Такие формы медиакommunikации как блог, социальные сети, он-лайн консультации и т.д. порождают новые модели интеракции врачей и пациентов, лечебных учреждений и других субъектов медицины и формируют новую среду взаимодействия, которая на данный момент практически не изучена. Представляя собой рискогенное пространство для здоровья человека, его социального, психологического и физического благополучия, медиакommunikации в сфере медицины требуют обстоятельного теоретического анализа с целью разработки практических правовых механизмов регулирования.

Медиакommunikации являются основой формирования в современной медицине системы электронного здравоохранения. В рамках электронного здравоохранения можно выделить несколько направлений развития медиакommunikаций в медицине.

Интернет-медицина. Интернет является глобальной медиасистемой, в которой участники создают, распространяют и обмениваются информацией и идеями в виртуальных сообществах и сетях. Интернет-медицина представляет возможность врачам, пациентам и другим субъектам медицины создавать свой контент, управлять информацией (вести дневник болезни, электронную карту болезни и т.д., создавать блоги, писать комментарии на медицинские статьи).

В информационном обществе Интернет-медицина играет все большую роль в процессе взаимодействия врачей и пациентов. Интернет-медицина и развивающиеся в рамках этого пространства формы коммуникации, естественно, не заменяют традиционные формы взаимодействия врача и пациента. Но возможности Интернета (предоставление пациентам информации, консультации с другим специалистом) способствуют принятию более взвешенных решений относительно своего здоровья.

Формирующаяся в нашей стране система электронного здравоохранения ориентирована, прежде всего, на пациентов, включенных в новое информационное пространство медицины

и способных к автономным действиям в нем. Таким образом, старая парадигма медицины индустриального общества, в которой медицинские работники рассматривались в качестве основного и единственного источника медицинских знаний и профессиональных навыков, постепенно уступает место новому мировоззрению информационного общества, в котором пациенты, а также их законные представители становятся полноправными участниками терапевтического процесса, наделенными правом принятия решений относительно своего здоровья.

Автономия пациента как конкретный вид автономии личности в современной медицине становится основанием любых взаимосвязей и отношений. Права на информированное согласие, на конфиденциальность, на отказ от лечения и т.д. являются выражением принципа автономии пациента, нарушение которых влечет за собой юридические санкции.

Реализация принципа автономии личности в современной отечественной медицине связана с преодолением патерналистических моделей взаимодействия субъектов медицины. Но если переход от патернализма к автономии в российском здравоохранении связан с длительным процессом формирования внешних (социально-экономических, правовых и т.д.), а главное внутренних факторов (сознание медицинских работников и пациентов, практики их поведения и т.д.), определяющих границы автономии, то ход данного процесса в Интернет-пространстве имеет совершенно иную динамику. Интернет-медицина является площадкой, где пациент изначально обладает максимумом автономии: он самостоятельно ищет информацию, получает консультации, анализирует информацию и принимает решение. Интернет-медицина представляет собой совокупность взаимосвязей и отношений, формирующихся посредством сети Интернет и связанных с проблемами здоровья и болезни. Автономия пациента – это изначальное условие функционирования Интернет-медицины, более того, можно говорить об абсолютизации права пациента на автономию в пространстве Интернет-медицины.

Телемедицина или, по определению ВОЗ, *медицинская телематика* является совокупностью методов предоставления

медицинской информации и оказания медицинских услуг, проведения онлайн консультаций и операций на расстоянии посредством использования спутниковой связи. Более расширенное определение дала ВОЗ (1997 г.), охарактеризовав телемедицину как медицинскую телематику через деятельность, услуги и системы, связанные с оказанием медицинской помощи на расстоянии, посредством информационно-коммуникационных технологий, направленных на содействие развитию здравоохранения, обучению, управлению и проведению научных исследований. В модельном законе «О телемедицинских услугах» дано следующее определение: телемедицина – это комплекс организационных, технологических и финансовых мероприятий, обеспечивающих деятельность системы оказания дистанционной консультационно-диагностической медицинской услуги, при которой пациент или врач, непосредственно проводящий обследование или лечение пациента, получает дистанционную консультацию специалиста-медика, используя современные информационно-коммуникационные технологии (Модельный закон о телемедицинских услугах 2010).

Мобильное здравоохранение или *mHealth* было определено ВОЗ как врачебная практика и практика общественного здравоохранения, поддерживаемые устройствами мобильной связи, такими как мобильные телефоны, устройства для наблюдения за состоянием здоровья больных, карманные персональные компьютеры (КПК) и другие устройства беспроводной связи (Мобильное здравоохранение 2013:6). Использование мобильных приложений в области медицины в настоящее время возможно в различных направлениях:

- для определения подлинности медицинского препарата;
- ведение статистики, учета медицинских показателей состояния здоровья пациента (например, кровяного давления, или при диабете). Это помогает самому пациенту отслеживать состояние своего здоровья и передавать информацию врачу;
- осуществление диагностики, например, для снятия кардиограммы путем приложения технического устройства к сердцу и возможность отправки данных своему врачу;

- возможность проводить первичные анализы в домашних условиях (в т.ч. анализ крови) и отправлять результаты врачу;
- онлайн-посещение врача.

Развитие перечисленных форм медиакоммуникаций в медицине характеризуется общими чертами, присущими медиакоммуникации в целом как явлению. Коммуникация в сфере здравоохранения повышает уровень информированности населения по вопросам здоровья, а также помогает осуществить выбор в пользу здорового образа жизни. Осуществление медиакоммуникации по вопросам здоровья оказывает влияние на принятие общественно-политических решений. Специфика медиакоммуникаций в медицине определяет изменения в моделях коммуникации врача и пациента. К основным особенностям медиакоммуникации относятся:

- конвергенция (сближение различных каналов передачи медицинской информации, технологий, используемых в процессе лечения, например, дистанционная хирургия);
- простой и расширенный доступ к информации в реальном времени;
- интерактивность (возможность для пациентов самостоятельно получать информацию, используя различные смысловые схемы, анализировать ее);
- обратная связь (возможность моментальной отправки и получения ответа, причем связь врача и пациента не ограничивается рамками приема, а выходит за их рамки).

Развитие различных форм медиакоммуникации в медицине порождает проблемы, требующие выработки правового механизма их регулирования. Специфика медиакоммуникации способствует стиранию границ между публичным и приватным, профессиональным и социальным. Репликация информации в Интернете делает практически невозможным ее удаление, а это порождает риски здоровью, репутации и т.д., что более усугубляется отсутствием правовых механизмов контроля качества медицинской информации в сети Интернет, а также актуализирует проблему конфиденциальности и защиты персональных данных и информации касающейся здоровья пациента. Обеспе-

чение ее конфиденциальности в пространстве Интернет-медицины затруднено не только юридически, но, прежде всего, технически из-за гибкости и масштабируемости виртуальной инфраструктуры.

Медиакоммуникации в медицине поднимают проблему получения информированного согласия пациента. Наиболее оптимальным вариантом является получение информированного согласия до осуществления идентифицирующих операций в системе и передачи персональных данных. Возникает также проблема юридической ответственности за возможные ошибки и перебои в работе информационных систем, что непосредственно влияет на качество оказываемых услуг в системе здравоохранения.

Медиакоммуникации, развивающиеся в рамках современного пространства медицины, естественно, не заменят традиционные формы взаимодействия врача и пациента. Но возможности медиакоммуникаций как платформы для формирования персонализированной медицины (предоставление пациентам информации, возможность консультации с другим специалистом) способствуют принятию более взвешенных решений относительно своего здоровья. Вполне естественно, что в информационном обществе медиакоммуникация будет играть все большую роль в процессе взаимодействия врачей и пациентов. Пространство медиакоммуникации будет только расширяться, поэтому уже сейчас необходимо анализировать происходящие в связи с этим изменения. И так как эти изменения касаются наиболее важной для человека сферы – сферы его здоровья, ими необходимо управлять и контролировать.

Использование социальных сетей для коммуникации врачей и пациентов показывает, как меняется ландшафт здравоохранения. Согласно исследованию, проведенному в 2010 году центром по разработке стратегий в сфере здравоохранения «Делойт» (*Social Networks in Health Care 2010:5*), применение социальных сетей можно увидеть в следующих случаях:

- поддержание здоровья и благополучия (например, WEGO и WebMD);
- ведение болезней (PatientLikeMe и Inspire.com);
- рекрутинг для клинических испытаний (iGUsard);

- персональные медицинские записи PatientsLikeMe и MedHelp;
- профессиональная подготовка медицинских работников (radRounds, Sermo и Ozmosis);
- анонсы общественного здоровья и кампании CDC совместно с DailyStrength и Sermo;
- лечение, выбор врача или больницы DailyStrength и FACEtoFACE.

Современные социальные медиа – это возможность пользователям, а в нашем случае – пациентам, создавать свой контент, управлять информацией (редактировать википедию, создавать блоги, писать комментарии на медицинские статьи). С развитием социальных медиа пациенты получили возможность общаться с аналогичными носителями заболеваний, проживающими в других странах и регионах, сравнивать лечебные методики и их результаты. Эти группы создаются на добровольных началах, а участники заранее извещены, что в ходе общения они получают, скорее, совет, как поступать в том или ином случае, чем официальную рекомендацию специалиста (Овчинников 2013:12). Таким образом, в структуре социальных групп максимально реализуется принцип автономии пациента, предполагающий его ответственность за наступившие последствия действий, поскольку, принимая то или иное решение, пациент демонстрирует только свое личное волеизъявление.

Социальные медиа предоставляют пациенту возможность быть анонимным, выступая под любым возможным псевдонимом (ником, аватаром), в процессе поиска значимой медицинской информации. Получая возможность консультироваться у специалиста, не идентифицируя себя, например, при социально дискриминируемых заболеваниях, пациент контролирует не только свое физическое состояние, но и социально-психологическое благополучие.

Одной из медиаформ коммуникативного пространства пациента в настоящее время является феномен, так называемого «е-пациента» (e-patient), то есть пациента, информированного о своем заболевании, активно участвующего в лечебно-диагностическом процессе и «держашего руку на пульсе» со-

временных методов диагностики и лечения. Один из примеров – это известный в социальных сетях е-пациент Дэйв деБронкарт. Когда Дэйв обнаружил, что смертельно болен редкой формой рака, он обратился к сообществу онлайн пациентов и нашел способ лечения, о котором не знал даже его доктор. Это спасло ему жизнь. Теперь он призывает всех пациентов общаться между собой, изучать свои истории болезней и делать личный вклад в развитие здравоохранения. Такие пациенты сами создают отдельные группы и сообщества, где обмениваются результатами исследований, делятся вопросами и сомнениями относительно назначенной терапии и выбранной лечащим врачом лечебной тактики. При этом пациентами активно обсуждается лечебная тактика, избранная специалистом для лечения того или иного заболевания.

Социальные медиа трансформируют взаимодействия врача и пациента, облегчая и расширяя доступ к информации. Они обладают следующими преимуществами:

- мгновенная обратная связь между участниками терапевтического процесса, пациентами, врачами;
- получение самой актуальной медицинской информации в реальном времени, что зачастую в ситуации тяжелого заболевания становится решающим фактором лечения;
- пациенты получают постоянный доступ к уходу через социальные сети;
- изменяются формы и механизмы доступа и распространения медицинской информации, она становится прозрачной для пациента, доступной на расстоянии для участников терапевтического процесса;
- наличие и поощрение двустороннего диалога между врачом и пациентом.

Социальные медиа предоставили платформу для человека в состоянии болезни получать и обмениваться информацией. Более того, сегодня эта платформа используется для создания сайтов поддержки неизлечимо больных людей. Еще одной медиаформой коммуникативного пространства пациента являются сейчас цифровые рассказы о болезни. В работе Mehring S.

«Надежда побеждает все: вдохновляющие истории любви и исцеления на CaringBridge» описана деятельность сайта CaringBridge, созданного как платформа для коммуникаций людей в состоянии болезни (Mehring 2013:7).

Пользователи сайта отмечают, что CaringBridge стал инструментом коммуникации во время болезни близкого человека, кроме того, они считают, что данная практика письма, в котором человек рассказывает о своей болезни, является терапевтической – «это было не просто письмо, это была терапия» (Mehring 2013:32). Цифровой рассказ, повествование о своей болезни, в работе Garro, L. C., Mattingly, C. «Нарратив как конструктор и конструирование» (Garro et al. 2000:30) один из наиболее эффективных способов придания смысла опыту болезни. Цифровое письмо является моделью социальной коммуникации, обладая характеристиками интерактивности, эта модель открыта для всех, кто желает принять участие, в нашем случае – в судьбе пациента. А решение пациента опубликовать историю своей болезни является, таким образом, медиаформой здоровьесодержащей коммуникации.

Подводя итог, следует отметить, что интенсивное развитие медиакоммуникаций и их внедрение в пространство медицины, наряду с позитивными изменениями, приносит дополнительные риски. В связи с этим необходима выработка принципов медиакоммуникаций в сфере медицины. Базовыми принципами эффективной коммуникации в сфере медиаздравоохранения являются:

- **Нейтральность и компетентность.** Медиакоммуникация в сфере медицины должна осуществляться на простом, доступном языке и основываться на экспертной поддержке.

- **Этичность и достоверность.** Вся информация должна подкрепляться результатами научных исследований или опытом, которому можно доверять.

- **Равноправность и доступность.** Эффективная медиакоммуникация в медицине должна обеспечивать равные возможности и доступ к ресурсам здравоохранения.

Литература и источники:

Модельный закон о телемедицинских услугах. (2010) URL:http://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=62130 (дата обращения 9.05.2015).

Мобильное здравоохранение. Новые технологии здравоохранения через технологии мобильной связи. (2013), Всемирная организация здравоохранения, 104 с.

Овчинников В.В. (2013) Телемедицина: проблемы правового регулирования. *Тихоокеанский медицинский журнал*, № 3, с. 12–15.

Chui M., Manyika J., Bughin J., Dobbs R., Roxburgh C., Sarrazin H., Sands G., & Westergren M. (2012) *The social economy: Unlocking value and productivity through social technologies*, McKinsey Global Institute, URL:

http://www.mckinsey.com/insights/mgi/research/technology_and_innovation/the_social_economy (дата обращения 5.05.2015).

Stewart M., Brown J.B., Weston W.W., McWhinney I.R., McWilliam C.L. and Freeman T.R. (1995) *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*, London: SAGE.

Social Networks in Health Care: Communication, collaboration and insights. (2010) The Deloitte Center for Health Solutions, p. 5 URL: https://www.ucsf.edu/sites/default/files/legacy_files/US_CHS_2010Social_Networks_070710.pdf (дата обращения 5.05.2015).

Mehring, S. (2013) *Hope conquers all: Inspiring stories of love and healing from Caringbridge*, New York, NY: Hachette Book Group.

Garro L. C., & Mattingly C. (2000) *Narrative as construct and construction*, Berkeley, CA: University of California Press.

Summary: The modern media sphere is characterized by interactivity, opportunity for the user to create his/her own content, to participate actively in communicative process, and by a variable orientation of communicative streams. Social media are a type of mass communication in which participants create, extend and exchange information and ideas in virtual communities and networks. Development of social media systems affects also institute of medicine. In an institutional field of medicine this process is characterized by emergence of new forms of the organization of activity (a telemedicine, Internet medicine, electronic health care). Social media systems qualitatively change process of production and distribution of information on an illness, lost borders between public and private space of an illness, influence its general configuration. Social media

provided a platform for people in a condition of an illness to receive information and communicate. They change nature of interaction of doctors and patients and participants of health care. This interaction is characterized by active participation of the patient in therapeutic process, existence of continued social network support, fast information transfer and open bilateral dialogue.

Keywords: media communication, doctor and patient, models of doctor–patient interaction, Internet medicine, electronic health care, telemedicine, mobile health care, social media, e-patient, media forms of communicative space of the patient.

Кожевникова М.

ПЕРЕЖИВАНИЕ «СВОЕГО» И «ЧУЖОГО» НА ПРИМЕРЕ МЕЖКУЛЬТУРНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Аннотация: В статье рассматривается бинарная оппозиция «свой – чужой» как теоретический конструкт и основа нашей классификации мира. Она играет также центральную роль в ситуации межкультурного контакта. В рамках межкультурной социальной работы взаимодействие социального работника и клиента, кроме привычных структурных и иерархических разниц, осложняет еще культурная дистанция и различие культурных кодов участников. В статье представлен ряд условий, которые необходимо соблюдать для достижения максимально успешного контакта с представителем другой культуры.

Ключевые слова: оппозиция «свой – чужой», межкультурный контакт, межкультурная социальная работа, межкультурная коммуникация, мигранты, культура, культурный шок, этноцентризм

Оппозиция «свой–чужой» как теоретический конструкт

Оппозиция «свой – чужой» лежит в основе нашей классификации мира. Это означает, что все, с чем мы встречаемся, мы подсознательно делим на «свое» и «чужое». Подобное деление существует как на индивидуальном, так и на групповом

уровне (группы возраста, этносов, нации, профессий, территориальные группы и т.д.). Проявление данной оппозиции на индивидуальном уровне указывает на ее биологическую основу: классифицирование происходящих явлений имеет защитный характер. Это, прежде всего, отделение безопасного, «своего» от того, что является «чужим», незнакомым и потенциально опасным. Инструментом такого различения на практическом уровне служит стереотип: аккумулярованное знание (часто фальшивое) как исходная точка в ситуации контакта с «иностью».

Как теоретический конструкт, оппозиция «свой – чужой» широко распространена в науке и является одной из главных бинарных оппозиций во многих научных дисциплинах: в гуманитарных науках о культуре, особенно в культурной антропологии и социологии, где определяет дистанцию между сторонами, находящимися в акте коммуникации. Ее особенное значение проявляется также в психологии, где важен процесс понимания и осознания своего отличия, которое возникает уже в детстве и становится первым шагом на пути построения собственной идентичности. Ее значение в гуманитарных науках как принципа, структурирующего знание индивида, описали в своем тезаурусном подходе Вал. А. Луков и Вл. А. Луков.

Оппозиция «свой – чужой» может быть рассмотрена на нескольких уровнях, где «чужой» означает все, что находится за пределами *orbis interior*. Необходимо подчеркнуть, что отделение «чужого» может быть связано с разным эмоциональным напряжением. «Чужой» – это, прежде всего, «нездешний», что не означает автоматически отрицательного очернения. Очень часто «чужие» были желанными гостями – как вестники будущего, посланцы богов (или их воплощения). Они представляли собой своего рода посредников с внешним миром, как в измерении горизонтальном (территориальном, географическом), так и вертикальном (контакт с потусторонним миром, духами предков, богами). Достаточно вспомнить, что именно такой подход индейцев к «чужим» облегчил конкистадорам в XVI столетии захват их территорий.

«Чужой» – это также «странный», «незнакомый», что означает познавательную дистанцию и невозможность понимания

(или общения). Другие значения «чужести» – это «ненормальный», то есть отклоняющийся от нормы, другой, необыкновенный, что может относиться к широкому спектру лиц, явлений и поведений. Например, «чужими» в этом смысле будут лица с ограниченными психическими или физическими возможностями, а также гении и люди, обладающие каким-либо талантом. Сюда же относятся и все те, кто живет «по-другому»: например, в условиях традиционной крестьянской культуры – это незамужние женщины, люди, не посещающие церковь и т.д. Наконец, «чужой» – это «зловещий», то есть опасный, грозный, страшный. И только в таком варианте слово «чужой» имеет однозначно отрицательный характер (при этом нельзя забывать о явлении восхищения опасностью и злом – *tremendum et fascinosum*). Примером отрицательного «чужого», у которого первоначальное «чужество» помножено в несколько раз – это фашистский солдат времен второй мировой войны, которого население польских деревень называло «чертом», «дьяволом». Наряду с национальной дистанцией и возникшей вследствие войны, была также добавлена окончательная дистанция: фашист – это уже не человек.

3. Бенедыктович создает на основе анализа различных этнографических источников следующую классификацию оппозиции «свой – чужой»: 1) люди – нелюди, 2) люди – животные, 3) говорящие – неговорящие, 4) «чужие» как связанные с тьмой и смертью, и 5) «чужие» как боги. В качестве иллюстрации первого пункта приведен пример многих африканских и индейских племен, а также эскимосов, у которых названия своей народности означают «люди» или «настоящие люди» – в отличие от соседей (Benedyktowicz 2000: 124). Свое дополнение данная оппозиция находит в оппозиции «люди – животные» через придание «чужим» признаков животных: их облика или поведения (мифы о происхождении некоторых народов или этнических групп от животных либо о слепоте их новорожденных, как щенят или котят) (Benedyktowicz 2000: 125–128, Bystroń 1995: 43–63). Самый близкий нам пример из третьего пункта представленной классификации – это название «Славян» (как владеющих словом) и «Немцев» (как немых, неговорящих)

(Benedyktowicz 2000: 128–130, Bystroń 1995: 71–72). «Чужим» приписываются демоничность, связи с подземным миром, а также хтонические черты, как то: физические дефекты, слепота, неприятный запах, патологии и т.д. И, наоборот: в народных представлениях о дьяволе он выглядит иностранцем, в иностранном наряде, говорящим с акцентом (Benedyktowicz 2000: 139–148, Bystroń 1995: 178–181). Приписывание «чужим» дьявольских признаков не исключает, а, скорее, дополняет представление о «чужих» как о богах. Это две стороны *sacrum* (*coincidentia oppositorum*).

Луков Вал. А. и Луков Вл. А. связывают оппозицию «свой – чужой» с идеей ценности и подчеркивают ее функциональный характер: «Свое – чужое (свой – чужой и т. п.) – наиболее определенное ценностное отношение, выполняющее функцию социальной ориентации. Оно изначально социально: свой – тот, кто принадлежит мне, свое – то, что принадлежит мне, но в то же время и в такой же мере свой – из того круга, которому принадлежу я, свое – из тех вещей, свойств или отношений, от которых завишу я (зависят моя безопасность, удовольствие, счастье и т.д.)» (Луков Вал., Луков Вл. 2008: 123) и далее: «Именно в парадигме свое – чужое воспринимают действительность человек, группа, сообщество» (Луков Вал., Луков Вл. 2008: 124).

Хотя в гуманитарных науках термин «бинарная оппозиция» в отношении к оппозиции «свой – чужой» очень распространен, некоторые исследователи, как, например, польский языковед Е. Бартминьский (Bartmiński 2007), не согласны с бинарностью этого конструкта. Они считают эту оппозицию градуальной и предлагают включение в конструкт слова «иной» в качестве эмоционально нейтрального. Некоторые, как З. Бенедыктович, полагают, что оппозиция «свой – чужой» – это «более богатая структура по сравнению со стереотипной бинарной оппозицией» (Benedyktowicz 2000: 192). Отмечая правоту такого суждения, я выступаю против усложнения этого теоретического конструкта. Градацию оппозиции «свой – чужой» можно получить через введение понятия «культурной дистанции» и его описания в данном контексте. Добавление понятия «иной» может нарушить внутреннюю связность и логику этой оппози-

ции, так как это слово не только нейтральное, но и имеет несколько отличное значение. В случае его включения будет отменено противопоставление «я» – «не я» и «мы» – «они», которое выражает не только эмоции, но и, прежде всего, факт создания собственной идентичности (индивида или группы) в отношении к «инаковости».

Встреча с «чужым»

Культурное отчуждение связано с использованием других культурных кодов. Собственный «язык культуры» существует не только у национальных и религиозных групп, но также и у социальных, возрастных, профессиональных групп и тд. Если участвующие в контакте стороны воспринимают себя взаимно как «чужие», тогда мы можем говорить о межкультурной коммуникации, условия которой отличаются от тех, какие возникают в ходе коммуникации лиц, общающихся в пределах одного и того же культурного кода. Наиболее важным условием, которое должно соблюдаться для того, чтобы коммуникация была успешной, т.е. чтобы стороны пришли к пониманию и приятию сообщения согласно намерению коммуникатора – это осознание «чужести» собеседника и нахождение общей площадки для взаимного контакта.

Межкультурный контакт имеет признаки как диалога, так и конфронтации, так как в ядре каждой культуры (в широком смысле, не только национальной культуры) лежат определенные ценности. Столкновение представителей разных культур – это встреча носителей разных ценностей, иногда даже взаимоисключающих. Не углубляясь в сложную задачу определения того, что на самом деле есть «культура», ограничусь только упоминанием двух авторов и сути их определений культуры, т.к. они представляют особую важность в данном контексте: К. Гирц называет культуру «сеткой значений», в которой существует человек, из чего следует, что исследование культуры будет всегда интерпретацией (Geertz 2005: 19). Г. Хофштеде (Hofstede 2000) называет ее коллективным «программированием ума», что подразумевает ограничение процесса мышления рамками одной культуры и невозможность отключения присвоенных норм данной культуры в столкновении с другой. Надо подчерк-

нуть, что эта модель, как и любая другая, является описанием некоей идеальной ситуации, которая редко существует в реальности в чистом виде. Соглашаясь с определением Г. Хофштеде, я хотела бы указать на значение механизма адаптации, который позволяет более или менее успешно обеспечить существование индивида в чужой культурной среде. Однако, если понимать, что культура навязана человеку, а не является результатом его выбора, то становится очевидным: любые столкновения с «чужим» требуют от всех сторон контакта отбросить собственный этноцентризм. Этноцентризм означает измерение других собственными мерками, убеждение в превосходстве собственной культуры над другими, в ее привилегированном месте по отношению к другим культурам, иногда даже в ее «естественном» характере.

Каждая встреча с «чужим» неповторима и происходит по-разному. Решающие факторы в этом процессе – это индивидуальные черты характера (открытость, склонность к диалогу, терпимость и т.д.) и культурная компетенция лиц, входящих во взаимный контакт, а также обстоятельства установления контакта. Они будут различными для туриста, исследователя-путешественника или же для мигранта. Фазы «культурного шока», переживаемые в ситуации столкновения с другой культурой – это: 1) нулевой этап, 2) медовый месяц, 3) культурный шок и 4) адаптация, интеграция или бегство (Chutnik 2007). Три первые точки являются общими для всех находящихся в условиях соприкосновения с иной культурой. Четвертый этап – «культурный шок» – это одновременно и результат межкультурного контакта альтернативного характера: либо адаптация к иным культурным условиям, либо бегство к тому, что воспринимается как «свое».

Правила межкультурного контакта

Для того, чтобы рассмотреть переживание «чужого» и «своего» в ситуации межкультурного контакта, возьмем пример из области социальной работы, а именно контакт социального работника с клиентом принадлежащим другой культуре.

Взаимоотношения между социальным работником и клиентом иерархические, а отличие культур еще больше осложняет

и затрудняет общение. Элементы, которые могут усиливать чувство отчуждения – это, прежде всего: 1) внешний вид (наряд, украшения, татуировки или наколки, традиционные головные уборы, и т.д.) и поведение (в т.ч. невербальные средства), 2) речь (чужой язык или язык с акцентом, сленг, диалект, язык определенной социальной среды, проклятия или применение непонятных для собеседника слов и т.д.) и способ общения (в т.ч. экспрессия, громкость, жестикуляция), 3) ценности и мировоззрение – передаваемые сознательно или бессознательно. Надо заметить, что культурная дистанция не всегда постоянна, она зависит от вида культур, входящих в контакт. Чем больше они похожи друг на друга, тем меньше дистанция и легче коммуникация. При этом культурная дистанция непосредственно не связана с географическими расстояниями. В большей степени она определяется историческим и религиозным развитием.

В самом акте межкультурной коммуникации важно осознавать другие значения вербальных и невербальных выражений в разных культурах: язык и жесты как условные знаки, которые, в зависимости от традиции, могут иметь различные значения (даже в пределах одного языка одно и то же слово может иметь разные коннотации в зависимости от среды использования и контекста). «Культурные различия, даже если они малозаметны, могут быть значимыми и решающими в контакте с чужими, если они касаются таких понятий как, например, концепция приватности, искренности и лояльности в межчеловеческих отношениях, а также ожидаемой и допускаемой психической и физической близости. Даже небольшие бихевиоральные различия, которые разделяют культуру гостей и хозяев, как, например, способ здороваться (или его отсутствие) за руку, а также жестикуляция и мимика во время приветствия, положение тела, тон голоса – все это становится источником напряжения в повседневном межчеловеческом контакте, а их неучитывание классифицирует индивида как чужого, одновременно создавая у него самого впечатление неадекватности своего поведения» (Chutnik 2007: 87). В подобном случае возникает взаимное чувство отчуждения, которое делает дальнейший контакт практически невозможным, потому что все происходит на подсознательном уровне и связано с сильными

эмоциями. Такое чувство неадекватности и отчуждения, в котором индивид обычно обвиняет окружение, но и сам понимает, что делает что-то «не так» и чувствует себя неполноценным, может быть преодолено только с помощью рефлексии и осознания культурных различий.

Еще одной «ловушкой» межкультурной социальной работы является тенденция «этнизации проблемы» клиента, только на основе того, что клиент принадлежит к иной культуре, или же противоположная ситуация, когда проблема культурного характера не будет опознана. В межкультурном контакте особенно важен баланс между этнизацией и игнорированием культурных различий.

Социальный работник должен признать культурное отличие своего клиента и его право на это отличие. Только осознавая различия, можно работать над эффективностью своей задачи (т.е. чтобы быть правильно понятым клиентом). Тем не менее, это взаимный процесс, так как у обеих сторон возникает взаимное, общее чувство отчуждения. Если трудности в общении появляются уже на начальном этапе коммуникации – осознание различий и неравенства обеих представленных культур – то есть вероятность того, что цель сообщения может быть не достигнута. Перед социальным работником стоит еще одна задача: переломить иерархичность контакта с клиентом. Она может негативно влиять не только на клиента, но и на самого социального работника как подсознательное внутреннее убеждение в правильности своего облика и большей значимости представляемой им культуры. Условием достижения взаимопонимания может быть преодоление чувства отчуждения посредством осознания того, что объединяет обе культуры.

В ходе контакта культурная дистанция может изменяться. По аналогии с приведенной выше моделью «культурного шока», конечным эффектом межкультурного контакта социального работника с клиентом (наряду с определяемым результатом, т.е. – оказанием помощи клиенту) может стать частичное усвоение «чужой» культуры, узнавание в ней некоторых элементов и ценностей, их положительная оценка или полностью противоположная реакция – непонимание и отрицание культуры клиента.

Заклучение

Оппозиция «свое – чужое», хотя и не существует исключительно на уровне национальности или этничности, но именно здесь находит наиболее яркое выражение. В эпоху глобализации и увеличивающейся мобильности населения мира встреча с «чужим» происходит практически повседневно. Но одно дело, когда этим «чужим» являются артефакты другой культуры, и совсем другое, когда в контакт вступают люди – приверженцы разных систем ценностей.

Межкультурная социальная работа – это лишь один из примеров такого активного переживания «своего» и «чужого». Она обладает своими особенностями, поскольку межкультурный контакт является здесь профессиональным. Стороны вынуждены общаться, находясь при этом в иерархических отношениях. Именно в этой области открывается множество аспектов переживания «своего» и «чужого», так как основывается она на глубоком психологическом взаимодействии и касается самого ядра любой культуры – сферы символики и жизненных ценностей.

Можно отдельно рассматривать вопрос переживания «своего» и «чужого» клиентом как мигрантом, находящемся в среде чужой культуры как доминирующей. Однако контакт социального работника и клиента основывается на иной конструкции, отличной от контакта клиента с окружением – помимо своего «профессионального» характера, он требует открытия личной сферы жизни клиента, что в ситуации межкультурного контакта происходит наиболее трудно.

Литература и источники:

Bartmiński J. (2007) Stereotypy mieszkają w języku. *Studia etnolingwistyczne*, Lublin: Wyd. UMCS, 360 с.

Burszta W. J (1998) *Antropologia kultury. Tematy, teorie, interpretacje*, Poznań Wyd. Zysk i S-ka, 188 с.

Bystroń J. S. (1995) *Megalomania narodowa*, Warszawa, 184 с.

Chutnik M. (2007) *Szok kulturowy. Przyczyny, konsekwencje, przeciwdziałanie*, Kraków: UNIVERSITAS, 143 с.

Geertz C. (2005) Opis gęsty: w poszukiwaniu interpretatywnej teorii kultury. *Interpretacja kultur. Wybrane eseje*, Kraków, 533 с.

Hofstede G. (2000) *Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, Warszawa, 384 с.

Stomma L. (1986) *Antropologia kultury wsi polskiej XIX wieku*, Warszawa, 186 с.

Szarota T. (1996) *Niemcy i Polacy. Wzajemne postrzeganie i stereotypy*, Warszawa 243 с.

Головлева Е.Л., Дубовицкий В.В., Женов М. (2006) *Основы межкультурной коммуникации*, М.: Издательство Московского гуманитарного университета, 168 с.

Лифинцев Д. (2004) Этические аспекты консультирования в социальной работе. *Развитие личности*, №4, с. 161—169.

Луков Вал. А., Луков Вл. А. (2004) Тезаурусный подход в гуманитарных науках. *Знание-Понимание-Умение*, № 1, с. 93–100.

Луков Вал. А., Луков Вл. А. (2008) *Тезаурусы. Субъектная организация гуманитарного знания*, М.: Изд-во Нац. ин-та бизнеса, 784 с.

Summary: The article dwells on the binary opposition “us” and “them” as a theoretical construct and basis for our classification of the world. It also plays a central role in the situation of intercultural contact. Within the frame of intercultural social work apart from traditional structural and hierarchic differences interaction between the social worker and the client is accentuated by the cultural distance and cultural codes of participants. The article presents a range of conditions which should be observed in order to achieve the most successful contact with a representative of another culture.

Key words: “us” and “them” opposition, cross-cultural contact, intercultural social work, intercultural communication, migrants, culture, culture shock, ethnocentrism

ДУХОВНО-РЕЛИГИОЗНОЕ ЦЕЛИТЕЛЬСТВО И НАРОДНО-МЕДИЦИНСКИЕ ЗНАНИЯ

Савельева Ж.В.

ПРАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ И ОТНОШЕНИЕ К МЕДИЦИНЕ В ИСЛАМЕ И ПРАВОСЛАВИИ

Аннотация: Статья посвящена исследованию религиозного знания о здоровье и болезни, отношения к методам лечения в официальной медицине. Важной для понимания особенностей отношения к здоровью представителей православной и мусульманской конфессий является проблема интерпретации болезни. В статье исследуются модели объяснения причин болезни, сценарии поведения больного и его близких в контексте религиозных систем. По религиозным источникам и интервью с исполнителями обрядов реконструирована последовательность действий для возвращения здоровья, поощряемые и недопустимые методы лечения. Представлена сравнительная характеристика оценок в отношении методов лечения конвенциональной и альтернативной медицины с точки зрения Ислама и Православия.

Ключевые слова: социология здоровья и болезни, медицинская антропология, Ислам, Православие, конвенциональная медицина, пророческая медицина, православная медицина

Широкий спектр постмодернистских концепций настаивает на изменении статуса медицинского знания в условиях поздней, рефлексивной современности. Медицина как институт нормализации и дисциплинарного контроля теряет монополию на тело и здоровье человека, индивид начинает активно использовать стратегии самоуправления, о чем свидетельствует распространение практик самолечения, интереса к неконвенциональной, альтернативной медицине, поиск истинного выздоровления посредством религии. В таких условиях медицина становится интердискурсивной, актуализируется вопрос о формиро-

вании новой гуманистической, соучаствующей модели лечения, в которой пациент из пассивного объекта превращается в активного, информированного субъекта, определяющего практики лечения. С учетом этого могут быть интерпретированы данные опроса общественного мнения ФОМ 2014 г., а он показал: 51% россиян относит себя к людям, которые предпочитают при плохом самочувствии лечиться самостоятельно; 32% – обращаются к врачу; 9% – прибегают к услугам нетрадиционной медицины (*Как лучше лечиться...*). Согласно данным того же центра: 64% россиян причисляют себя к православным (12% из них воцерковлены); 6% – к мусульманам (*Верит – не верит...*). Это позволяет утверждать, что для значительной части населения (20%) религиозные источники могут служить основанием для выбора вариантов исцеления.

Подход к категории «знание» и методологические принципы в данной работе обоснованы феноменологической традицией и перспективой социального конструктивизма в социологии. Информационной базой для реконструирования моделей лечения и отношения к медицине послужили религиозные источники (N=40), методом – качественный анализ текстов, дополненный полуструктурированными интервью с исполнителями культовых обрядов.

Сущность человека в Исламе и Православии составляет телесное и духовное начало. Душа в своем развитии преодолевает испытания на пути к божественному и в идеальном, предельном значении определяется как «дух». Различно представление о роли двух начал: если в Исламе гармония в человеческой жизни может быть достигнута посредством *уравновешенной* заботы о каждой части личности, необходимо «удовлетворять право своего тела на нормальное питание и занятие спортом» (Ат-Тантуи 2004:33), то в Православии – тело низшая часть человеческой природы, она является *сосудом, орудием* для души (Филимонов 1999:7).

Описываемые в источниках практики излечения тесно связаны с представлениями о причинах болезней. И в Исламе, и в Православии интерпретации причин болезни концентрируются вокруг следующих объяснений: болезнь как форма утраченного и предупреждения, болезнь как кара Бога за грехи, болезнь как

результат действий темных сил (в том числе Запада), болезнь как норма человеческой жизни (в Исламе), болезнь как дарованное Богом испытание и благодать, возможность очистить душу (в основном используется при объяснении концепта «смертельная болезнь»).

Официальная медицина расценивается как приемлемый способ лечения для верующего. Однако качественный анализ текстов показывает, что предписываемая логика поведения православного и мусульманина различна. «Если все врачи, к которым Вы обратились, не смогли оказать помощь, а принимаемые лекарства не действуют, тогда взывайте к Аллаху... Добиться выздоровления, принимая лекарство, которое прописал врач, весьма законно» (Ат-Тантуи 2004:51). Православному человеку, прежде всего, необходимо молиться об исцелении. Признание грехов, смирение и осознание зависимости от божественной воли должно предшествовать обращению к врачу. «Человек может облегчить свое состояние таблетками, лечебными процедурами, но излечить себя без обращения к Богу невозможно» (Соловей 1999:170). Лучшие средства лечения – молитва, посещение храма (Апраксин 1997:49), совершение православных ритуалов очищения (святых таинств – елеосвещения, причастия), и лишь затем – «врачество земное» (Авдеев 2001:71). Лечиться у врачей не считается греховным – «можно показать себя врачу», но до этого обращения следует раскаяться в грехах и пообещать исправить свою жизнь (Бочаров 2001:15), иначе действия врачей могут усугубить болезнь (Филимонов 1999:17). Медицина не может принести человеку полного здоровья: «Народ был бы гораздо здоровее, не прибегая к медицине, если бы уважал Закон Божий...» (Лисец 1999: 134).

В некоторых православных изданиях критикуется технократическая, биомедицинская модель отношения к человеческому телу, отсутствие сопереживания пациенту, учета духовно-нравственного начала личности, его ценностей и смыслов, коммерциализация медицины (Силуянова 2007:116), биомедицина упрекается в излишне медикаментозном подходе к лечению (Авдеев 2001:58). Соучаствующая модель взаимодействия врача и пациента считается неприемлемой. Православной сис-

темой принимается патерналистская модель с гуманистической направленностью, где врач выступает субъектом принятия решений, но при этом демонстрирует «участливое отношение», утешает пациента (Апраксин 1997:48).

В мусульманской литературе – ни в переводах арабских авторов, ни в книгах российских мусульман – отсутствуют негативные оценки практик и моделей официальной медицины.

Неконвенциональная медицина (народная медицина – знахарство и лекарство, народное целительство, в том числе биоэнерготерапия) отвергается представителями религиозных конфессий как способы лечения, что аргументируется связью данных практик с дьяволом и миром темных сил (джинов, бесов). «Для того, чтобы узнать свою болезнь, больному не разрешается идти к прорицателям, астрологам, претендующим на знание скрытного» (Харисова 2007:189). «...Забота о своем здоровье и здоровье своих близких стала ныне «объектом номер один» для агрессивной эксплуатации новоявленных «целителей». Множество людей доверчиво глотает не только любую информацию из дешевеньких книжек «Исцели себя сам», но и любые таблетки и пищевые добавки» (Берестов. 1999:3). Такая медицина негативно воздействует на душу человека, лишает его божественной благодати. В мусульманской литературе отказ от альтернативных практик объясняется отсутствием их научного обоснования «экспериментальными науками» (Ан-Тантуи 2001:131). В некоторых православных источниках дается ссылка на возможность использования методов народной медицины, гомеопатии. При этом особо подчеркивается опасность перехода к оккультизму и языческим практикам (например, разрешается лечение медом, запрещаются заговоры); восточная медицина и мануальная терапия получают неоднозначную, скорее негативную интерпретацию; полностью отвергается лечение предметами, камнями, металлами с приданием им мистических функций (Филимонов 1999:100; Бочаров 2001:24).

Отношение к спорту в православной литературе отрицательное: «Профессиональный спорт греховен по своей природе, так как входит в индустрию развлечения азарта и бизнеса» (Филимонов 1999:66). Кроме того, православному следует заботиться-

ся, прежде всего, о душе, а не о теле и его совершенствовании. На этом же основании негативное отношение к валеологии как науке, стремящейся любыми средствами продлить жизнь земную. В мусульманских источниках тело имеет право на заботу в той же мере, что и душа, поэтому поощряется спорт, особо выделяются благородные виды, связанные с жизнью Аллаха – «верховая езда, метание копья, борьба, состязание в беге, прогулки» (Харисова 2007:167). Права тела на человека определяют важность сексуальной жизни для мусульманина. Она не считается греховной, требующей подавления, она «творение и дар Аллаха» (Мельникова 2000:46). Уход за телом, его гигиена оформлены в систему норм (*фикх*). «Мусульманин их выполняет с радостью, удовольствием, потому что все эти деяния приближают его к Аллаху Всевышнему, являются актами поклонения» (Харисова 2007:162). В мусульманской литературе обращают на себя внимание многочисленные детализированные описания практик ухода за телом, волосами, ротовой полостью, режимов положения и процедур во время молитвы, сна, питания.

Обращение к эстетической медицине по поводу коррекции внешности запрещается в обеих религиях: тело дано Богом, пластический хирург действует по воле дьявола (Филимонов 1999:45), хотя в некоторых источниках содержится упоминание о возможности его изменения в случае явных уродств или травм.

Методы лечения психиатрии в православных источниках оспариваются, поскольку вопросы душевного здоровья должны решаться через религиозное поклонение и практики совершения таинств. В некоторых случаях причиной психического нездоровья, согласно православным взглядам, является нечистая сила (бесы): «Беснование, то есть овладение бесами сознанием, лежит в основе всех психических заболеваний, степень тяжести которых напрямую зависит от степени внедрения бесов в душевную структуру человека» (Вейник 1999:48), поэтому подобные проблемы должны решаться в церкви при участии священника. Так же в случае наркотической зависимости следует обращаться к религии, в церковь (Альтернативные методы, например, метод лечения Маршака, программа 12 шагов «Анонимных наркоманов», «Анонимных алкоголиков» отвергаются как сатанинские;

запрещено кодирование). «Наркотики стали тем оружием от лукавого, которое он стал все чаще использовать в своих попытках отлучить человека от Бога и приручить к себе, заставить человека работать на себя» (Данилин 2001:147). Психические больные в Исламе рассматривают как особенные люди, имеющее возможность общения с добрыми и плохими джиннами.

Гинекология и репродуктивное поведение в Исламе и Православии получают разные интерпретации. Авторы православных текстов отвергают возможность абортов (в некоторых источниках осуждается прерывание беременности по медицинским показаниям) и указывают на греховность любых форм планирования беременности: «Большинство так называемых противозачаточных средств автоматически убивают детей в случае их зачатия. И спираль, и гормональные таблетки... – все это аборт» (Лисец 1999:138). Репродуктивные права женщины не признаются, бесплодной женщине греховно с помощью медицины решать эту проблему: «Бог по тем или иным причинам допустил в семье бесплодие, но супруги желают иметь детей вопреки Божьей воле, используя технологии, убивающие огромное количество зачатых детей. Эти технологии гораздо аморальнее и преступнее абортов» (Гиацинтов 1999:126). Генетика отвергается как наука, притязаящая на сферу божественного, просчитывающая полноценность и поддерживающая идею искусственного отбора.

Согласно мусульманским текстам и высказываниям информантов, верующим разрешаются некоторые виды контрацепции с целью планирования семьи, а прерывание беременности возможно в случае угрозы жизни матери и изнасилования: «Женщине в Исламе разрешается и советуется вместе с мужем планировать количество детей, а также время их появления на свет» (Бахадори 2007:54). Бесплодная женщина может воспользоваться медицинскими методиками для лечения болезни (Ат-Тантуи 2004:76). Необходимость грудного вскармливания младенца указывается в религиозной литературе: и мусульманской, и православной.

В сфере питания и православие, и ислам содержат ссылки на научную доказанность пользы поста и *сияма*. В исламе под-

черкивается оздоравливающая функция данной практики: очищение от шлаков, устранение вредных жировых веществ, лечение желудочно-кишечных заболеваний, восстановление мышечной ткани, улучшение функций многих органов. Также приводятся данные по улучшению работы систем и органов в период месяца Рамадан (Харисова 2007:203). Польза для здоровья, лечебный эффект поста как свидетельство заботы Бога о человеке присутствуют и в православной литературе (Апраксин 1997:49): во время поста у аллергиков уменьшается число приступов удушья (Осипова 1999:176). В источниках указывается, что соблюдение диет вне поста греховно, если на это нет рекомендации врача. В обеих религиях болезнь заменяет пост, также от него освобождаются путешественники, старики, дети, беременные женщины, умственно отсталые (Бадави 2001:3). И в Исламе, и в Православии оговаривается, что предпочтение следует отдавать естественной пищи, не содержащей консервантов, красителей. Сходство и в том, что обе религии переядание относят к греховным формам поведения (Аль-Хашими 2001:41).

В отношении правил приема пищи встречаются весьма «экзотические» рекомендации с точки зрения медицины, гигиены и современного этикета. Так, например, верующему в Исламе, как пишут мусульманские авторы, нельзя пить в один заход (поскольку так пьют верблюды); нельзя пить стоя, при этом дышать в сосуд; нельзя пить из золотой, серебряной посуды; после еды нужно облизывать пальцы (Мусин 2005:19).

Как известно, Ислам накладывает запрет на употребление в пищу свинины. В стратегиях аргументации данного положения приводятся доводы не только морально-религиозного порядка, но и содержатся апелляции к науке, медицине, негативным эффектам для здоровья. Например, указывается, что мясо свиньи является источником таких болезней как аскаридоз, тениидоз (цепень), японский энцефалит Б, грипп, бруцеллез, туберкулез, холера, трихинеллез и др., вызывает ожирение (жир свиньи не подвергается гидролизу), аллергию, ревматизм, гнойничковые поражения кожи.

Завершается обзор «заболеваниями поведения»: под воздействием мяса свиньи изменяется личность, появляются негативные качества, склонности к лени, неверности (Харисова 2007:180).

В обеих религиях особо выделяются области медицинского знания, учитывающие особенности религиозной антропологии души и тела, запрещаемые и одобряемые практики лечения, модели взаимодействия врача и пациента. Речь идет о православной и пророческой медицине. «Пророческая медицина отличается божественностью...» (Харисова 2007:70). «Православная медицина... пытается следовать во всем небесному врачу душ и телес наших – Господу Иисусу Христу» (Невярович 2000:58).

В мусульманской литературе описываются правила поведения при наступлении болезни знакомого человека. Для мусульманина предписывается посещение больного, выражение сочувствия, чтение молитвы с просьбой об излечении (Мусин 2005:241). Садиться следует всегда у изголовья больного, гладить его по голове правой рукой (Аль-Хашими 2001:309). «Истинный мусульманин навещает больного, рассматривая подобные посещения как одну из исламских обязанностей, к выполнению которой его побуждает религия единобожия, а не одолжение или добровольное дело. Приходя к больному, он полностью уверен в том, что выполняет веление посланника Аллаха» (Аль-Хашими 2001:305).

В православных источниках указывается, что при взаимодействии с больным нельзя скрывать диагноз, особенно если речь идет о тяжелом, неизлечимом заболевании; необходимо, чтобы православный подготовился к смерти, (Силуянова 2007:90), предсмертные страдания очищают душу от грехов (Филимонов 1999:33).

Уход за умирающим человеком, согласно религиям, должен осуществляться дома, а не в клинике в кругу близких людей.

Таким образом, системы религиозной медицины в Православии и Исламе имеют сходства и различия. Обращение к официальной медицине и способам ее лечения в Исламе является первоочередной и богоугодной мерой, в Православии

должно происходить лишь после обращения к Богу и совершения таинств. Тело – замысел и творение Бога, поэтому обе религиозные системы запрещают использование эстетической медицины. В православной модели занятия спортом без назначения врача, нацеленной на совершенствование тела ради «похоти» и «бизнеса», запрещены, так же как и медицина, связанная с репродуктивным здоровьем и планированием семьи. Однако негативное отношение в рассматриваемых религиях к альтернативным медицинским системам.

Литература и источники:

Авдеев Д.А. (2001) *Наука о душевном здоровье*, М., Русский хронограф, 512 с.

Апраксин А. (1997) *О посте и молитве размышления уверовавшего врача*, М., Изд-во Свято-Веденского монастыря Оптиной Пустыни, 52 с.

Аль-Хашими М.А. (2001) *Личность мусульманина в том виде, который стремится придать ей Ислам с помощью Корана и Сунны*, М., Новатор, 416 с.

Ат-Тантауи Ш.А. (2004) *Общее представление об Исламе*, Уфа., Саям, 238 с.

Бадави Д. (2001) *Сиям*, М., Изд дом «Бадр», 32 с.

Бахадори Н. (2007) *Быть счастливой замужем*, СПб., Изд-во «Диля», 160 с.

Берестов А. (1999) *Обольщение*, М., Русский хронограф, 112 с.

Бочаров А.С. (2001) *О небесном и земном. Актуальные вопросы современной медицины, психологии и философии в свете Православия*, М., Паломник, 160 с.

Вейник В.И. (1999) *Термодинамика реальных процессов. Церковь и медицина*, М., 225 с.

Гиацингов Н.А. *Аборт и его социальные последствия, Церковь и медицина*, М., Новая книга, с. 121–132.

Данилин А.Г. (ред.) (2001) *Наркомания: грех или болезнь*, М.: Даниловский благовестник, 256 с.

Лисец А. (1999) *Опыт защиты жизни народившихся детей в Хорватии. Церковь и медицина*, М., Новая книга, с. 133–150.

Мельникова С.А. (ред.) (2000) *Роль мусульманских организаций в решении социальных проблем: семинар руководителей духовных управлений мусульман*, М., Изд-во Моск. исламск. ун-та, с.114.

Мусин М.Ф. (2005) *Воспитание детей в Исламе*, Казань, 527 с.

Невярович В.К. (2000) *Исцеление словом*, М., Русский хронограф, 128 с.

Осипова А.В. (1999) Пост с точки зрения врача-аллерголога, *Церковь и медицина*, М., Новая книга, с. 175–190.

Силуянова И.В. (2007) *Антропология болезни*, М., Изд-во Срединского монастыря, 304 с.

Соловей И. (1999) Духовное целительство церкви. *Церковь и медицина*, М., Новая книга, с. 163-173.

Филимонов С. (1999) *Церковь. Больница. Больной*, СПб., Общество святителя Василия Великого, 272 с.

Как лучше лечиться? Что думают россияне о медицине традиционной, нетрадиционной и самолечении. (2014) *Сайт Фонда общественного мнения (ФОМ)* URL: <http://fom.ru/Zdorove-i-sport/11379> (дата обращения 17.04.2015)

«Верит – не верит»: особенности российской религиозности. (2013) *Сайт Фонда общественного мнения (ФОМ)* URL: <http://fom.ru/blogs/11820> (дата обращения 17.04.2015)

Харисова Г. (2007) *Мы выбираем ислам. Секреты здоровья и тайны исцеления болезней века*, Казань, Идел-Пресс, 368 с.

Summary: The article is dedicated to the religious knowledge about health and illness, relation to methods of treatment and official medicine. The relationship towards the health of the representatives of the Orthodox and Muslim religions becomes significant in terms of the problem of interpretation of the illness, its causes, possible scenarios for the behavior of the patient and his relatives from religious prospective. According to religious sources and interviews with rites' performers recommended model of behavior of the sick person in Islam and Orthodoxy, the sequence of actions for the treatment, recommended, possible harmful ways of treatment is getting reconstructed. Comparative characteristic of the estimation of the methods of treatment of official and unofficial medicine from the perspective of Islam and Orthodoxy is presented in the article.

Key Words: Sociology of health and illness, Medical Anthropology, Islam, Orthodoxy, Conventional Medicine, Prophetic Medicine, Orthodox Medicine

ИСЦЕЛЕНИЕ СИЛОЙ «ХАРА» – ЭТНОМЕДИЦИНСКИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О «ЗДОРОВЬЕ» В ЯПОНИИ

Аннотация: В статье дан краткий обзор эволюции представлений о «здоровье» в японском социуме. Основное внимание уделяется социокультурной роли и медико-антропологическим аспектам «оздоровительных методик» (*кэнкохо*), являющихся собой особый культурный феномен Японии. Уникальность данных этномедицинских практик заключается в синтезе методологии новоевропейской медицинской науки и элементов китайской традиции «вращения жизни» (*яниэнсюэ*), опирающейся на восточные представления об анатомии, физиологии и психосоматике человека.

Ключевые слова: здоровье, Япония, этномедицина, даосская алхимия, хара, «вращивание жизни», социальный дарвинизм, физическая культура, медицинское обслуживание.

Реконструкция этномедицинских представлений о «здоровье» в Японии представляет собой интересную и важную задачу не только в плане исторического анализа, но и как пример влияния социокультурных стереотипов на нормативы и методологию медицинской теории и практики.

Исторически сложилось так, что идеология концепта «здоровье» в Японии сформировалась в тесной связи с одним из ведущих направлений китайской мысли – «учении о вращивании жизни» (*яниэнсюэ*). Система *яниэн* изначально возникла в недрах китайского даосизма как совокупность методов даосской алхимии (*дань*), нацеленных на продление жизни и достижение «бессмертия» (Торчинов 2001). Она включала в себя дыхательно-медитативные и сексуальные практики, приемы работы с энергией *ци*, искусство геомантии *фэншуй*, методы натурфилософской и народной (*чжун и*) медицины (траволечение, акупунктура, массаж и диетология). Со временем «учение о вращивании жизни» оформилось в виде самостоятельной дисциплины.

лины, проникшей во все сферы деятельности древних китайцев: искусство, медицину, военное дело, сельское хозяйство и др.

В средневековой Японии имелся достаточно большой корпус текстов, базирующихся на китайских трактатах по медицине и даосских способах достижения «бессмертия»¹. Точное время проникновения учения *яниэнсюэ* в Японию установить сложно, однако с наступлением эпохи Эдо (1604 – 1868), помимо систем сложившихся на базе китайских трактатов, в Японии уже развивались самобытные «теории вскармливания жизни» (*ёдзёрон*) (Sakade 1989). Так, в 1713 г. увидел свет знаменитый трактат японского ученого неоконфуцианца Кайбара Эккэн (Экикэн) (1633 – 1714) «Ёдзёкун» («Наставления по возвращению жизни») в восьми свитках, который широко цитируется по настоящее время. Его содержание охватывает обзор теорий *ёдзё*, разделы о диете, усмирении «пяти чувств», методах лечения и предупреждения болезней, а также способах достижения долголетия. В своих рассуждениях Кайбара Эккэн основывается на одной из базовых категорий китайской философии – концепции жизненной энергии *ки* (кит. – *ци*). Взгляды автора на *ки* характеризуются монизмом, она предстает как «созидательная жизненная сила», которую нужно бережно хранить и заставлять циркулировать по всему телу.

Другая известная духовно-оздоровительная система эпохи Эдо была создана дзэнским патриархом школы Риндзай Хакуин Экаку (1686 – 1769), который в трактате «Ясэн канна» (1758) («Досужие беседы в вечерней лодке») изложил свою концепцию достижения «просветления» и сохранения здоровья, основанную на даосских методах «возвращения жизни». В интенсивных попытках достичь «просветления» Хакуин в молодые годы заболел «дзэнской болезнью», от которой его вылечил наставник Хакую, передавший ему технику «пилюли мягкого масла» (*нансо*). Эта методика стала частью авторской системы, включавшей физические упражнения, массаж и медитативную практику «внутреннего взгляда» (*найкан*), «переводящую сознание» в область нижнего «киноварного поля» *тандэн*² (кит. – *дантянь*) (Главева 2003).

Последователем идей Кайбара Эккэн и Хакуин Экаку был также известный врач конца эпохи Эдо Хирано Дзюсэй (Мотоёси) – автор популярного трактата «Бёка сути» (ок. 1832 – 1835) («Необходимые знания о болезнях»). Данная работа является не только практическим руководством по медицине, но и прекрасной иллюстрацией представлений о здоровье в Японии конца эпохи Эдо.

Главная особенность теорий *ёдзёрон* в Японии заключалась в том, что они формировались под сильным влиянием неоконфуцианства, что определило их специфику. Так, в начальный период Эдо теории «вращения жизни» имели социально стратифицированный характер и распространялись в первую очередь среди аристократии и воинского сословия. Со временем они стали более массовыми и ориентированными на социальные классы горожан и крестьянства. Пик популярности теорий *ёдзёрон* пришелся на годы Гэнроку эпохи Эдо (1688 – 1704), когда вслед за расцветом литературного творчества таких известных писателей как Ихара Сайкаку и Тикамацу Мондзаэмон, многие крупные города (Эдо, Киото, Осака и др.) стали центрами распространения печатных изданий, посвященных теориям *ёдзёрон*. Авторами этих трудов были люди самых разных профессий и взглядов, которые на основе собственных оригинальных идей выдвигали различные постулаты. При всем разнообразии мнений для японских текстов *ёдзёрон* были характерны положения, затрагивавшие не только вопросы санитарно-гигиенического характера, но также этические и социально-экономические нормы. Так постепенно акцент с заботы о личном здоровье был перенесен на заботу о «здоровье» общества. Подобные тенденции окончательно укрепились к концу эпохи Эдо.

С началом буржуазных преобразований Мэйдзи Япония быстрыми темпами стала наращивать свое экономическое и социальное развитие. Не остались в стороне сфера здравоохранения и медицины. Следует отметить, что до революции 1868 г. под «медициной» в Японии понималась, прежде всего, традиционная китайская медицина (ТКМ), называемая *кокан игаку* («Императорская китайская медицина») или *кампо* (букв. –

«китайский метод»). Лечение методами *кампо* основывалось на использовании настоев и отваров из трав, плодов, корней растений, размельченных органов животных и минеральных добавок, изготовленных по древнекитайским рецептам. Что касается европейской медицины, то японцы впервые познакомились с ней в 1590 г., встретившись с португальцами, а с 1639 г., после окончания периода изоляции страны, продолжили знакомство с помощью голландских медиков. В эпоху Эдо европейская медицина не имела практического значения, прежде всего потому, что базировалась на совершенно отличной системе теоретических представлений. Глобальная переориентация на методы западной науки началась в 1867 г., когда был взят курс на освоение методов западноевропейской медицины и уже в 1872 г. был открыт первый медицинский отдел при Министерстве образования Японии.

Принятие западной системы оценки состояния организма потребовало переосмысления сущности парадигмы «здоровья». Если говорить о самом термине, то он был привнесен в японский лексикон в период 1850 – 1868 гг., когда в Японии формировалась база знаний западной медицины, прежде всего, анатомии и физиологии. Одними из первых, кто начал использовать релевантный западным стандартам термин *кэнко* (здоровье), были два японских врача, представители «голландоведения» (*рангаку*) Такано Тёэй (1804 – 1850) и Огата Рёан (1810 – 1863).

До этого момента устоявшегося термина, обозначающего общее состояние организма, в Японии не существовало. В эпоху Эдо употребляли слова *дзёбу* (крепкий, сильный), *сукояка* (бодрый, здоровый) и пр. К середине XIX в. в литературе одновременно использовались термины *кёсо* (сильный, крепко сложенный), *сокэн* (здоровье) и *сукояка*. Однако все они оказались неадекватны западной медицинской терминологии, поскольку отражали субъективное состояние организма вне объективных критериев его оценки. Наиболее подходящим абстрактным термином, не имеющим побочных толкований и обозначающим объективное состояние здоровья как «тела, не подверженного болезни», стало слово *кэнко*. Как отмечает Китадзава Кадзутоси: «[Понятие] «кэнко» позволяло объективно судить [о здоро-

вье], на основе [анализа] анатомической структуры тела, физиологических механизмов и др. факторов, составляющих фундамент медицинской науки. Слово «кэнко» имеет смысл «отсутствия неординарного состояния», как результата диагностики внутренних органов человеческого тела» (Китадзава 2000:34).

Таким образом, к концу эпохи Эдо взгляды на человеческий организм сильно изменились. Если в основе мировоззрения «Ёдзёкун» лежала концепция человеческого тела как вместилища «истинной *ки*», которую необходимо беречь, то понятие *кэнко* установило внешний критерий оценки состояния организма, что в корне противоположно самодостаточности концепции *ёдзё*. Как в западной анатомии путем вскрытия и визуальной оценки всегда можно определить функциональное состояние внутренних органов, так и в новом термине *кэнко* были зафиксированы аналогичные смысловые образы «фиксации, объемности и сепарации».

Описанная выше смена взглядов на человеческий организм сопровождалась определенными изменениями в системе ценностей японского социума. Так, известный японский просветитель Ниси Аманэ в своей работе «Дзинсэй сампо сэцу» («Комментарии к «трем сокровищам» человеческого общества»), опубликованной в журнале «Мэйроку дзасси» в 1875 г., писал, что «в человеческом обществе существует три сокровища, это – здоровье, знания и богатство». Здесь «здоровье» понимается как результат реализации желаний отдельной личности. Но поскольку достижение личной выгоды в итоге оборачивается общественным благом, то «болезнь» отдельного человека есть зло для всего общества. Так, характерные для традиционного конфуцианства идеи создания идеального государства, опирающегося на высокоморальную личность, в сочетании с западным утилитарным дарвинизмом повлекли за собой изменения в теоретической базе теорий *ёдзёрон*. Отныне «вращивание жизни» государства, а не отдельной личности, стало определяющей тенденцией в становлении новой системы взглядов на здоровье в Японии. В текстах эпохи Мэйдзи гораздо большее внимание стало уделяться *регламентации* повседневной жизни рядового

японца, включая сон, одежду, питание, физические упражнения и пр. Также, примерно в шесть раз возросло количество работ, касающихся вопросов влияния окружающей среды (Китадзава 2000:156).

Что касается непосредственно понятий «здоровье» (*кэнко*) и «гигиена» (*эйсэй*), то последние формировались в общественном сознании японцев далеко не однозначным образом. Естественно, что Япония, как и любое государство, заинтересованное в увеличении своего богатства, укреплении армии и производительных сил, была вынуждено принимать меры по поднятию физического здоровья нации до определенного уровня. Так, в связи с часто повторяющимися в Японии эпидемиями холеры, чумы и других инфекционных заболеваний, многие гигиенисты-просветители нагнетали у населения чувство страха по поводу отсутствия мер гигиены. Однако часто такие кампании носили чисто нравоучительный характер. Рядовые же японцы, например, чтобы побороть внушавший сильный страх холеру, вешали на воротах домов пучки красного перца и листья криптомерии, веря, что это защитит их от болезни.

Роль терминов *кэнко* и *эйсэй* в начальный период эпохи Мэйдзи была, скорее, дидактической и имела оттенок причастности к «цивилизации». Постепенно в Японии стали популярными непривычные ранее продукты питания, при продаже которых делался акцент на полезности продукта для здоровья. Так, например, пиво рекламировалось как продукт полезный для желудка, говядина и молоко – как богатые животными белками, а шоколад и карамель – как продукты с высокой питательной ценностью.

Таким образом, в отличие от древних теорий «пестования жизни» в Японии эпохи Мэйдзи акцент с методов достижения здоровья и долголетия личными усилиями был перенесен на заботу о благе общества путем улучшения условий его жизни в целом. В свою очередь это подготовило хорошую почву для восприятия западной концепции «здоровья».

В реальности же процесс смены представлений был весьма непростым и требовал перестройки сознания как всего социума, так и отдельных его представителей. Характерным примером

является знаменитый просветитель, философ и педагог Фукудзава Юкити (1834 – 1901), который существенно повлиял на выбор термина *кэнко*. Еще в 1860 г. в его известном англо-японском словаре слово «health» было переведено как «дух» (*сэйсин*). Но уже шестью годами позже в работе «О положении в странах Запада» Фукудзава впервые использовал слово *кэнко*, а в 4-м томе его самого известного произведения «Развитие науки» (1875) термин *кэнко* был окончательно зафиксирован как аналог понятия «здоровье». Сам же Фукудзава испытывал сильные колебания между выбором определений. Требование быть лидером эпохи заставляло обращаться к новой системе ценностей (*кэнко*), а ощущения собственного организма лучше всего выражались понятием *сукояка*, имевшим референты в старой системе *ёдзё*. Этому способствовал и личный печальный опыт. Серьезно заболев сыпным тифом и безуспешно перепробовав западные способы лечения того времени, Фукудзава был вынужден вернуться к простой сельской жизни своего детства: рубить дрова, ходить босиком и носить простую одежду из хлопка, т.е. заняться собственно методиками «вращения жизни». В итоге, поборов свой недуг, он просто искусно разделил понятия *кэнко* и *ёдзё*, используя первое как символ модернизации страны и национальных устремлений, а второе – как показатель личного физического состояния.³

Традиционная историческая концепция *ёдзё* и реформированная в духе Фукудзава Юкити существовали параллельно, по крайней мере, с 1880 по 1940-е гг., когда их популярность пошла на спад. Из наиболее известных авторских систем оздоровления этого периода, имеющих выраженные черты «традиционного» *ёдзё*, можно назвать метод «тихого сидения» Окада Такэхико, дыхание «полем киновари» Мураки Хиромаса, «сухое купание» Исихара Ясухидэ и «внутреннее созерцание» Монта Сэйма (Sakade 1989). Каждая из этих методик базировалась на древней традиции *янишэн* и практиковалась вместе с традиционными китайскими методами акупунктуры и прижигания.

В наше время слово *ёдзё* уже не имеет специфической смысловой нагрузки, поэтому с точки зрения исторического прогресса можно считать, что понятие *кэнко* заняло достаточно

прочные позиции. Этому способствовали также внедрявшиеся в массовое сознание в эпоху Мэйдзи представления о *ёдзё* как пережитке прошлого и необходимости опоры на новые ценности (*кэнко*) с целью скорейшего превращения в Японии в цивилизованное общество. С другой стороны, совершенно естественно, что если даже у такого высокообразованного человека, как Фукудзвa Юкити, оставалось недоверие к новым понятиям, то в массе своей простые японцы испытывали гораздо более сильные колебания. Поэтому неудивительно, что хотя слово *кэнко* стало устойчиво употребляться в литературе примерно с 13-го года Мэйдзи (1880), в целом в текстах того периода царил «терминологический хаос» и термины *кэнко/ёдзё* заменяли друг друга без всякой системы.

С приходом эры Тайсё (1912 – 1926) в стране наступил бум так называемых «оздоровительных методик» или «систем оздоровления» (*кэнкохо*), которые представляют особый культурно-антропологический феномен этномедицинских практик в Японии. Их уникальность состоит в том, что методы *кэнкохо* являются синтезом западных способов укрепления здоровья и методологии европейской медицинской науки и элементов традиции «вращения жизни», опирающейся на восточные представления об анатомии, физиологии и психокосмосе человека. Помимо рекомендаций, касающихся системы питания, общей гигиены, соблюдения режима дня и воспитания морально-нравственных качеств человека, системы *кэнкохо* отличает особый подход к способам физической активности, начиная от неподвижного созерцательного сидения характерного для буддийских школ Японии (в первую очередь, дзэн-буддизма) и заканчивая оригинальными типами гимнастических упражнений и способами дыхания. При этом последнему аспекту отводится ведущая роль практически во всех системах, что помимо прочего было связано с попытками найти универсальное «противоядие» против туберкулеза, эпидемии которого были бичом Японии на протяжении XIX – нач. XX вв.

Среди систем, созданных на базе реформированной теории *ёдзёрон*, в Японии, начиная с конца 1920-х гг., появились многочисленные авторские концепции укрепления здоровья, кото-

рые либо игнорировали методологический базис *ёдэзон*, либо использовали отдельные элементы теорий «вращения жизни» в весьма произвольной интерпретации. Наибольшую популярность приобрели метод «тихого сидения» Окада Торадзиро (*Окада сики сэйдзахо*), система дыхания Фудзита Рэйсай (*Фудзита сики кокюхо*), система «укрепления здоровья» Хида (Кавай) Харумити (*Хида сики кёкэндзюцу*), система абдоминального дыхания Футаки Кэндзо (*Футаки сики хара сики кокюхо*), а также «оздоровительная система по методу Ниси» (*Ниси-сики кэнкохо*)⁴. Все эти методики объединяет общая идея о ревитализации жизненного центра *хара* методом абдоминального дыхания (Хага 1991).

Помимо диетологии, способов дыхания, методов концентрации сознания и физических упражнений, системы *кэнкохо* эпох Мэйдзи и Тайсё имели еще одну характерную особенность, подчеркивавшую их связь с древними учениями «вращения жизни» – они вобрали в себя как приемы народной медицины, так и различные психотехники, начиная от гипноза и заканчивая экзорцизмом и обрядовыми практиками. Последние были характерны для новых синкретических японских религий, включающих в себя элементы синтоизма, различных направлений буддизма и христианских сект. Общая атмосфера увлечения «эзотеризмом» и магическими практиками в японском обществе не оставила в стороне и системы *кэнкохо*. В такой обстановке правительство Мэйдзи в 1873 – 1874 гг. было вынуждено издать указ о запрете лечения посредством религиозных ритуалов (например, с участием храмовых синтоистских жриц *мико*), спиритизма, магии и заклинаний. Однако вместе с этим под ограничение попали и имевшие вековые традиции методы ТКМ и эмпирические наработки последователей зародившегося в Японии в период Нара (710 – 784) синкретического религиозного учения *сюгэндо*. В 1876 г. указом императора были установлены нормы врачебной деятельности, и термину *кэнко* на государственном уровне были отданы все преференции как понятию, соответствующему стандартам западной медицинской науки. С этого времени экзамены на получение докторской лицензии включали исключительно методики западной медицины,

а все прочие способы врачевания были определены как «ложные» и зафиксированы под названием *кэнкохо*. Поэтому в настоящее время слово *кэнкохо* невольно ассоциируется у японцев с методами ТКМ и «народными» системами оздоровления.

Тем не менее, наиболее известные синкретические системы *кэнкохо* эпох Мэйдзи-Тайсё оставались популярными вплоть до начала 40-х гг. XX в. В настоящее время Япония переживает ренессанс методов «вскармливания жизни», издается большое количество популярной литературы, посвященной методам *кэнкохо*, проводятся лекции и семинары, а сам термин *кэнкохо* широко используется в рекламе изделий (различного рода тренажеры) и продуктов ЗОЖ (витамины, минеральные и биодобавки, «энергетические» напитки и пр.).

Примечания:

¹ Одним из наиболее значимых ранних текстов по *яниэнсюэ* считается медицинский компендиум «И син хо» (984) («Важнейшие методы лечения») Тамба-но Ясуёри, а самой объемной работой по древним методам *яниэн* на японском языке (15 свитков) является трактат «Кокон ёдзёроку» (1692) («Записи о древних и нынешних [способах] пестования жизни») Такэда Цуан.

² Представление о «полях киновари» («поля пилюли [бессмертия]») пришло в Японию вместе с методами даосской алхимии. Наиболее важным локусом жизненной энергии считался «нижний центр» (*тан-дэн*), расположенный в области ниже пупка. Релевантный автохтонный японский термин – *хара*, не связанный с ТКМ, имеет более широкое поле значений и определяет физические, эмоциональные и психосоматические кондиции человека.

³ На своей исторической родине в Китае изначально единое учение *яниэнсюэ* также разделилось в XX в. на традиционную медицину (*чжун и*), практику *цигун* («работа с ци») и *нэйгун* («внутренняя работа»).

⁴ Система Ниси приобрела огромную популярность на постсоветском пространстве, благодаря книгам Майи Гоголан.

Литература и источники:

Главева Д.Г. (2003) *Традиционная японская культура: Специфика мировосприятия*, М., Восточная литература, 264 с.

Китадзава К. (2000) *Кэнко-но нихонси* («История «здоровья» в Японии»), Токио, Хэйбонся, 238 с. (на яп. яз.).

Торчинов Е.А. (2001) *Даосские практики*, СПб., Петербургское Востоковедение, 320 с.

Хага К. (1991) Нихон-ни окэру «ирё тайдзюцу»-ни кан-суру кэнкю («Исследование оздоровительных упражнений в Японии»). *Токио касэй гакуин дайгаку киё* («Записки Токийского университета касэй гакуин»), вып. 31, с. 379–386 (на яп.яз.).

Sakade Y. (1989) *Longevity Techniques in Japan: Ancient Sources and Contemporary Studies. Taoist Meditation and Longevity Technique*, Ann Arbor: Center for Chinese Studies, University of Michigan, p. 1–40.

Summary: A brief overview of the historical evolution of ideas concerning "health" concept in Japan is presented in the article. The article focuses both on the social role and medical anthropological aspects of "health practices" (*kenkoho*) which represent a unique cultural phenomenon in Japan. The originality of these ethnomedical practices resides in the synthesis of modern European medical science with elements of the Chinese tradition of "nurturing life" (*yangshenxue*) which is based on Eastern representations of human anatomy, physiology and psychosomatics.

Keywords: health, Japan, ethnomedicine, taoist alchemy, hara, "nurturing life", social Darwinism, physical culture, medical care

Поповкина Г.С.

К ВОПРОСУ О ДУХОВНОМ СТАТУСЕ «ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ» ПРАКТИК ВОСТОЧНОЙ МЕДИЦИНЫ

Аннотация: «Энергетические» практики восточной медицины, связанные с представлениями о потоках «жизненной энергии», в нашей стране обрели широкое распространение. В статье ставится вопрос об их духовном статусе и их соотношении с традициями христианской культуры. В качестве материала исследования используются тексты по восточной медицине, работы адептов цигун и йоги, дающих представление о понимании энергетических методик учителем или лечащим. С помощью методов компаративистской аналитики и дескриптивно-феноменологического произведено сопоставление даосских

практик и йоги с практикой исихазма в христианстве. Делается вывод о необходимости дальнейшего рассмотрения вопроса об их гармоничном сочетании.

Ключевые слова: восточная медицина, христианство, исихазм, цигун, даосизм, йога, Иисусова молитва

Под «энергетическими» практиками восточной медицины в статье понимаются такие приемы целительства и самоцелительства, которые связаны с представлениями о потоках «жизненной энергии»: цигун-терапия, йога, некоторые разновидности тибетской медицины. Эти практики в настоящее время обрели широкую популярность и применяются всеми желающими поправить свое здоровье как самостоятельно, так и в специализированных медицинских клиниках и спортивных центрах. Однако исследование таких форм медицины затруднительно, поскольку вопрос о физической реальности ци или праны для современной науки все еще открыт.

В связи с этим представляется целесообразным применение дескриптивно-феноменологического метода и метода компаративистской аналитики. А именно, с помощью дескриптивно-феноменологического метода энергетические практики восточной медицины будут рассмотрены как феномены, то есть их явление людям, практикующим восточную медицину. Это позволит, с одной стороны, избежать необходимости отвечать на вопрос о природе ци или праны, а с другой – исключить чисто символическое прочтение указанных практик, так как «там, где отстраненный исследователь увидел лишь символ явления (движения энергии ци), включенный исследователь... говорит о самом движении энергии ци» (Поповкин 2003). Для того, чтобы понять смысл исследуемых феноменов, будет использован метод компаративистской аналитики, то есть произведено сопоставление энергетических практик восточной медицины со сходными практиками русской культуры (культуры автора исследования). Конечно, в нашей культуре нет полных аналогов практикам восточной медицины, поэтому они будут рассмотрены как разновидность мистического опыта, осмысление которого сформировано, в первую очередь, христианской традицией.

С феноменологической точки зрения вопрос о физической природе ци (праны) можно «вынести за скобки». В этом случае практику цигун-терапии можно рассматривать как аналог «шаманского рассказа», о котором говорит К. Леви-Строс, показывая зеркальность практик шамана и психотерапевта. В первом случае шаман рассказывает больному о его болезни, иногда для подкрепления своих слов демонстрируя некие «доказательства». В другом – пациент сам рассказывает о своем болезненном состоянии, а врач-психотерапевт является слушателем, изредка задающим вопросы (Леви-Строс 2001:189–191). В обоих случаях центральное место в практике врачевания занимает рассказ о болезни, точнее, болезнь отождествляется с нарративом, а излечение становится исправлением сюжета.

В восточных энергетических практиках происходит действие, сходное с проговариванием болезни на приеме у психотерапевта или в лечении у шамана. Только вместо шаманского рассказа болезнь визуализируется пациентом как блокировка потока ци, исцеление – как устранение блокировки. Как известно, основу даосской и индийской йоги составляют учения о даньтянях и чакрах. В даосской традиции существует три даньтяня (энергетических котла): нижний, средний, верхний, находящиеся внутри человеческого тела. Нижний даньтянь играет основную роль в начальном этапе даосской алхимии, область локализации – от пупка до лобковой кости считается хранилищем пренатальной ци, которая дана человеку до рождения. Ци, получаемая с воздухом, пищей – постнатальная. В течение жизни человек расходует пренатальную ци, что вызывает старение и смерть. В области нижнего даньтяня расположены важные психоэнергетические центры. Так, пупочный центр называется «второй ум». Он образуется почечной энергией, энергией солнечного сплетения и нижнего даньтяня, задействуется в магических практиках. Придается большое значение симметричности расположения пупка, массажу пупка и пупочной области.

Вэйданьский центр (центр внешних методов энергетической работы) расположен на три пальца выше пупка. На начальных этапах вэйданьского цигуна практикуется массаж вокруг этого центра по часовой стрелке по 1–2 часа 2–3 раза в день. Считает-

ся, что такой массаж формирует этот центр, заряжает его энергией и закладывает базу для дальнейшей практики.

Средний дантьянь – область середины груди, сердечный центр, иначе центр любви и т.д.

Верхний дантьянь расположен в голове, в глубине черепа, напротив середины лба. Там сосредоточено много энергетических точек (вокруг макушки их насчитывается четыре), поэтому данная область называется алмазный дворец. Кроме того, согласно даосской традиции в человеческом теле происходит постоянное протекание ци, проходящей по особым каналам или меридианам (Вон Кью-Кит 2000:61–75). Например, в одном из таких меридианов, микрокосмической орбите (Цзя 1996:175–177), важнейшие точки прохождения ци имеют соответствия индийским чакрам, учение о которых разработано в традиции индийской йоги.

Следует отметить, что у чакр нет анатомических соответствий (органов). В индийской традиции они рассматриваются как своеобразные проекции энергетических тел человека на его физическое тело. Насчитывается семь чакр, каждая из которых имеет свою локализацию. Так, например, чакра муладхара расположена в копчике, свадхиштана – в крестцовом отделе, до пупка, манипура – в поясничном отделе, на уровне пупка, анахата – в грудном отделе, область сердца, вишудха – в шейном отделе, область горла, аджня – между бровями, сахасрара – верхняя часть головы. В буддистских тантрах говорится лишь о четырех чакрах, расположенных в области пупка, сердца, горла и середине черепа (наиболее важная чакра).

Имеются и другие менее важные чакры (Элиаде 2000:224–227; Мамфорд 1999:84–86, 98–99). Метафизическая цель йоги, в отличие от даосских практик, – прекращение сансары (выход из цепи перерождений) через отождествление индивидуального я (джив-атмана) с Пурушей (Атман). На пути к слиянию (отождествлению) с Пурушей йогин проходит этапы овладения особыми (экстрасенсорными) способностями сидхи, обретаемыми «благодаря регуляции процессов, ответственных за жизнедеятельность» (Островская, Рудой 1991:61). Чаще всего исследователями этот

процесс трактуется как растворение субъекта (человеческого) в Абсолюте, достижение безличностного сознания.

Представления о потоках ци лежат в основе китайской медицины (Чэнь Син-сюань 2002:41, 45, 107–143). В настоящее время жителям России доступны многие ее методы (иглоукалывание, некоторые виды восточного массажа и др.) (см., напр.: Поповкина 2014). Примечательно, что даже в этом случае врач рассказывает пациенту об имеющихся энергетических блоках и зажимах, которые мешают правильному течению ци, что вызывает болезни, о том, каким образом проводимые манипуляции позволяют наладить поток ци и избавиться от недомогания. Однако в случае освоения энергетических техник самооздоровления пациент непременно обучается методам управления течения ци, установления связи с больным органом и т.п.

Для этого используется большое количество способов: техника расслабления «внутренняя улыбка», медитации «микрокосмическая орбита» и «исцеляющие руки» (Чиа 2001-а:92–106), шесть целительных звуков, воздействие на точки с помощью надавливания (Чиа 2001-б:187–195) и др. Так, например, при «внутренней улыбке» рекомендуется сесть на край стула, сложив руки и закрыв глаза. Далее начинают внутреннюю улыбку, сначала представив перед собой «лицо, сияющее улыбкой», затем улыбаются, почувствовав «прохладу в глазах, чтобы привлечь и впитать теплую энергию», вдыхают «энергию через межбровье и направлять ее по спирали». Улыбку посылают вилочковой железе, сердцу, затем – всем органам: легким, печени, поджелудочной железе, селезенке, почкам, половым органам и репродуктивной системе и «благодарят их за работу». Переводят внимание на глаза и, улыбнувшись, начинают «впитывать энергию космических частиц». После чего улыбаются пищеварительному тракту, снова обращают внимание на глаза и улыбаются гипофизу, спинному мозгу и т.д. Переводят внимание на глаза и улыбаются всему телу. Заканчивают упражнение сбором «энергии в пупочном центре» (Чиа 2001-а:93). Важно, чтобы внутренние органы откликнулись на улыбку: занимающийся может почувствовать тепло в зоне органа или даже ощутит, что «словно распускается цветок» на его месте.

Небезынтересны наблюдения специалистов китайской медицины о течении ци и лекарствах. Оказывается, древние китайские врачи в своих трактатах не всегда говорили об особенностях ци лечебного снадобья: «... под названиями всех лекарств не описывается характер их ци и другие аспекты воздействия на организм, а дается только описание их вкуса, ведь так как лекарство сперва попадает в рот, следовательно, его вкус уже в глубокой древности описывается в первую очередь» (Чэнь Син-сюань 2002:41). По их мнению, вкус лекарственной травы способен поведать о ее ци и нюансах воздействия. Так, в повествовании о священномудром Шэнь Нуне говорится: «Он мог пробовать эти травы только на вкус и на основании вкусовых ощущений получать знания относительно ци и характера лекарств, их движения и воздействия на каналы тела, определяя основные показания к лечению» (Чэнь Син-сюань 2002: 41).

Как видим, важное место в освоении энергетических практик оздоровления занимает «чувствование» пациентом своих органов: в области почек, сердца и др. Можно почувствовать тепло, «комфорт», приятное покалывание, органам соответствует определенный звук, цвет, вкус, время года, эмоции (почкам соответствует черный или темно-синий цвет, соленый вкус, звук «чуууу»; печени – зеленый цвет, кислый вкус и звук «шшшш»; сердцу – красный, горький, «хаууу»; селезенке – желтый, сладкий, «хууу»; мозгу, сердцу и легким – «тройному обогревателю» – звук «ххии») (Чиа 2001-б:89, 187–194), можно почувствовать потоки энергии и т.п. В процессе занятий закрепленные за органами и системами организма звуки, цвета и др. визуализируются, озвучиваются, иначе говоря, перестают быть просто символами, становясь реальными коррелятами соответствующих органов. То есть в лечении человеку важно почувствовать связь сознания, организма и внешнего мира (в котором, например, произносится соответствующий звук) с больным органом. Помочь в этом может активизация чувственного восприятия (зрение, слух, вкус), подобно тому, что происходит на сеансе у шамана или психотерапевта.

Работа с ци не ограничивается лишь организмом человека: «Микрокосм представляет собой зеркальное отражение макро-

косма. Внутри человека находится такая же вселенная, как и снаружи» (Чиан 2001-а:27). Главная задача человека в таком случае: почувствовать себя и свои органы как часть мира, наладить правильный поток как внутри себя, так и во взаимодействии с вселенной.

Однако «высокий» или ранний даосизм высмеивал специальные упражнения и диеты, помогающие продлить жизнь. Чжуан-цзы скептически относился к «знатокам телесных упражнений», которые «любят только секреты долголетия Пэн-цзы», считая, что «чтобы все людские достоинства сами собой сошлись в тебе, – таков путь неба и Земли и его сила, обретающаяся в истинном мудреце» (Малявин 1995:153–154). Более того, по мнению Чжуан-цзы, «любители поправлять природу, гордясь своими пустыми познаниями... стараются достичь просветления духа. Таких людей следовало бы называть ослепленными» (Малявин 1995:156). Но именно практики «по исправлению природы» получили свое развитие и дошли до современной жизни в сянь-даосизме (по справедливому замечанию В.В. Малявина, «Духовное просветление для китайцев – вещь в высшей степени практическая и полезная. Этим мудрость Китая полезна и ценна для нас» (Малявин 2006:53–54)). Есть некоторая противоположность йоги даосским практикам: если даосы интенсифицируют связи микрокосма с макрокосмом, то в йоге, наоборот, мистические способности используются, скорее, для замыкания микрокосма в себе, но в этом замыкании происходит процесс слияния индивидуального «я» с Абсолютом Пурушей. Ранний же даосизм Чжуан-цзы более близок к христианским мистическим практикам.

Для осмысления «энергетических» практик восточной медицины их уместно сравнить с наиболее верифицируемой духовной традицией – христианством. Христианство понимает слово «энергия», главным образом, как действие, состояние. Божественная энергия явлена в благодати, созерцании, в преображении на Фаворе Божественного света. Энергия открывает свет несозданный, премудрость, благодать. Путь единения человека с Богом, учение о сущности Бога и его энергиях получили свое развитие в исихазме. М. Элиаде в одной из своих наиболее

известных работ о йоге обращает внимание на внешнее, феноменологическое сходство дыхательной техники исихастов и пранаямы, для чего цитирует произведения Отцов Церкви, подробно описывающие технику исполнения «умственной молитвы» (Элиаде 2000:72–74): принятие особой позы, сдерживание дыхания, «подталкивание» его к сердцу и т.д. Однако ученый справедливо замечает, что не следует «обманываться этим внешним сходством с пранаямой. В среде исихастов... техника и позы тела использовались для умственной молитвы; в «Йога-сутрах» целью этих упражнений является унификация сознания и подготовка к медитации, а роль Бога (Ишвары) сравнительно невелика» (Элиаде 2000:74).

В связи с этим следует сказать, что аскетическая православная практика знает о животной теплоте, которая может быть сопоставлена с ци. Так, согласно опыту православной аскетики, в ходе практики Иисусовой молитвы, «когда внимание сойдет в сердце», у человека возникает в этой области чувство тепла: «теплота же сия затем держит внимание без особого его напряжения». Какова же ее природа? Наука пока не дает нам однозначного ответа. С другой стороны, свт. Феофан Затворник особо указывает, что теплота, возникающая в ходе молитвенной практики, особенно у начинающих, может иметь как духовную, так и «кровяную» (Феофан 2001:17–18) природу. Под «кровяной природой» в данном случае имеются в виду жизненные силы организма. В настоящее время медицинская наука не имеет единого четко выраженного мнения о природе такого рода жизненных сил и их связи с сознанием, на которой особенно настаивают исихасты, подчеркивая роль удержания внимания для возникновения «сердечной теплоты».

В трудах исихастов встречается довольно негативная оценка «кровяной» сердечной теплоты; это вызвано, по всей видимости, тем, что она не имеет отношения к собственно духовному деланию. Совершенно очевидно, что в исихастской традиции огромная роль отводится наставнику, в том числе и потому, что он способен четко определить природу этой «теплоты», для чего необходимо «духовное трезвение», различающее божественное и небожественное. Отцы Церкви в исихастской практике

различали духовные энергии Бога от собственно человеческих. Это дает основание предполагать наличие духовных энергий человека, животных и, возможно, даже Космоса как некоего единого целого.

Мотив взаимосвязанности всего сущего и проникнутости мира энергиями Божества присутствует в христианстве в виде учения о нетварных энергиях: «Бог творит и действует через Свои энергии, пронизывающие все существующее, в тварном мире, вызванном “из ничего” Божественной волей, в существах, ограниченных и изменяемых, присутствуют бесконечные и вечные энергии, отражая сияние Божественного великолепия, проявляясь также и вне “всяческих” как Божественный свет, которого тварный мир вместить в себе не может» (Лосский 2003:166–167). Однако христианские представления о взаимоотношениях Бога и тварного мира, а также проистекающей из них гармонии в самом тварном мире, существенно отличаются от, например, даосской гармонии Вселенной и человека.

Приобретение новых качеств и сверхспособностей человеком рассматриваются Церковью как гордыня и прелесть: «... прелесть мнения, при которой одержимый мнит, что имеет многие добродетели и обилует дарами Духа...» (Никон (Иванов), Николай (Лихоманов) 2001:1087) и имеют либо бесовскую природу, являясь результатом инвазии в психику человека падших духов, либо носят характер внушения и самовнушения, ведущего к самообольщению и духовной деградации. Поэтому способы понимания действенности лекарства, какие мы находим, например, в «Изложении высшей сущности профессионального понимания древнекитайской медицины» (Чэнь Синсюань 2002:41), рассматриваются христианством как «отвержение чувств» – «чувственное видение» (способности к сверхчувственному восприятию), которое без видения духовного «доставляет... понятия самые ошибочные и их-то наиболее доставляет неопытным и зараженным тщеславием и самомнением. Духовного видения духов достигают одни истинные христиане» (Серафим (Роуз) 2003: 93).

Кроме того, к «чувственному видению» духов способны люди по «естественному слежению» (то есть в силу унаследо-

ванных природных способностей) и «по поводу какого-либо особенного обстоятельства в жизни. В последних двух случаях человек не подлежит порицанию, но должен приложить все тщание, чтобы выйти из этого положения как весьма опасного». Считается, что Бог дарует сначала духовное видение духов, потом – чувственное видение (Отец Серафим (Роуз) 2003: 92–93).

Таким образом, с точки зрения Церкви, чувственное видение представляется недостаточным, несовершенным без духовного видения, и не может быть одобрено. Следует также отметить, что и подлинные благодатные дары могут быть опасны даже для святых подвижников, о чем говорит, например, преподобный Исаак Сирий: «Если делаешь доброе пред Богом и даст тебе дарование, умоли Его дать тебе познание, сколько подобает для тебя смириться, или приставить к тебе стража над дарованием, или взять у тебя его, чтобы оно не было для тебя причиною гибели. Ибо не для всех безвредно хранить богатство» (Исаак Сирий 2008). Как видим, культивация этой животной теплоты рассматривается как нежелательная, отвлекающая от собственно духовной практики, либо как вовсе опасная.

Целью адептов йоги, как отмечалось выше, является отождествление с Пурушей, растворение в нем. Таким образом, преодолевается индивидуальное страдание и смерть. «Смысл святости, по мнению новых даосов, заключался по преимуществу в искусстве не умирать», – пишет М. Гране (Гране 2004:340). Однако многими православными авторами такое «освобождение» расценивается как форма духовного самоубийства.

Таким образом, мы можем констатировать, что «энергетические» практики восточной медицины не являются духовно нейтральными и вопрос их гармоничного сочетания с традициями русской и европейской культуры требует дальнейшего осмысления.

Литература и источники:

Вон Кью-Кит (2000) *Искусство цигун*, М., Фаир-Пресс, 320 с.

Гране М. (2004) *Китайская мысль*, М., Республика, 526 с.

Исаак Сирий (2008) *Путь в жизнь вечную*, М., Православное братство святого апостола Иоанна Богослова. URL:

<http://3rm.info/uploads/biblioteka/duhovnye-nastavleniya/isaaks2/H02-T.htm> (дата обращения - 10.05.2015).

Островская Е.П., Рудой В.И. (1992) *Классическая йога («Йога-сутры» Патанджали и «Вьяса-бхашья»)*, М., Наука, Главная редакция восточной литературы, 260 с.

Леви-Строс К. (2001) *Структурная антропология*, М., ЭКСМО-Пресс, 512 с.

Лосский В.Н. (2003) *Боговидение*, М., АСТ, 759 с.

Малявин В.В. (1995) *Чжуан-цзы. Ле-цзы*, М., Мысль, 439 с.

Малявин В.В. (2006) *Духовный опыт Китая*, М., Астрель, Аст, 397 с.

Мамфорд Д. (1999) *Чакры и кундалины*, Киев, 240 с.

Никон (Иванов), архим., Николай (Лихоманов), прот. (2001) Прелесть. *Букварь. Наука, философия, религия*. Кн. 2. М., 1930 с.

Поповкин А.В. (2003) Иррациональное в культуре: философский анализ проблемы метода изучения иррационально-мистических аспектов традиционных культур. *Россия и АТР*, 2003, № 3, с. 144–150.

Поповкина Г.С. (2014) Традиционная восточная медицина на российском Дальнем Востоке: от лекаря к клинике, *Россия и АТР*, № 3, с. 196–203.

Серафим (Роуз), иером. (2003) *Приношение православного американца*, Калифорния, М., 699 с.

Торчинов Е.А. (2004) *Даосские практики*. 2-е изд. СПб., Азбука-классика, Петербургское Востоковедение, 256 с.

Феофан (Крюков), игум. (2001) *О молитве Иисусовой: Поучения свт. Феофана Затворника*, М., Даниловский благовестник, 64 с.

Цзя М. и М. (1996) *Пробуждение целительного света дао*. Кн. 1. М., 378с.

Чиа М. (2001-а) *Ци-нэйцзан. Ци-массаж внутренних органов*, К., София, Ч. I, 464 с.

Чиа М. (2001-б) *Ци-нэйцзан. Ци-массаж внутренних органов*, К., София, Ч. II, 224 с.

Чэнь Син-сюань (2002) *Изложение высшей сущности профессионального понимания древнекитайской медицины*, М., Профит Стайл, 312 с.

Элиаде М. (2000) *Йога. Свобода и бессмертие*, К., София, 400 с.

Summary: "Energy" practices of Oriental medicine, associated with ideas of "life energy" flow, gained widespread popularity in our country. The article raises a question of their spiritual status and their relationship to the traditions of Christian culture. Texts in East-

ern medicine, the work of followers of qigong and yoga, which gives an idea about the understanding of the energy by techniques and the teacher are used as the material of the study. With the help of comparative analytics and descriptive-phenomenological methods, a comparative study of the Taoist practice yoga and the practice of Hesychasm in Christianity has been conducted. It is concluded that there is a need for further consideration of the question of their harmonious combination.

Key words: Eastern medicine, Christianity, Hesychasm, qigong, Taoism, yoga, the Jesus prayer

Волдина Т.В.

ХАНТЫЙСКИЕ ЛЕКАРИ И ЦЕЛИТЕЛИ

Аннотация: На материале экспедиции 2008 г. по изучению народной медицины в п. Полноват Белоярского р-на Ханты-Мансийского автономного округа представлены основные характеристики хантыйских лекарей. Обычно магиико-ритуальными практиками занимались люди, обладавшие даром предсказания. Их сила, возможности и методы лечения были связаны с покровительством духов. Среди этих лиц были истинные знатоки фольклорных произведений, которые также применялись в лечении людей. Современные хантыйские целители используют фольклорные произведения в своей практике и сегодня в качестве важнейшего психотерапевтического средства.

Ключевые слова: народная медицина, ханты, лекари, целители, магиико-мистические ритуальные действия, терапия сакральных практик

Народная медицина – одна из важнейших сфер в жизни любого традиционного общества. Ее основой выступают знания и опыт предшествующих поколений по поддержанию здоровья и лечению недугов, сакральные практики, неординарные способности врачей-лечителей. В ней выделяют два взаимосвязанных между собой уровня: бытовой и «профессиональный». Бытовое

врачевание И.В. Ильина характеризует так: «Всему населению, и в большей степени пожилым женщинам, вырастившим много детей, охотникам, лучше знавшим природу и вынужденным зачастую лечиться вдали от дома, были хорошо известны разнообразными лечебными средствами растительного, животного и минерального происхождения, а также элементарные навыки профилактики и лечения заболеваний, приемы ухода за заболевшими». Во втором случае речь идет о деятельности шаманов, лекарей, врачевателей, целителей – «особо опытных людей, обладающих специальными, в том числе религиозно-магическими, знаниями...» (Ильина 2008: 15).

Традиционные лекари условно разделяются исследователями на две группы: 1) те, кто занимались оказанием конкретной медицинской помощи (костоправы, повитухи, травницы); и 2) те, в «практике которых существенное место занимали религиозно-магические обряды и к которым обращались в случае болезней, вызванных, по народным представлениям, действием сверхъестественных сил и неизлечимых обычными средствами» (Ильина 2008: 15–16). Это так называемая терапия в сакральных практиках – та «часть лекарской деятельности, которая связана непосредственно с магико-мистическими и религиозно-магическими ритуальными действиями» (Харитоновна 2004а: 218).

В современных исследованиях в среде традиционных лекарей как отдельную категорию выделяют современных народных целителей – «профессионально подготовленных лиц, использующих в своей практике самые разные варианты традиционной, народной и даже профессиональной медицины, а также интегральных, комплементарных ее форм» (Харитоновна 2004б: 222).

В среде васюгано-ваховских хантов (восточная группа), которые значительно отличаются от других групп хантов и в культурном и в языковом отношении, В.М. Кулемзин выделяет разные категории лиц «выполнявших религиозные функции» (*арэхта-ку, нюкульта-ку, улом-верта-ку, ысылта-ку и ёлта-ку*); все они, так или иначе, занимались лечением людей, применяя характерные для них приемы (Кулемзин 2004). Мы не будем останавливаться на характеристиках лекарей этой локальной группы.

Нашей целью является описание деятельности народных хантыйских лекарей на материале экспедиции к северным хантам. В 2008 г. состоялась поездка в п. Полноват Белярского района, в которой были собраны сведения по народной медицине и её практиках у казымских хантов (Волдина 2008). Речь идет о лекарях преимущественно второй группы (тех, кто занимались сакральной терапией), хотя костоправы, повитухи и травники в прошлом здесь также встречались.

Магико-мистические практики были распространены в хантыйской среде, ими занимались люди, способные к предвидению, предсказанию. Эта способность называлась словом *s'art*, а обладателей такого дара в зависимости от пола именовали *s'art xo* ('предсказывающий мужчина') и *s'art ne* ('предсказывающая женщина'), или называли общим для всех словом *s'art jox* (гадатели).

Есть еще категория лиц, называемых *shepan*. У казымских хантов человек этой категории близок по своим характеристикам к колдуну или тому, кто может сознательно причинять людям вред. Но в зафиксированной К.Ф. Карьялайненом информации это слово имело несколько другое смысловое значение и было синонимично понятию *s'art*. «Наиболее общим и повсеместно встречающимся, хотя на востоке частично уже забытым, является название, в котором в качестве первой части встречается *tšēpän* «ворожба» (например, на Конде *tšēpänəŋ-xoi* «ворожей», на Вахе *tšipänəŋ-kū* «исцелитель, врач»), на Васюгане сейчас это повсеместно означает фокусничество» (Карьялайнен 1996: 189).

Характеристики гадалек зависят от покровительства родовых духов («кому принадлежит голова»). По словам информантов, «человека судят по роду, к которому он относится, и навыки его идут по роду. У каждого человека – свой дух-покровитель». Информация о духах-покровителях позволяла судить, в какой сфере проявляются его способности (Волдина, 2010). В подтверждение этому будут и слова К.Ф. Карьялайнена: «Дар ворожее может быть дан небесным богом, в этом случае перед нами могущественный ворожей, но дар может происходить и от подчиненного духа, причем в этом случае его сфера воздействия остается более узкой...» (Карьялайнен 1996: 186).

Обладая даром *s'art*, эти люди могли влиять на здоровье своего окружения: лечить, обращаясь за поддержкой к своему духовному хранителю, которого призывают с помощью молитв. При лечении в сложных случаях два-три гадалателя могли объединить свои усилия. Но были и такие, кто мог забирать у людей жизненные силы *ruv vuty utat* («энергию, силу берущие»), их еще называли *kas'i vertut* («болезнь делающие»). Иногда обладатели необычных способностей могли соперничать.

Среди лекарей с даром *s'art*, можно выделить тех, кто может лечить руками – *joshan* («с рукой»); владеет силой взгляда – *seman* («с глазами»); владеет словом – *jasnan* («со словом»). В первом случае люди также говорили: *josh tail, pos tail* («руку имеет, знак имеет»). Е.П. Поворазнюк приводит народное название метода лечения, применяемого лекарями данной категории: «Ёш понты вер» - наложение руки на больной участок тела, орган». (Поворазнюк 1998: 31). Во втором – можно вспомнить название, зафиксированное К.Ф. Карьялайненом, которое бытует и в наши дни: «у северных остяков *sem-vōjan-χo* «видящий глазами человек», т.е. созерцатель». Третий тип лекаря, по сообщениям этого же ученого «на Демьянке иногда еще называют *kēt-χoi* «говорун» ... который лечит больных заговорами...» (Карьялайнен 1996: 189).

Если к обладателям *s'art* обратились за помощью, они не имеют права отказываться, иначе могут утратить связь с духами. В этом случае у них могут отнять не только магическую силу, но даже укоротить срок их жизни. Нежелательно рассказывать всем подряд о своих видениях и ощущениях, а также о своем даре, что может привести к его утрате. По причине соблюдения этой традиции получение информации о шаманстве обских угров затруднено. И вывод, сложившийся в этнографической литературе о неразвитости этой сферы у обских угров и отсутствии в их среде сильных шаманов, на наш взгляд, не верен и требует пересмотра. Хотя бы потому, что в представлениях других народов, окружающих хантов и манси, по поводу их магических способностей сложилось иное мнение. Например, М.А. Зенько пишет: «... хантыйские шаманы традиционно считались более сильными, и в сложных случаях лесные ненцы предпочитали обращаться имен-

но к ним. Очевидно, по той же причине в фольклоре лесных ненцев часто встречаются рассказы о легендарных сильных хантыйских шаманах» (Зенько 1999: 184).

Хантыйские лекари практиковали «костоправство (головы, рук, ног, позвоночника и т.д.), вправление смещенных органов, фитотерапия, применение биологически активных веществ при различных заболеваниях (медвежья желчь, медвежий жир и жир других животных, кровь жертвенных животных, панты и т.д.)» (Поворознюк 1998: 31). Такое оказание конкретной медицинской помощи также могло приобретать магико-мистическую окраску, т.к. они тоже требуют от лекаря особого чутья и помощи духов. Ритуальный характер имело и родовспоможение, напрямую связанное с культом богини *Kaltas'*, отвечающей за деторождение и посылающей душу.

Перед лечением для определения причины заболевания проводили обряд гадания. Хантыйские гадатели могут использовать необходимые для этого ритуальные предметы из металла (стрелы, ножи, топоры, иголки, ножницы). В лечении могли использовать клыки и когти зверей и птиц, которые считались их духами-помощниками, обращались также к стихиям воды, огня, земли. Придавалось значение символике цвета, знакам в окружающем мире, сновидениям.

При магических действиях лекари такого рода могут входить в образ духа, которого позвали на помощь, а тот в свою очередь зовёт «своих». При таком перевоплощении мимика меняется, тело исцеляющего принимает позу антропоморфного или зооморфного духа, меняются взгляд и голос, движения.

Люди с даром *s'art*, как правило, были знатоками и исполнителями фольклора. При установлении причин заболевания и в процессе последующего лечения применяли молитвы, священные песни и сказания, игру на музыкальных инструментах. В литературе нашли свое отражение способы лечения с помощью фольклорных произведений. Например: «Считалось, что сказочники и исполнители былин способны ощущать физическое и духовное состояние своего собеседника, поэтому они одновременно являлись и лекарями. Во время сеанса лечения сказочник и

его пациент садились друг против друга, при этом их обязательно должен разделять костер...» (Кулемзин, Лукина 1992:115).

Не случайно, обряд медвежьей игрища, где исполнялось от 300 до 600 фольклорных песен, танцев, сенок, также имеет мощное оздоровительное значение. Люди всегда отмечали улучшение своего физического состояния после участия в таком ритуале. У многих проходили даже серьезные заболевания.

В настоящее время остались воспоминания о традиционных лекарях. В основном о них рассказывают пожилые люди как о поколении своих родителей, дедушек-бабушек. Некоторые из них перестали заниматься традиционным лечением после того, как отсидели срок в период репрессий в 1930-е гг. Казымских хантов это коснулось особенно после подавления Казымского восстания. Среди репрессированных были лица, занимающиеся религиозной деятельностью (их называли шаманами). Например, такова была судьба выдающегося для своего времени хантыйского лекаря, активного участника медвежьих игрищ Г.Я. Пендыхова из д. Мозямы, лечившего людей разными способами, в том числе, руками или, как теперь принято говорить, биоэнергетически; средствами растительного происхождения; с помощью обряда *patlam hot* («тёмный дом»).

Та же судьба была у замечательного исполнителя фольклора А.М. Артемьева из Помута, о котором рассказывают как человеку с необычными способностями. В поколении, которое родилось уже в 1930-е гг. также встречались и до сих пор есть люди, которые владели некоторыми ритуальными техниками лечения. Потомки народных лекарей часто становились медицинскими работниками. Например, дочь и внучка Г.Я. Пендыхова – профессиональные медики.

Среди современных хантыйских целителей можно выделить в отдельную группу лиц, живущих в городской среде. Природные способности, полученное образование, интерес к современным духовным и целительским практикам формируют новый тип врача. Но связь с родной культурой является основой для проявления способностей в этой сфере.

К забытым приемам лечения с участием большого числа людей можно отнести ритуальную тряску *revjasty*, которую

возродила М.К. Волдина; она применяет и другие ритуальные целительские техники для помощи людям. По ее рассказам тот, кто проводил обряд *revjasty*, выбирал открытое место – *revjasty har*. Собравшиеся люди (это проходило обычно в период эпидемии) под речитативную песню становились в свободном порядке и активно трясли себя. После такого танца люди чувствовали себя значительно лучше. Мария Кузьминична реконструировала песню для этого обряда, но сложив текст песни заново, в том варианте как ей пришло во время импровизации в ходе ритуала, а сам ритуал она проводит для широкой аудитории в своих концертных и других публичных выступлениях.

Другой пример имеет отношение к врачу и хантыйской целительнице Е.А. Поворознюк. В 1990-х гг. она провела исследование, в ходе которого измерялись психофизиологические показатели у людей до и после прослушивания фонограмм ритуальных песен обских угров, которые свидетельствовали о значительном улучшении их состояния. Программа использования методов народной медицины с применением специальной автоматизированной системы (разр. Новосибирской академии экологии и патологии под рук. проф. В.И. Хаснуллина) учитывала «сенсомоторные реакции на звуковые и зрительные сигналы, точность оценки и воспроизведения пациентом интервалов времени (чувство времени, индивидуальная минута), специальный восьмицветовой тест, позволяющий судить о степени психоэмоционального напряжения, уровня страха, агрессивности, конфликтности...» и т.д.

Е.П. Поворознюк отмечает: «Сеансы психоритмотерапии (Т.В.: использование фонограмм ритуальных песен с лечебной целью она называет психоритмотерапевтической методикой) применялись нами с учетом индивидуального психофизиологического статуса пациента, клинического течения болезни, с соблюдением этических и этнических норм поведения (окуривание в присутствии «духа огня», сопровождение жертвоприношениями)». И далее: «Полученные результаты доказывают, что методы народной медицины не только эффективны для реабилитации психосоматической патологии (снижение артериального давления, ЧСС, снижение веса, улучшение функций почек, лечение заболеваний костно-мышечной системы). А также –

для коррекции отклонений психо-социального характера: снижение психического напряжения, уровня страха, скорости сенсомоторных реакций, достижения психологического комфорта» (Поворознюк 1998: 30–32).

Итак, согласно хантыйской народной классификации лекарей, специализирующихся в сакральной терапии, принято разделять по психофизиологическим особенностям, с помощью которых они могли воздействовать на больного: диагностировать и лечить (с помощью энергии рук, взгляда или слова). Способность лечить людей зависит от покровительства духов и связанных с ними ритуально-магических практик, это ставит хантыйских лекарей в разряд лиц, относящихся к шаманам. Важное место в лекарской деятельности занимал ритуальный фольклор, что нашло отражение и в практике современных хантыйских целителей.

Литература и источники:

Волдина Т.В. (2008) Народные средства и методы лечения хантов Белоярского района ХМАО-Югры (по материалам экспедиции, январь 2008 г.). *Народная медицина хантов Белоярского района (по материалам научно-исследовательской экспедиции)*, Ханты-Мансийск, с. 1–11.

Волдина Т.В. (2010) Психофизиологические особенности гадалек s'art ne (женщина) и s'art ho (мужчина). *Психофизиология о социальной адаптации (нео)шаманов в прошлом и настоящем. Материалы Международного интердисциплинарного научно-практического симпозиума. Республика Бурятия. Тункинский национальный парк. 2-9 августа 2010 г., М., ИЭА РАН, с.38-44.*

Ильина И.В. (2008) *Традиционная медицинская культура народов Европейского Северо-Востока*, Сыктывкар, Институт языка, литературы и истории Коми научного центра УрО РАН, 236 с.

Карьялайнен К.Ф. (1996) *Религия югорских народов*, Том 3, Томск, Изд-во Том ун-та, 247 с.

Кулемзин В.М. (2004) *О хантыйских шаманах*, Тарту, 208 с.

Кулемзин В.М., Лукина Н.В. (1992) *Знакомьтесь: ханты*, Новосибирск, ВО «Наука», 136 с.

Поворознюк Е.П. (1998) Народная медицина в социально-психологической реабилитации населения коренных обско-угорских национальностей. *Социокультурная динамика Ханты-Мансийского автономного округа сегодня и в перспективе XXI века: федеральный и региональный аспекты. Сборник тезисов к Всероссийской научно-*

практической конференции, Секция 3–4, Ч. II. Сургут, Инф.-изд. центр СурГУ, с. 30–32.

Харитонов В.И. (2004 а) Основы терапии в сакральных практиках (шаманизм, колдовство, знахарство). *Материалы Международного междисциплинарного научно-практического конгресса «Сакральное глазами “профанов” и “посвященных”»*. Москва 21 – 30 июня 2004 г., М., (Этнологические исследования по шаманству и иным традиционным верованиям и практикам, Том 10, часть 1), с. 218 – 220.

Харитонов В.И. (2004 б) Современное целительство: проблемы терапии и сакральный компонент в лекарских практиках. *Материалы Международного междисциплинарного научно-практического конгресса «Сакральное глазами “профанов” и “посвященных”»*. Москва 21 – 30 июня 2004 г. М., (Этнологические исследования по шаманству и иным традиционным верованиям и практикам, Том 10, часть 1), с. 222–223.

Summary: On the basis of the materials of the 2008 expedition for the study of folk medicine in the settlement of Polnovat of Beloyarsky district, Khanty-Mansiisk Autonomous District main characteristics of the Khanty healers are presented. Usually magic-rituals were practiced by people who had the gift of predicting. Their power, opportunities and treatment methods were related to the protection of spirits. Among these persons were true connoisseurs of folklore works, which were also used in medical practice. Modern Khanty folk healers use the works in their today practice as the most important psychotherapeutic means.

Keywords: folk-medicine, Khanty, physicians, healers, magical-mystical ritual action, sacred practice

Киньябаева Г.А.

РОЛЬ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ В СОХРАНЕНИИ И ВОСПРОИЗВОДСТВЕ ЭТНОСА (НА ПРИМЕРЕ БАШКИР XIX В.)

Аннотация: В статье на основе данных литературных источников XIX в. и архивных материалов рассматриваются вопросы использования средств народной медицины и их роль в сохранении и воспроизводстве башкирского этноса в XIX в. Резуль-

таты анализа материалов ревизских сказок подтверждают высокий демографический потенциал изучаемого населения, сформированный, в том числе, веками наработанной практикой врачевания традиционными народными средствами, применением охранных мер в отношении материнства и детства, которые способствовали выживанию и сохранению этноса в критические периоды истории.

Ключевые слова: башкиры, народная медицина, рождаемость, смертность, заболеваемость, этнос, ревизская сказка

Анализ конкретного исторического материала показывает, что на формирование демографической структуры башкирского этноса в XIX в. влияли не только социально-экономическая ситуация и политические события, но и санитарно-гигиеническая и эпидемиологическая обстановка, имевшая место на Южном Урале в силу ряда климатических, географических, а также этнических особенностей, характерных для условий жизни и быта башкир, и конечно же башкирская народная медицина.

В источниках XIX века отмечается, что большинство болезней, характерных для населения России в целом, имели место и среди башкир. Однако мнения относительно состояния здоровья башкир различались. Часть исследователей считали, что башкиры обладают хорошим здоровьем. Так, В. Флоринский писал: «Здоровье у башкир можно считать очень хорошим в том смысле, что организм их гораздо более закален против всех стихийных невзгод, нежели организм других инородцев и русских, привыкших к большим жизненным удобствам, и, так сказать, более изнеженных. Башкиры не знают, что такое простуда, или неудобоваримая пища. Если они вымирают от эпидемических болезней, например, от голодного тифа, то это происходит не от слабости их организации, а от нищеты и крайне тяжелой жизненной обстановки» (Флоринский 1874:739). Аналогичной точки зрения придерживался В.П. Черемшанский (Черемшанский 1859:107).

Другие исследователи (например, В.В. Лотин) доказывали, что башкиры более чувствительны к болезням, нежели другие народы (Флоринский 1874:763).

Статистические данные Д.П. Никольского, хотя и относятся ко второй половине XIX в., дают наглядное представление об основных тенденциях, существовавших в башкирском обществе на протяжении всего столетия, поэтому мы считаем возможным использовать эти сведения как наиболее характерные в целом для всего башкирского населения.

Ученый, исследовавший материал по Екатеринбургскому и Шадринскому уездам, отмечал меньшую заболеваемость женщин: из всех обратившихся к врачу башкир 67% составляли мужчины, 33 % – женщины (Никольский 1899:149). Ученый оговаривал, что эти данные могут быть не точны, так как башкирки, возможно, реже обращались к врачу из-за стеснения или незнания языка. Для подтверждения автор указывает, что в русском населении женщины болели чаще мужчин (Никольский 1899:149).

На наш взгляд, вряд ли можно говорить о более редкой заболеваемости женщин в этот период, так как по архивным данным смертность в зрелом возрасте среди женского населения была более высокая, чем среди мужского. Об этом говорит сокращение доли женского населения в возрастной группе 21–40 лет: по данным материалов ревизии середины XIX в. доля женского населения сократилась в 2 раза с 17,7% до 8,7%, то есть примерно каждая вторая женщина детородного возраста не доживала и до 40 лет (ЦГИА РБ, ф.138, оп.2).

Заслуживает внимания объяснение Д. П. Никольским того, что «заболеваемость среди башкир развита сравнительно меньше, чем среди русского населения» (Никольский 1899:343). По этому поводу исследователь в своей работе «Башкиры... » писал: «..выезды летом на коши много приносят пользы башкирам в физическом отношении... Главным могучим оздоравливающим фактором является здесь степной чистый воздух, а затем и несколько улучшенное питание» (Никольский 1899:51–52). Наличие в рационе питания башкир кумыса укрепляло организм, восстанавливало силы, являлось прекрасным фактором, усиливающим иммунитет ко многим заболеваниям.

Вероятно, более редкое обращение башкир к врачам объясняется широким распространением среди них народных

знахарей и довольно высоким уровнем развития народной медицины.

В литературе имеется немало сведений о башкирской народной медицине. Данной теме целиком посвящена работа В.З. Гумарова «Башкирская народная медицина» (Уфа, 1985), в которой автор систематизирует знания по традиционным способам лечения различных заболеваний у башкир, наиболее характерных для данных условий жизни.

Самыми популярными средствами и приемами народной медицины пользовались по существу в каждой семье. Были и специальные врачеватели: травники, костоправы, массажисты, повивальные бабки, специалисты по обрезаю, кровопускатели и т.д. (Гумаров 1985:48).

В эмпирической медицине башкир использовались главным образом средства растительного мира, животного происхождения и минералы. Так, например, применялись отвары ромашки, зверобоя, шалфея, девясила в качестве противовоспалительных и антисептических средств, кроме того, с аналогичной целью использовались камфора, синий купорос, нашатырь, мышьяк и др. (Черемшанский 1959:108).

Д.П. Никольский упоминает более 20 наименований лекарственных трав, используемых в народной медицине башкир, а также о таких лечебных средствах животного происхождения, как кумыс, сыр курут, медвежье сало и др.

Без выработки мер сохранения здоровья, его укрепления, предупреждения и лечения болезней народ в условиях полукочевой жизни просто не смог бы существовать. Это являлось жизненной необходимостью.

Несмотря на некоторые разногласия по вопросу оценки состояния здоровья башкир, все исследователи XIX в. сходятся в том, что наиболее тяжелые последствия для всего башкирского населения в целом имели эпидемии различных инфекционных заболеваний, уносящие тысячи человеческих жизней.

Так, по сведениям Губернского начальства, в 1840 г. в разных уездах свирепствовали сибирская язва. Число больных достигло 600 человек. В 1847–1848 гг. отмечалась эпидемия холеры, имевшая распространение на всю Оренбургскую

губернию. В результате нее в 1847 г. по всему региону умерло 5642 человека (Черемшанский 1859:107).

Флоринский В., ссылаясь на статью д-ра В.В. Лотина «Возвратные горячки в Оренбургском крае» (Медицинский Вестник, 1866. № 23–25), отмечал, что «в самых больших размерах эпидемия возвратной горячки (т.е. тифа) была в Башкирии. В иных местах как болезненность, так и смертность ... достигала громадных размеров. В некоторых селениях (Оренбургского и Орского уездов) болезненность была колоссальная, и смертность в течение 1865г. доходила до 26–44% по отношению к общему числу народонаселения» (Флоринский 1874:763).

Основными причинами авторы считали голод, плохие жилищные условия, скученность, нищету, а также «дурные диетико-гигиенические условия» (Флоринский 1874:763).

Касаясь вопроса о детской заболеваемости, В.П. Черемшанский писал, что из инфекционных болезней чаще всего встречались скарлатина, оспа, краснуха, корь, коклюш – «но все эти болезни, свойственные детям, ... по здешнему климату редко бывают злокачественны и смертоносны. Только от оспы умирает иногда много младенцев». Были эпидемические ситуации, особенно среди детей и женщин, с простыми и кровавыми поносами, тифозной горячкой (Черемшанский 1859:107).

В связи с этим вопросом представляют интерес данные, приводимые в работе Д.П. Никольского. По сведениям автора, из всех обратившихся к врачу (100%) дети составляют 29,8%, или примерно каждый третий больной – ребенок. При этом самый большой процент больных приходится на возраст 11–15 лет (24,7% от общего количества обратившихся к врачу больных детей), а менее всего дети болеют в возрасте до одного года (15%). В детстве мальчики болели чаще, чем девочки (Никольский 1899:165).

Наибольшая смертность приходилась на возраст от рождения до 1 года – 24,5% от всего числа, причем по России этот показатель составлял 33,9%. От рождения до 5 лет процент смертности равнялся 49%. По России этот показатель за 1867г. составлял 53–76%. То есть по сравнению с другими народностями Рос-

сии детская смертность у башкир была ниже, хотя количественно и оставалась еще достаточно высокой. Такую разницу в смертности детей у башкир и русских Д.П. Никольский объяснял различием в длительности и в способах прикармливания детей, в веками сложившихся привычках и особенностях традиционного ухода за детьми, в условиях труда башкирки и русской (Никольский 1899:193–194).

По медико-гигиеническим воззрениям башкир, злейшим врагом для здоровья женщины во время родов и в течение 2–3 недель послеродового периода, а также грудных детей является переохлаждение. Поэтому жилище, в котором находились новорожденный и его мать, усиленно отапливалось. Требование температурного режима было особенно жестким, когда рождались недоношенные дети. Они вплоть до истечения сроков нормальной беременности содержались в затемненных условиях (Гумаров 1985:75.)

Вместо соски использовали либо хлебную кашницу, завернутую в чистую тряпочку, либо вареное сало, которое, как известно, обладает бактерицидными свойствами, что, вероятно, делает вполне оправданным использование сала в качестве соски (Гумаров 1985:76). «Башкирки кормят грудью долго, иногда до 2-х лет. Прикармливание начинается с одного года или даже позже. С этого времени и начинается повышение смертности» (Никольский 1899:194). Наименьший процент смертности среди детей до 1 года приходится на возраст 1–3 месяца (8,6%), а наибольший – на возраст 6–12 месяцев (56,1%) (Никольский, 1899: 194).

Аналогичны выводы и М.В. Птухи. Результаты его анализа показывают уровень смертности у 11 народов России, в том числе и у башкир. Так, применительно ко второй половине XIX в., уровень детской (до 1 года) смертности у башкир был ниже, чем например, у татар, чувашей, русских, однако выше, чем у народов Прибалтики, евреев, молдаван.

По его данным, у башкир до 5 лет доживали 61,5% мальчиков и 64,1% девочек (вторая половина XIX в) (Птуха 1928:23, 30, 37).

Для сравнения в 1816г., по данным архивных материалов до 5 лет доживали 72% мальчиков и 73,7% девочек; в 1834г. – 71,55%

мальчиков, 70,1% девочек; в 1859г. – 65,5% мальчиков, 62% девочек (ЦГИА РБ, ф.138, оп.2).

Показатели смертности среди детей в различных возрастных группах (до 1 года, до 5 лет) по сравнению с аналогичными данными у других народов свидетельствуют о более высоком уровне детской выживаемости у башкир, что несомненно является заслугой достаточно высокого уровня развития народной медицины.

Таким образом, большинство исследователей жизни и быта башкир XIX века признавало факт повышенной заболеваемости среди них болезнями эпидемического характера. Это происходило вследствие голода, скученности проживания и нарастающего обнищания населения в результате проводившейся на протяжении всей первой половины XIX века социально-экономической политики царского правительства в отношении башкир, а также вследствие влияния заболеваемости на увеличение смертности как населения в целом, так и детской, в частности. Тем не менее, веками наработанная практика врачевания традиционными народными средствами, применение охранных мер в отношении материнства и детства способствовали выживанию и сохранению этноса в критические периоды истории.

Литература и источники:

Гумаров В.З. (1980) Народная гигиена башкир и охрана здоровья детей (конец XIX – начало XX в.). *Обычаи и культурно-бытовые традиции башкир*, Уфа, с. 130–134.

Гумаров В.З. (1985) *Башкирская народная медицина*, Уфа, 144 с.

Никольский Д.П. (1899) Башкиры. Этнографическое и санитарно-антропологическое исследование. Диссертация на степень доктора медицины, СПб., 377 с.

Птуха М.В. (1928) *Смертность 11 народов европейской России в конце XIX в.*, Киев, 45с.

Флоринский В. (1874) Башкирия и башкиры. Путевые заметки. *Вестник Европы*, Т. VI, СПб., С. 722–765.

Черемшанский В.М. (1859) *Описание Оренбургской губернии в хозяйственно-статистическом, этнографическом и промышленном отношениях*. Уфа, 472 с.

ЦГИА РБ; ф. 138 (Оренбургская Каз. палата), оп. 2, Ревизские сказки VII ревизии о башкирцах. дд. 192–195, 205–207, 145, 146, 309, 345, 387–390, 394, 396–398, 566–566а), 430–430 а), 525, 485а), 761–762, 704–706, 765, 772, 767 а).

Summary: The article looks into the use of traditional medicine and its role in preservation and reproduction of the Bashkir people in the XIX century on the basis of XIX century literary sources and archival materials. The results of census records analysis confirm high demographic potential of Bashkir population that was shaped, among other things, by the health care practices acquired for centuries, treatment measures applied to women and children – all of which were aimed at survival and preservation of this ethnic group during the critical periods of history.

Ключевые слова: Bashkirs, traditional medicine, birthrate, death-rate, ethnic group, population census

Каландаров Т.С., Юсуфбекова З.

К ПРОБЛЕМЕ ТРАНСФОРМАЦИИ ТРАДИЦИОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ О ЖЕНСКОМ БЕСПЛОДИИ У ШУГНАНЦЕВ ЗАПАДНОГО ПАМИРА

Аннотация: В статье рассматриваются народные методы лечения женского бесплодия у одного из малочисленных народов Памира – шугнанцев. Авторы анализируют традиционные медицинские знания и практики шугнанцев на основе архивных, литературных и собственных полевых материалов. Данные знания рассматриваются в контексте четырех этапов истории Памира: период до присоединения Шугнана к Царской России, период активного присутствия Российской Империи в регионе, советский и постсоветский периоды. Исследуя проблемы женского бесплодия, авторы приходят к выводу о живучести многих традиционных методов лечения, некоторые из этих методов, на их взгляд, являются иррациональными.

Ключевые слова: шугнанцы, Западный Памир, медицинская антропология, женское бесплодие, халифа, традиционное врачевание, знахарство, повитуха

На протяжении столетий вопрос женского бесплодия является не только физиологической проблемой отдельной женщины и психологической проблемой обособленной семьи, но и социокультурной проблемой общины, общества и народа в целом. В этнографической литературе, посвященной традиционным культурам народов различных регионов, особое внимание всегда уделяется вопросам семьи и воспроизводства. И практически в каждом фундаментальном труде мы находим описание традиционных медицинских практик и знаний, суеверий и предрассудков в отношении методов лечения бесплодия.

В данной статье мы рассмотрим традиционные медицинские практики шугнанцев – коренного населения Шугнанского и Рошткалинского районов, которые также составляют большую часть населения г. Хорога Горно-Бадахшанской автономной области Таджикистана, характеризующегося высокой степенью географической и социально-культурной изоляции. Мы также рассмотрим проблему интеграции традиционных медицинских знаний с современными медицинскими знаниями и практиками, которые появились на Памире сначала в рамках распространения медицинских стандартов советской системы здравоохранения, а затем в ходе открытия Памира и Таджикистана для мирового сообщества.

Как и все народы, шугнанцы питают огромную любовь к детям. Рождение ребенка, какой бы он ни был по счету, всегда встречается радостно, бездетность же считается несчастьем и вызывает глубокую жалость не только родных и близких, но и всех окружающих. Обычно бездетность – причина расстройств брака. Только слишком привязанные друг к другу бездетные супруги проживали вместе всю жизнь. В условиях бытования неразделенных семей дети других членов семьи заменяли им собственных детей, и они принимали участие в их воспитании. Взрослые дети одинаково заботились о престарелых родителях и о бездетных родственниках. Нередко бездетные супруги, в

особенности, если они являлись старшими по возрасту, становились главами семьи.

Обычно в бездетности шугнанцы, как и другие народы Средней Азии, обвиняли только женщину¹. Муж очень скоро брал вторую жену и соглашался отпустить первую жену с условием получения отступного – *реҳкаҳ*² от ее родителей. Если родители не могли дать отступное, она оставалась в семье мужа до глубокой старости, пока была полезной в хозяйстве. Тогда муж отпускал ее без отступного.

Отношение остальных членов семьи и окружающих к бесплодной женщине зависело от ее характера и пользы, приносимой в хозяйстве. Работящая и добрая по характеру женщина пользовалась уважением, почетом и всеобщей заботой. В противном случае ее даже в лицо могли назвать *bebara daraxt* (бесплодное дерево) или *pūstinduz* – скорняк, что в переносном смысле означает «мужчина в женской одежде», потому что шитьем тулупов – *pūstin* – занимались лишь мужчины.

Причинами бесплодия шугнанцы считали: *хости худо* – божью волю, дурное влияние злых духов – *воума* (Андреев 1953:46; Каландаров 2004:283–284; Юсуфбекова 2001:56–57); сильный испуг, пережитый женщиной, – *aks*; сильную простуду как следствие употребления «холодной пищи» или купания в холодной воде после наступления беременности – *gazak*; ушиб при падении и выполнение тяжелых физических работ на голодный желудок, в результате чего обычно «опускается пупок» *poftid*.

Когда выяснялось, что женщина обречена на бесплодие, якобы по воле бога, злых духов или магических колдовских действий злых людей, то первым делом прибегали к способам лечения, связанным с культом святых, к обрядам, имеющим магический характер и сохраняющим следы ранних доисламских верований и представлений. Как и у многих других народов Средней Азии, бесплодная женщина, прежде всего, шла к местным святыням – *ostūn* (тадж. *мазар*) – место погребения, гробница, могила, мавзолей, святое место. (Бобринской 1902:14; 1908:108–116; Андреев 1953:86; ТКД 1976:59–61, Каландаров 2002:59, 2002а:227).

В Шугнани такими святынями – *остонами*, помогающими женщинам при бесплодии, считались мазары «Пой Ходжа», «Шохи Кошон», «Шоабдол» и др. Если они не помогали, женщины ходили на мазары в Вахане.

Отправлялись на мазар с мужьями. Если мазар находился далеко, то выходили из дому обыкновенно с таким расчетом, чтобы попасть туда в почитаемые мусульманами дни – четверг или пятницу, которые считались днями поклонения мазару. Брели с собой одного барана (овцы в Шугнани считались райскими животными), 1–2 тафсина (1 tafsin – 2 кг) топленого масла и четное количество маленьких сдобных хлебцев – *kuġa*. По существующим поверьям, барана следовало вести живым, что, якобы, способствовало появлению на свет другого живого существа – будущего ребенка. Барана отдавали хранителю мазара – *шейху*, а сдобные хлебцы и масло женщина вносила внутрь мазара и клала на святой камень – *ostun*. Вероятно, это связано с древним обычаем жертвоприношения.

Предварительно муж и жена совершали полное ритуальное омовение. Но в мазар женщина входила одна. Поцеловав порог несколько раз, она, стоя перед ним на коленях, начинала молиться и плакать. При этом произносился текст специального заклинания: «Худоик уз рuc аз ту натилабум, faqat yiw kūr rizinak tilabum, savza murd sūd» («Боженька, я у тебя не прошу сына, я прошу лишь послать мне слепую доченьку, пусть она у меня растет, зеленеет»). Предполагалось, что после этого женщина должна впасть на некоторое время в забытие, а придя в себя, обнаружить на своей ладони какое-либо живое существо, обычно маленькую гусеницу³, что, согласно существующим поверьям, предвещает рождение ребенка.

В некоторых местах, например в Паршиневе, не считалось обязательным появление в ее руке живого существа. Женщина, очнувшись, обнаруживала на ладони цветок – это означало, что у нее родится мальчик. Знаком рождения девочки являлась бузина. В подобных случаях верили в связь бесплодной женщины с духами святых, что впоследствии давало ей возможность иметь детей. Как нам рассказывали, считалось, что, если женщине, пришедшей к мазару «Шохи Кошон», суждено было

иметь ребенка, дверь мазара раскрывалась сама по себе. Если дверь не отворялась, это считалось дурным знаком, и женщина шла обратно, не входя в мазар.

Бездетные женщины совершали также паломничество на qadamjoy – место, где, якобы, ступала нога какого-либо святого. Пришедшая обходила его вокруг. Такое паломничество называлось tawof – хождение вокруг святого места. Культ мазара является отдаленным пережитком древних анимистических представлений, позднее наделенный мусульманской оболочкой культа святых.

Для лечения припадка – woyma было единственное средство: при помощи религиозных заговоров и заклинаний отогнать злых духов, мешающих женщине забеременеть. С этой целью бездетная женщина обращалась за помощью к халифе⁴; прежде всего, подносила ему 1–2 тафсина топленого масла или отрез материи, а иногда и барана. Халифа писал tamor (тадж. тумор) – амулет (Зарубин 1927:362; Андреев 1953: 47–48; 58–62, 68; ТКД 1976:59). Женщина зашивала его в чистую тряпочку, пришивала к нему шерстяную нитку и надевала на пояс или на шею. В случае наступления беременности она не расставалась с амулетом. Только к началу родов снимала и разворачивала его, чтобы ребенок родился в срок. Изредка халифа вместе с тамором давал женщине и tixtov (тадж. таитоб⁴) для ее мужа (Зарубин 1927:362–365; Андреев 1953:47–48; ТКД 1976:59); иногда наряду с тумор-таитоб использовалось и dudi – «дымное» – заклинание, написанное на тонких маленьких, величиной со спичечную коробку, кусках коры арчи (ТКД 1976:59).

Во время лечения тамор-тихтов и дуди женщина соблюдала определенную диету – parez (тадж. пархез – воздержание). Каждый халифа рекомендовал диету по своему усмотрению. Одни запрещали употреблять в пищу мясо диких птиц и домашних коз (животных, якобы связанных с духами пери), все острое, кислое. Другие предлагали пить лишь чай, отказаться от молока, соли и хлебных лепешек.

Если причиной бесплодия считали простуду – gazak, то также прибегали к средствам народной медицины. В селениях Паршинев, Вир, Шод с этой целью составляли смесь из старого

курдючного сала – kinadumba, и имбирного корня – zağçuba. В кишлаках Шошбувад и Сучан в ступке толкли вместе небольшого черного червячка с жесткой кожей – žowak и квасцы – zamč – с топленным маслом. Из полученной массы скатывали маленькие шарики, и «больная» женщина в течение трех дней закладывала их по одному во влагалище. Это лечение повторялось по несколько раз, пока не открывалось кровотечение, являющееся по здешним представлениям признаком излечения *газака*. Во время лечения рекомендовался постельный режим и только «горячительная» пища, мучная похлебка на коровьем масле – guḡaḡarḡo или же мясной суп из свежей баранины. Запрещались сношения с мужем, но по окончании срока лечения, наоборот, они были необходимы.

В с. Рошткала женщину лечили пометом животных. В подобных целях использовался обычно коровий или бараний помет, козий считался «холодным» и для лечения не годился. Собрав определенное количество помета, его высушивали на крышах. Затем толкли в ступке и подогревали на огне, после чего высыпали его на чистое, подметенное место, сажали туда «большую», сняв с нее предварительно шаровары. Через час или два женщина поднималась и сразу же ложилась в постель, накрываясь несколькими ватными одеялами для того, чтобы вспотеть. То же самое повторялось на второй и третий день. Через некоторое время все эти действия продельвались заново, до тех пор, пока не открывалось кровотечение, причем в течение всего этого времени женщина должна была избегать «холодной» еды.

В с. Шитам практиковался сходный способ лечения, но в отличие от Рошткалы там пользовались коровьим пометом – žowḡaḡ, did. Собрав помет в кучу, его оставляли под летним солнцем на 2–3 дня. Затем раздевали женщину и накрывали ее этой горячей массой до самой груди, снаружи оставалась одна голова, покрытая от солнца большим платком. Одна из близких родственниц неотлучно находилась при ней, чтобы оказать ей помощь в случае, если ей будет плохо. Часа через полтора кучу помета разгребали, помогали женщине встать, одевали ее и вели в дом, где укладывали в постель. В этот день она не должна была мыться. Это лечение также повторялось несколько раз.

В селениях Сежд и Рошткала в лечебных целях варили самодельное мыло из *tersabunak*, старого курдючного сала и *sipandūna* (семена *испанда*; тадж. *чигда*). В жидком виде его сливали в корыто, и женщина, сняв шаровары, садилась над корытом, укутывая нижнюю часть тела теплым одеялом. Она должна была как следует вспотеть, после чего ей давали горячую мучную похлебку, укладывали в постель и тепло укутывали.

Иногда допускалось предположение, что бесплодие является следствием осложнения после оспы – так называемой *bod*. В таких случаях больной рекомендовалось употреблять в пищу такое лекарство: мяту – *wīdm* (тадж. *пудина*), корку граната, змеиную кожу (*divusk būst*), помет выдры (*sangiloviṽ ad*) и т.д. Сначала все эти средства высушивали, затем толкли в ступке и несли к халифе, который читал над ними заговор, а затем только давали принимать больной.

Широко распространенное среди многих народов Средней Азии представление о «прилипании плода» – *nīdīvdow* являлось характерным и для Шугнана. Признаком прилипания ребенка к утробе матери, как правило, считали появление менструации после ее задержки на довольно долгое время, от 2–3 до 6–7 месяцев. В Шугнани женщины различали два вида «прилипания». Первый назывался *pariband* («привязанный злой пери»), то есть это было вызвано влиянием на женщину злой пери: женщина чего-нибудь сильно испугалась. Второй носил название *zoṽband* (связанный жиром). Считали, что злой дух часто воплощается в образ козла, поэтому к козлам относились с некоторым предубеждением и часто называли их чертом (*шайтон*), предполагалось, что *zoṽband* – следствие употребления беременной женщиной в пищу козьего жира или запивания жирной говядины холодной водой.

Как полагали, единственный действенный способ при лечении *pariband* – это амулет и заклинание. Иногда обращались также к мазарам. В с. Паршинев в таких случаях «больной» женщине рано утром давали пить 3 раза по четвергам или по пятницам собачье или ослиное молоко; в с. Шошбувад заставляли принимать помет выдры (*sangiloviṽ ad*). Считается, что пе-

ри не любит ничего «нечистого» (yaždi) и при появлении его сразу же удаляется.

Самой действенной мерой против zoʻband считалось прогревание «больной». Для прогревания применяли клубок черной шерсти или мешочек с подогретой солью. Их полагалось прикладывать в течение нескольких дней к пупку, закрепляя при помощи шнура. Если это не помогало, «больную» привязывали к главному столбу дома так, чтобы она прижималась к столбу животом. Две женщины обвязывали вокруг столба и тела женщины толстую шерстяную веревку и, взявшись за два конца, двигали эту веревку вниз и вверх по спине женщины в течение часа и больше. Это якобы способствовало «оживлению» ребенка.

В крайних случаях женщину заставляли спрыгнуть с какого-нибудь высокого места, например, с нар на пол в доме, или поднять тяжелый груз. Кроме того, нередко прибегали к магическому «очищению» от зла при помощи качания на качелях – wulʹak. Вероятно, это связано и с культом плодородия, так как качели устраивались на тутовом дереве. Иногда «больную» клали на войлок, и четыре женщины, взявшись за его углы, перекатывали ее из стороны в сторону. Этот прием применялся и для ускорения родов.

С 1895 года началось новая эра в жизни всех памирских народов, в том числе и шугнанцев. В результате политики царского правительства Российской Империи в жизни этих малочисленных народов Памира произошли серьезные преобразования. Именно при новой русской власти в Хороге появились первые элементы современных достижений европейской медицины. В регион приехали дипломированные врачи и младший медицинский персонал. До настоящего времени среди памирских народов сохранилась добрая память об этих врачах.

Одним из них был выпускник киевского военно-фельдшерского училища Степан Канутович Хмелевский. Среди шугнанцев он стал известен по имени Духтурбуц – «Младший доктор». Видимо, этот псевдоним ему дали с его согласия, потому что он сам себя считал ниже доктора, так как был фельдшером (подробно о нем см.: Аламшоев 2012:162–174). Шугнанцы до

сих пор рассказывают анекдотический случай из жизни Хмелевского. В самом начале XX в. к нему на прием пришла местная бездетная женщина. После осмотра С.К. Хмелевский выписал ей рецепт для получения необходимых лекарств у руководства русского поста в Хороге. После того как женщина вышла от врача, она тот час же растворила бумагу с рецептом в стакане воды и выпила. Данный рецепт она приняла за *таштоб*, который традиционно пишет мулла.

Единичные фельдшерские пункты, географическая изолированность горных кишлаков от административных центров Памира не способствовала активным процессам интеграции европейских медицинских знаний. Можно с уверенностью сказать, что в начале XX в. весь комплекс медицинских знаний шугнанцев, в т.ч. знаний о методах лечения бесплодия у женщин, сохранял свои традиционные (архаичные) черты.

В советский период шугнанцы, как и другие народы Памира, сделали гигантский скачок в экономическом и социально-культурном развитии, в том числе и в сфере медицине. Появились современные больницы и поликлиники, практически во всех отдаленных кишлаках были открыты медпункты, где обязательно работал хотя бы один фельдшер. Помимо реформ в экономической и социальной сфере, советское руководство вело активную антирелигиозную борьбу, а также борьбу с традиционными медицинскими знаниями и практиками. В результате такой политики открытая практика традиционной борьбы с бесплодием прекратилась, но поскольку вопрос репродуктивности и женского здоровья составляет основу семейно-брачных отношений, то все знания и навыки практически в полном объеме передавались из поколения в поколение в рамках общины.

Распад Советского Союза, упразднение единой централизованной системы контроля за медицинскими практиками на территории постсоветского Памира послужило толчком к возрождению традиционных гинекологических знаний и практик. На сегодняшний день из широкого спектра методов борьбы с бесплодием, как в рамках конвенциональной, так и народной медицины, наиболее распространенными для решения вопроса бесплодия для большинства памирских женщин остаются чудо-

действенное посещение святых мест – мазаров и сила слова (внушения или самовнушения) многочисленных священнослужителей и «знающих» специалистов (повитух, знахарок и гадалек). Несмотря на ряд разоблачительных видеосюжетов и регулярные статьи в таджикистанских массмедиа о деятельности подобных «специалистов», вопросы бесплодия женщин и бездетности семей, скорее, решаются в личном религиозном странстве, нежели средствами публичной медицины.

Примечания:

¹Т.С. Лозовская сообщает, что у среднеазиатских евреев бесплодие считается наказанием за грехи женщины. См.: Лозовская 1930:208.

²О рехках более подробно см.: Моногарова 1972: 133–134.

³Согласно сообщениям М.Н. Серебряковой, турчанки в подобных ситуациях проглатывают это живое существо (Серебрякова 1979:235).

⁴Халифа – духовное лицо, служитель культа.

⁵ṭiḡtov тадж. *таштов* – кусочек бумаги, на котором по-арабски пишут молитву. Больные смывают эту молитву в воде и пьют, веря в то, что это помогает.

⁶Старое курдючное сало хранили в доме в течение нескольких лет и употребляли в лечебных целях.

⁷Качание на качелях – wulʕakbeḡt обычно устраивалось весной, в Навруз – xidir-ayūm и считалось ритуальным очищением. Качались на качелях только девочки и женщины, как молодые, так и пожилые. Об обрядовом значении качания на качелях у других народов см.: Штернберг 1936:466; Фрэзер 1998:306; Андреев 1953:113; Снесарев 1969:79; Мухиддинов 1975:95; Басилов 1970:16–17 и др.

Литература и источники:

Аламшоев К.М. (2012) *Помир* 1937. Душанбе, Ирфон. 352 с. (на тадж. яз).

Андреев М.С. (1953) Таджики долины Хуф (Верховья Аму-Дарьи). *Труды АН ТаджССР. Институт истории, археологии и этнографии. Материалы к изучению культуры и быта таджиков*. Сталинабад: Изв. АН ТаджССР, 251 с.

Басилов В.Н. (1970) *Культ святых в исламе*, М., Мысль, 144 с.

Бобринской А.А. (1902) Секта исмаилия в русских и бухарских пределах Средней Азии. *Этнографическое обозрение*, №2. М., с.1–20

Зарубин И.И. (1927) Рождение шугнанского ребенка и его первые шаги. - В кн. В.В. Бартольд. *Ташкент*, 1927, с. 361–373.

Каландаров Т.С. (2004) *Шугнанцы (историко-этнографическое исследование)*. М., ИЭА РАН, 478 с.

Каландаров Т.С. (2002) Остоны Памира. *Восточная коллекция*, № 2 (9). с. 55–62.

Каландаров Т.С. (2002 б) Святилища Западного Памира. *Полевые исследования Ин-та этнологии и антропологии РАН*, М., с. 218–239.

Лозовская Т.С. (1930) Мать и дитя у среднеазиатских евреев г. Самарканда. *Советская Азия*, № 3–4, с. 197–212; №5–6, с. 245–260.

Моногарова Л.Ф. (1972) *Преобразование в быту и культуре при-памирских народностей*, М., Наука, 174 с.

Мухиддинов И. (1975) *Земледелие памирских таджиков Вахана и Ишкашима XIX – начале XX вв. (Историко-этнографический очерк)*, М., Наука, 127 с.

Серебрякова М.Н. (1979) *Семья и семейная обрядность в турецкой деревне. (Новейшее время)*, М., Наука, 186 с.

Снесарев Г.П. (1969) *Реликты домусульманских верований и обрядов у узбеков Хорезма*, М., Наука, 336 с.

ТКД (1976) *Таджики Каратегина и Дарваза. (АН ТаджССР. Институт истории им. А. Дониша)*, Душанбе: Дониш, вып. 3. 239 с.

Фрэзер Дж. (1998) *Золотая ветвь*, М., Издательство АСТ, 784 с.

Штернберг Л.Я. (1936) *Первобытная религия*, Л., Изд-во Института народов Севера, 585 с.

Юсуфбекова З. (2001) *Семья и семейный быт шугнанцев (конец XIX – XX в.)*, Душанбе, Шарки Озод, 184 с.

Summary: The paper focuses on traditional methods of female infertility healing among Shugnani – one of the small indigenous groups of Pamir. The authors analyze traditional Shugnani medical knowledge and practices on the basis of archival, literary and field-work data. The transformation of this knowledge is traced via four historical periods: before Pamir joined the Tsar Russia, period of extensive Russian Empire rule, Soviet and Post-Soviet periods. While studying the issue of female infertility authors come to the conclusion that many traditional methods that seem irrational to contemporary medical anthropologists, are extremely vital despite of the social and political environment.

Key words: Shugnani, Western Pamir, medical anthropology, female infertility, caliph, traditional healing, sorcery, doula

ИРРАЦИОНАЛЬНЫЕ СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЕ НЕНЦЕВ

Аннотация: В статье кратко рассматриваются традиционные представления ненцев о болезнях и описания народных методов лечения, меры для предотвращения болезней. Основное внимание уделено иррациональным аспектам народной медицины. К иррациональным способам профилактики и лечения относились: окуривание, очищение, обрызгивание, омовение, помазание, кормление духов, жертвоприношения духам-хозяевам священных мест, камлание шамана. Многие обряды и ритуалы были направлены на коррекцию экологически обусловленного психоэмоционального стресса.

Ключевые слова: иррациональные, болезни, наследственные, очищение, помазание, кормление духов, жертвоприношения

У ненцев, как и у других народов, сохраняются, порой по сей день, традиционные представления о здоровье и навыки его сбережения. Рассмотрим кратко традиционные представления ненцев о болезнях и описания народных методов лечения, меры для предотвращения болезней. Основное внимание при этом будет уделено иррациональным аспектам народной медицины.

К иррациональным способам профилактики и лечения относились: окуривание, очищение, обрызгивание, омовение, помазание, кормление духов, жертвоприношения духам-хозяевам священных мест, камлание шамана.

Вначале приведем некоторые общие понятия-термины, отражающие эти представления.

Ил' – жизнь, *илесь* – жить, *илена ненэць* – живой человек, *инд* – дыхание. *Хабця'* – болезнь, *хаңгурта* – больной, *едя* – болезнь, *хась* – умереть (о животных, насекомых), *яңгумзь* – умереть (букв.: не стать, исчезнуть) о людях, *яңгумы* – умерший, *хавы* – мертвый, *хасаи* – покойный, *илцы* – молодой, *едясяда* – здоровый.

Названия болезней: *вэвако мерё* – оспа, *сиңга* – цинга, *ход’ хабця* – кашель (букв.: кашля болезнь), *сэв’ хабця* – глаза болезнь, *якдэй мерё* – чесотка, *пяра мерё* – псориаз, *палаңгада хабця* – заразная болезнь, *тивак’ хабця* – туберкулёз, *илюр’* – лихорадка, озноб, *мальсей* – перелом, *тантё* – синяк, *ядё* – жар, температура, *паяр* – фурункул, *сёнзя’ халы* – глистные инвазии, *хэдо* – эпидемия, *сей’ едя* – сердца болезнь, *нарадана’ сэв’* – весенний конъюнктивит, *хансоцяда* – сумасшедший, душевнобольной, *иңуцяда* – безумный, *сидяха помна нэда* – неуравновешенный, имеющий психическое расстройство (Харючи 2012:54).

Названия болезней нельзя было произносить – дух болезни мог услышать и откликнуться – кто-то мог заболеть. О табуировании названий болезней говорят эвфемизмы и идиоматическая лексика. Если раньше плохой болезнью *вэва хабця* называли холеру и сибирскую язву, то теперь так называют онкологические заболевания, от которых народными методами не излечивают.

Причины и виды болезней. Болезнь и смерть ненцы объясняли несколькими причинами: воздействием потусторонних существ – богов, духов болезней, злых духов, добрых духов, умерших людей. В их суждениях рациональному объяснению болезненного состояния человека неизменно сопутствует иррациональное. Можно выделить несколько основных разновидностей болезней.

Болезни, вызванные духами. По представлениям ненцев, жизнь человека зависела от воли богов и духов, а причиной резкого ухудшения здоровья, неожиданных травм, потери сознания считали влияние вредоносных духов. «Причиной болезни считалось появление в теле человека червя (*халы*). Этот червь посылался *На* или другими злыми духами (иногда по просьбе каких-нибудь враждебно настроенных людей). Бывала и другая причина: во время сна человека или в другое время, но незаметно, *На* дует ему в рот, и человек заболевает. В обоих случаях вылечить могли только шаманы, которые обращались за помощью к Нуму» (Хомич 1976:25). Духом болезни и смерти считали *На*. В царстве *На* обитают существа, крадущие жизнь у людей и оленей.

Было представление о существовании целой группы духов-возбудителей болезней. Нижний мир – это мир *На*, а также духов *Хабцяңо минрена* (злой дух, приносящий болезни), *Мэдна* (Хромой – злой дух, приносящий людям и животным уродство), *Иңуцяда* (Безумный – дух, лишаящий человека мыслей), *Хансоцяда* (Сумасшедший – злой дух, уносящий разум), *Тэри Намгэ* (духи в образе разных подземных тварей), *Сустана* (дух дистрофии) и *Мал тэңга* (мифическое существо безо рта и заднего прохода, имеющее только обоняние) (Лар 1998; Харючи 2001).

«В «тёмный пантеон» входят также инолюди *Парнэ* – ведьма, *ңаятар* – существо, покрытое шерстью, обезьяна, являющиеся в образах врагов и оборотней *ңылека*, духи детских болезней и страхов *ңабаңи*. Слуги *На* существуют среди людей-врагов, птиц, зверей, рыб (особенно часто к таким существам причисляется червь смерти *халы*, грызущий человека). Раны, боли, болезни вызываются «людьми смерти», которые колют людей своими пиками, забираются внутрь в виде червей, кусают их в облике маленьких волков. Смерть случается тогда, когда они съедают дыхание человека и приносят его сердце своему владыке *На*» (Лехтисало 1998:38).

Болезни, связанные с кражей души – талиресь (от слова *талесь* – украсть). Украсть душу живого человека могли покойники на кладбище во время похорон, если человек был один, без пары. Надо было обязательно иметь пару (можно было идти с собакой или иметь с собой спички как оберег). Проезжая мимо кладбища или одиночного захоронения, нельзя смотреть в эту сторону, надо было угостить ушедших в Нижний мир, положить на землю табак, папиросы, что-нибудь из еды, вылить спиртное. Душу мог украсть на священном месте дух-хозяин места – *хэбидя ян’ талеривы*. Нельзя было одной собирать ягоды, также надо было иметь хотя бы спички. Собираясь уходить домой, нужно не забыть забрать свою тень со словами, сказанными про себя или вслух: *ңодинтов’’, мякана’ хэхэва’’* (собирающие ягоды, пойдёмте домой).

Болезни, насланные другими людьми – мэторма (от слова *мэт* – зло, вред) – насылать вред, проклятия другому человеку, через отпечаток следа на снегу, фотографию. Священные рыбы

(налим, щука) служили предметом, с помощью которого проводился обряд проклятия. Человек резал ножом живую рыбу поперек со словами заклания: «Пусть эта рыба станет гибелью вашего рода, до последнего ребенка». Тот, на кого насылались проклятия, не резал рыбу, но пытался дать отпор словами: «Пусть твое проклятие обернется против тебя же» (информация Н.С. Салиндер).

Наследственные болезни – особенно расстройства психики: шизофрения, олигофрения. Одна из причин этих заболеваний – браки между близкими родственниками по материнской линии, тогда как браки внутри каждой фратрии были запрещены даже между представителями разных родов. Но допускались браки между дядей и племянницей, тётей и племянником, между двоюродными братьями и сестрами. Психоневрологические заболевания были порождением как социальных, так и наследственных факторов. Стрессы (смерть близких родственников, падёж и потеря оленей) вели к потере душевного равновесия, отрешенности от жизненных благ.

Другие виды болезней. К ним отнесем болезни, вызванные испугом. Нельзя резко будить человека, он мог *лэрёсь* – испугаться и заболеть. Травмы, порезы могли произойти как *хэбяха* – грех, *ваңы* – наказание, посылаемое человеку (за совершенное им преступление).

Установки и обряды по предупреждению и излечиванию болезней

Охранительные, магические действия. Для того, чтобы быть здоровым, необходимо было соблюдать традиционные запреты и установки. Если в семье дети не выживали, совершали определенные действия, преследовавшие цель сохранить жизнь ребенка. Народная педиатрия – это сложный комплекс традиционных представлений, лечебной магии и эмпирического знания, призванных обеспечить благополучное развитие ребенка. Например, если ребенок плохо спал, то, возможно, ему не подходило его имя, и следовало заменить его.

Древний способ защиты от оспы описал В. Тоболяков, участник Гыданской экспедиции 1926 – 1927 гг.: «Ставят лук с наложенной на него стрелой у входа в чум, а если это не помога-

ет, то выжигают себе на лице рябинки, чтобы обмануть чудовище (духа болезни оспы, – Г.Х.). Дескать, это человек уже был в переделке и его трогать нечего» (Тоболяков 1930:30).

Одним из архаичных магических способов лечения является использование в лечебной практике органов и шкуры забитого животного. Например, отрезанным ухом жертвенного оленя проводят по лбу детей и гостей, в честь кого принесена жертва, отпугивая цингу, а хвостом, обмазанным кровью жертвенного оленя, рисует очертания солнца на вырезанном из снега круге. Использовали жир, желчь, костный мозг, сердце.

Примером регламентации поведения с целью предупреждения болезней служат запреты в отношении оленьего мяса. Сердце оленя нельзя резать поперёк, а только вдоль, иначе будет болеть сердце у того, кто резал. Нельзя было молодым употреблять мясо не родившихся (внутриутробных) оленят, которые еще света не увидели. В детстве я видела слепую женщину, якобы ослепшую из-за нарушения этого запрета в молодости.

Т. Лехтисало, финский исследователь, совершивший экспедиции к тундровым и лесным ненцам в начале XX в., описал обряд принесения в жертву собаки и оленя для излечения больного. Вырезанный из дерева *сядэй* (идол) смерти был поставлен снаружи чума, с того боку, где лежал больной. Затем спутник обвёл охотничью собаку больного вокруг чума против солнца и оглушил её. Самоед вынул ещё долго бившееся сердце собаки и прижал его острым концом к *сядэю*, при этом то и дело смазывал изображение кровью. Далее он обвел оленя по ходу солнца вокруг чума и одновременно призывал некоторых местных духов. Когда задушили жертвенное животное ремнём на священном месте позади чума (на священной стороне чума, – Г.Х.), то самоед повесил почки оленя на сооруженное им жертвенное дерево и побрызгал кровью в четырёх направлениях света, на одежды *хэхэ* (идолов) и на шкуры с медвежьей головы. Больному дали есть сырым сердце оленя (Лехтисало 1998: 97).

Собака используется и для обмена души. При тяжёлом заболевании, когда другие меры не помогали, на улице, против изголовья больного, душили собаку. Её душа отправлялась вза-

мен души больного хозяина. Удавкой служила подвязка от обуви больного, которую вешали за шею над его головой. Больной о совершаемом обряде не должен знать. В настоящее время такие жертвы не совершают, больного везут в больницу.

Следует отметить, что у ненцев собаке приписывается и известная роль в представлениях о цинге *сиңгэ*. Цинга боится крови. Поэтому при её появлении нужно разрезать ухо собаки и намазать лицо или же убить собаку и намазать её кровью губы (Источники..., 1987: 119). Цингу изгоняют, давая больному пить кровь оленя, ею намазывают полозья нарты больного.

По данным В.Н. Чернецова, «Собака – злой дух (букв. дух, носящий образ собаки). Она приносит болезнь, не подвластную шаманам. Человек кормит, ласкает собаку, поэтому дух теряет власть. Но если человек бьёт собаку, то тем самым теряет власть над ней» (Источники..., 1987: 118).

Как уже отмечалось, при болях в спине надевали широкий пояс, сшитый из собачьей шкуры. Женщины из родов хантыйского происхождения или выданные замуж в такой род во время регул надевают обувь из собачьего меха. По сведениям Н.С. Салиндера, шерсть со лба собаки поджигается на угольках и обладает очищающим действием; она используется в обрядах *ня-ро сямэйхана мэта* (для женщин, достигших возраста сакральной чистоты), если женщина наступила на любую вещь.

В народных способах лечения важную роль играет время, в которое проходил процесс лечения. Проводить лечение можно было только в определённое время; также существовали периоды, когда запрещалось это делать. В годовом цикле имеется несколько периодов, воспринимаемых как самые благоприятствующие и процессу лечения, и его результатам. Подобное отношение к временным отрезкам зависит от солнечного календаря. Следующий комплекс норм отражает специфику лунного календаря и фазы луны. Например, ненцы умеют выводить бородавки. Считалось, что появление нескольких бородавок на руках предвещает смерть кого-то из родственников. Известны эти наросты могла тётя со стороны матери. Во время новолуния сдувала с руки каждую бородавку в свой обувной мешок *пады*. В этом мешке женщина хранила обувь, предметы гигиены, то

есть вещи, которые были *ся*” *мэй*. Интересно, что через некоторое время наросты исчезали.

Окуривание, сакральное очищение. Человек, на которого перешла *ся*” *мэй* (сакральная нечистота), становится осквернённым, он подвержен болезням, апатии, утрачивает душевное равновесие, у него ослабевает иммунитет. Согласно современным иррациональным представлениям, у него разрушалась аура. Про такого человека говорят, что он *няслуд* – осквернённый или *сяблут*’ (от слова *сябу* – нарта для перевозки сакрально нечистых вещей и предметов). Противоположным по значению *ся*” *мэй* было *няро* – сакрально чистый, неосквернённый. Все значимые дела начинались с обряда очищения. Средством очищения было сакральное окуривание дымом от различных веществ, сжигаемых на листе железа или в посуде. Лучшим средством признавали сжигание кусочка бобровой шерсти или внутреннего жира дикого оленя. Сакрально-целительское воздействие огня объясняется присутствием духа огня – *ту ерв, ту хада*.

В настоящее время обряд очищения включается, например, в программу фестивалей, при посещении этнографического комплекса в п. Горно князевск и т.д.

Обереги. Для усиления и синхронизации ритмов жизнедеятельности человеческого организма с геофизическими ритмами служили талисманы, обереги, изображения идолов.

Оберегом могут быть шкуры священных животных: медведя, соболя, выдры, белки, горноста. Особое отношение к белке и к горностаю зафиксировано у многих народов, в том числе, у ненцев (Харючи 2001: 121). Предохранительная сущность этих зверей обуславливалась тем, что они могли отпугнуть злых духов. Но, в основном, для оберега использовали шкурки горноста или кусок от шкуры бурого медведя. В чуме шкурки этих животных вешают на шест. В домах ненцев можно увидеть шкурки в качестве оберегов, подвешенные на двери или на рамах окон.

Раньше в некоторых чумах ненцев за священным шестом *симзы* можно было увидеть камень. «Разрешительно-очистительный камень *симбэ* является одновременно оберегом и предметом, замыкающим пространство чума в самом себе. Если есть такой камень в чуме, то вокруг чума на близком расстоя-

нии могут ходить женщины, если такого камня нет, то считается, что сакральное пространство чума безгранично, и женщинам нельзя ходить вокруг чума, чтобы не подвергать опасности жизнь и здоровье обитателей жилища» (Пушкарева 2003: 21).

Средством защиты от вредоносных сил служат металлические колюще-режущие предметы и огнестрельное оружие: ружьё, нож, топор. В колыбель, между стенкой и меховой подстилкой, кладут нож, если ребёнок на время остается один в чуме. Во время похорон, после выноса покойника, у двери под покрытие чума кладётся топор или нож, уголёк, или прикреплённый к поясу медвежий клык; они оберегают от покойника и злых духов. Считается, что медвежий клык предохраняет и от болей в спине, а волчий – оберегает стадо оленей от хищников и болезней. При тяжёлых и продолжительных родах шаман прикладывал к животу женщины стальной нож.

Ритуальные функции имеет пояс. Пояс *ни*, и цветные подвязки кисов *те*’эм’/тем на голени являются знаками достоинства ненецкого мужчины. Подвязки и пояс используются шаманом во время камлания, на него слетаются духи-помощники. Оберегами служит бисер или бусы на некоторых частях одежды. У ребенка на обуви, на завязках одежды женщины, в наконечных украшениях девушек бусинки или украшения из бисера служат оберегом костной системы.

Завязки на ягущке покойницы отрезают и бросают на землю. Поэтому нельзя подбирать с земли завязки (а теперь пуговицы), куски веревок. Они могут оказаться брошенными во время похорон и стать вредоносными.

Оберегами служат освященные предметы, взятые взамен принесенных со священных мест или от домашних духов – цепочка, колечко или подвязка. *Сеңга* (колокольчик) в обыденной жизни является украшением, оберегом для маленьких детей. Его навешивают им на рукав малицы или привязывают на шею ручного олененка. Колокольчиком, подвешенным на гроб покойника, извещают о приходе или уходе на поминки.

Роль обрядов. Обряд выполняет не только функцию передачи социального опыта, но и в определённой степени служит средством эмоциональной разрядки, способствует психологи-

ческой устойчивости личности. Описания обрядов календарного и жизненного циклов имеются в литературе. Все они служили для сохранения здоровья.

В обрядах жизненного цикла или во время обряда в честь гостя, детей одним из элементов обряда было помазание. Посвящаемый проходит три раза по солнцу под арканом, привязанным для удушения оленя от его головы и от задней правой ноги. С собой можно брать фотографии детей, родственников или что-либо, принадлежащее им (рукавицы, шапку, шарф и т.п.). Через эти предметы их хозяева проходят обряд оздоровления. Старейшина говорит слова пожеланий и проводит помазание. Обрезается ушко жертвенного оленя, надрезанным концом ушка проводят по лбу посвящаемого линию. Вероятно, этот элемент обряда являлся средством защиты от цинги.

Чтобы излечить больного, проводились обряды для духов болезней (кровавые и бескровные). Основным жертвенным животным был олень – *ты*. Ритуальное убиение оленя считалось актом отправления его духам в дар, это выполнялось для передачи просьб людей. В 1960-х гг., когда я училась в школе-интернате, часто были эпидемии детских болезней: корь, ветрянка, дифтерия, скарлатина. Обеспокоенные родители объясняли это тем, что здание интерната, построенное ещё в 1940-х гг., стоит около священного места. В ненецкой традиции нельзя ставить жилище в пределах сакральной территории. Для защиты жизни детей по ненецким обычаям духу-хозяину священного места приносили в жертву оленя. Однажды кто-то из родителей совершил обряд жертвоприношения оленя для детей около здания нашего интерната. Утром мы увидели, что рамы окон и двери белого выбеленного здания школы-интерната были вымазаны жертвенной кровью, чтобы духи болезней не проникли через окна и двери. Так родители хотели защитить своих детей.

Шаманы-целители. При тяжелой болезни, когда другие средства не помогали, приглашали шамана. Шаманы имели свою «специализацию»: одни лечили психических больных, другие предсказывали будущее и находили пропавших людей. Были шаманы для общения с духами Нижнего мира, проводившие погребальный обряд. По этому вопросу есть специальные

работы (Hajdu 1963; Хомич 1981; Лар 1998; Пушкарёва 2007). Я не рассматриваю шаманское целительство, поскольку это особая, сложная и ёмкая тема. Приведу только один пример. У ненцев большим уважением пользовались долгожители. Но если умирали молодые в этой семье, то считалось, что старый человек проживает жизнь своих детей, внуков.

Есть не описанный ранее обряд *салкурма* (от слова *сал* – возвращение, предотвращение смерти). Обряд проводился шаманом в том случае, когда в роду, в семье за короткое время подряд умирали больше трех человек. В священной части чума, около священного шеста *симзы* все члены семьи, начиная со старшего, наступают на бубен – семь раз по кругу (по солнцу, слева направо). Перекладина бубна завязывается металлической цепочкой или проволокой *еся'иня*. Металл служит очищающим средством. Шаман держит край бубна, когда проходят женщины. Когда мужчины проходят по бубну, шаман не поддерживает край бубна. Сходят с бубна и проходят за *симзы* даже женщины детородного возраста. В обычной жизни переходить за священный шест нельзя и маленьким детям. За каждым шаман бросает раскаленные угли, *няромдамбида* – очищает с помощью огня. Это описание обряда услышано мною в 2009 г. от Н.Т. Яндо (1960 г.р.).

В.И. Хаснулин (1999:92) отмечает, что ритмичное воздействие на больного звуками бубна усиливает синхронизацию внутренних процессов внутри самого организма больного и за счёт этого делают возможным согласовать внутренний ритм с внешними, природными. Скорее всего, эффективность камлания с бубном зависит от того, как внутренняя согласованность ощущения внешнего мира самим шаманом реализуется в воспроизводимом им ритме и частотных характеристиках звучания его голоса.

В монографии о традициях и инновациях у ненцев (Харючи 2001), характеризуя роль обрядов в поселково-городской среде, я подчеркнула, что представители этой категории ненецкого населения в последние годы исполняют обряды с частичными сокращениями. Е.Т. Пушкарёва отмечает, что «...ненецкая традиционная система верований и обрядов допускает это.

В некоторых случаях, если полному выполнению предписаний препятствуют какие-либо обстоятельства, то сокращения не критикуются, а приветствуются. В ненецком языке существует даже специальный термин для таких случаев *сумд’ма*, т.е. то, что лишь представляет оный ритуал, лишь символически обозначает это явление» (Пушкарева, 2007: 13).

«В славянских магических ритуалах защитного или лечебного характера, а также в гаданиях и вредоносных практиках, то есть в ритуалах, содержанием и целью которых является воздействие на человека и объектом которых является человек, часто совершаются действия над предметами разного рода, замещающими человека. К ним относятся артефакты – особенно часто одежда, головные уборы, обувь, украшения... всякого рода изображения человека – чучела, куклы, фотографии и т.п.» (Толстая 1998: 72).

На ненецком материале в обрядах к числу наиболее распространенных заместителей человека относятся одежда и фотографии. Например, в благодарственном обряде жертвоприношения в честь приезда к родственникам, можно брать с собой что-то из одежды или фотографии детей или родственников. Считается, что одежда или фотография являются заместителем человека. Лечебные магические манипуляции распространены у ненцев и в случае болезни человека. Например, А.В. Головнёв рассказывает о своей поездке к главному святилищу ненцев *Си’ив Мя* (Семь Чумов): «Больные или попавшие в беду, кому, прежде всего, и надлежит приносить жертву богам, тем более часто оказываются не в силах пуститься в долгое путешествие. В таких случаях приношения и просьбы богам отправляются через паломника – ‘дело-держашего’ (*сермбэртя*). Иногда к паломнику присоединяются попутчики, а кто не в силах – вручает ему свою одежду, и у ритуального костра на святилище рассаживаются бок о бок и ‘дело-держашие’, и пустые малицы, замещающие собой хозяев» (Головнёв 2000: 209).

Можно отметить, что многие обряды и ритуалы были направлены на коррекцию экологически обусловленного психоэмоционального стресса.

Таким образом, здоровье у ненцев воспринималось не только как физическое состояние, но и являлось подтверждением гармоничного сосуществования человека с верхним и нижним мирами.

Литература и источники:

Головнёв А.В. (2000) Путь к Семи Чумам. *Древности Ямала*, Вып. 1, Екатеринбург; Салехард: УрО РАН, с. 208–236.

Головнёв А.В. (2004) *Кочевники тундры: ненцы и их фольклор*. Екатеринбург: УрО РАН.

Источники по этнографии Западной Сибири (1987) Томск, Изд-во Том. ун-та.

Лар Л.А. (1998) *Шаманы и боги*, Тюмень, Изд-во Ин-та проблем освоения Сибири СО РАН.

Лехтисало Т. (1998) *Мифология юрако-самоедов (ненцев)* / Пер. с нем. Н.В. Лукиной, Томск, Изд-во Том. Ун-та.

Пушкарёва Е.Т. (2003) *Картина мира в фольклоре и традиционных представлениях ненцев: системно-феноменологический анализ*. Автореф. дис. ...докт. ист. наук. М., 2003. 47 с.

Пушкарёва Е.Т. (2007), *Картина мира в фольклоре ненцев: системно-феноменологический анализ*, Екатеринбург: ООО «Баско»,

Тоболяков В. (1930) *К верховьям исчезнувшей реки*, Свердловск, 1930.

Толстая С.М. (1998) Символические заместители человека в народной магии. *Судьбы традиционной культуры*. Сб. ст. и мат-ов памяти Ларисы Ивлевой, СПб.: Наука, с. 72–77.

Хаснулин В.И. (1999) *Введение в полярную медицину*, Новосибирск.

Харючи Г.П. (2001) *Традиции и инновации в культуре ненецкого этноса*. Томск, Изд-во Том. ун-та.

Харючи Г.П. (2012) *Природа в традиционном мировоззрении ненцев*, СПб.: Историческая иллюстрация.

Хомич, Л.В. (1976), Представления ненцев о природе и человеке, *Природа и человек в религиозных представлениях народов Сибири и Севера*, Л., Наука, с.16–30.

Хомич, Л.В.(1981) Шаманы у ненцев. *Проблемы общественного сознания аборигенов Сибири*, Л, Наука, с. 5–41.

Харитоновна В.И. (2001) Некоторые проблемы воздействия шамана, колдуна, целителя на человека и окружающую среду. *Материалы международного междисциплинарного научно-практического симпозиума «Экология и традиционные религиозно-магические знания»:*

М.: ИЭА РАН, с. 43–54. (Этнологические исследования по шаманству и иным традиционным верованиям и практикам. Т.7, ч. 1).

Hajdu P. (1963) Von der Klassifikation der samojedischen Schamanen. *Glaubenswelt und Folklore der sibirischen Völker, Budapest*, S 161–190.

Summary: The article briefly dwells on the traditional ideas of Nenets on illnesses and the description of traditional methods of cure as well as measures for prevention of illnesses. The main attention is paid to irrational aspects of traditional medicine. The irrational ways of prevention and treatment were the following: fumigation, purification, sprinkling, ablution, unction, feeding of spirits, sacrificing to spirits of sacred places, shaman's *kamlaniye* (shamanistic ritual). Many ceremonies and rituals were directed on the correction of ecologically caused psychological and emotional stress.

Keywords: irrational, diseases, hereditary, lustration, anointment, feeding spirits, sacrifice

Иткулова Л.А.

РОЛЬ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ДУШЕ В ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЕ БАШКИР

Аннотация: Медицинская антропология изучает традиционные методы исцеления в контексте. В народной медицине башкир большое значение имеют представления о душах-двойниках человека. Души-двойники имеют разные свойства, их повреждение и потеря приводят к болезням и смерти. Башкиры различали несколько душ – *йан*, *кот*, *тын*, *сюр* и *ис*. Шаманские практики направлены на исцеление конкретной души. Иногда дело осложнялось тем, что душа человека подверглась нападению со стороны враждебных духов. Эти духи у башкир назывались *ен* (*джин*) и *шайтан*. Также к злым духам можно отнести души колдунов – *убыр* или *мяскяй* – и души неуспокоенных мертвецов *орэк*. Шаман должен был спасти душу человека и сразиться с враждебным духом.

Ключевые слова: народная медицина, смерть, представления о болезни, души-двойники, методы излечения, вредоносные духи

Важным структурным элементом этнической культуры являются представления о способах исцеления душевных и физических недугов. Отношение к болезни, знание ее причин и способов лечения раскрываются в контексте традиционной культуры, включающей в себя всё многообразие форм человеческой деятельности.

Этнографические, фольклорные, архивные и литературные источники содержат сведения о народном знании, в том числе, в области лечебных практик. Эти знания являются результатом эмпирического опыта людей, уже в древности осознавших первостепенную важность здоровья для поддержания и повышения качества своей жизни. Пожелание здоровья – это важнейший элемент этноэтикета во всех культурах мира. О важности здоровья для системы жизнеобеспечения традиционного человека говорит то обстоятельство, что у современных башкир в наиболее полном виде сохранилась в силу востребованности именно лечебная магия.

Народная медицина представляет собой широкое поле для исследований в области культурной антропологии. Она включает в себя эмпирическую практику диагностики и лечения, основанные на передающихся из поколения в поколение представлениях о природе болезни. Народную медицину башкир необходимо изучать в контексте традиционной культуры этноса, включая его мировосприятие и миропонимание, его мифы и сказки, обычаи и обряды. Как справедливо подчеркивал А.А. Белик, «народная медицина есть органическая часть жизни этнокультурной общности, активно участвующая в охране здоровья и связанная с системой ценностей и религиозных верований данного общества» (Белик, 2006:71). Медицинская антропология изучает традиционную народную медицину как феномен, отражающий специфику образа жизни, менталитета и народных знаний.

Важные сведения о прошлом народной медицины башкир содержатся в трудах русских ученых-путешественников XVIII в. – И.Г. Георги, И.И. Лепехина и П.С. Палласа (1809). Интересные наблюдения оставили также земские врачи В.А. Арнольдов и Д.П. Никольский, работавшие в Башкирии в конце XIX века. В фундаментальном историко-этнографическом труде С.И. Руден-

ко были обобщены имеющиеся к середине XX в. сведения о традиционной медицине башкир (Руденко 2006:265–275). С.И. Руденко, в частности, описал представления башкир о болезнях, о душах и духах, о практиковавшихся у них способах излечения от различных заболеваний. Большой вклад в изучение народной медицины башкир внесли исследования этнографа З.Р. Минибаевой.

Традиционная медицина башкир опиралась на комплекс архаических представлений о душах-двойниках, о которых до наших дней дошли разрозненные, фрагментарные сведения. В значительной степени этот факт обусловлен влиянием ислама, хотя ханафитский мазхаб, к которому относятся башкиры, довольно терпимо воспринимает местные этнические традиции. Более того, исламские священнослужители нередко выполняли функции врачей-лечителей. Вероятно, этому способствовало широкое распространение с XVI в. среди башкир суфизма – мистического течения ислама. Как писал С.И. Руденко, «помимо знахарей, лечением болезней ... занимались и муллы», причём «приемы лечения последних в общих чертах мало отличались от приемов знахарей» (Руденко 2006:277). Таким образом, мировоззренческой основой башкирской народной медицины является синтез языческих и исламских, суфийских представлений.

Важную информацию об анимистических воззрениях древних башкир можно почерпнуть, обратившись к культуре близких по происхождению и традициям народов Поволжья, Урала и Сибири. Сюда можно причислить этнические сообщества, относящиеся к тюркской, финно-угорской и индоиранской культурам. Большой объем этнографического материала, например, содержится в работе Л.П. Потапова, посвященной алтайскому шаманизму, элементы которого обнаруживаются и у башкир. Рассуждая о сущности понимания души, ученый пишет, что для понимания верований алтае-саянских тюркоязычных народов понятие «душа» в христианском смысле не подходит и предпочитает пользоваться словом «двойник» (Потапов 1991:28). Мы в рамках данной работы выбираем компромиссный вариант и применяем понятие «душа-двойник».

Представления о душах-двойниках встречаются во многих культурах, начиная с глубокой древности. Например, согласно верованиям древних египтян у человека есть имя – *рен*, душа – *ба*, улетающая в небо после его смерти в облике птицы, и невидимый двойник человека – *ка*. *Ка* отводилась особая роль в посмертном существовании человека (Ханова 2007:25). В башкирской сказке «Страдания матери» рассказывается о больной женщине, которой некому даже воды подать, так как ее дети все время играют на улице. «Отчаявшаяся мать просит пролетающих птиц сбросить ей птичью шубку и улетает вместе с ними. Увидев, что их мать превратилась в птицу, дети бросаются к ней, но уже слишком поздно. В конце сказка резюмирует: «Надо, ребятки, вовремя заботиться о матери. Чтобы потом не казниться» (Иткулова 2002:41). Вера в то, что душа человека после его смерти в облике птицы возносится на небо, была широко распространена у тюрков от Урала до Алтая.

М. Элиаде в своей работе, посвященной шаманизму, отмечает: «...североазиатские народы считают, что у человека может быть до трех и даже до семи душ. После смерти одна из них остается в могиле, другая спускается в царство теней, а третья возносится на Небо» (Элиаде 2015:191). В архаических воззрениях башкир также существовало представление о нескольких душах-двойниках. Душа «*йан*», видимо, означала общую жизненную силу. У современных башкир для обозначения души используют в основном именно это слово, тогда как остальные уже почти забыты. По поверьям башкир, душа могла выходить из спящего человека и бродить в разных местах. Но человек, якобы, видит во сне путешествие своей души. Если резко будить спящего, то он мог умереть от того, что его душа не успеет вернуться в тело. Поэтому спящего сначала негромко окликали по имени, потом касались туловища и звали уже громче (Сулейманов, Надршина 1993:137–138). Иногда душу человека могли захватить злые духи-хозяева гор, деревьев, рек, что приводило к его болезни. У алтайских тюрков существовал ритуал возвращения шаманом «потерявшейся» души, которая вбивалась в правое ухо больного сильным ударом по бубну. Считалось, что таким образом пойманная в бубен шамана душа

возвращается в человека (Потапов 1991:30). У башкир практика камлания была почти забыта или сохранилась в ослабленном виде – функции шамана исполняли пожилые женщины или мужчины, которых называли *имсе* и *курзя* (Руденко 2006:273).

Еще одна душа называлась *тын*, что означает «дыхание», т.е. физиологическую функцию живого существа. Эту душу человек получал в первые минуты жизни после рождения, когда делал первый вдох. Можно предположить, что слово *тын* может иметь и расширительный смысл. Это связано с тем, что древние наделяли все вокруг (растения, животных) дыханием-жизнью. Как показывает этнографический материал, у алтайских тюрков животные и растения считались *тынду*, т.е. обладающие дыханием. Например, растущая трава являлась тынду, а скошенная – нет. Таким образом, *тын* «выражает общее понятие о жизни...» (Потапов 1991:32). *Тын*, в отличие от других душ, никогда не отделяется от человека. В эпосе и богатырских сказках сохранились представления о *тын* как о материализованной «внешней» душе, которая может храниться в камне, в мече батыра или даже в иных живых существах.

Кот (кут) – душа, дающая человеку небесным божеством Умай, которая после его смерти возвращается на небо. Обычно слово *кот* переводится как «счастье», «благодать», «удача». В малой надписи на памятнике знаменитому принцу Тюркского каганата Кюль – Тегину *кот (кут)* обозначает ханское достоинство. Со временем это слово распространяется не только на человека, но и на животных, на дом и т.д. *Кот* мог внезапно покинуть человека – *кот осто*. Для возвращения *кот* устраивали специальный обряд *кот койоу* – отливание души. По описанию С.И. Руденко, для этого над головой больного держали ковш, в который наливался расплавленный свинец или олово. «По словам знахарей, при сильном испуге олово рассыпается мелкими кусочками в разные стороны, а по отлитым в воде фигурам определяется причина испуга. Обычно отливают 1, 3, 7 раз или же до тех пор, пока не появится отливка в форме сердечка, которая называется «кот» или «йурак» (сердце)» (Минибаева 2009:38). Затем пришивали получившуюся металлическую фигурку к одежде больного (Руденко 2006:273). Ма-

гический прием отливания кут применяется в лечебной практике у многих тюркских народов Сибири. Например, аналогичным способом лечения хакасы снимали испуг детей при помощи воска. «Потеря кут всегда влекла несчастье: либо болезнь, если потеря была временной, либо смерть, если она оказывалась невозвратимой даже с помощью шамана. Наличие кут служило своего рода индикатором жизни» (Минибаева 2009:38–39).

У алтайских тюрков сохранилось представление о душе *sur* – *сюр*, означающее образ, облик предмета, фотографию. Если *сюр* выходит из человека, то со временем он начинает болеть и умирает. Но даже шаман не может вернуть *сюр*, хотя может видеть его во время камлания (Потапов 1991:57). Аналогичные представления имелись и у башкир.

Душа только что умершего человека может показываться в образе утки или певчей птички. Согласно поверьям, если принять срочные меры, то душу еще можно было вернуть в тело. Как пишет С.И. Руденко, если утопленника откачать, а затем протянуть нить из его рта к воде, то душа по ней вернется в его тело (Руденко 2006:272). К отдельной категории причислялись души самоубийц – *орэк*, которые, согласно поверьям башкир, не находили упокоения и бродили по земле. Души колдунов назывались *убыр* или *мяскяй*. Бродячие души вредили людям, которые могли заболеть или умереть после контакта с ними.

У народов ханты и манси также имеются представления о нескольких душах (от четырех у женщин до семи у мужчин). Интересно, что среди них важное значение отводится душе-тени *ис*, которая может отделяться от тела при жизни во время сна, тяжелой болезни, обморока. После смерти она попадает в подземное царство. Возможно, у башкир странствующая душа также называлась *ис*. В пользу этого говорят выражения, бытующие в современном башкирском языке «потерять *ис*» т.е. потерять сознание, *исхез* – без души (сознания или памяти), *исерек* – опьянённый, дурачок. Интересно, что наряду со словом *хаулык* для обозначения здоровья используется слово *исанлек*. При встрече башкиры приветствуют друг друга: «*Исан-*

мы?»), – в вопросительной форме, т.е.: «Здоров (жив) ли?» При прощании говорят: «*Исан бул!*» – «Будь здоров (живым)!»

Таким образом, представления о причинах болезни не сводились к какой-нибудь одной душе-двойнику. При «диагностике болезни» целитель должен был решить, какая из душ человека стала причиной болезни. Исходя из этой интерпретации, назначалось лечение. В этом отношении исламская концепция заболевания была более примитивной.

Души-двойники подвергались угрозам со стороны зловредных духов *ен* (*джин*) или *шайтан*. Об этом М. Элиаде пишет следующее: «...в некоторых регионах Азии причиной болезни может считаться внедрение в тело больного какого-либо магического предмета или одержимость злыми духами; в таких случаях лечение состоит в извлечении вредоносного предмета или в изгнании демонов» (Элиаде 2015:191). Эти духи упоминаются в поэме «Кутадгу белек» («Благодатное знание») тюркского поэта XI века Юсуфа Баласагунского:

«И знахари есть – колдуны-ведуны,
Они лечат тех, что бесовством больны.
И с ними общенье беречь надлежит,
Бесовство лечить – их привлечь надлежит»

(Баласагунский 1983:332).

Еще в конце XVIII века И.И. Лепехин оставил описание изгнания «нечистого духа» из беременной башкирки. Наследственный шаман, который у башкир назывался *шайтан-курязя* (чертовидец), изгонял злого демона с помощью ружья и сабли и гнался за ним до реки (Лепехин 2007:183). Уже в XX веке С.И. Руденко записал рассказ одного башкира-бурзянца о том, как он приглашал *курязя* изгонять злого духа из своей больной жены. *Курязя* с помощью трех помощников, вооружившись плеткой и колючими прутьями, прогнал шайтана в лес и вернулся оттуда другой дорогой (Руденко 2006: 274). В обоих случаях злой дух изгоняется из мира людей в лес или реку, в местопребывание злых духов. *Курязя*, аналог шамана, изгонял «лишнюю душу», которая приводила к болезни. От обычных людей *курязя* отличались даром видеть истинный облик духов, принявших человеческий облик. Об этом писал И.Г. Георги, путешество-

вавший по Башкирии в 1771 г. в составе экспедиции Петербургской Академии наук. По его свидетельству, у башкир были бесогонители, «которые сказывают про себя, будто бы они шагающих ночью бесов видят и притом по ним стреляют, саблями машут, палками бьют, преследуют их в болота и воды, ранят, а иногда, по сказкам, их и убивают» (Георги 2007: 256). *Куряза* башкир функционально схож с шаманом сибирских тюрков, который также обладал способностью вернуть «утерянную» душу или прогнать злых духов, вселяющихся в человека. Итак, телесные недуги человека воспринимались как следствие вторжения чуждых, враждебных сил, что приводило к порче, деформации или похищению душ-двойников.

Таким образом, вера в душ-двойников человека играла определяющую роль в лечебной практике башкир. Шаман (*курязя, имсе, баксы*) диагностировал болезнь одной из душ и в зависимости от этого проводил необходимый обряд исцеления.

Литература и источники:

Баласагунский Ю. (1993) *Благодатное знание*, Под ред. А.Н. Кононова, М, 540 с.

Белик А.А. (1999) *Культурология. Антропологические теории культур*, М, Российский гос. гуманитар. ун-т, 241с.

Георги И.Г. (2007) Описание всех в Российском государстве обитающих народов, также их житейских обрядов, вер, обыкновений, жилищ, одежд и прочих достопамятностей. Часть вторая. О народах татарского племени. *Исследователи-путешественники о Башкортостане. XVIII век*, Уфа, Китап, с.241–256.

Иткулова Л.А. (2002) *Нравственный выбор в башкирской сказке (философско-мировоззренческий анализ)*, Уфа: РИО БашГУ, 137с.

Надршина Ф.А., Сулейманов А.М. (ред.) (1993) *Башкирский фольклор: Исследования и материалы*, Уфа, УНЦ РАН, 180с.

Лепехин И.И. (2007) Продолжение дневных записок путешествия академика и медицины доктора Ивана Лепехина по разным провинциям Российского государства в 1770 году. *Исследователи-путешественники о Башкортостане. XVIII век*, Уфа, Китап, с.145–240.

Минибаева З.И. (2009) Народная медицина Южного Урала и тюркских народов Сибири: общее и особенное. *Вестник Челябинского государственного университета*, № 37 (175). *История. Вып. 36*. С. 37–46.

Потапов Л.П. *Алтайский шаманизм* (1991) Л, Наука., 321 с.

Руденко С.И. (2006) *Башкиры: Историко-этнографические очерки*, Уфа, Китап, 376с.

Ханова Р.В. (2007) *Идея бессмертия: социально-философский аспект* / Под ред. А.В. Лукьянова. Уфа, РИЦ БашГУ, 110с.

Элиаде М. (2015) *Шаманизм и архаические техники экстаза*, Пер. с фр. А.А. Васильевой, М, 552 с.

Summary: Medical anthropology as a branch of cultural anthropology examines traditional methods of healing in the context of culture as the human lifestyle. In the traditional culture the idea of the diseases is reflected in the mythology, customs and magical rites. In the mythology of the ancient Bashkirs there is a significant emphasis on the understanding of death as an enemy of the humankind. In the folk medicine of the Bashkir comprehension of soul-twins also played a great role. Soul-twins had different properties and their damage and loss lead to illness and death. The Bashkirs distinguished following types of the souls – ian, cat, fence, sur and ees. Shamanic practices are focused on a specific soul healing. Sometimes the matter was getting more complicated by the fact that the soul of a man was under attack by hostile spirits. These spirits were called yeon (jean) and shaytan among the Bashkirs. The types of evil spirits might also include the soul of a sorcerer – uber or mac-kay and souls of undeads or orak. Then the shaman had to save a man's soul and fight hostile spirits.

Key words: folk medicine, death, view of Bashkirs on a disease of the, soul-twins, methods of healing, malicious spirits

Мазалова Н.Е.

ФОРМИРОВАНИЕ «ОСОБОГО» ЗНАНИЯ

Аннотация: В статье рассматриваются способы формирования «особого» («тайного», сакрального) знания русских целителей, традиционных и новых. Автор считает, что к передаче, усвоению и функционированию «особого» знания можно применить современную теорию управления знанием, основанную на социальном взаимодействии неформализованного и формализо-

ванного знания – трансформации знания. Рассматриваются четыре способа трансформации «особого» знания: социализация, экстернализация, комбинация, интернализация. Отмечены различия в знаниях традиционных и новых специалистов. Способы формирования «особого» знания первых регламентированы традицией, тогда как новые целители зачастую должны постоянно формировать новые индивидуальные знания. Спираль специализированного знания приводится в действие, с одной стороны, стремлением современных целителей удовлетворять новые потребности социума, с другой – собственные амбиции.

Ключевые слова: «особое» (сакральное) знание, верования, традиционные ритуальные специалисты, новые целители

Исследователи не раз обращались к изучению «особого» («тайного», сакрального, специализированного) знания русских ритуальных специалистов (Харитоновна 1999; Байбурин 1998; Арсенова 2002), однако до настоящего времени не исследован вопрос о способах его формирования.

Исследованием концепта «знание» занимались лингвисты. Так, Ю. Апресян выделял несколько значений глагола «знать»: а) информация о том, что имеет или имело место в действительности [пропозициональное знание]; б) сведения о каком-либо объекте, понимание того, как он устроен и функционирует [знание-понимание]; в) практическое владение чем-л., умение делать с данным предметом то, для чего он предназначен [знание-умение], г) информированность [знание-эрудиция], дериваты *знаток, знающий человек* (Апресян 2011).

Другим важным свойством предиката «знание» является то, что человек его не формирует, а получает из какого-то внешнего источника...» (Апресян 2011). Прототипическое знание представляется как движущееся из внешнего мира субъекту. Ценность знания определяется источником его получения. Особенно ценным, по народным представлениям, является знание, которое получено не эмпирическим путем, а от высшей силы (народные термины: божественное, высшее, вещее, мистическое, сверхъестественное знание). Этот смысл более отчетливо представлен в глаголе *ведать* и в родственных ему словах

вещий, вещун... Семантика этих слов содержит указание на провидческий или мистический характер знания или на получение его от высшей силы (Апресян 2011:15).

«Особое» знание обладает перечисленными признаками знания. Оно понимается как сакральное, высшее, полученное человеком помимо его органов чувств. В традиционной культуре русских ритуальные специалисты – колдуны, знахари – считались обладателями сакрального знания. Многие номинации ритуальных специалистов образованы от глаголов «знать» и «ведать»: *знает, знаткой, знаток, знатливый, знающий, знахарь, ведун, ведунья* и др.; *знать* выступает в значении 'уметь колдовать, ворожить; быть знахарем, колдуном' (СРНГ 1976:311).

«Тайное» знание традиционных специалистов – это комплекс традиционных способов лечения, заговоров и ритуальных действий, их сопровождающих, магические представления, а также христианские.

Очевидно, что к передаче, усвоению и функционированию «особого» знания можно применить современные теории управления знанием, одна из которых была предложена японскими исследователями И. Нонака и Х. Такеучи (Нонака, Такеучи 2011). Они разработали концепцию создания знания, которое осуществляется с помощью социального взаимодействия неформализованного и формализованного знания; этот процесс исследователи называли трансформацией знания. Формализованное знание – это явное (определенное) знание, артикулированное, выраженное в понятиях. К этому знанию можно отнести молитвы и заговоры, передаваемые в устной форме или зафиксированные письменно, запреты и предписания. Неформализованное знание (или, иначе, неявное), в отличие от формализованного, не может быть ни полностью вербализовано, ни полностью экстериоризовано и нередко является неосознанным. Это знание не допускает полной экспликации, оно передается от «учителя» к «ученику», в личных контактах людей. К нему можно отнести традиционные представления, нормы, идеалы, эмоции.

И. Нонака и Х. Такеучи считают, что существуют четыре способа трансформации знания: 1) из неформализованного в неформализованное – социализация; 2) из неформализованного

в формализованное – экстернализация; 3) из формализованного в формализованное – комбинация; 4) из формализованного в неформализованное – интернализация.

О социализации – переводе неформализованных знаний в неформализованные – применительно к знанию традиционных ритуальных специалистов можно говорить следующее. К неформализованным знаниям стоит отнести поверья, традиционные представления, которые человек усваивает с самого раннего детства. Многие представления он черпает, слушая сказки, былички, бывальщины, слухи, толки и т.п. Современные мифологические рассказы, прежде всего, былички, не вычленены из потока бытового общения, включены в диалог, в котором они перемежаются с местными сплетнями, толками. Вместе с тем, мифологические рассказы обладают, прежде всего, информативной функцией, и основные знания о магических действиях ритуальных специалистов, причинах болезней и др. деревенские жители усваивали из них. И хотя в данном случае речь идет о вербальных формах знания, однако традиционные представления не достаточно четко артикулированы и не до конца вербализованы, и их, несомненно, можно отнести к неформализованному знанию.

Кроме того, в неявной форме неформализованные знания о ритуальных специалистах, болезнях и их причинах бытуют в виде эмоций – «колдунов все боялись», поскольку их действия могут стать причиной болезни, знахарей «уважали», поскольку они лечили больных. Здесь слово «знать» имеет значение 'чувствовать, ощущать' (СРНГ 1976:311). И. Нонака и Х. Такеучи отмечали, что «в высшей степени субъективные понятия ~ понимание, предчувствия и догадки – представляют собой составную часть знания. Знание подразумевает не только образы и символы, но и идеалы, духовные ценности и эмоции» (Нонака, Такеучи 2011:163).

Кроме того, непосвященный получает неформализованные знания зрительно, наблюдая за действиями «знающих», например, когда он выступает в роли их пациента, или в том случае, когда он живет в семье «знающего» и становится свидетелем проведения лечебных обрядов. Это передача знания, которую

В.Н. Топоров определял как «пассивное «запоминание»..., «зеркальное» усвоение традиции, которое может быть и чисто внешним актом ...» (Топоров 1993:17). Социализация традиционных знаний, связанных с деятельностью ритуальных специалистов, происходит с помощью наблюдения за их действиями. Усвоение акциональной стороны обряда можно представить как получение неформализованного знания. Здесь «знать» выступает в значении «делать, действовать, уметь» (СРНГ 1976:311). Самые эффективные способы обучения знанию – не обучение и тренировка, а, прежде всего, непосредственный опыт. В обучении присутствует не только компонент сознательного, ученик воспринимает знание на уровне чувств, тела.

Следует отметить, что эти знания были известны практически каждому члену традиционного социума, и они отнюдь не являются принадлежностью исключительно ритуальных специалистов, однако они представляют начальную стадию освоения «особого» знания.

Знания о ритуальных специалистах, болезнях должны совпадать с представлениями о специфических личностных особенностях, потому что далеко не каждый усвоивший традиционные знания мог стать «знающим». Экстернализация знания (из неформализованного в формализованное) происходила в том случае, когда полученное ранее неформализованное знание «попадало» на благодатную почву, а именно: воспринимающий их должен обладать какими-то особенностями, которые помогли бы ему стать ритуальным специалистом – он должен быть старшим или младшим в семье, обладать какими-то особыми физическими или психическими признаками и т.д., быть наследником ритуального специалиста. Полученные ранее знания сочетались с традиционными предписаниями и запретами, четко оформленными в вербальных нормах. Как отмечала Н.Д. Арутюнова, прескрипции и запреты не нуждаются в утонченных и зыбких значениях, они требуют «грубой» мысли и ясного смысла (Арутюнова 1976). Используя полученные знания, неопит заявлял о своей готовности стать ритуальным специалистом. Такие знания становились необходимы, когда появлялся социальный заказ, например – необходимость замены старого

ритуального специалиста на нового. Члены социума были уверены, что кто-то из родственников умершего «знающего» получил от него «особое» знание и старались выяснить, кто именно.

Следующий вид трансформации знания – из формализованного в формализованное – комбинация. К имеющимся у человека знаниям добавляются знания, полученные от ритуального специалиста – собственно сакральные знания – тексты заговоров – это главное – и способы проведения лечебных обрядов. «Услышанное» знание – более высокого порядка: «оно воспринято и пережито человеком, ставшим сознательным и активным соучастником акта познания» (Топоров 1993:17). Это «активное услышание» тайного знания отличается от пассивного «запоминание» тем, что «человек внутренне усваивает это сокровенное, услышанное, как бы пробуждается, меняя в сторону углубления свой духовный потенциал» (Топоров 1993:17). Вероятно, это можно применить к вербальным текстам – заговорам – «слову, воплощающему знание». Чаще всего передача заговоров осуществляется в семье – от старшего к младшему: «Дедушка был сляпой... Я в четвертом классе училась... Читает, а я заучиваю, а утром встану, рассказываю. А не писала... И час все знаю, поминаю дедово» (Ермакова 2005. Т.2: 34).

Иногда передача заговоров в традиционной культуре осуществляется письменным путем: «Она (бабушка, – *Н.М.*) на печи сидит, а я на полатах записываю». Переписывали заговоры также от «знающих» соседей, нищих и др. Заговор в письменном виде представляет более формализованную форму знания, чем устный.

Хотя знание передается от учителя к ученику, ритуальные специалисты считают, что получают «тайное» знание от высшей силы – Бога («мне слова от Бога даны», «Божье слово»). Знания могут быть получены из Библии – «книги всех книг» или других «божественных» книг: «...дед Ефим Гаврилович лечил ото всего. Читал Библию, все знал... Они все вперед знали, изучали, Библию читали, а в Библии все же сказываецца» (Ермакова 2005. Т. 2:14). Знания также могут быть получены из так называемой «воображаемой книги», которая по разным причинам (утраты, запрета показать посторонним и др.) не мо-

жет быть представлена: «У меня была книга. От деда моево ... божественные у меня наговоры. Я с детства приучена к Господу Богу, Божественным молитвам. Я лечу только от Бога... Я хранила эту книгу долго, конечно, учила по ей... и эту книжку украли» (Ермакова 2005. Т. 2:74), и далее – об этой же книге: «Эта создана была книга от святого Пантелеймона Исцелимона Царя Небесного...» (Ермакова 2005. Т. 2:76).

Колдуны получают сакральное знание из потустороннего мира: «Мифологические рассказы разных территорий, ... указывают на источник сакрального знания – иной мир, представителями которого выступает нечистая сила» (Русинова 2011:42). Обычно посвящение неофита осуществлялось под руководством старого колдуна: вначале ученик учил тексты заговоров, а затем проходил обряд инициации. Еще в 80-е гг. XX в. верили, что колдуны получают сакральное знание после того, как побывали в потустороннем мире, испытали временную смерть (поглощение мифическим животным, расчленение, сожжение и др.) и получили помощников. «Тайное» знание колдуна, прежде всего, выражается в способности управлять помощниками. «Знать чертей» – это, с одной стороны, указание на происхождение знания, с другой стороны, – обозначение контактов с нечистой силой («знать» в значении 'быть знакомым').

Различия между «особым» знанием колдуна и знахаря точно выражены в словах информантки: «Знахарка знает слова, колдунья знает чертей» (Русинова 2011:42).

У некоторых ритуальных специалистов в «особом» знании преобладают магические элементы, и оно в значительной мере входит в комплекс представлений о природе (Мазалова 2011: 269–270), у других «знающих» в «особом» знании преобладают элементы христианской мифологии (Мазалова 2008).

И последняя трансформация усвоенного знания – из формализованного в неформализованное – интернализация (слияние, объединение), это применение его на практике. Применительно к колдунам интернализацию можно представить так: они вначале использовали полученные знания в процессе учебы, например, «вязали килы» (опухоли) на кольях или картошке. После того, как знахарь начинал применять свои знания на практике, его на-

чинали «гласить»: «Двенадцать лет мне было, и меня уже везде гласили, по чужим деревням и свои, и чужие... как заболел ребенок... бежит ко мне мама» (Ермакова 2005. Т. 2:75). Иначе говоря, социуму становилось известно о появлении нового ритуального специалиста, обладающего «тайным» знанием.

В традиционной культуре такой способ освоения «особого» знания – «спираль знания» – зачастую и завершался, поскольку способы формирования «особого» знания регламентированы традицией. Иногда «знающий» мог качественно расширять свои знания – путем заимствования заговоров от других специалистов, и тогда он считается более сильным ритуальным специалистом. Реже он мог совершить еще один виток по спирали: в том случае, если становился колдуном – еще более сильным ритуальным специалистом. Он усваивал существующие в данной традиции знания о колдунах, их связи с нечистой силой и др. И если это соответствовало его моральным установкам и устремлениям, мог пройти обряд инициации, получить помощников (комбинация) и стать колдуном, а затем применять полученное знание на практике.

Представляется, о «спирали знания» следует говорить на уровне передачи знаний между поколениями, когда каждый последующий ритуальный специалист проходил тот же путь в овладении «особым» знанием, что и его предшественники.

Следует отметить различия в передаче, функционировании «тайного» знания у традиционных целителей и «новых». «Особое» знание новых «знающих» (целителей) нельзя рассматривать как прямую трансформацию «тайного» знания традиционных русских специалистов.

Специализированное знание новых специалистов – это комплекс представлений о болезнях, способах лечения, восходящих к различным источникам – восточной медицине, книжным, а также традиционным русским представлениям. Знание новых лекарей перестает быть сакральным и становится принадлежностью многих. Мы будем называть его специализированным знанием. Передача «особого» знания происходит отличным от традиционного путем – нередко она имеет массовый характер, как и сеансы лечения.

Процесс социализации специализированного знания новых специалистов можно также понимать как усвоение традиционных знаний в детстве, сюда же относятся наблюдения за действиями целителей (экстрасенсов), когда человек, являясь их пациентом, становится свидетелем их действий. Кроме того, люди видели действия целителей в телепередачах, например, Кашпировского, Чумака; в наши дни видят их в «Битве экстрасенсов».

Затем человек должен заявить о своей готовности стать целителем, обосновывая свои притязания получением дара во сне, явлением святых и др. Сами специалисты и их ближайшее окружение предлагают несколько мотивировок овладения специализированным знанием, которые имеют как рациональный, так и магический характер. Существуют разные способы мотивировки овладения «особым» знанием: 1) стихийное проявление сверхъестественных способностей в результате физической травмы или клинической смерти; 2) передача во сне, явление Божьей матери или святого, например, Николая Чудотворца, 3) необычные способности могут развиваться под влиянием лечебных сеансов у специалиста-экстрасенса (Харитонов 1995). Иногда человек выдвигает несколько мотивировок: например, «знающая» происходит из семьи потомственных знахарей, при жизни бабушка не передала ей «тайное» знание, но однажды ночью она явилась ей во сне и сообщила, что женщина будет лечить. Кроме того, она училась на курсах экстрасенсорики и вдобавок перенесла сильную физическую травму – разбилась на мотоцикле (ПМА 2015). Эти мотивировки представляют собой перевод неформализованного знания в формализованное – экстернализацию.

Следующий вид трансформации знания – из формализованного в формализованное – комбинация. Для будущих целителей он осуществляется по-разному. Чаще всего они получают знания на различных курсах, либо из книг по эзотерике. Так, с 1990-х гг. и по настоящее время в России функционируют курсы «По изучению книг Л. Шувановой». Основательница направления «лечения святыми» Л. Шуванова писала о существовании созданных Богом иным миров, планет, населенных существами, имеющими тела с отличными от человеческих свойст-

вами, которые позволяют им перемещаться в пространстве, управлять жизнью людей на Земле. Эти существа называются «святыми», «старшими братьями по разуму» и «ангелами», они становятся помощниками целителей: «Нужно всем знать, кто руководит созданием лекаря, по каким человеческим качествам награждает Господь Бог человека даром целителя. Да, лечат Святые. Они и учат» (Шуванова 2001:65).

В книгах Л. Шувановой есть раздел «Лечение и как лечиться», который позволяет непосвященным осваивать вхождение в измененные состояния сознания (с помощью раскачивания) и входить в контакт со святыми: «Предлагается перед иконами с крестом и поклоном «просим Святых показать вам методом покачивания о наличии на вас порчи, сглаза, наговора либо проклятия...: Господь Бог, Иисус Христос, Дева Мария, Николай Угодник, Святой Пантелеймон-целитель и мои Святые... покачайте меня, пожалуйста, вперед, если на мне есть сглаз, если есть порча – назад»... (Шуванова 2001:197). «Затем просить покачать на наговор и проклятье, на смерть – прокачать кругом, при родовом проклятье и вирусе-мутанте... На ночь следует помолиться ... и поставить воду в комнате, где будете лечиться. Ее освятят Святые. Причем воду для каждого члена семьи нужно ставить в разной посуде, так «химический состав будет разный для излечения различных заболеваний» (Шуванова 2001:200).

Иногда прямо во время сеансов лечения происходило посвящение больного, и он после этого сам мог лечить: «...я попал на лечение к Людмиле Васильевне (Шувановой, – *Н.М.*)... Во время очередного сеанса лечения меня снова призвали в Храм, где среди всех Святых были пророк Магомет, который подарил мне четки, и Будда, который повесил на меня гирлянду из цветов с колокольчиком, этим давая знать, что я могу лечить всех людей, независимо от их вероисповедания» (Шуванова 2011:43).

На курсах «Вознесенных владык» в г. Киеве слушатели узнавали основные положения учения М. и Э. Профет о возможности контакта с умершими «учителями», совершившими вознесе-

ние в невидимые сферы, откуда они передают свои наставления воплощенным ученикам.

Слушатели курсов также учились входить в контакт со святыми. Некоторые посвященные способны видеть святых, другие – слышат, третьи – ощущают их присутствие: «Я не вижу (святых, – *Н.М.*), только сердцем чувствую. Когда идет через сердце, все злые сущности разлетаются» (ПМА 2015).

Целители учатся на курсах не только вступать в контакт со святыми, но и превращать их в помощников, чтобы лечить с их помощью пациентов. Так, петербургский целитель Олег, закончивший курсы Л. Шувановой, укладывал больных на кушетку в комнате, в которой висели иконы, и их «лечили святые» (ПМА 2015). В процессе лечения целительнице из Костромской обл. также помогают святые, она мысленно обращается к ним за помощью: «Я прошу поработать, а святые делают»; «Пациенты сидят, с ними святые работают» (АМАЭ, № 1880, л.32).

На курсах овладевают знаниями об ауре и биоэнергетике учатся бесконтактному массажу: «Через руки из космоса идет энергия, которую дает стоящий рядом ангел» (ПМА 2015). Учащиеся должны затем использовать различные методы лечения, основанные на полученных знаниях: «Когда начинаешь чистить, закрываешь глаза: серое, потом начинает пробиваться голубое, салатное, сиреневое. Это цвета очищенных структур. Не важно – печень, почки лечишь, руками, молитвами, отчитками» (ПМА 2015).

И последняя трансформация накопленного специализированного знания – из формализованного в неформализованное (интернализация) – это применение его на практике. Так, слушатели курсов «Вознесенных владык» апробировали полученные знания в одной из церквей г. Киева, где священник проводил отчитывание бесноватых: «Они были послушниками, работали при церкви. Во время отчитки кто-то кукарекает, кто-то заламывает руки. Минут 15 лежит, пена изо рта. Мы подходим к больному и читаем свои молитвы или мантры. У нас были слова. Где-то рука прилипнет, пять – десять минут. Парень мне поверил. Начинает орать, крючится. Потом падает. Из него бес выходит. Он говорит спасибо. Мы бежать – это как практика была» (ПМА 2015).

Получение специализированного знания осознается как длительный процесс, во время которого ученик проходит испытания: «Я получала знание постепенно. Меня очень проверяли. В 12 часов ночи сажусь, свечи начинают кататься. «Меня проверяли на вшивость». Вначале проверяли на чертей» (ПМА 2015).

Сведения о целителе – носителе специализированного знания нередко передаются из «уст в уста»: «Мне не нужна реклама, я по рукам иду» (ПМА 2015).

Как уже говорилось, в традиционной культуре такой способ формирования «особого» знания – спираль знания – зачастую и завершался. Современным специалистам постоянно требуются новые «индивидуальные» знания, для того, чтобы удовлетворять вновь возникающие потребности – освятить бизнес, машину и др. Они получают «по контакту» под диктовку новые тексты молитв или заговоров от святых: «У нас специальные молитвы. Молитвы индивидуальные, я получаю по контакту – от ангелов, от владык. Мы рассортировываем: для уважения, целительные, для определенной болезни, очищающие пространство. Мне так много диктуют, что я не успеваю рассортировывать. Очень часто Матушка Богоматерь передает» (ПМА 2015).

Современные целители передают свое специализированное знание ученикам и руководят ими: «Подруга у нее (пациентки, – Н.М.), она принимает (контактер), я читала ей диктовки (свои, – Н.М.), она звонит, спрашивает: кто это, чтобы ошибок не делала» (ПМА 2015).

Спираль специализированного знания приводится в действие, с одной стороны, стремлением современных целителей удовлетворять новые потребности социума, с другой – собственные амбиции.

Литература и источники:

АМАЭ: Архив Музея антропологии и этнографии, ф. 1, оп. 2: № 1880 – Костромская обл., г. Нерехта. 2005 г.

АМАЭ: Архив Музея антропологии и этнографии, ф. 1, оп. 2: № 1889 – Выборгский р-н Ленинградской обл. 2007–2008 гг.

Апресян Ю.Д. (2001) Системообразующие смыслы «знать» и «считать» в русском языке. *Русский язык в научном освещении*, М., № 1, с.5–26.

Арсенова Е.В. (2002) Восточнославянские традиционные представления об «особом» знании и болезни. *Антропология. Фольклористика. Лингвистика: Сборник статей*, СПб., Вып.2, с.4–22.

Арутюнова Н.Д. (1976) *Предложение и его смысл: Логико-семантические проблемы*. М.: Наука.

Байбурин А. К. (1998) Чудесное знание и чудесное рождение. *ПОЛИТРОПОН: к 70-летию Владимира Николаевича Топорова*. М.: Индрик, с.494–498.

Ермакова Е.Е. (2005) *Сибирская заговорная традиция (конец XX начало XXI вв.)*. Тюмень: Издатель Пашкин. Т.1–2.

Мазалова Н.Е. (2008) Северно-русская знахарка: личность и мировоззрение. *Материалы полевых исследований МАЭ РАН*. СПб.: МАЭ РАН, Вып.8, с.14–24.

Мазалова Н.Е. (2011) *Этнографические аспекты изучения личности "знающего" (XIX – начало XXI в.)*. СПб.: Петербургское востоковедение.

Нонака И., Такеучи Х. (2011) *Компания – создатель знания. Зарождение и развитие инноваций в японских фирмах*, М.: ЗАО "Олимп-Бизнес.

ПМА – Полевые материалы автора: ПМА 2015 – г. Санкт-Петербург

Русинова И.И. (2011) Отражение представлений о колдовстве и знахарстве пермскими диалектными словарями. *Вестник Пермского университета. Российская и зарубежная филология*, Вып.4 (46), с.40–52.

СРНГ (1976) – *Словарь русских народных говоров*. Л.. Вып.11.

Топоров В.Н. (1993) Об одной индоевропейской заговорной традиции (избранные главы). *Исследования в области балто-славянской культуры: Заговор*. М.: Наука.

Харитонов В.И. (1995) *Традиционная магико-медицинская практика и современное народное целительство: Статьи и материалы*. М: ИЭА РАН.

Харитонов В.И. (1999) *Заговорно-заклинательное искусство восточных славян: Проблемы традиционных интерпретаций и возможности современных исследований*. Ч. 1–2. М.

Шуванова Л. (2001) *Люди, вы нас слышите?!!!* Кн. V. СПб.: изд-во «Фолио плюс».

Summary: The article discusses traditional and new ways of the formation of "special" ("secret", sacred) knowledge of Russian healers. The author believes that it is possible to apply modern control theory knowledge based on social interaction, non-formalized and formalized knowledge transformation knowledge to the transfer,

assimilation and operation of "special" knowledge. Four modes of transformation of "special" knowledge: socialization, externalization, combination, internalization are analyzed in the article. The author notes the differences in the knowledge of traditional and new specialists. The ways of establishing "special" knowledge of the former are regulated by tradition, while new healers often have to constantly form new individual knowledge. The spiral of specialized knowledge is driven, on the one hand, by the desire of contemporary healers to meet new demands of the society, and, on the other – by their own ambitions.

Keywords: "special" (sacred) knowledge, beliefs, traditional ritual specialists, the new healers

Сагаева Л.В.

РАСТЕНИЯ В РИТУАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ ДРЕВНЕЙ МАРГИАНЫ

Аннотация: В статье анализируется комплекс растений, использовавшихся населением Древней Маргианы (бронзовый век, Туркменистан) для ритуальных целей. В столице Древней Маргианы, Гонур-депе, было развито земледелие и садоводство, выращивались несколько видов пшеницы, ячмень, просо, бобовые, яблоки, виноград. Культовые предметы указывают на соблюдение ритуалов, которые можно отнести к протозороастрийским. Сравнение растений, произрастающих на прилегающей территории, их морфологии, экологии и физиолого-биохимических свойств показало, что наиболее вероятным компонентом Сомы – Хаомы (Хаома – в Авесте, Сома – в Ригведе) была эфедра, которая играла роль противоядия при отравлении наркотическими растениями.

Ключевые слова: растения в ритуалах, Древняя Маргиана, виноделие, протозороастризм, Сома – Хаома, эфедра

Растения широко использовались и ныне используются в различных ритуалах. Возможно, они были первыми лекарственными средствами, которые применялись для облегчения не-

дугов. Их отбор – вначале случайный, бессознательный, иногда приводящий к тяжелым отравлениям и смерти – в итоге, методом проб и ошибок, привел к выработке некоего канона использования съедобных, полезных, лечебных и ядовитых растений у каждого народа и племени. По-крайней мере, ядовитые растения люди научились эмпирически отличать, а хранили эти знания особые специалисты: лекари – шаманы – жрецы. Им доверяли, благодаря высокому сану и проверенным способностям, облегчать страдания. Возможно, поэтому, такие знания тщательно охранялись от непосвященных, обучение и передача их были индивидуальными, только для избранных. Изучение растений, используемых в традиционных культурах, связывает опыт предков и современные способы их применения.

Наши исследования посвящены изучению жизнедеятельности города бронзового века Гонур-Депе, столицы Древней Маргианы, располагавшейся в Юго-Восточных Каракумах на территории современного Туркменистана. Раскопки памятника, входившего в Бактрийско-Маргианский археологический комплекс (БМАК) и объединявшего материальные культуры Бактрии и Маргианы, проводились в течение 40 лет под руководством В.И. Сарияниди.

На памятнике обнаружен большой набор растений, многие из которых использовались не только в пищевых, но ритуальных целях. Сама возможность выявить и определить эти растения до рода, а иногда и до вида связана с определенным ритуалом посвящения части пищи огню: в двухкамерных печах обнаружены обугленные зерна 4 видов пшеницы (однозернянки, двузернянки, мягкой, карликовой), двурядного и шестирядного ячменя, проса, чечевицы, нута, мелкосеменной формы гороха, косточки сливы, алычи, семена винограда. Часть зерен злаков имеет разбухший вид, – возможно, ячмень и пшеница использовались для приготовления хмельных напитков, типа пива (Sataeva, 2014).

За 4 тысячи лет, отделяющих нас от времени функционирования памятника, практически все органические остатки истлели, сохранились лишь те, что были законсервированы огнем или солями меди. В данном случае для нас чрезвычайно важен этот ритуал посвящения пищи огню, позволивший сохранить

ценные находки. Так, в одном из помещений дворца в нише были обнаружены обугленные яблоки довольно крупного размера (4–5 см в диаметре). Наши эксперименты по обугливанию плодов показали, что температура должна была поддерживаться в очень узком диапазоне, т.к. при высокой температуре плоды довольно быстро сгорают, а при недостаточной температуре – не обугливаются и в дальнейшем сгнивают. Все это указывает не только на достижения садоводства в ту пору, но и на тщательное соблюдение данного ритуала.

В древнем городе было широко развито виноделие: во многих помещениях в печах и в отвалах золы обнаруживаются обугленные семена винограда, иногда спрессованные в виде жмыха. Также в помещениях и погребениях были размещены крупные сосуды (*хумы*), которые могли использоваться для производства вина.

Кроме Гонур-Депе, в древней дельте Мургаба В.И. Сарияниди открыл и другие уникальные памятники, среди которых своими храмовыми комплексами выделяются Тоголок 1 и Тоголок 21. Характер ритуалов, зафиксированных на археологическом материале этих памятников, по мнению В.И. Сарияниди, соответствует протозороастрийским культам, среди которых видное место занимал культ Сомы – Хаомы (в Авесте, Сома – в Ригведе) (Сарияниди 1989:152; Сарияниди 2008:272). Н.Р. Мейер-Меликян, исследовавшая образцы осадка со дна хумов на памятнике Тоголок 21, обломков стеблей, фрагментов чешуевидных листьев, пыльцы и частей плодов, определила их как эфедру, которая использовалась в Маргиане для приготовления культового напитка (Мейер-Меликян 1990:203; Meyer-Melikyan, Avetov 1998:176). Также на *теменосе* (Temenos – с греч.: священное, оберегаемое место), южной части Гонура и храмах Тоголок 1 и 21 были найдены большие чаны и ванночки для предварительного отмачивания растений, из которых могла изготавливалась сома – хаома, а также каменные терки, пестики, ступки и цеделки – конические сосуды с отверстием в центре дна (Сарияниди 2008:272, Сарияниди 2010:92,103).

Вокруг использования эфедры в Древней Маргиане развернулась серьезная дискуссия (Bacels 2003:9/1c; Houben

2003:9/1a), но наличие большого количества сопутствующих предметов культа, изображений на печатях до сих пор оставляет вопрос открытым.

В работе Дж. Хьюбена (Houben 2003:9/1a) подробно рассматривается история изучения Сомы – Хаомы, приводятся разнообразные версии составляющих его ингредиентов, но точный рецепт приготовления легендарного напитка пока не обнаружен.

Были выдвинуты предположения, что Сомой может быть гармала (*Peganum harmala*) (Flattery, Schwartz 1989:23), конопля (*Cannabis sativa*), мак (*Papaver somniferum*) или грибы, в частности, мухоморы (*Amanita muscaria*) (Wasson 1972:10), псилоцибе (*Psilocybe cubensis*) (Маккена 1995) и многие другие ядовитые или галлюциногенные растения, которые могут встречаться на территории последователей зороастризма.

М. Бойс, известная исследовательница зороастризма, (1987:12) указывает, что ритуальный напиток «готовили из молока, веток одного растения, из сока, получаемого после того, как стебли другого растения будут истолчены». Слово *сома* (или авестийская *хаома*) буквально означает «то, что выжимают». Поэтому главную часть ритуала богослужения составляло толчение растения в каменной ступе. По представлениям древних иранцев, сок культового растения возбуждает, бодрит и вливает силы, употребление напитка вызывает прилив энергии. М. Бойс (1987:12) пишет, что «воины, отведав его, сразу же преисполняются боевым духом, поэты – вдохновением, а жрецы – особой восприимчивостью к внушениям божества».

Физические свойства Хаомы, как описано в текстах Авесты, включают в себя следующие признаки: растение имеет стебли, корни и ветви, находится высоко, душистое, золотисто-зеленое, может быть выжато, растет в горах, способствует заживлению ран, сексуальному возбуждению, укрепляет физически, стимулирует бдительность и осведомленность; мягко опьяняющий экстракт его можно употреблять без негативных побочных эффектов; он наиболее питателен для души (Ясна 9 – 11 в переводе Mills (1987)).

Р. Штурманн (Stuhrmann 1985) особо акцентирует, что Сомы не может быть грибом; это растение не может быть алкоголь-

ным, т.к. при приготовлении Сомы отсутствует ферментация, используется только отжим и, возможно, вытяжка (молоком); оно произрастает в горах. Также в Ригведе указывается, что в состав Сомы могли входить разные растения.

Вероятно, не случайно рецепт приготовления культового напитка неясен, неконкретен. Истинное знание обрядов приготовления передавалось лично, только посвященным, подготовленным адептам. Учитывая, что использовались не просто галлюциногенные, но и достаточно ядовитые вещества, строгое соблюдение правил было необходимо, кроме того оно поддерживало иерархию, авторитет жрецов.

По-видимому, целесообразно провести сравнительный анализ возможных претендентов на роль Сомы – Хаомы, в ретроспективе доступных населению Древней Маргианы, чтобы исключить наименее подходящих на эту роль. При этом, поскольку непосредственно ботаническая идентификация легендарного растения на основании древних источников непродуктивна, главным критерием оценки может стать соответствие действия активных веществ, содержащихся в растениях описанных в известных текстах.

Среди растений, произрастающих на юге Средней Азии в роли Сомы – Хаомы могли предположительно быть следующие, обладающие наркотическим, возбуждающим или стимулирующим действием: эфедрa (хвощевая *Ephedra equisetica*, промежуточная *E. intermedia*), мак снотворный (*Papaver somniferum*), конопля посевная (*Cannabis sativa*), мандрагора туркменская (*Mandragora turcomanika*), гармала обыкновенная (*Peganum harmala*), софора толстоплодная (*Sophora pachycarpa*). Из них гармала и софора обладают не столько наркотическим, сколько токсическим действием, вызывают сильное отравление (Сатаева 2009:317).

Д. С. Флаттери и М. Шварц (D. S. Flattery, M. Schwartz 1989:23) предложили в качестве Сомы гармалу обыкновенную. Она содержит несколько алкалоидов (гармин, гармалин и др.), из которых наименее токсичен и обладает психоделическими свойствами гармалин. Ареал обитания ее достаточно широк: Средиземноморье, Балканы, Причерноморье, юг России, север-

ные районы Казахстана, Малая Азия, Иран, Афганистан, западная часть Монголии и северо-западная Индия. Гармала в основном произрастает в пустынях, полупустынях и степях, что по описанию не подходит на роль оригинальной Сомы – Хаомы. Возможно, она использовалась в качестве заменителя Хаомы у некоторых народов. И сейчас гармала под названием *исирик* (в переводе – «пьяный») широко используется узбеками для лечения некоторых заболеваний. В отдельных клиниках ее применяют в качестве лечения алкогольной и даже никотиновой зависимости.

Мак снотворный культивируют во многих странах на протяжении тысячелетий, а в настоящее время, главным образом, в Китае, Индии, Малой Азии, Средней Азии, Афганистане. Мак снотворный содержит более 20 алкалоидов, среди них морфин, оказывающий сильное болеутоляющее действие, но вызывающий быстрое привыкание.

На повсеместное использование опийного мака в Афганистане указывал еще Н.И. Вавилов (1987:37): «Население имеет вид изнуренный, чему способствует курение опиума». В Каракумах встречаются разные виды мака, в том числе мак снотворный, очень широко распространен мак павлиний, местами – мак восточный, изображения его встречаются на печатях Бактрийско-Маргианского археологического комплекса (БМАК), но эти виды маков, в отличие от снотворного, содержат ненаркотические алкалоиды. Кроме того, надо учитывать, что по описанию маки не подходят на роль Хаомы. Будучи весьма яркими и декоративными, они наверняка бы описывались более конкретно в ее составе.

Достаточно близко к описанию выглядит конопля посевная. Это высокое растение, ветроопыляемое, мужские соцветия во время цветения имеют желто-зеленый цвет. Вещества, содержащиеся в конопле (каннабинол и его производные), вызывают двигательное и речевое возбуждение, яркие красочные галлюцинации, ощущение веселья и беззаботности, переходящее в дремотное состояние и сон с яркими сновидениями. При изготовлении наркотиков иногда используют молоко для вытяжки активных жирорастворимых веществ из конопли (при

изготовлении Сомы – Хаомы одним из трех ингредиентов является молоко). Естественный ареал очень широк, непосредственно на территории Туркменистана она не встречается, но распространена достаточно близко в бассейнах рек Сырдарья и Амударья и заходит по рекам в высокогорья Памира (Григорьев 2000:40).

На склонах Копет-Дага произрастает один из видов мандрагоры (М. туркменская) (Тахтаджян 1981(5/2): 417). В древности мандрагоре приписывали магическую силу, ее корни использовали как сильнодействующий галлюциноген. Растение часто упоминается в «колдовских» рецептах средневековья как приворотное зелье, усиливающее чувственность, повышающее плодovitость.

Плоды мандрагоры имеют желто-зеленый или оранжевый цвет, яблочный или нежный фруктовый запах. В Авесте неоднократно подчеркивается, что бог Хаома «зеленоглазый», «золотой», «желто-зеленый», т.е. соответствует цвету плодов мандрагоры.

Эти растения могли быть вторым составляющим компонентом напитка Сома – Хаома. Основным, видимо, была эфедра, т.к. действие на нервную систему человека содержащегося в ней алкалоида эфедрина наиболее полно соответствует реакции, вызываемой употреблению Сомы – Хаомы.

Эфедра относится к хвойным растениям, представляет собой кустарник, произрастает в горах, в т.ч. и на Копет-Даге. Здесь встречаются несколько видов эфедры: Э. хвощевая, Э. средняя, Э. двухколосковая. Лекарственным сырьём служат зелёные неодревесневшие побеги (Тахтаджян, 1981(4):301–302).

В некоторых диалектах персидского языка и на других языках иранской группы местные виды эфедры именуются «hom», «homa» или созвучно. В конце XIX в. было описано ритуальное употребление травы эфедры (хвойника) в зороастрийской общине города Йезд в Иране. (Falk 1989:79).

Эфедрин по фармакологическим свойствам близок к адреналину. В растении эфедрин содержится в смеси со своими изомерами, из которых иногда половину веса составляет псевдоэфед-

рин, фармакологические свойства которого подобны эфедрину, но активность примерно в 2 раза меньше (Чекман 1987:232).

Как и адреналин, эфедрин вызывает сужение сосудов, расширение бронхов и зрачков, повышает кровяное давление, тор-мозит перистальтику кишечника, повышает содержание сахара в крови и повышает возбудимость дыхательного центра. В со-временной медицинской практике он используется как проти-воядие при отравлениях наркотиками и снотворными средства-ми, а также для спинно-мозговой анестезии. Вполне возможно, что его противонаркотическое и тонизирующее действие было известно в период древней истории человечества.

В Средней Азии естественным образом произрастает много наркотических растений, и возможно, использование эфедры как противоядия было весьма актуальным, применялось для отрезвления злоупотреблявших наркотиками. В.И. Сариниди (1990:153) отмечает, что в древнейшей части Авесты – Гатах, Хаома практически не упоминается и даже порицается, а в поздних частях Авесты восхваляется.

Предполагается, что употребление Хаомы восходит к древним дозораострийским культам, и Заратустра пытался исключить его из практики новой религии, но традиции оказались сильнее и культ Хаомы был включен в новое реформированное учение, а впоследствии в зороастрийскую религию, сохранив исключительно ритуальное значение.

Можно также предположить, что использование ритуаль-ного напитка состояла из двух актов, первого – доведение упот-ребляющих его до наркотического опьянения, и второго – от-резвления и возбуждения нервной системы, придающее ощу-щение прилива силы и энергии.

Таким образом, по своему влиянию на нервную систему человека, а также по способу извлечения действующего веще-ства из растений, произрастающих на территории Средней Азии наиболее подходящим является эфедрин, что согласуется с мнени-ем В.И. Сариниди о ведущей роли этого растения для при-готовления культового напитка, используемого в ритуалах населения Древней Маргианы.

Литература и источники:

Bakels C. C. (2003) Report concerning the contents of a ceramic vessel found in the “white room” of the Gonur Temenos, Merv Oasis, Turkmenistan *Electronic Journal of Vedic Studies*, No 9/1c.

Falk H. (1989), *Soma I and II* Bulletin of the School of Oriental and African Studies, London: UCL Press, vol. 52, No. 1, pp. 77-90. URL: <http://www.jstor.org/stable/617914> (дата обращения - 20.05.2015).

Flattery D. S., Schwartz M. (1989) *Haoma and Harmaline. The Botanical identity of the Indo-Iranian Sacred Hallucinogen “Soma” and its Legacy in Religion, Language and Middle Eastern Folklore*. Berkeley, Los Angeles, London : University of California Press, vol. 21, 211 p.

Houben J. E. M. (2003). The Soma-Haoma problem *Electronic Journal of Vedic Studies*, No. 9/1a. URL:

<http://www.ejvs.laurasianacademy.com/ejvs0901/ejvs0901a.txt>

<http://www.ejvs.laurasianacademy.com/ejvs0901/ejvs0901c.txt>

<http://www.goodreads.com/book/show/527630.Som>

<https://books.google.ru/books?id=INTzYGQOIFoC&hl=ru> (дата обращения - 20.05.2015).

Meyer-Melikian N.R. (1998) Analysis of floral remains from Togolok 21 *Sarianidi V. Margiana and protozoroastrism*, Athens, pp.178 – 179.

Meyer-Melikian N.R., Avetov N.A. (1998) Analysis of floral remains in the ceramic vessel from the Gonur Temenos. *Sarianidi V. Margiana and protozoroastrism*, Athens, pp.176 – 177.

Mills L.H. (trans.) (1887) *Yasna 9–11 (Hom Yasht)*. In Müller, Friedrich Max (ed.) *Sacred Books of the East*, vol. 31, Oxford: OUP.

Sataeva L. (2014) Plants in Life of the Population of Gonur-Depe (Ancient Margiana) *Вестник Московского Университет*, сер. XXIII, Антропология, № 3, с. 109.

Stuhrmann R. (1985) Worum handelt es sich beim Soma? *Indo-Iranian Journal*, vol.28, pp. 85–93. URL: <http://www.avesta.org/yasna/yasna.htm> (дата обращения - 20.05.2015).

Wasson R. (1972) Soma: Divine Mushroom of Immortality *Ethno-Mycological Studies* New York: Harcourt Brace Jovanovich, vol. 1, 381 p.

Вавилов Н.И. (1987) Пять континентов *Вавилов Н.И. Пять континентов*, Краснов А.Н. *Под тропиками Азии* М.: Мысль, 348 с.

Григорьев С.В. (2000) Изучение холодостойкости конопли *Сборник научных трудов посвященный 100-летию В.А. Невинных*, Краснодар, с. 38–49.

Маккенна Т. (1995) Пища богов. Поиск первоначального древа познания, Издательство Трансперсонального Института, 272 с. URL: <http://bookap.info/trans/food/#o> (дата обращения - 20.05.2015).

Мейер-Меликян Н.Р. (1990) Определение растительных остатков из Тоголок 21 *Сарианиди В.И. Древности страны Маргуш*, Ашхабад, с. 203–204.

Сарианиди В.И. (1989) Протозороастрийский храм в Маргиане и проблема возникновения зороастризма *Вестник древней истории*, М., № 1, с. 152–169.

Сарианиди В.И. (2010) *Задолго до Заратуштры*. М., Старый сад, 200 с.

Сарианиди В.И. *Маргуш. Тайна и правда великой культуры*, Ашхабад, 2008. 341 с.

Сарианиди В.И., Дубова Н.А. (2006) *Храм Хаомы в Гонур-Депе* Ашхабад, Мирас, № 3, с. 88-92.

Сатаева Л.В. (2009) Возможности использования фиторесурсов юга Средней Азии в ритуалах древнего населения. *Роль естественно-научных методов в археологических исследованиях*, Барнаул, изд-во Алт. Госуниверситета, с. 315–318.

Тахтаджян А.Л. (ред.) (1981) *Жизнь растений*, М.: Просвещение, т.4, 448 с.

Тахтаджян А.Л. (ред.) (1981) *Жизнь растений*, М.: Просвещение, т.5, ч.2, 512 с.

Чекман И.С., Пелешук А.П., Пятак О.А. (1987) *Справочник по клинической фармакологии и фармакотерапии*, Киев, Здоров'я, 736 с.

Summary: We analyze the range of plants used by the population of Ancient Margiana (Bronze Age, Turkmenistan) for ritual purposes. In the capital of Ancient Margiana, Gonur-Depe, agriculture and fruit-growing were developed, several kinds of wheat, barley, millet, beans, apples, grapes were cultivated. Religious items indicate compliance with the rituals that can be attributed to protozoroastrism. Comparison of plants growing in the adjacent territory, their morphology, ecology, and physiological and biochemical properties showed that ephedra was the most likely component Soma – Хаома, and it served as an antidote for poisoning by drug plants.

Keywords: plant in rituals, ancient Margiana, winemaking, protozoroastrism, Soma – Хаома, ephedra

**ТРАВЫ И ЗНАЮЩИЕ
В СОВРЕМЕННОЙ ТРАДИЦИИ
ПИНЕЖЬЯ И МЕЗЕНИ ***

Аннотация: В статье на основе архивных и полевых материалов, собранных автором в деревнях и селах Пинежского и Мезенского районов Архангельской области, рассматриваются особенности использования трав в народных обычаях и обрядах, в том числе лекарственных, а также современные аспекты трансформации образа знающего. Под Пинежьем и Мезенью условно понимается территория в бассейнах рек Пинеги и Мезени с многочисленными притоками, протекающими по современным Мезенскому и Пинежскому районам Архангельской области.

Ключевые слова: Пинежье, Мезень, полевые материалы, традиция, адаптация, народные знания, травы

Статья написана на основе полевых материалов, собранных автором в городах и деревнях Пинежского и Мезенского районов Архангельской области в 2003 – 2008 гг., также привлечены материалы, содержащие фактические данные: местные периодические издания, архивные документы ГААО (Государственного архива Архангельской области), Мезенского историко-краеведческого музея и Фонда краеведа Е. Поднебесниковой.

Под Пинежьем и Мезенью мы условно понимаем территорию в бассейнах рек Пинеги и Мезени с многочисленными притоками, протекающими по современным Мезенскому и Пинежскому районам Архангельской области. Необычайная «живучесть» традиционной культуры в этих местах, ее оригинальность поражает и продолжает быть объектом исследования и в наши дни. Колонизация земель по этим рекам русскими началась ещё с XII века.

Освоение Русского Севера с первых этапов шло при тесном взаимодействии славян и местных финно-угорских народов, что способствовало взаимовлиянию и обогащению их материальной и духовной культуры. На этой обширной территории, объеди-

ненной в первую очередь историческим и социально-экономическим развитием в течение длительного времени, сложился своеобразный комплекс народной культуры. Огромное значение в этом процессе играло северно-русское население, являющееся хранителем присущих только ему культурных традиций. Культура, часто называемая поморской, созданная на краю ойкумены, границе с миром полярного инобытия – это культура аскезы, отказа, предельного упрощения и доведения идеала простоты до своего идеального воплощения (Теребихин 2004: 45).

Постепенно осваивая различные географические ландшафты нового региона, переселенцы из Новгородских, Ростово-Суздальских, а затем Московских земель находили новые полезные растения. Соответственно природным условиям складывались местные составы сборов и сроки их сезонных заготовок (Громыко 1975: 227).

Травы, цветы, ветки, различная зелень в той или иной форме и степени присутствует в календарных обрядовых практиках всех сезонных циклов (Токарев, Филимонова 1983:154). Растения широко использовались в народных обычаях и обрядах и наделялись, по народным представлениям, особой силой воздействия. Они не только способствовали укреплению здоровья, но и могли благоприятствовать семейному счастью, обеспечению урожайности посевов и плодovitости скота. Важная роль отводилась растениям, защищающим людей, их дома и хозяйства от злокозненного влияния недоброжелателей и, особенно, нечистой силы.

В основе использования трав в лечебных и кулинарных целях лежат, безусловно, их естественные свойства и многовековой опыт наблюдений людей. Хорошо зная реальные и мнимые свойства трав, в бытовой практике народ стремился использовать растения с наибольшей полнотой. Конечно же, и традиционная система питания каждого народа основывалась на сырьевой базе мест проживания и была тесно увязана с хозяйственно-культурным типом.

На Мезени и Пинеге со сбором и заготовкой трав связан один из важнейших народных годовых праздников Иванов день, Иван Купала (24 июня / 7 июля). В нем сохранились и своеобразно развились некоторые черты купальской обрядно-

сти. В первую очередь, это было обусловлено временем, в которое она совершалась – день летнего солнцеворота, самый длинный день в году. Именно в ночь на Иванов день собирали различные травы, которые наделялись, по мнению крестьян, особой силой (Фролова 2010:23), причем как целебной, так и магической. Особой популярностью пользовалась в этом случае *вязель-трава* (заячий клевер *Coronilla varia* L), которую часто искали девушки для «присушивания», «привязывания» к себе любимых (ПМА–1).

Травы собирали в определенных местах, неизвестных для непосвященных людей. «Плоды можжевельника, *ферес* нашему, лучше собирать у нас в д. Шотогорка; *грушанку* рвем на поле над Сулугой (река, – А.Ф.), у д. Ваймуша» (ПМА–2). Очень важно и время сбора растений. «Все травы поспевают к Иванову дню: *звербой*, *очанка*, *грушанка*, *калган*, *изгон*, *тысячелистник*, *богородска травка*, или же на самом деле темьян ползучий, а мы называем *богородска травка*. Собирают все травы в июле месяце с Иванова или после Петрова дней. Собирают и раньше, но лучше после Петрова дня собирать, пока цветет. Цвет упадет и все, уже не будя сил, а чем позднее, тем хуже» (ПМА–3).

Со сбором трав у местных жителей связаны и приметы. Так, когда траву собираешь, надо, чтобы тень твоя на траву не падала. Брать травку нужно с молитвой, чтобы силы её не убавились (ПМА–4).

Вера в лечебные свойства некоторых растений, отразилась и в их народных названиях. *Изгон* – это одноцветка крупноцветковая (*Moneses uniflora*), растение обладающее противовоспалительным, антисептическим, гемостатическим, мочегонным действием, но по представлениям местных жителей изгон – это панацея от ста болезней, трава, обладающая рядом исцеляющих свойств: ее отваром лечат все заболевания желудочно-кишечного тракта, болезни сердца, а спиртовой настойкой – все растяжения, ушибы, грыжи. Отсюда и простонародное название: *изгон* – «изгоняю болезнь».

Богородской травкой в Пинежском крае называют несколько совершенно различных видов растений. «Богородской называется, потому что от бога. У неё мелкий голубый цвет,

запах бросается прямо в нос, очень приятный. Вырывают-то её с корнем. Садами растет такими и побольше в горах, где белый известняк, красный известняк» (ПМА–5). Другие считают, что богородская травка – это растение с цветком в виде сиреневой шишечки.

Калган или лапчатку прямостоячую, в некоторых местах называли *шептухой*, *могущником*. Упоминается это растение в одной из былин об Илье Муромце. Перед своей решающей битвой он припал к земле, где росла трава-*шептуха*, вдохнул запах её корней, и это помогло ему одолеть врага (Коротаев 1998: 30). Зверобой считался и лечебным, и волшебным растением. Парни и девушки гадали по его стеблям, зверобой отгонял болезни и предохранял от порчи (Кузнецова, Резникова 1992:86).

По мнению северян, необходимо было уважительно относиться ко всему произрастающему на земле. Знающий человек старался осторожно отрезать растение, не вредить корням и не рвать травы, если видел, что растения представлены в той или в иной местности в малом количестве (Дмитриева 1999:769).

На основе собранных трав, корней и ягод изготавливали также настоящие горькие настойки, спиртовые настои из различных трав, кореньев, семян, листьев и другого лекарственно-технического сырья и употребляли их как бальзамы: «Немножко только надо по чайной ложечке и водичкой разбавить». Водка и вино всегда были дорогими напитками для большинства крестьян, поэтому многие из них, помимо пивоварения, умеют приготовить самодельный травяной бальзам. И в наши дни рецепт остался прежним. Изготовление пинежских и мезенских настоек достаточно простое: травы измельчают вручную или через мясорубку, раскладывают по небольшим кувшинам и заливают спиртом или водкой. Как правило, настаивают какую-нибудь одну любимую травку: грушанку, очанку, богородскую травку, иногда соединяют несколько вместе. Настойки получаются удивительно красивых – темно-бордовых, красно-коричневых цветов со своеобразным пряным и горьким запахом, впитавшим все богатство разнотравья Пинежья и Мезени.

Травами пользуются обычно специалисты. Лысцев Евгений Степанович, уроженец д. Ваймуша Пинежского района опытный охотник, стал настоящим *знающим* для жителей своей деревни. Сам всю свою жизнь собирал и лечился травами, их отварами и настойками, и теперь помогает односельчанам. «Ко мне все приходят и просят: то голова болит, то живот, то ноги отнялись...» (ПМА– 6).

У северян любимым напитком был и остается чай. Однако раньше вместо натурального листового чая заваривали чагу с березы, брусничный лист, стебли и листья дикой малины, плоды и даже корни шиповника. Шиповник пользовался большой любовью у населения Пинеги и Мезени, считалось, что отвар из корней шиповника, который нужно было выпить после бани, помогал от простуды. Для напитка травы, корни и стебли собирали и засушивали; в каждом доме, сушили кожуру от недозрелой морошки, сухие листья смородины, мяты и пр. В Пинежском уезде «в поля» ходили раз в год, именно в Иванов день – чтобы собрать цветы, которые в другие дни такой силы не имеют. Под Иванов день их собирали, сушили, а в случае какой-нибудь болезни заваривали травяной чай и пили настои (Колпакова 1975:143). Позже стали добавлять в эти травяные сборы привозной чайный лист.

Безусловно, эта народная традиция помогала сохранять здоровье многим поколениям северян. В I-ой пол. XVIII в., как писал русский этнограф А.В. Терещенко, чай вошел «во всеобщее употребление» и более всех к нему пристрастились мужчины, купцы и все рабочее сословие (Терещенко 1848:282).

На Севере России чай заменял приятное препровождение времени: там, сидя за чаем, разговаривали и пили «в прикуску с таким искусством, что небольшой кусочек сахара достает для полдюжины стаканов» (Терещенко 1848:284). К концу XIX в. на всем Русском Севере (Воронина 2001:392) получил распространение листовая чай. П.С. Ефименко писал: «Употребление чая здесь еще распространяется довольно медленно: из 250 домов в приходе (Усть-Пуя) разве только десятая часть имеют чайные приборы, что составляет особенную роскошь, а имеющему самовар невольно присваивается название «богач» и при угощениях отводится

первое пред другими место, хотя вся роскошь этого богача ограничивается единственно только праздниками и расходом чаю в течение года какого-либо 1/2 фунта, даже менее» (Ефименко 1877:78).

За 150 лет традиция чаепития прочно вошла в быт северорусского населения. Хорошо известно, что чай является настоящим «генератором» здоровья. Несмотря на то, что чай всегда был дорогим напитком, пили его ежедневно, ни один праздник не обходился без чаепития. Добрый хозяин у гостя обязательно спросит: «Может, чайку хочешь? Давай самовар поставлю, хорошо с дороги отойдешь и устость (усталость, – *А.Ф.*) пройдет». И с этими словами ставили самовар. Часто соседи просили друг у друга займы немного чая: «Хоть на напоечку!» (ПМА–7) Напевно произносимое слово «напоечка» обозначало щепотку чая, чуть меньше чайной ложки. Престарелые, одинокие чаще приходили к соседям в гости попить чай. Если не угостили чаем, гости осуждали хозяйку за скардность и говорили: «Никогда чашку чая не нальет».

Как и по всей России, северяне предпочитали чаевничать с горячим чайком и крепкой заваркой. Любители пить чай строго следили, чтобы не сидеть у «мертвого самовара» (остывшего, – *А.Ф.*), подживляли его углем, чтобы самовар гудел, шумел. Как говорили пинежане: «Холодный чай пить, что покойника целовать» (ПМА–8). Слабая чайная заварка вызывала законное недовольство и осуждение. Если заварка была слабой – светлой, говорили осуждающе: «Ну и чай: в чашке Москву видно!»

А вот с сахаром чай раньше пили редко, так как он был очень дорогим удовольствием для крестьянина. Про малые заработки говорили: «На чаишко да сахарешко не отобьешь». Вежливый гость, увидев, что хозяева чай пьют, обязательно поздравившись, пожелает: «Чай с сахаром!» А чай-то часто совсем и без сахара пили. И хозяева, не стесняясь, говорили: «Какое с сахаром, хоть так-то есть и то ладно!» (ПМА–9).

Процесс заселения новых территорий принес не только практический опыт использования природных ресурсов края, необходимо сказать, что переселенцы рассматривали освоение Русского Севера в первую очередь как духовный акт, затем уже как хозяйственный. Оказываясь в чужом пространстве, засе-

ленном враждебным, «поганым» народом, православный человек начинал с того, что освящал место, возводя в нем святыню, защищающую не только от аборигенов края, но и от необъяснимых, злокозненных природных явлений, а также духов – леших, водяных и др.

Многовековой опыт населения, живущего в экстремальных природных условиях, отразился на общем высоком уровне бытования магии. Определённым знанием магических приемов обладали практически все взрослые жители северных деревень. В ряде бытовых ситуаций, в случае мелких неприятностей и повседневных нужд каждый мог сам остановить кровь, выгнать скот на пастбище в определенный нужный день, подлечить скотину и птицу, вылечить детскую бессонницу, найти потерянную вещь или дорогу из леса и т.п.

Знаменитый уроженец Пинежья Ф.А. Абрамов писал о северных лесах в своем произведении «Братья и сестры»: «От леса кормились, лесом обогревались, но лес же был и первый враг». В лес шли вооруженные необходимыми молитвами, действиями, а то, что касалось лесных избушек, каждый должен был знать как «Отче наш». Если человек неправильно вел себя в лесу, в избушке – расплата следовала незамедлительно.

По народному поверью при входе в лес нужно попросить: «Тайга-матушка, Лесной царь-батюшка, гостей принимай, ягодами, грибами угощай, от бед оберегай, домой дорожку указывай. Не попросишься, лешак так заведё, что и домой не воротишься». Даже простое упоминание имени лешего могло обернуться бедой, поэтому местные жители предпочитают матюгаться, а не лешаться. Опытные люди использовали обереги от лешего – острые железные предметы: топор, нож. Если в лесу человек чувствовал, что его водит кругами, т.е. он ходит по одному и тому же месту, то он переодевал свою одежду задом наперед.

Прежде чем идти в лес или к реке, человеку необходимо было договориться с его хозяевами (лешими, водяными и т.п.). Подобные «договорные отношения» могли принимать различные формы жертвоприношений, разнообразных заговоров и молитв. При этом обязательно использовались знаковые сакральные предметы, обладающие, по народным представлениям, особой силой (топор, нож, хлеб). Вот как вспоминали слож-

ную речную переправу жители Пинежья: «Плавилы мы с братом лошадь за реку: сами в лодке, а она следом на веревке плыла. Плыла, плыла и вдруг пошла под воду всей головой, да и нас потянула. Брат кричит: «Кидай скорее топор!» А раньше с собой на реку в места, где пугает чертушко, топор брали, ножик или еще что острое – как обережь. Я в воду топор сунул – и все пропало. И лошадь выплыла, так и переехали» (ПМА–10).

С помощью хлеба откупали утопленников у водяного. С приговором пускали буханку хлеба по реке, где останавливалась буханка или кружилась – там и искали. «У нас старики говорили: в деревне за год должен потонуть один человек, если в этом году не потонет, дак в другом – двое, а в Пинеге – три человека за год; это черт с собой забирает – вроде как дань» (ПМА–11). Стремясь защититься, прекратить частые случаи утопления, возводили жители деревень по берегам реки обетные кресты, часовни.

В особых случаях обращались к человеку, умеющему колдовать; таких людей в наши дни называют *знающими* или *знатками*. Это самое общее название, отражающее само явление: *знающий* обладает особым, тайным знанием, тем, чего не знают другие. Весь этот комплекс тайного, магического знания и по сей день называется *знатьём*. Широко распространено представление о том, что колдовать мог лишь тот знающий, у которого были все зубы. «Женщины были знающие; раньше Егоровна была – нет-нет, да и подлечит, а сейчас говорит: «Не могу, зубов совсем нет»» (ПМА–12). По общему народному мнению современное Пинежье оставляет за собой славу района, где больше колдуют, чем в других местах; и сейчас здесь расскажут удивительные истории о том, что знающие делают, покажут, где найти живую икотницу.

В наши дни по народным представлениям хранителями сакрального знания могут быть странно выглядящие и, соответственно, ведущие себя люди – иноверцы, буддисты, цыгане, нищие.

В советский период стерлись четкие грани между понятиями, определяющими *знающих* как колдунов или знахарей. Теперь могут назвать знающим и бывалого охотника, рыбака или пастуха, обладающих лишь традиционными знаниями. Известный факт, что на Русском Севере всегда особую роль играл

пастух. Он обязан был знать заговоры-отпуска и молитвы, и крестьяне особенно обращали на это внимание. Не случайно во многих северных районах к пастухам часто относились как к колдунам и наделяли их определенной сверхъестественной силой. Традиция пастьбы с отпуском в настоящее время в целом прекратилась, поскольку скот стали пасти в полях, однако необходимо отметить, что до 90-х гг. XX века она была достаточно активна (ПМА–13).

В процессе социопсихологической адаптации к среде обитания сформировался своеобразный хозяйственно-культурный и мировоззренческий тип северянина. Роль и значение трав в жизни населения Пинеги и Мезени со временем не уменьшилась. И в наши дни используются их целительные, магические и кулинарные свойства. Народные знания и традиция сбора трав, а также их способы применения передаются из поколения в поколение. Чай так же остается любимым напитком, как для северян, так и для всего русского населения. В наши дни ни одно застолье не обходится без чаепития, а это важно для сохранения здоровья в северных условиях.

Знающие и зная так же продолжают играть значительную роль в севернорусской деревне и остаются важной частью её жизни. Возможности *знающего* претерпели трансформацию и ограничены, как правило, семейными и хозяйственными рамками, по общему народному мнению сильных знающих теперь не стало.

Литература и источники:

Воронина Т.А. (2001) *Пища и утварь. Русский Север. Этническая история и народная культура*, М., с. 367–424

Громько М.М. (1975) *Трудовые традиции русских крестьян Сибири (XVIII – первая половина XIX в.)*, Новосибирск.

Дмитриева С.И. (1999) *Традиционная народно-медицинская практика. Русские*, М., с. 760–772

Ефименко П.С. (1877) *Материалы по этнографии русского населения Архангельской губернии*, М., Ч.1.

Колпакова Н.П. (1975) *У золотых родников*, Л.

Коротаев В.И. (1998) *Русский Север в конце XIX – первой трети XX века. Проблемы модернизации и социальной экологии*, Архангельск.

Кузнецова М.А., Резникова А.С. (1992) *Сказания о лекарственных растениях*, М.

Теребихин Н.М. (2004) *Метафизика Севера*, Архангельск.

Терещенко А.В. (1848) *Быт русского народа*, Спб.

Токарев С.А., Филимонова Т.Д. (1983) *Обряды и обычаи, связанные с растительностью. Календарные обычаи и обряды в странах Зарубежной Европы*, М.

Фролова А.В. (2010) *Русский праздник. Традиции и инновации в праздниках Архангельского Севера XX – начала XXI века*, М.

Полевые материалы автора (ПМА):

ПМА–1: Мезенский историко-краеведческий музей (далее – МИКМ). Д. 1105. Фольклор и обрядность Мезени. С. 15

ПМА–2: Записано в 2003 г. от Козьминой А.А. 1931 г.р. д.Шотогорка Пинежского р-на

ПМА–3: Записано в 2004 г. от Клевакиной А.Е. 1927 г.р., с. Засурье Пинежского р-на

ПМА–4: 2003–2005 гг. (экспедиции автора в Пинежский, Мезенский р-ны)

ПМА–5: Записано в 2003 г. от Лысцева Е. С., 1929 г.р. д. Ваймуша Карпогорский с/с, Пинежский р-н

ПМА–6: Записано в 2003 г. от Лысцева Е.С., 1929 г.р. д. Ваймуша Карпогорский с/с., Пинежский р-н

ПМА–7: Архив Дорогорского ДК Мезенского р-на. Фонд краеведа Е. Поднебесниковой (далее – АДП) Тетрадь 1. Л.5

ПМА–8: 2005–2006 гг. (экспедиции автора в Пинежский р-н, г. Карпогоры)

ПМА–9: Архив Дорогорского ДК Мезенского р-на. Фонд краеведа Е. Поднебесниковой. 2003- 2005, 2007 (экспедиции автора в Пинежский, Мезенский р-ны)

ПМА–10: Записано в 2003 г.от Мельникова С.С., 1923 г.р. д.Ваймуша Карпогорский с/с., Пинежский р-н, Архангельская обл

ПМА–11: Записано в 2003 г.от Лысцева Е.С., 1929 г.р. д.Ваймуша Карпогорский с/с., Пинежский р-н, Архангельская обл.

ПМА–12: Записано в 2005 г. от Макуриной Е. М. 1924 г.р. с. Дорогорское Мезенский р-н

ПМА–13: 2003–2005 гг. (экспедиции автора в Пинежский, Мезенский р-ны)

Summary: Specifics of herbs usage in folk customs and ceremonies, as well as modern aspects of transformation of the image of those who know are considered in the article on the basis of the archival

and field materials collected by the author in villages and rural communities of Pinezhsky and Mezensky districts of the Arkhangelsk region. Pinezhyem and Mezen are conditionally understood as the territory in the basins of the Pinega and Mezen Rivers with the numerous inflows flowing in modern Mezensky and Pinezhsky regions of the Arkhangelsk region. Extraordinary "survivability" of traditional culture in these areas strikes by its originality and continues to be a research object even nowadays.

Key words: Pinezhye, Mezen, field materials, tradition, adaptation, national knowledge, herbs

**Работа выполнена при финансовой поддержке гранта РГНФ № 15-01-18114-е «Русская этнографическая экспедиция».*

Воронина Т.А.

ДИКОРОСЫ РУССКОГО СЕВЕРА КАК ЕДА И ЛЕКАРСТВО (XIX – НАЧАЛО XX В.)

Аннотация: Статья посвящена традиции сбора съедобных дикорастущих трав с целью улучшения пищевого рациона сельского населения на Русском Севере, а также для лечения болезней. Знания о том, как и с какой целью использовали то или иное растение, передавались от одного поколения к другому. Источники показали, что в XIX – начале XX в. собирательство было значительным подспорьем и восполняло нехватку витаминов. Роль естественных растительных ресурсов особенно возрастала в годы неурожая, голодные годы и в других экстремальных ситуациях.

Ключевые слова: традиционная пища, крестьяне, Русский Север, экстремальные ситуации, голод, съедобные дикорастущие растения, медицина

Для многих восточнославянских народов в прошлом было характерно собирательство даров природы в виде листьев, стеблей, соцветий дикорастущих растений, коры деревьев, ягод и грибов. Это было типично и для жителей Русского Севера,

особенно в ситуации отсутствия жизненно необходимых продуктов питания. Не менее важным было применение дикорастущих растений для лечения некоторых болезней.

Среди использованных работ хотелось бы отметить, прежде всего, исследования известного этнографа и ботаника Н.А. Иваницкого (1847–1899), который, будучи в ссылке на севере, занялся привычными для него делами. Результатами его плодотворных поисков стала работа о быте и нравах сельского населения Вологодского и Кадниковского уездов Вологодской губернии в конце XIX в. В нее вошел «Список растений, употребляемых в Вологодской губернии, как лекарственные», включающий сведения о флоре Вологодской губернии (Иваницкий 1890:147–155), до этого опубликованный за рубежом (Ivanitzky 1882). Не менее ценной можно считать еще одну работу Н.А. Иваницкого – «Сольвычегодский крестьянин, его обстановка, жизнь и деятельность» (Иваницкий 1898).

В качестве важного источника в статье использованы архивные материалы Этнографического бюро, созданного князем В.Н. Тенишевым в Санкт-Петербурге в 1890-е гг. В настоящее время они составляют коллекцию Отдела рукописей архива Российского этнографического музея (далее – АРЭМ. Ф. 7). Материалы представляют собой ответы на различные вопросы разосланной в конце XIX в. «Программы этнографических сведений о крестьянах Центральной России». В них сообщается, что в конце XIX в. собирательство дикорастущих растений среди крестьян северных губерний было широко развито и в отдельных уездах даже стало важным и доходным промыслом.

В силу ограниченного объема статьи была поставлена задача кратко охарактеризовать традицию использования естественных растительных ресурсов в питании жителей Русского Севера и в медицине в XIX – начале XX в. при описании в большинстве случаев приводится научное и народное названия дикорастущих растений.

Собирательство даров природы, пригодных для употребления в пищу, было распространенным занятием сельского населения Архангельской, Вологодской, Новгородской, Олонецкой, Санкт-Петербургской и др. губерний. Вполне понятно, что употребление в пищу дикорастущих растений начиналось с

весны, когда подходили к концу сделанные на зиму запасы и наиболее остро ощущалась нехватка необходимых человеческому организму витаминов, особенно витамина С.

Одним из самых употребляемых в пищу растений был полевой хвощ (*Equisetum arvense* L.). В народе он получил название «пестики», «пистики», «пестушки». В пищу шли плодоносные стебли и листья, кислые на вкус, поскольку в них содержится много щавелевой кислоты, а также подземные клубни полевого хвоща, величиною с вишню, черного цвета. В Вельском уезде Вологодской губ. клубни называли «земляными орешками» (Иваницкий 1890:25).

На севере собирали также «дягиль» или дудник (*Archangelica officinalis* Hoffm.) – травянистое растение семейства зонтичных. В мировой флоре насчитывают 10 видов дягиля, из них 5 произрастают в пределах нашей страны. В Вологодской губ., помимо наиболее распространенного названия дягиля – «дудки», во многих уездах встречались еще такие наименования как «егиль», «дидель», «дядиль», «дудуль» и т.д. (Словарь вологодских говоров 1985:2, 27, 70). Рассматривая происхождение слова «дягиль», диалектолог Л.П. Михайлова обнаружила сходные с ним названия, бытовавшие во многих уездах Архангельской губ., а также в территориально близких новгородских, псковских и ярославских говорах (Михайлова 2008:32–33, 39).

Была известна еще одна разновидность полевого хвоща (*Angelica silvestris* L.); его молодые черешки, очищенные от кожуры, были съедобны в сыром виде. Сольвычегодские крестьяне собирали богатые сахаристыми веществами плодоносные стебли зонтичных (*Angelica silvestris*, *Heraclеum sibiricum*), а также крестоцветного *Bunias orientalis*, хвощей (*Equisetum*), песты – «вороньи» и «чеешные», орешки подземных клубней, например, на корнях полевого хвоща и зонтичного *Chaerophyllum bulbosum*, цветочные стебли («столбики») щавеля (*Rumex Acetosa*)» (Иваницкий 1898:7). Соком «диделя» (дидель правский) (*Angelica silvestris* L.) сводили бельмо на глазу.

В конце XIX в. в Никольском, Устюгском, Сольвычегодском и Яренском уездах Вологодской губ. «свинные орешки» (*Chaerophyllum bulbosum*) столь обильно росли на заливных лугах, что их приходилось выкашивать. В пищу употребляли клу-

бень величиною с вишню. Выкапывали и ели клубни появлявшегося весной еще одного растения *Corydalis solida*.

Недостаток витамина С заставлял жителей северных регионов отправляться на поиски растений, содержащих щавелевую кислоту и, прежде всего, щавеля (*Rumex Acetosa* L.). У жителей Каргопольского уезда Архангельской губ. щавель (кислица) и зеленый лук (луковая трава) были обычным дополнением к их пищевому рациону (Дурасов 1986:89–90). В Сольвычегодском уезде Вологодской губ. сбор щавеля был исключительно занятием детей, приносящих его домой целыми корзинами. Местные жители ели и стебли щавеля – «стопцы» (АРЭМ. Ф. 7. Оп. 1. Д. 334. Л. 8). В лесах собирали еще одно, очень похожее на щавель, растение: *Oxalis Acetosella* – его листья (их в народе называли «кисель») и цветы («молочко») (Иваницкий 1890:25–26).

Значительным подспорьем в питании была крапива (*Urtica dioica* L.), из которой готовили зеленые щи. Настой листьев крапивы употребляли при грыже и от лихорадки, а настой семян – от кашля. Корень крапивы варили в печке в крепко закупоренном горшке и этим отваром поили женщин с опущением матки. Свежими листьями крапивы ударяли по местам, пораженным ревматизмом (Иваницкий 1890:153).

В Вологодской губ. повсеместно ели в сыром виде растущий по заливным берегам рек и поемным лугам дикий лук (*Allium Schoeniprasum*), который на Устюге называли «дикий вшивик». Это была действительно вкусная приправа к ухе и другим блюдам, например, к тюре и окрошке. Испеченную луковицу привязывали к нарыву для скорейшего созревания, толченый лук употребляли как горчичники при простуде (Иваницкий 1890:25, 154).

В Вологодской губ. чеснок не сажали, потому что на заливных лугах в изобилии произрастал дикий чеснок (*Allium angulosum*). Он рос в таком изобилии, что для его сбора на луга собирались девушки из ближних и дальних деревень: «Девки эти там зовутся “чесноковками”» (Иваницкий 1890:25; Иваницкий 1898:6).

В пищу употребляли в сыром виде луковки и корневища горца живородящего (*Polygonum viviparum* L.). Многие вологодские крестьяне собирали и ели споровые стебельки малень-

ких папоротников – *Botrychium Lunaria* и *Botrychium rutaefolium*; в народе эти два растения называли «травкой-муравкой». В вологодских лесах повсеместно собирали «мучку» – молодые побеги ели, имеющие пресный, травянистый вкус (Иваницкий 1890:25–26).

В пищу шел также сырой камбиальный слой коры соснового дерева (*Pinus sylvestris* L.), содранный в виде лент. Речь идет о так называемой «заболони» («болонь»), представляющей собой молодые, не отвердевшие еще слои древесины (Даль 1989:553). В Вологодской губ. камбий называли «соком», его высушивали, растирали в порошок и присыпали им порезы, чтобы скорее заживали. Сосновую серу (смолу) прикладывали к занозам как вытяжное средство. Еловую смолу также прикладывали к ранам и нарывам, предварительно размячив в теплой воде (Иваницкий 1890:25, 154).

В большом количестве крестьяне пили березовый («березовица», «березовка») и кленовый соки («кленовица»), которыми щедро одаривала их природа (Иваницкий 1890:25, 154; Иваницкий 1898:7). Из них делали квас, для чего заквашивали сок солодом («суслон») или пивной гущей (Зеленин 1991:153).

Некоторые дикорастущие растения нередко заваривали вместо обычного покупного чая или добавляли их к уже заваренному чаю. С этой же целью использовали листья мяты (*Mentha arvensis* L.), собирали и предварительно высушивали на солнце листья зверобоя, а также душицы (*Origanum vulgare* L.), имевшей в народе название «ладанка» или «богородская трава» (Иваницкий 1890:153). Так часто поступали, не имея средств на чай или в целях экономии, например, бедные крестьяне Вытегорского уезда Олонецкой губ. (АРЭМ. Ф. 7. Оп. 1. Д. 878. Л. 8; Д. 889. Л. 2).

Причиной сбора съедобных дикорастущих растений нередко становились плохая почва, неурожай, а также другие экстремальные ситуации. Поскольку хлеб и хлебные изделия занимали в пищевом рационе жителей Русского Севера основное место, дикорастущие растения восполняли недостаток муки в голодные годы. По сообщению корреспондента Тенишевского бюро, в Кадниковском уезде Вологодской губернии «иногда в продолжение всей весны целые семьи питаются исключительно пестушками за неимением хлеба» (АРЭМ. Ф. 7. Оп. 1. Д. 334. Л. 9). Известно, что в начале XIX в. в Пермской губ. в неуро-

жайные годы крестьяне примешивали к муке «пестики», а также пихтовую кору и лебеду. Также поступали и в Вятской губ., где в голодные годы крестьяне к муке добавляли «песты», а также лебеду, высушенную и размолотую картофельную ботву, «кисленку коровью» (щавель) или ее семена, крапиву, жмых и другие примеси (Попов 1804:96; Маслова, Станюкович 1960:144–145).

В Новоладожском уезде Санкт-Петербургской губ. случалась много неурожая, что заставляло заниматься собирательством чаще, чем в других местах (АРЭМ. Ф. 7. Оп. 1. Д. 1468. Л. 3-4). В 1890-е гг. в экстремальной ситуации очутились крестьяне д. Лопино Михайловской волости Санкт-Петербургской губ., когда из-за долгих проливных дождей приходилось жать мокрую рожь и молоть на жерновах, но мука получалась сырая, а в хлебе было много спорыньи (*Lecanora cornutum*). Тяжело было и когда случалась засуха (АРЭМ. Ф. 7. Оп. 1. Д. 1471. Л. 9 об.-11).

Нехватка хлеба вынуждала жителей Олонецкой губ. примешивать к муке различные суррогаты – сосновую заболонь, содранную в виде лент (сырой камбиальный слой коры соснового дерева – *pinus sylvestris* L.), мох, траву «вахку» (по-видимому, длинный толстый корень вахты трехлистной или трифоли – *menyanthes trifoliata*), ячменную солому (Карелы 1983:130–131). Когда в 1891–1892 гг. в Кемском уезде Архангельской губ. случились неурожай, карелы, составлявшие большую часть населения, выпекали ржаной хлеб с примесью сосновой коры, мха, соломы. Часто хлеб на 50–70 % состоял из древесной коры, а когда не было ржаной муки, то крестьяне ели просто «сосновую» кашу (Энгельгардт 1897:36).

Схожие традиции употребления в пищу древесной коры сохраняли и соседние финноязычные народы. Коми в неурожайные годы повсеместно употребляли хлебные суррогаты с добавлением древесной коры, преимущественно пихты. Не случайно у коми бытовала такая поговорка: «В бесхлебный год и пихтовой коре рад» (Бунаков 1858:166). Они добавляли также в хлеб кору рябины, листья малины и липы, семена дикой горчицы, борщевик. Язьвинские коми-пермяки использовали для той же цели клевер и толченую лебеду или сушеные или замороженные ягоды черемухи (Белицер 1958:230–231). В обычные

годы в весенний период коми-пермяки и коми-зыряне употребляли в пищу сосновый камбий, борщевик, молодые побеги хвоща (Котов 2000:110).

Из других дикорастущих трав, используемых как лекарственные, можно назвать те, которые помогали женщинам. Так, например, при долгих муках перед рождением младенца женщины пили настой листьев кипрея (краснобыльник, красноголовик, скрыпун, Иван-чай) (*Epilobium angustifolium* L.). Прострел боровой (*Pulsatilla patens* Mill.) или «стрельная трава» употребляли в виде настоя от различных женских болезней, им поили женщин во время родовых потуг. Настой травы «хмелек» (подборная) (*Polygonum Convolvulus* L.) женщины пили после родов, в случае сильного кровотечения. Настой из тмина – «гуньбы» (*Carum Carvi* L.) женщины пили при кормлении грудью детей, чтобы больше было молока. При заболевании женских органов пили также настой на воде или водке из такого растения как брунец или брунец (*Actaea spicata* L.), особенно ценилось растение с белыми ягодами.

Повсеместно собирали вместе с корнями зверобой или «чихорье» (*Hypericum quadrangulum* L. и *H. Perforatum* L.). Его сушили на солнце, заваривали и пили вместо чая. Настоем зверобоя лечили от простуды, используя его потогонное свойство, а также от геморроя, грыжи и кашля. Цветы зверобоя, настоенные на масле, придавали маслу алый цвет (репейное масло) и втирали его при ломоте.

Сок чистотела (*Chelidonium majus* L.) употребляли для выведения бородавок, им натирали места, пораженные чесоткой. От нее хорошо помогала трава «грабельцы» (*Erodium cicutarium* L'Her) или «междуперстница», из ее листьев делали настой, которым промывали пораженные болезнью места, особенно между пальцами, где чаще всего появлялась чесотка.

Верным средством от грыжи считался настой листьев «грыжной травы» (молодильце, молодень) (*Sedum acre* L.). От избавления от «белой грыжи» (грыжи белой линии живота – брюшной полости) пользовались настоем белого мака, этот трилистник встречался в двух видах (*Trifolium repens* L. и *T. hybridum* L.).

Настоем цветов «горлянки» (перелой) (*Parnassia palustris* L.) лечили у детей понос, называемый «перелоем». А настоем корней

этой травы пили от полового бессилия. Хорошим средством от поноса считался настой травы «шапошник» (*Alehemilla vulgaris* L.) (росянка, копытник, борочек). Мятю (*Mentha arvensis* L.) заваривали и пили как чай, а также добавляли к нему мед и немного квасцов и полоскали горло при жабе.

Лепестки растения «шипитник» или шипняк, шипица (*Rosa acicularis* Lindl. R. *Cinnamomca* L.) настаивали на холодной воде и прикладывали к глазам при их загноении, чаще, когда у детей глаза «засыпаются». Настой лепестков заваривали также как чай и пили от простуды. Корень растения отваривали в воде и пили при поносе. Отвар плодов считался хорошим мочегонным средством.

Липовый цвет (*Filia parvifolia* Ehrh.), заваренный кипятком, считался хорошим средством от простуды (мягчительное и потогонное), его пили и вместо чая. При кашле делали настой растения «Марьян корень» («Машины пуговики») (*Paconia anamala* Pall.). Высушенные листья мать-мачехи (мачешник) (*Tussilago Farfara* L.) прикладывали к голове во время жара, их также привязывали к гнойным ранам, настоем листьев пили от золотухи и удушья.

Настоем листьев лесной капусты (заячья или дикая капуста, уразная капуста) (*Sedum purpureum* Link.) пили от грыжи или от головной боли. Настоем лесного или дикого хмеля (*Alragene alpina* L.) пили при продолжительной головной боли. Известный в народе «укрыт» (хранитель, хриstopродавка, христово копьё, укроп христов, волчий корень) (*Aconitum Lycocotonum* L.) пили при болях в боках и в груди, а также от шума в голове в виде настоя. От головной боли пили как чай настой из хохлатки (*Coridalis solida* Sm.), предварительно высушив растение вместе с клубнями; это растение называли также «мотовильце», «морская репка». От бессонницы собирали траву «умывальницу» (умыванье, лягушечье мильце, дрема) (*Coronaria Flos cuculi* A. Br.) и делали настой. При сердечных болях пили настой из корней валерианы (ладаница, светлокоренка) (*Valeriana officinalis* L.) (Иваницкий 1890:147–150).

Листья травы «живокост» (дикая заря) (*Symphytum officinule* L.) считались превосходным средством как припарка при переломах костей; они использовались также от лихорадки. Сырые «вороньи ягоды» (бронек, чирьевик) (*Paris quadrifolia* L.)

глотали целиком, пытаясь избавиться от фурункулов – «при чирьях» (Иваницкий 1890:147–150).

Помимо дикорастущих трав, на севере во множестве собирали лесные и полевые ягоды, целебные свойства которых были известны давно. Примерно 90% всех углеводов ягод составляют легкоусвояемые сахара, главным образом, фруктоза и глюкоза. Они содержат также от 0,9 до 2,0 % свободных органических кислот (винная, лимонная, яблочная, бензойная и др.); таким образом, это всегда было надежным профилактическим средством против цинги.

Наиболее распространенной ягодой была клюква болотная (*Oxycoccus palustris* Pers.) – ползучий кустарник с вечнозелеными овальными листочками. Брусника (брусница) (*Vaccinium Vitis idaea* L.) – ягода кустарника семейства вересковых, особенно богата пищевыми волокнами, свободными органическими кислотами. Ягоды клюквы и брусники ели в сыром виде, из них делали кисели, морс, желе и варенье, а листья заваривали и пили вместо чая. Стебли и листья парили в горшке и пили от кашля и удушья; ягоды употребляли как средство, утоляющее жар. Настой листьев пили при ревматизме и при поносе.

В сухих сосновых борах весной и особенно в сентябре крестьяне собирали толокнянку (*Arctostaphylos uvaursi* Spr.) или «медвежье ушко». Известно, что высушенные ягоды толкли в ступе до состояния толокна, а зимой добавляли к муке для выпечки хлеба. Вот почему и закрепилось за толокнянкой такое прозвище как «мучница», «толоконник».

Черника или черница (*Vaccinium Myrtillus* L.) – одна из самых распространенных ягод на севере. В пищу употребляли сушеные ягоды; их также применяли как вяжущее средство при кишечных расстройствах. Череповецкие крестьяне Новгородской губернии получали вкусный и полезный сок из ягод черники или голубики (Герасимов 1898b:398).

В болотистых местах собирали морошку (*Rubus Chamaemorus* L.) – травянистое растение, плоды которого обладают противоязвотными свойствами. Настой из морошечного цвета (чашек цветка), будучи сильным мочегонным, считался хорошим средством от водянки (Иваницкий 1890:149–150).

В Сольвычегодском уезде Вологодской губ. по берегам Двины и Вычегды собирали голубику (*Vaccinium uliginosum* L.) –

крупную ягоду синеватого цвета; ее ели в сыром и сушеном виде, делали кисели. В различных районах Русского Севера потребление голубики считалось эффективным средством предупреждения гиповитаминоза (Иваницкий 1890:26; Иваницкий 1898:6).

Поляника (*Rubus arctisus*) тоже была очень ценной по своим качествам. Ели местами и воронику (*Empetrum nigrum*), несмотря на ее сильное мочегонное свойство (оттого в народе она получила название «сика» или «Машка-посикашка»). Собирали землянику (*Fragaria vesca* L.), богатую бензойной кислотой. «Землянку» или «земляницу» использовали при разных болезнях. Листья, собранные до цветения и высушенные на солнце, заваривали и пили вместо чая. Настой из листьев считался единственным средством для излечения белей и каменной болезни. Настой из цветов употребляли в качестве примочки, когда «прели очи».

Ягоды черной смородины (*Ribes nigrum* L.) были очень любимы в народе, их заваривали как чай. Считалось, что собранные весной почки смородины, заваренные с молоком, хорошо очищают кровь. Повсюду употребляли в пищу ягоды черемухи (*Pranus Radus* L.) как свежими, так и заваренными в виде чая. Черемуховый лист клали в чайник с чаем для запаха, а из черемуховой муки пекли пироги. Сырые и сушеные ягоды употребляли при поносе у детей, а взрослым давали пить отвар из черемуховой коры. Цветы черемухи, настоянные на воде, считались отличной глазной примочкой (Иваницкий 1890:25, 149).

Повсеместно ели в сыром виде ягоды рябины. Осенью, когда ее прихватит морозом, употребляли в пищу как лакомство. В Сольвычегодском уезде такие связки рябиновых кистей называли «кукшинами» (Иваницкий 1890:25). В пищу шли и ягоды малины (*Rubus idacus* L.), богатой лимонной кислотой, – поэтому ее ели в сыром виде. Но очень часто цветы малины и сушеные ягоды заваривали и пили при простуде, от кашля, как потогонное средство. Взвар из сушеных ягод с красным медом пили при коклюше (Иваницкий 1890:149). Распаренные ягоды калины (*Viburnum Opulus* L.) давали есть детям, страдающим золотухой, с той же целью ягоды варили с медом до получения сиропа.

Крестьяне Вологодской губ. собирали верес или можжевельник (*Juniperus communis* L.), ягоды которого называли «мождю-

ха». Отвар ягод применяли при водянке, а также при поносе (Иваницкий 1890:154). В Череповецком уезде Новгородской губ. из этих ягод варили праздничный напиток под названием «вересовое сусло» или пиво (Герасимов 1898а:122–123).

В Вологодской губ. ягоды заготавливали на зиму впрок в большом количестве (Воронина 1992:86). Ягоды были неотъемлемым компонентом повседневных, праздничных и обрядовых блюд в Архангельской, Вологодской, Олонецкой губерниях (Бернштам 1983:68).

Помимо ягод, значительным подспорьем в традиционном питании сельского населения Русского Севера составляли грибы, которыми изобиловали здешние леса (Воронина 1992:86).

В заключение можно сказать, что в XIX – начале XX в. сбор дикорастущих растений (дикоросов) был традиционным для многих сельских жителей северного региона России. Знания о том, как и с какой целью использовали то или иное растение, передавались от одного поколения к другому. Нельзя не учитывать профилактическую пользу растений, содержащих множество натуральных витаминов. Естественные растительные ресурсы существенно восполняли недостаток хлеба в годы неурожая, связанных с различными экстремальными ситуациями. Важную роль играли дикоросы и в лечении некоторых болезней.

Вместе с тем, нельзя не сожалеть, что традиция собирательства дикорастущих растений в начале XXI в. стала угасать. Потребительское отношение к окружающей природе привело к тому, что забыты многие ценные и полезные для здоровья дикорастущие растения, поэтому необходимо вновь обратиться к многовековому опыту наших предков.

Источники и литература:

Архив Российского этнографического музея (АРЭМ). Фонд 7.

Белицер В.Н. (1958) *Очерки по этнографии народов коми*, М.

Бернштам Т.А. (1983) *Русская народная культура Поморья в XIX – начале XX в.*, Л.

Бунаков Н.Ф. (1858) Сельскохозяйственный очерк. *Вологодские губернские ведомости*, № 16.

Воронина Т.А. (1992) Традиционная и современная пища русского населения Вологодской области. *Русский Север: Ареалы и культурные традиции* / отв. ред. Т.А. Бернштам, К.В. Чистов, СПб., с. 78–101.

Герасимов М.К. (1898a) Из Череповецкого уезда, Новгор. губ. Пословицы и поговорки, приметы и обычаи // *Живая старина*, вып. 1, СПб.

Герасимов М.К. (1898b) Материалы лексикографические по Новгородским говорам. 1. Слова Череповецкие, *Живая старина*, вып. 3–4, СПб.

Дурасов Г.П. (1986) Народная пища Каргополья (по материалам XIX-XX вв.), *Советская этнография*, № 6, с. 81–90.

Зеленин Д.К. (1991) *Восточнославянская этнография*, М.

Иваницкий Н.А. (1890) Материалы по этнографии Вологодской губернии, *Известия Императорского Общества любителей естествознания, антропологии и этнографии*, т. LXIX, вып. X, М., 234 с.

Иваницкий Н.А. (1898) Сольвычегодский крестьянин, его обстановка, жизнь и деятельность, *Живая старина*, вып. 1.

Карель Карельской АССР (1983), Петрозаводск.

Котов О.В. (2000) Пища и утварь, *Народы Поволжья и Приуралья*, М., с. 105-112.

Маслова Г.С., Станюкович Т.В. (1960) Материальная культура русского сельского и заводского населения Приуралья, *Материалы и исследования по этнографии русского населения Европейской части СССР*, т. LVII. М.

Михайлова Л.П. (2008) Лексикализация несистемных фонетических явлений в вологодских говорах, *Говоры Вологодского края: аспекты изучения*, Вологда, с. 29–40.

Попов Н.С. (1804) *Хозяйственное описание Пермской губернии*, ч. 2, Пермь.

Словарь вологодских говоров (1985), вып. 2. Д – 3. Вологда.

Энгельгардт А.П. (1897) *Русский Север*. СПб.

Ivanitzky N. (1882) Ueber die Flora des Gouvernements Wologda. *Engler. Botanische Jahrbucher*, III, 5.

Summary: The article is devoted to the tradition of gathering edible wild plants, berries and mushrooms to improve food allowance of the rural population in the Russian North, and also to treat different diseases. The knowledge how to use them was passed on from one generation to another. The sources showed that in 19th – beginning XXth c. the gathering was a great help in the traditional food ration and made up the deficiency of vitamins. The role of natural vegetable resources was especially great during the years of bad harvest, starvation and other extreme situations.

Key words: traditional food, peasants, Russian North, extreme situations, famine, edible wild plants, medicine

КОНСТИТУЦИОНОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ЭКОЛОГИЯ

Спицына Н.Х., Спицын В.А.

АНТРОПОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЧЕЛОВЕКА

Аннотация: В настоящей работе рассмотрены антропогенетические аспекты формирования алкогольной зависимости у человека. Привлечены мировые сводки литературных данных по исследуемой проблеме. Этанол является естественным метаболитом, образующимся в процессе обмена веществ. Первоначально алкоголь метаболизируется алкоголь дегидрогеназой в ацетальдегид. В табличной форме приведены аллельные частоты гена ADH2 алкоголь дегидрогеназы в европейских и японских группах населения. Показаны частоты дефицита по ферменту ALDH в различных этно-антропологических группах. Только 6% лиц из европейских популяций обладает так называемым «атипичным» аллелем ADH2*2 в гомозиготной либо в гетерозиготной форме. Напротив, в монголоидных популяциях этот «атипичный» аллель представлен с 85%-й частотой. Поэтому представители ряда монголоидных популяций в большей степени подвержены интоксикации алкоголем. Таким образом, наряду с социальными, культурными, поведенческими и психологическими аспектами генетика индивида имеет большое значение в развитии заболевания. Формирование алкогольной зависимости и высокий уровень алкоголизма в обществе является проблемой, требующей внимания исследователей широкого профиля для сохранения здоровья населения.

Ключевые слова: этанол, метаболизм, алкогольная зависимость, интоксикация, антропология, генетика, частоты генов

С древнейших времен алкоголь был известен народам практически всех цивилизаций. При этом его чрезмерное потребление всегда рассматривалось в качестве отрицательной

привычки. Тем не менее, представление об алкогольной зависимости как о болезни сложилось лишь в последние десятилетия XX века. Было установлено, что алкоголь является наиболее распространенным наркотическим веществом, воздействующим на большинство психомоторных функций и влияющим на совокупность психохимических метаболических процессов.

В настоящей работе использованы мировые сводки литературных данных по исследованию формирования алкогольной зависимости у человека. В большинстве человеческих сообществ потребление алкоголя для многих людей является относительно традиционным статусом и не вызывает особых проблем (Спицын и др. 2001: 698; Спицына 2006:112; Спицын 2008:440; Григулевич и др. 2011:363; Григулевич 2012:137). Однако определенная часть пьющих людей испытывает различные, подчас достаточно острые физические, психические и социальные проблемы. На основании обширных эпидемиологических исследований показано, что наряду с социальными, культурными, поведенческими и психологическими аспектами генетические причины оказывают весьма сильное воздействие в развитии алкоголизма.

Этанол является естественным метаболитом, образующимся в процессе обмена веществ. Первоначально алкоголь метаболизируется алкоголь дегидрогеназой в ацетальдегид. Индуцибельные микросомальные ферменты также вовлечены в дальнейшее превращение алкоголя. У взрослых людей активным является только локус ADH2 алкоголь дегидрогеназы. Этот локус обнаруживает ярко выраженный полиморфизм и популяционную дифференциацию. Только 6% лиц из европейских популяций обладает так называемым «атипичным» аллелем ADH2*2 в гомозиготной либо в гетерозиготной форме. Напротив, в монголоидных популяциях этот «атипичный» аллель представлен с 85%-й частотой. Следует заметить, что «атипичный» аллель отвечает за продукцию изомимов повышенной ферментативной активности по сравнению с обычным аллелем ADH2*1. Предполагается, что носители «атипичного» аллеля характеризуются более быстрым и высоким накоплением содержания ацетальдегида и, как следствие, большей склонностью к интоксикации алкоголем в случае наличия ADH2*2

(Propping P., 1978: 97). Таким образом, представители ряда монголоидных популяций в большей степени подвержены интоксикации алкоголем, что может объясняться повышенной концентрацией вырабатываемого ацетальдегида. В этой связи носители «атипичного» аллеля ADH2*2 среди многих монголоидных групп населения могут обладать определенной защитой от повышенного потребления алкогольных напитков. В таблице 1 представлены данные о распределении частот аллелей гена алкоголь дегидрогеназы-2 в различных этно-территориальных группах.

Таблица 1

Аллельные частоты гена ADH2 алкоголь дегидрогеназы в европейских и японских группах населения (P. Propping, 1978).

Страна	Численность	Частоты аллелей ADH2	
		ADH2*1	ADH2*2
Великобритания(I)	118	0.95	0.05
Великобритания (II)	50	0.98	0.02
Великобритания (III)	23	0.96	0.04
Швейцария	59	0.89	0.11
Германия	35	0.97	0.03
Япония (I)	62	0.31	0.69
Япония (II)	40	0.39	0.61

Алкоголизм менее распространен среди дальневосточных монголоидных популяций, хотя социальные факторы при этом также играют не последнюю роль. Повышенная чувствительность к действию алкоголя у монголоидов может быть обусловлена увеличенным уровнем ацетальдегида в их организме.

При электрофоретическом анализе изоферментов альдегид дегидрогеназы (ALDH) в норме регистрируются оба изофермента ALDH1 и ALDH2. В случае недостаточности по ацетальдегид дегидрогеназе проявляется активность только изофермента ALDH2 (ALDH; КФ 1.2.1.3) (Goedde H.W. et al.,

1984:185). Изозим ALDH1 имеет относительно низкую величину Km для ацетальдегида. У лиц с недостаточностью по этому ферменту может наблюдаться задержка дальнейшего окисления ацетальдегида, приводящая к отравлению организма. В таблице 2 опубликованы популяционные данные о пропорции дефицитной формы ALDH среди представителей разных народов.

Таблица 2

Частоты дефицита по ферменту ALDH
в различных этно-антропологических группах
(Goedde H.W. et al., 1984)

Популяция	N	% лиц с дефицитом по ALDH
Индейцы (Эквадор, высокогорье)	33	69
Вьетнамцы	82	57
Китайцы (1)	120	50
Джуаны	106	45.3
Японцы	184	44
Индонезийцы	30	39
Китайцы (2)	196	35
Монголы	198	29.7
Корейцы	209	24.8
Таи (Северный Таиланд)	110	8
Египтяне и Суданцы	160	0
Либерийцы	169	0
Кенийцы	15	0
Европейцы	224	0

На основании проведенных исследований предполагается, что полиморфизм ALDH обладает защитной функцией против злоупотребления алкоголем. Этот эффект наглядно демонстрируется в табл. 3.

Высокая плотность в распределении этого признака связана с народонаселением Восточной и Юго-восточной Азии. Частота дефицита по ALDH резко падает в западном и северном направлениях от этого центра. По-видимому, мутация в гене ALDH, приведшая к дефициту соответствующего фермента

первоначально имела место в Юго-восточной Азии и в дальнейшем распространилась исключительно среди монголоидных групп населения.

Таблица 3

Распределение фенотипов ALDH у больных японцев одной из психиатрических клиник в сравнении с контрольной группой здоровых лиц (цит. по Goedde H.W., Agarwal D.P., 1986)

Выборки	N	Фенотипы ALDH			
		Дефицитный		Нормальный	
		n	%	n	%
Алкоголики	175	4	2.3	171	97.6
Наркоманы	47	23	48.9	24	51.1
Больные шизофренией	86	36	41.9	50	58.1
Контроль здоровых лиц	105	43	41.0	62	59.0

К этанол-метаболизирующим факторам следует отнести также этанол-индуцированный изофермент цитохрома P450-2E1 (CYP2E1), который также катализирует превращение этанола в ацетальдегид и далее в ацетат (Lieber C.S., 1997:521). Оказалось также, что японцы-мужчины, несущие аллель с2 CYP2E1 отличаются чрезмерным потреблением алкоголя.

Еще один фермент – аденилатциклаза также принадлежит к потенциальному маркеру, причастному к развитию алкоголизма. Этот фермент играет роль в пути сигнальной трансдукции определенных гормонов и нейротрансмиттеров. Была обнаружена гораздо более низкая активность этого фермента в клетках крови алкоголиков, а также их прямых родственников. Лица с пониженной активностью фермента могут иметь врожденную склонность к потреблению алкоголя. Для получения алкогольного эффекта таким людям требуется потреблять его в большем количестве, чем лицам с обычной активностью аденилатциклазы. Рассматриваемый эффект может приводить к развитию алкогольной зависимости. Одна из 9 известных изоформ аденилат

циклазы – изоформа VII оказывается особенно чувствительной в отношении активации алкоголем (F.Sun et al., 1999:298). При этом активация протеинкиназы в определенной степени может воздействовать на способность этанола активировать форму VII аденилатциклазы. Оказывается, что тип VII аденилатциклазы концентрируется в мозжечке и, особенно, в нейронах Пуркинье, области, ответственной за чувствительность к этанолу (Sun F. et al., 1999: 299).

Еще в далекие 1940-е годы известный отечественный антрополог, профессор В.В. Бунак обратил внимание на ярко выраженные этно-антропологические различия в психических (поведенческих) реакциях этно-территориальных групп людей на потребление алкоголя (личное сообщение). Только значительно позднее стало очевидным, что ряд нейротрансмиттеров, в частности дофамин, принадлежат к химическим посредникам, которые переносят сигналы между системами нервных клеток, что имеет отношение к дифференциальной чувствительности к психотропным агентам.

Доказано, что психоактивные вещества стимулируют «систему подкрепления» мозга. При хроническом потреблении психоактивных веществ, в частности, алкоголя, наступает дефицит запасов нейромедиаторов в мозге, что определяет наркотическое и алкогольное влечение и покрывается за счет потребления этих веществ. Именно эти механизмы могут служить основой формирования психической зависимости от психоактивных веществ.

Так дофаминовая система вовлечена в подкрепление поведения, связанного с поиском удовольствий. Подобно другим нейротрансмиттерам, дофамин доставляет свои сигналы к специфическим рецепторам, получившим наименование как D2 рецепторы. Ген D2, контролирующий эти рецепторы имеет два аллеля A1 и A2. Оказалось, что 69% алкоголиков обладают аллелем A1, тогда как в контрольной группе лиц пропорция этого аллеля составляет лишь 20% (Joise C., 1990: 20). В рамках настоящей работы обращается особое внимание на дифференциальный ответ различных пациентов в ответ на лечение нейролептиками. Так, развитие поздней дискинезии при шизофрении связано с определенными генотипами полиморфного рестрик-

ционного маркера *TaqIA* гена D2 рецептора дофамина (DRD2) (Зайнуллина А.Г. 2002:183).

Клинический эффект от действия медикаментозного препарата клозапина при лечении шизофрении также зависит от принадлежности к определенному генотипу другого рецепторного гена дофамина – DRD3. Более слабый эффект на действие клозапина проявляется у больных с генотипом DRD3 1-1 (Shaikh S. et al., 1996:716).

Следующий рецептор дофамина DRD4 по своим фармакологическим и структурным характеристикам близок к D2 и D3 рецепторам этого нейромедиатора, но обладает намного более высоким аффинитетом к антипсихотическому лекарственному средству клозапину. И в данном случае было показано, что варианты DRD4 с разным числом tandemных повторов отличаются по своим фармакологическим характеристикам (Van Tol N.H.M. et al., 1992:1450). Авторы придерживаются точки зрения, согласно которой разные варианты DRD4 отличаются неодинаковой способностью связываться с G-белками, что может играть роль в восприимчивости к развитию психоневрологических заболеваний.

Алкоголь действует на печеночные клетки и вызывает функциональные и морфологические изменения в печени. Даже однократный прием большой дозы алкоголя вызывает преходящее нарушение билирубиновой функции печени. При хроническом алкоголизме в половине случаев наблюдается повышение уровня билирубина в крови. Алкоголь зачастую является одним из этиологических факторов развития цирроза печени. У подавляющего большинства систематически пьющих людей отмечается начальная стадия этого заболевания, которая сопровождается выраженной жировой инфильтрацией печени, атипичским строением печеночных долек, очаговой атрофией и гипертрофией клеток, дегенеративными и некробиотическими процессами.

Таким образом, формирование алкогольной зависимости и высокий уровень алкоголизма в обществе является проблемой, требующей внимания не только исследователей различного профиля, но и участия государственных органов, отвечающих за устойчивое развитие, здоровье и продолжительность жизни населения.

Литература и источники :

Chen W.J., Lu M.-L., Hsu Y.-P.P. et al. (1997). Dopamine D2 receptor gene and alcoholism among four aboriginal groups and Han in Taiwan. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)*, vol. 74. pp. 129–136.

Collier D.A., Arranz M.J., Sham P. et al. (1996). The serotonin transporter is a potential susceptibility factor for bipolar affective disorder. *Genet. Nervous System Disease*, vol. 7. N 10, pp. 1675–1679.

Gelernter J., Kranzler H.R. (2000). Variant detection at the δ opioid receptor (OPRD1) locus and population genetics of a novel variant affecting protein sequence. *Human Genetics*, vol. 107, pp. 86–88.

Goedde H.W., Benkmann H.-G., Kreise L. et al. (1984). Aldehyde dehydrogenase isozyme deficiency and alcohol sensitivity in four different Chinese population. *Human. Heredity*, vol. 34, N 3, pp. 183–186.

Grandy D.K., Litt N., Allen L. et al. (1989). The human dopamine D2 receptor gene is located on chromosome 11 at q22-q23 and identifies a TaqI RFLP. *American Journal of Medical Genetics*, vol. 45, pp. 778–785.

Joice C. (1990) Gene linked with excessive drinking. *New Scientist*, vol. 21, p. 20.

Kidd K.K., Morar B., Castiglione C.M. et al. (1998). A global survey of haplotype frequencies and linkage disequilibrium at the DRD2 locus. *Human Genetics*, vol. 103, pp. 211–227.

Lieber C.S. (1997). Cytochrome P-4502E1: its physiological and pathological role. *Physiological Review*, vol. 77, pp. 517–544.

Propping P. (1978). Alcohol and alcoholism. *Human Genetics*, Suppl. 1, vol. 11, pp. 91–99.

Sarkar G., Kapelner S., Grandy D.K. et al. (1991). Direct sequencing of the dopamine D2 receptor (DRD2) in schizophrenics reveals three polymorphisms but no structural change in the receptor. *Genomics*, vol. 11, pp. 8–14.

Shaikh S., Collier D.A., Sham P.C. et al. (1996). Allelic association between a Ser-9-Gly polymorphism in the dopamine D3 receptor gene and schizophrenia. *Human Genetics*, vol. 97, pp. 714–719.

Sun F., Tsuritani I., Honda R., Ma Z.-Y., Yamada Y. (1999). Association of genetic polymorphisms of alcohol-metabolizing enzymes with excessive alcohol consumption in Japanese men. *Human Genetics*, vol. 105, pp. 295–300.

Van Tol H.H.M., Wu C.M., Guan Hong-Chang et al. (1992). Multiple dopamine D4 receptor variants in the human population. *Nature*, vol. 358, pp. 149–152.

Григулевич Н.И. (2011) Застольный этикет на Кавказе (вино и чача за абхазским столом). *Этикет народов Востока: нормативная*

традиция, ритуал, обычаи, Российская академия наук, Институт востоковедения; под редакцией Л. С. Васильева; редактор-составитель Н. И. Фомина. М., с.360–373.

Григулевич Н.И., Спицына Н.Х., Спицын В.А. (2012). Особенности естественного движения Российской Федерации (Биодемографический анализ). *Пермский медицинский журнал*, том 29, № 2, с. 134–140.

Зайнуллина А.Г. (2002). *Изучение ассоциаций полиморфных ДНК-локусов с параноидной шизофренией*. Дисс. канд. мед. наук, 195 с.

Спицын В.А., Нафикова А.Х., Спицына Н.Х., Афанасьева И.С. (2001). Генетическая предрасположенность к развитию токсического цирроза печени, обусловленного действием алкоголя. *Генетика*, том 37, № 5, с.698–707.

Спицын В.А. (2008) *Экологическая генетика человека*. М.: Наука, 502 с.

Спицына Н.Х. (2007). *Демографический переход в России: антропогенетический анализ*. М.: Наука, 212 с.

Summary: In the present work anthropogenetic aspects of forming alcoholic dependence in man are considered. There have been used world literature data related to the problem researched. Ethanol is the natural metabolite which is formed in the course of a metabolism. Originally alcohol is metabolized by alcohol dehydrogenase into ethyl aldehyde. In a tabular form allelic frequencies of dehydrogenase ADH2 alcohol gene are represented in the European and Japanese populations. Deficiency frequencies on ALDH enzyme in various ethno-anthropological groups are also shown. Only 6% of people from European populations possess the so-called "atypical" allele of ADH2*2 in homozygous or in a heterozygous form. On the contrary, in Mongoloid populations this "atypical" allele is presented in 85% concentration. Therefore representatives of some Mongoloid populations are more susceptible to alcohol intoxication. Thus, at the sometime with social, cultural, behavioral and psychological aspects the heredity of the concrete individual is of great importance in the development of a disease. Therefore, formation of alcoholic dependence and high level of alcoholism in society is the problem demanding attention of a wide profile researchers for preservation of the population health.

Keywords: ethanol, metabolism, alcoholic dependence, intoxication, anthropology, genetics, frequencies of genes

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВУШЕК 1988 – 1998 ГОДОВ РОЖДЕНИЯ

Аннотация: Определялись региональные особенности уровня физического развития 509 девушек Пензенского региона 1988 – 1998 годов рождения по данным антропометрических исследований, проведенных в 2006 – 2015 годах. Были проанализированы изменения абсолютных размеров, пропорций и весоростовых соотношений, а также распределения подкожного жира, произошедшие в группе женского пола юношеского возраста. Выявлены тенденции к астенизации и грацилизации тела на фоне нормализации веса при увеличении в составе тела доли жирового компонента. Установлено, что во всех группах наиболее гармоничное развитие свойственно лицам из семей с доходами выше среднего и средними, более дисгармонично – в семьях с доходом ниже среднего. Занятия спортом ведут в целом к снижению веса и к грацилизации грудной клетки.

Ключевые слова: антропометрия, соматотипирование, типы телосложения, физическое развитие, юношеский возраст, возрастные особенности, региональные особенности, компоненты тела, грацилизация, астенизация

Состояние современной российской медицины таково, что одной из наиболее насущных задач является создание долгосрочных программ, включающих профилактическую составляющую. Осуществление мониторинга физического развития разных возрастных групп населения невозможно без постоянно, каждые 5 – 7 лет, обновляемых стандартов. Стандарты должны быть разработаны для каждой половой, возрастной, региональной, этнической групп, с учетом, в том числе, происходящих в обществе глобальных процессов акселерации и ретардации (Николаев 2007:38).

Данные о размерах тела, полученные в результате антропометрии, достаточно достоверно характеризуют уровень физического развития. Кроме того, этот метод выгодно отличается объективностью, достаточной простотой и дешевизной (Хому-

тов 2008:43). Однако именно в настоящее время, когда профилактической направленности медицинской деятельности отводится важная роль, сказывается нехватка информации о региональных особенностях размеров тела в любых возрастных группах. Актуальность изучения параметров тела в юношеской возрастной группе, особенно девушек, совершенно очевидна, так как именно на них ложится ответственная задача – вынашивание ребенка и процесс родов (Тегакко 2004:98).

Отсутствие новой информации об уровне физического развития, антропометрических характеристиках, распределении типов телосложения современных девушек Пензенского региона и динамике изменений соматометрических параметров, ограничивающее возможность проведения сравнительного анализа с представителями других регионов, ближнего и дальнего зарубежья, определили актуальность, цель и задачи данного исследования.

Целью исследования стало определение антропометрических особенностей и уровня физического развития лиц женского пола юношеского возраста, проживающих постоянно в г. Пензе и Пензенской области.

Объектом исследования послужили девушки (16 – 20 лет), студенты и учащиеся высших и средних учебных заведений Пензы, проживающие в г. Пензе и Пензенской области. При выделении возрастных групп использована «Схема возрастной периодизации онтогенеза человека», принятая на VII Всесоюзной конференции по проблемам возрастной морфологии, физиологии и биохимии АПН СССР (Москва, 1965). Общая численность выборки составила 509 человек, из них в группу А включены девушки 1988 – 1990 гг. рождения, обследованные в 2006 – 2008 годах, в группе Б – девушки 1991 – 1995 гг. рождения. Группы В и Г составили обследованные с 2013 по 2015 годы девушки 1996 – 1997 и 1997 – 1998 гг. рождения, соответственно. Средний возраст обследованных составил 19.3 ± 0.06 года в целом. Сбор материала осуществлялся в специально составленный протокол исследования, включавший разделы паспортных данных и антропометрических параметров.

Антропометрические параметры определяли стандартным набором инструментов по методике В.В. Бунака (Бунак

1941:37). Парные антропометрические показатели определялись на правой стороне тела. Всего определено 69 абсолютных и относительных размеров тела. Анализу были подвергнуты следующие данные: продольный, поперечный диаметры и окружность головы, длина тела, рост сидя, диаметры грудной клетки (прямой и поперечный), биакромиальный диаметр, межреберной диаметр, межverteльный диаметр, индексы пропорциональности: Пинье, Эрисмана, Рис-Айзенка и Таннера, а также наиболее применимый в практике весоростовой индекс Кетле, или индекс массы тела (ИМТ). Соматотипирование проводилось по методике Черноруцкого и Никитюка-Козлова (Никитюк 1989:74).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica v.10.

Исследование показало, что масса и длина тела, ширина плеч (биакромиальный размер), поперечный диаметр груди, а также размеры головы, межverteльный и межкостистый диаметры таза в среднем во всех четырех группах отличались незначительно. Рост сидя в средних значениях уменьшался от группы А к группе В (от 83.00 ± 0.60 см до 78.79 ± 0.18 см), а затем увеличился до 86.61 ± 0.18 см (табл. 1).

Абсолютные размеры грудной клетки не изменились значительно, за исключением сагиттального диаметра, который достиг максимума в группе В, здесь же и максимально варьируя (18.14 ± 0.23 см, $CV=12.9\%$).

При этом некоторые размеры тела имели определенную тенденцию в изменениях от исследований 2006 – 2007 гг. к настоящему времени. Например, обхват талии, обхват ягодиц и окружность грудной клетки уменьшились на 4–7%, при этом ширина таза увеличилась от 26.35 ± 0.23 см ($CV=8.2\%$) до 27.33 ± 0.15 см ($CV=7.5\%$). Длина ног последовательно уменьшалась от 87.49 ± 0.58 см ($CV=9.1\%$), достигнув минимума в группе Г – 78.53 ± 0.18 см ($CV=8.6\%$).

В целом разница в большинстве абсолютных параметров скелета недостоверна ($p \geq 0,05$) либо незначительна, за исключением роста сидя и длины ног, ширины таза, обхватов талии, ягодиц и грудной клетки ($p < 0.05$).

Таблица 1

Абсолютные антропометрические параметры девушек

Показатели, см	1988-1990 гг. рожд. (А)		1991-1995 гг. рожд. (Б)		1995-1996 гг. рожд. (В)		1997-1998 гг. рожд. (Г)	
	M±m	Cv (%)	M±m	Cv (%)	M±m	Cv (%)	M±m	Cv (%)
Масса тела, кг	55.60± 0.57	9.7	58.63± 0.49	12.7	56.39± 0.64	11.4	55.82± 0.18	7.8
Длина тела, см	163.32± 0.46	3.7	165.66± 0.17	4.2	164.10± 0.15	3.8	165.17± 0.12	5.4
Рост сидя, см	83.00± 0.60	9.8	82.62± 0.14	9.3	78.79± 0.18	10.6	86.61± 0.18	8.9
Длина ноги, см	87.49± 0.58	9.1	87.92± 0.44	7.8	85.30± 0.64	10.6	78.53± 0.18	8.6
Продольный диаметр голо- вы, см	17.93± 0.18	3.4	17.83± 0.12	4.2	18.61± 0.44	6.9	18.43± 0.15	5.1
Поперечный диаметр голо- вы, см	14.35± 0.56	5.3	14.11± 0.27	6.7	14.74± 0.16	4.0	14.59 ±0.56	3.9
Окружность головы, см	55.25± 0.12	6.1	55.50± 0.18	4.7	55.82± 0.23	6.4	55.24± 0.18	5.8
Обхват яго- диц, см	97.88± 0.24	7.8	93.80± 0.19	8.4	92.52± 0.12	8.4	91.15± 0.16	9.5
Обхват талии, см	72.9± 0.17	7.0	69.40± 0.15	7.3	68.00± 0.13	7.8	67.73± 0.14	8.3
Окружность грудной клет- ки, см	81.97± 0.45	6.3	80.52± 0.64	9.4	76.61± 0.44	5.7	75.05± 0.12	7.7
Диаметр гру- ди (фронталь- но), см	24.51± 0.14	7.6	25.32± 0.57	8.5	24.91± 0.16	9.6	25.02± 0.23	8.8
Диаметр гру- ди (прямой), см	15.64± 0.12	10.6	15.58± 0.16	11.2	18.14± 0.23	12.9	16.78± 0.16	9.8
Ширина плеч, см	34.37± 0.18	7.0	35.85± 0.26	8.3	34.63± 0.46	9.0	35.52± 0.44	6.8
Ширина таза, см	26.35± 0.23	8.2	26.5± 0.15	6.9	27.89± 0.18	9.9	27.33± 0.15	7.5
Межкостистый диаметр, см	22.03± 0.16	9.0	22.85± 0.19	7.8	23.97± 0.57	9.1	22.98± 0.64	8.4
Межвертель- ный диаметр, см	31.43± 0.13	5.6	31.58± 0.15	4.9	31.69± 0.46	7.5	31.68± 0.14	6.6

Пропорции мозгового отдела головы характеризуются большей частотой брахикефалии в группе А (67.2%) и мезокефалии в группе Г (60%) при наименьшей частоте долихокефалии в тех же группах (8.8% и 10%, соответственно) (табл. 2).

Таблица 2

Частота встречаемости форм головы (%)

Головной индекс	Группа А	Группа Б	Группа В	Группа Г
долихоцефалия	8.8	24.4	24.8	10.0
мезоцефалия	24.0	25.2	28.0	60.0
брахикефалия	67.2	50.0	47.2	30.0

При этом распределение в группах Б и В по форме головы значительно не отличалось, характеризуясь большей частотой брахикефалии и почти равно встречаемыми мезо- и долихоцефалией. Пропорции лица характеризуются незначительным увеличением числа лептопрозопии в группах от А к Г от 57% до 63,7% соответственно.

Оценка пропорциональности строения тела проводилась по результатам индекса Эрисмана, который связывает окружность грудной клетки с ростом (табл. 3).

Таблица 3

Частота форм грудной клетки девушек (%)

Форма грудной клетки	Группа А	Группа Б	Группа В	Группа Г
Широкая	20.1	26.6	8.0	12.0
Пропорциональная	14.0	6.7	4.0	2.0
Узкая	65.9	66.7	88.0	86.0

Во всех группах преобладали девушки с узкой грудной клеткой (65.9%, 66.7%, 88% и 86%, соответственно). Число лиц с широкой и пропорциональной грудной клеткой уменьшалось от группы А к группе Г (от 14% и 20.1% до 2% и 12%, соответственно). Необходимо отметить, что число лиц с широкой грудной клеткой максимально среди населения сельских районов и почти всегда сочетается с лишним весом либо ожирением при отсутствии в анамнезе регулярных занятий спортом или физкультурой.

При соматотипировании по результатам индекса Rees-Eisenck учитывается отношение поперечного диаметра грудной клетки к росту (табл. 4).

Таблица 4

Распределение девушек по индексу Рис-Айзенка (%)

Соматотип	Группа А	Группа Б	Группа В	Группа Г
Пикники	1.7	3.3	4.4	0
Нормостеники	24.0	33.4	24.0	26.0
Астеники	74.3	63.3	71.6	74.0

Это позволило выделить среди девушек группы А 74.3% астеников, 24% – нормостеников, 1.7% – принадлежали к пикническому типу. Далее среди девушек в группах Б и В число пикников увеличивается до 3.3% и 4.4%, после чего в группе Г вовсе не определялось. Количество астеников во всех группах остается преобладающим и относительно стабильным (от 71.6% до 63.3%), нормостеники чаще встречаются в группе Б, в 33.4% случаев.

В целом пропорции грудной клетки пензенских девушек характеризуются преобладанием узких астенических форм с тенденцией к дальнейшей грацилизации.

Предложенный Дж. Таннером индекс полового диморфизма позволяет определить соответствие полу пропорций таза и ширины плеч (табл. 5).

Таблица 5

Характеристика соответствия полу тела девушек (%)

Соматотип	Группа А	Группа Б	Группа В	Группа Г
Андроморфия	1.1	0	1.6	2.0
Мезоморфия	21.1	30.0	10.0	12.0
Гинекоморфия	87.8	70.0	88.4	86.0

Результаты индекса Таннера говорят о соответствии своему полу абсолютного большинства девушек Пензы и области (от 70% до 88.4% гинекоморфных девушек). Также определено максимальное число мезоморфов в группе Б – 30%, андроморфы здесь отсутствуют. В 2008 году на андроморфов приходился 1.1%, далее этот тип встречается от 1.6% в группе В до 2% в группе Г, что позволяет характеризовать андроморфию у девушек как единичный

случай, встречаемый только среди 16–17-летних, чаще среди лиц с низким доходом, не занимающихся спортом.

Индекс Пинье часто применяется в клинической практике, так как дает возможность связать пропорции с массой тела и определить тип телосложения по схеме Черноуцкокого. По результатам оценки индекса Пинье у девушек наиболее заметна тенденция к астенизации: астенический тип телосложения встречался чаще других в группе Г – у 66%, увеличивая частоту от 37.5% в группе А (табл. 6).

Частота атлетического и пикнического типов снижается с 52.5% до 28% и с 10% до 5–6%, соответственно (табл. 6).

Таблица 6

Распределение соматотипов по схеме Черноуцкокого (%)

Соматотип	Группа А	Группа Б	Группа В	Группа Г
Пикники	10.0	13.3	5.2	6.0
Атлеты	52.5	46.7	44.0	28.0
Астеники	37.5	40.0	50.8	66.0

Соматотипирование по методу Никитюка-Козлова позволяет учитывать особенности морфофункционального строения женского организма. Результаты исследования зависят, прежде всего, от индивидуального развития каждой девушки и уровня обменных процессов в ее организме.

Для проведения соматотипирования по данной методике дополнительно определяли индекс морфии (относительную ширину таза у девушек), индекс трофии (относительную суммарную толщину четырех кожно-жировых складок), а также распределение жировой клетчатки.

Результаты индекса морфии по относительной ширине таза в группах практически совпали ($p \geq 0,05$): количество долихоморфов составляло меньшинство во всех группах (от 4,8% до 6,1%), брахиморфы встречались чаще всего (от 57.3% до 63%), что подтверждает данные индекса Таннера о соответствии своему полу большинства девушек и свидетельствует о современной тенденции к гинекоморфии в виде увеличения брахиморфного типа телосложения среди девушек.

По индексу трофии в исследуемой выборке число девушек с нормотрофией постепенно увеличивалось от группы А (38.8%) к группе Г (64.0%) (табл. 7).

Таблица 7

Распределение девушек по индексу трофии (%)

Индекс трофии	Группа А	Группа Б	Группа В	Группа Г
Гипотрофия	42.4	20.0	12.2	10.0
Нормотрофия	38.8	53.4	48.8	64.0
Гипертрофия	18.8	26.6	40.0	26.0

Одновременно уменьшалась частота встречаемости гипотрофии с 42.4% по данным 2008 г. до 10% в 2014 – 2015 гг. Число гипертрофов максимально среди рожденных в 1995 – 1996 гг. (40%) и колеблется от 18.8% до 40%.

Характерным оказалось распределение подкожной жировой клетчатки во всех группах ниже уровня пояса (КЖС (живот+голень)) и на конечностях (КЖС (плечо+голень)), что является характерной особенностью женского пола.

Другой весоростовой индекс, индекс массы тела (ИМТ), также свидетельствует о неоднозначности тенденции к нормализации веса женской половины современной молодежи (табл. 8).

Таблица 8

Распределение девушек по результатам ИМТ (%)

ИМТ	Группа А	Группа Б	Группа В	Группа Г
Ожирение	0.6	0	0.8	2.0
Лишний вес	3.4	13.3	4.0	4.0
Норма	78.8	46.7	80.8	68.0
Энергетическая недостаточность	17.2	40.0	14.4	26.0

Характеристика весоростовых соотношений по результатам индекса Кетле выглядит следующим образом: среди девушек группы А преобладают лица с нормальным весом (78.8%), реже встречаются с хронической энергетической недостаточностью (17.2%), редко с лишним весом (3.4%) и с ожирением

(0.6%). Необходимо отметить, что число лиц с лишним весом либо ожирением максимально среди населения сельских районов и почти всегда сочетается с широкой грудной клеткой при отсутствии в анамнезе регулярных занятий спортом или физкультурой.

Таблица 9

Характеристика компонентного состава тела девушек

Показатели	1988-1990 гг. рожд. (А)	1991-1995 гг. рожд. (Б)	1995-1996 гг. рожд. (В)	1997-1998 гг. рожд. (Г)
	М±m	М±m	М±m	М±m
Масса, кг	55.60±0.57	58.63±0.49	56.39±0.64	55.82 ±0.18
Площадь тела, м ²	1.59±0.01	1.64±0.14	1.6±0.15	1.69 ±0.23
Масса жирового компонента, кг	13.92±0.40	16.28±0.29	17.98±0.27	15.52 ±0.45
Масса мышечного компонента, кг	17.07±0.26	18,67±0.16	15.82±0.23	15.71±0.46
Масса костного компонента, кг	10.43±0.49	10,40±0.12	9.14±0.56	8.84±0.15
Относительная масса жирового компонента, %	24.96±0.68	28.11±0.65	31.4±0.27	27.94±0.56
Относительная масса мышечного компонента, %	31.20±0.55	31.49±0.45	28.2±0.56	28.56±0.27
Относительная масса костного компонента, %	16.74±0.51	17.92±0.16	17.03±0.44	15.83±0.14

Среди девушек группы Б также большинство обследуемых имело нормальный вес, но только у 45.6%, при этом 40% было с хронической энергетической недостаточностью, 13.3% – с лишним весом, страдающие ожирением, отсутствовали.

Девушки, обследованные в 2014 – 2015 гг., распределились по индексу массы тела схожим с первой группой образом: выявлено преобладание нормального веса (до 80.8%), 14.4% и 26% случаев – с хронической энергетической недостаточностью и единичные случаи лишнего веса и ожирения.

Представляет интерес изучение компонентного состава тела, определенное по формулам Матейка, в особенности сравнение с нормами относительных масс каждого из компонентов, данными ВОЗ для юношеского возраста.

Заметно изменение компонентного состава тела девушек в сторону уменьшения процентного содержания массы костного и мышечного компонентов с увеличением жирового компонента от $24.96 \pm 0.68\%$ в группе А до $31.4 \pm 0.27\%$ в группе В на фоне остающихся достаточно стабильными площади и массы тела. Учитывая прямую связь компонентов тела с уровнем физического развития, подобные данные не могут не настораживать (табл. 9).

Таким образом, сравнение групп девушек по данным исследований от 2008 г. до 2015 г. отражает влияние внешней среды и позволяет определить характерное для женского пола распределение подкожного жира и различия в строении скелета при общей нормализации весоростовых соотношений. Пропорции тела современных студенток Пензенского медицинского института характеризуются усилением тенденции к гинекоморфии, продолжающейся астенизацией и нормализацией веса (нормотрофией) при незначительно различающихся продольных размерах. Занятия спортом ведут в целом к снижению веса и к грацилизации грудной клетки. Установлено, что во всех группах наиболее гармоничное развитие свойственно лицам из семей с доходами выше среднего и средними, более дисгармонично – в семьях с доходом ниже среднего. При этом увеличение роста сидя и уменьшение относительной длины ног с продолжением тенденции к астенизации грудной клетки может говорить о наличии в популяции одновременно присутствующих и рассогласованных процессов акселерации и ретардации.

Литература и источники:

- Бунак В. В. (ред.) (1941) *Антропология*. Краткий курс, М., 380 с.
- Никитюк Б. А., Гладышева А. А. (1989) *Анатомия и спортивная антропология*, М., Физкультура и спорт, 174 с.
- Николаев В.Г., Николаева Н. Н., Синдеева Л. В., Николаева Л. В. (2007) *Антропологическое обследование в клинической практике*, Красноярск, Изд-во ООО «Версо», 173 с.
- Тегако Л.И., Кметинский Е. (2004) *Антропология*, М., Новое знание, 400 с.
- Хомутов А. Е., Кульба С. Н. (2008) *Антропология*, 6-е изд., Ростов н/Д, Феникс, 380 с.

Summary: Regional characteristics of physical development level of 509 girls from Penza region born between 1988 – 1998 were determined in the research according to the anthropometric studies conducted in 2006-2015. The changes in the absolute size, proportions, overall weight and growth ratios, as well as the distribution of body fat, occurred in the group of female adolescence have been analyzed. Tendencies to asthenia and gracilization of the body on the background of normalization of weight with an increase in the body fat proportion of the component have been determined. It was found out that in all groups the most harmonious development was typical of families with the average and above-average incomes while more disharmonious development was typical of families with the income below average. In general, sports activities lead to reduction of weight and gracilization of chest.

Keywords: anthropometry, somatotyping, body types, physical development, adolescence, age characteristics, regional characteristics, components of body, gracilization, asthenia

Комиссарова Е.Н., Родина М.В., Сазонова Л.А.

**КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
МУЖЧИН И ЖЕНЩИН
ВТОРОГО ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА
КАК ОСНОВА
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ**

Аннотация: В работе исследована соматотипологическая характеристика 219 мужчин и женщин второго зрелого возраста. Установлены морфофункциональные различия соматотипов мужчин и женщин второго зрелого возраста и определены тематические модели прогноза физического развития для мужчин и женщин второго зрелого возраста с учетом телосложения. Изучены взаимосвязи морфологических показателей с функциональным состоянием дыхательной и сердечно-сосудистой систем в структуре физического развития у мужчин и женщин второго зрелого возраста различных соматотипов.

Ключевые слова: Второй зрелый возраст, конституция, сопряженность морфологических и функциональных показателей для определенных соматотипов

В современных условиях здоровье нации в значительной мере зависит от развития индустрии оздоровления. Причем, если в конце XX столетия акцент делался на медицинские средства оздоровления, то сегодня наука и практика многих стран мира ориентирована на профилактику заболеваний не медикаментозными средствами, ведущую роль среди которых играют оздоровительные формы двигательной активности и лечебная физкультура.

Второй зрелый возраст – возраст, когда инволюционные процессы затрагивают все ткани, органы и системы организма. Снижается активность, ухудшается состояние здоровья, происходит рост числа хронических заболеваний.

Известно, что одним из основных факторов замедления процессов старения, сохранения здоровья, повышения физической активности для людей второго зрелого возраста являются систематические занятия физической культурой. Оздоровительное воздействие систематических занятий физическими упражнениями с лицами второго зрелого возраста неоднократно доказывалось в ходе теоретических и экспериментальных исследований (Гиршина 2003:18; Федорова, Сайкина 2011:51–54). Однако различные оздоровительные системы, в основе которых лежит использование физических упражнений, при всех их достоинствах, как правило, не учитывают особенностей телосложения и присущие людям второго зрелого возраста заболеваний и т.д.

До настоящего времени не уделяется достаточного внимания собственно содержательным и методическим аспектам использования средств оздоровительной физической культуры с учетом физического развития, сопряженности морфологических и функциональных показателей для определенных соматотипов, что особенно актуально для лиц второго зрелого возраста, ибо конституция – интегратор и координатор объединения свойств и качеств целостности человека (Никитюк 1997:203).

Таким образом, цель исследования – выявить взаимосвязь между ведущими параметрами телосложения и функциональными признаками у мужчин и женщин второго зрелого возраста для разработки здоровьесберегающих технологий.

Исследование выполнено с применением современных морфологических, клинико-физиологических, математико-статистических методов исследования и информационных технологий. Обследовано 219 пациентов в возрасте 40-60 лет. Из них 125 женщин в возрасте 40–55 лет и 94 мужчин в возрасте 40-60 лет. Морфологические методы: соматометрические обследования включали в себя измерения массы тела; продольных размеров тела; обхватов сегментов конечностей – для расчета мышечной массы; кожно-жировые складки – для определения жировой массы. Состав массы тела рассчитывали по J. Mateigka. Компьютерное соматотипирование проводили по методике Р.Н. Дорохова, В.П. Губа (1995:100). Для оценки физического развития мужчин и женщин второго зрелого возраста применялся метод индексов: 1. Индекс Кетле, 2. Индекс Каупа, 3. Индекс Эрисмана, 4. Жизненный индекс.

Клинико-физиологические методы: пульсометрия, измерение артериального давления; расчет пульсового давления; спирометрия; вычисление среднего АД, которое выражает энергию непрерывного движения крови, по формуле Хикэма; определение состояния резервов сердечно-сосудистой системы с использованием индекса Робинсона (наиболее ценными критериями энергопотенциала); вычислялись: индекс Кердо, индекс функционального состояния (адаптационный потенциал) и коэффициент выносливости.

Методы математико-статистической обработки данных: для математико-статистической обработки полученных результатов исследования использовалось программное обеспечение класса электронных таблиц Microsoft Excel 7.0. Процедура множественного регрессионного анализа, дискриминантного анализа, факторного анализа и канонической корреляции полученных данных получена при использовании прикладных программ SPSS 15,0 for Windows и STATGRAPHICS plus for Windows.

Оценка габаритного варьирования (ГУВ) производилась по длине и массе тела, которые переводятся отдельно в условные

единицы с использованием специальных таблиц. При анализе распределения соматических типов по габаритному уровню варьирования установлено, что одинаковое количество женщин имеют макромезосоматический (МаМеС) и макросоматический (МаС) тип (32–30%). На второй позиции находятся представительницы микромезосоматического (МиМеС) типа (20%). Наименьший процент составляют женщины мезосоматического (МеС) типа (18%).

Проведенный дискриминантный анализ позволил разделить обследуемую группу женщин второго зрелого возраста на четыре непересекающиеся группы по соматотипам по следующим показателям: длина и масса тела, окружность грудной клетки, жизненный индекс, мышечный и жировой компоненты, индекс Каупа, гемодинамика, энергопотенциал, индекс функционального состояния, силовой индекс ($P \leq 0,01$), пульсовое давление ($P \leq 0,05$), уровень физического состояния ($P \leq 0,05$).

При анализе распределения соматических типов по габаритному уровню варьирования среди мужчин установлено, что большинство составляют мужчины МеС типа (40%). На второй позиции находятся представители МиМеС типа (32%). Наименьший процент составляют мужчины МаС типа (28%).

Дискриминантный анализ позволил разделить обследуемую группу мужчин второго зрелого возраста на три непересекающиеся группы по соматотипам. Распределение на выше указанные группы произошло по следующим показателям: длина и масса тела, мышечный и жировой компоненты, жизненного индекса, гемодинамики, уровня физического состояния, коэффициента выносливости ($P \leq 0,01$).

Ранее И.И. Шмальгаузен (1935:8–63) отмечал, что конституция человека и ее морфологическое выражение – соматотип служит определяющим фактором многих физических и психических проявлений жизнедеятельности человека.

В структуре частных конституций выделяют два основных класса: класс морфологических конституций и функциональных. Морфологические конституции представлены хромосомной и телесной, а функциональные – биохимической, физиологической и нейродинамической (Никитюк 1997:203).

У обследованных женщин МаС типа среднее динамическое давление (гемодинамика) увеличено (100 мм рт ст), у мужчин МаС типа этот показатель самый высокий и составляет 123,7 мм рт ст. Наиболее благоприятное периферическое сопротивление сосудов установлено у мужчин МеС типа (96,7 мм рт ст) и женщин МиМеС типа (86,15 мм рт ст).

Значения индекса Робинсона, по которому оценивают аэробные возможности организма и сердечной мышцы, в частности, свидетельствуют, что высоким уровнем обменно-энергетических процессов отличаются женщины и мужчины МиМеС и МеС типа, а самые низкие – у обладателей МаС и МаМеС типов обоих полов.

Увеличение коэффициента выносливости выявлено у 50% женщин МаС типа и у 41% мужчин МаС, а у МиМеС типов отмечены завышенные показатели коэффициента выносливости (47%), это связано с уменьшением пульсового давления, что является показателем детренированности сердечно-сосудистой системы. Адаптационный потенциал сердечно-сосудистой системы оценивали по индексу функционального состояния. Отклонение в сторону снижения уровня физического состояния (напряжение механизмов адаптации) было отмечено у женщин МеС<МаС<МаМеС типа 24%, 35% и 45% соответственно. Основная масса мужчин МаС 84%, МиМеС 70% и МеС типа 63% типа также имели напряжение механизмов адаптации.

По мнению Нефедовой Н.М. (2007:61) в результате уменьшения мощности сердечной мышцы, ударного и минутного объема крови, увеличения периферического сопротивления сосудов и соответственно артериального давления, уплотнения центральных и периферических сосудов снижается транспортная функция аппарата кровообращения. Уменьшается жизненная емкость крови, основной обмен, потребление кислорода, несмотря на избыточность вентиляции. Снижается скорость окислительных процессов в тканях. Все эти процессы ведут с возрастом к снижению физической работоспособности.

Возможности организма адаптироваться к тем или иным условиям в значительной степени определяются реактивностью его вегетативной нервной системы, ее способностью воспринимать, передавать, перерабатывать поступающую информацию,

принимать решение и посылать к исполнительным органам управляющие сигналы (Вейн 2003:752). Баланс симпатической и парасимпатической нервной системы наблюдался у женщин МиМеС<МеС < МаМеС типа 22%–5% соответственно, незначительное превышение тонуса симпатической нервной системы было зафиксировано МаС<МаМеС<МеС<МиМеС типа у 6%–30%, а парасимпатической нервной системы в такой же последовательности МаС<МаМеС<МеС<МиМеС типа в 94%–48%. В группе мужчин МаС доминирует парасимпатическое влияние на функции сердечно-сосудистой системы, далее МиМеС тип (90%) и МеС тип (78%). Представители МиМеС (10%) и МеС (11%) типов отличаются эйтонией и доминантой симпатического регулирования сердечной деятельности.

Перенапряжение механизмов адаптации, и, как следствие этого, дисфункция вегетативной нервной системы составляет базу предболезни многих соматических заболеваний. Вегетативная реактивность – свойство организма определенным образом реагировать на многообразные физиологические и болезнетворные раздражители окружающей среды (Вейн 2003:752, Юрков 2002:26-38). По данным Вальковой Н.Ю. (2007:42) у людей зрелого возраста преобладают явления ваготонии и эйтонии: 63% и 28% соответственно, среди пожилых – явления эйтонии (50%) и симпатотонии (35%). Эйтония у 50% обследованных пожилых объясняется зрелостью вегетативной нервной системы, а симпатотония (35%) – возможно, наличием гипертонической болезни (в ее патогенезе задействована симпатoadреналовая система), атеросклероза сосудов, сахарного диабета и др. заболеваний.

В.В. Бунак (1961:3–6) и П.Н. Башкиров (1962:340) считали, что конституциональные признаки должны иметь одно объединяющее начало и быть связаны между собой не генетической или механической связью, а функциональной.

Множественный регрессионный анализ выявил, что у женщин МаМеС и МаС типа физическое развитие сопряжено с пропорциями, зависит от состояния вегетативной нервной системы, также от энергопотенциала, коэффициента выносливости сердечной деятельности и адаптационного потенциала при $r = 0,3-0,74$ ($P \leq 0,05$).

На формирование адаптационного потенциала у женщин МаМеС типа оказывают масса и длина тела, частота сердечных сокращений и артериальное давление, регрессионный анализ выявил взаимосвязи ($r=0,3-0,84$). Адаптационный потенциал женщин МаС типа зависит от пропорций тела, состояния вегетативной нервной системы и гемодинамики ($r=0,93$).

Физическое развитие женщин МеС типа зависит от соматотипологической принадлежности, гемодинамики, коэффициента выносливости и адаптационного потенциала ($r=0,34-0,68$), а функциональные возможности сопряжены с состоянием вегетативной нервной системы, что оказывает влияние на гемодинамику и аэробные возможности организма представительниц МеС типа ($r=0,35-0,97$).

Уровень функционального состояния женщин МиМеС типа связан с количеством жировой массы, состоянием вегетативной нервной системы и гемодинамикой ($r=0,35-0,97$).

Для мужчин второго зрелого возраста также с помощью многомерного регрессионного анализа были построены модели адаптационного потенциала, который в основном зависит состояния вегетативной нервной системы, гемодинамики и мышечной массы ($r=0,3-0,5$) ($P \leq 0,05$).

Таким образом, анализ полученных данных позволил установить, что типы телосложения среди женщин и мужчин второго зрелого возраста встречались с разной частотой, при этом внутри каждого соматотипа размерные признаки подчиняются нормальному закону статистического распределения; полученные и проанализированные данные регрессионного анализа, свидетельствуют о наличии тесной взаимосвязи морфологических показателей с функциональным состоянием дыхательной и сердечно-сосудистой системы в структуре физического развития у мужчин и женщин второго зрелого возраста с учетом типа телосложения.

Литература и источники:

Башкиров П.Н. (1962) *Учение о физическом развитии человека*, М., Изд. МГУ, 340 с.

Бунак В.В. (1961) Закономерности относительного роста как основного фактора формообразования в позднем (постэмбриональном) онтогенезе. *Арх. анат., гист. и эмбр.* Л Т.40, вып.2. с.3–16.

Валькова Н.Ю. (2007) *Количественная оценка вегетативной регуляции: методология, системное исследование влияния внешних и внутренних факторов*: автореферат дис. ... док. биол. наук. Архангельск, 42 с.

Вейн А.М. (ред.) (2003) *Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение*, М., ООО "Медицинское информационное агентство", 752 с.

Гиршина М.А. (2003) *Средства и методы физкультурно-оздоровительных занятий с людьми старшей возрастной группы*: автореф. дис. ... кан. пед. наук. Москва, 18 с.

Дорохов Р.Н., Губа В.П. (1995) *Морфобиомеханическая оценка юного спортсмена*, Смоленск, ФиС, 100 с.

Нефедова Н.М. (2007) Нетрадиционные подходы к построению оздоровительных занятий физической культурой с женщинами пожилого возраста. *Теория и практика физической культуры*, М., Вып. 4, с. 61

Никитюк Б.А. (ред.) (1997) *Интегративная антропология (спортивно-морфологический и валеологический аспекты)*, Винница-Москва, Изд. ВГМУ, 203 с.

Федорова О.Н., Сайкина Е.Г. (2011) Оздоровительная роль аквааэробики для женщин зрелого возраста. *Культура физическая и здоровье: научно-методический журнал*, Воронеж. №6 (36), с. 51–54.

Юрков А.Ю., Шустова Т.И., Степанова Ю.Е. (2002) Функциональное состояние вегетативной нервной системы у больных с полипами голосовых складок. *Вестник оториноларингологии*, М., Вып. 1, с. 26–38.

Шмальгаузен И.И. (ред.) (1935) *Рост животных*, М.-Л., Наука, с. 8–63.

Summary: The work studies the somatotypological characteristic of 219 of men and women of the second mature age. Morphofunctional somatotype differences of men and women of the second mature age are established and mathematical forecasting models of their physical development with due account for their constitution are defined. Interrelations of morphological indicators with a functional condition of respiratory and cardiovascular systems in structure of physical development in men and women of the second mature age of various somatotype are studied in the article.

Keywords: The second mature age, the constitution, an associativity of morphological and functional indicators for certain somatotype

Панасюк Т.В., Комиссарова Е.Н.а, Сазонова Л.А.

ТИП КОНСТИТУЦИИ КАК ВЕДУЩИЙ ФАКТОР В БИОЛОГИЧЕСКОМ СОЗРЕВАНИИ ЧЕЛОВЕКА

Аннотация: С помощью факторного анализа исследована взаимосвязь соматотипа с показателями роста и созревания у школьников г. Москвы с 7 до 17 лет и Северо-Запада России 8-12 лет. Установлено достоверное влияние соматотипа на темпы роста и созревания девочек, но отмечено, что отдельные параметры соматотипа влияют на рост и развитие гетерохронно.

Ключевые слова: школьницы, конституция, соматотип, факторный анализ, компоненты массы тела, дерматоглифика биологическое созревание

На начальных стадиях развития человека его индивидуальные колебания зависят преимущественно от влияний внешней среды. С возрастом наследственная обусловленность морфологических показателей организма значительно повышается и начинает играть ведущую роль в темпах и характере созревания (Никитюк 1978:231). Интегральный наследственный показатель развития – соматотип. В нем находят структурное закрепление те движущие силы, которые определяют особенности темпов роста и созревания. Одним из системообразующих факторов конституции человека является критерий, который определяется единством наследственной программы роста и развития организма.

Настоящая работа основывается на двух исследованиях.

1. Лонгитудинально на протяжении 10 лет (7–17 лет) обследовано 59 школьников г. Москвы с оценкой соматотипов по методике В.Г.Штефко и А.Д.Островского (1929:79) и В.Шелдона в модификации Хит-Картера (Heath 1967:54). Схема базируется на том, что каждый человек есть продукт неравномерного развития производных 3 зародышевых листков. Вследствие этого соматотип схемы Хит-Картера представляет собой комбинацию из 3 цифр, в баллах выражающих степень развития эндоморфии (F), мезоморфии (M) и эктоморфии (L). Вполне

вероятно, что неравномерность течения этих процессов выявляется не только пре-, но и постнатально.

Методами факторного анализа и канонической корреляции исследована структура взаимосвязи F, M, L с биологической зрелостью и составом массы тела у детей на протяжении всего школьного возраста. В настоящем исследовании при проведении факторного анализа было использовано 8 морфологических признаков. Для анализа возрастной взаимосвязи между эндоморфией (F), мезоморфией (M), эктоморфией (L) по методике Хит-Картер, и интенсивностью биологического созревания, которое оценивалось в зависимости от периода онтогенеза по Филиппинскому тесту (F-test), зубному критерию и половому созреванию девочек, целесообразно использовать три фактора. Эти 3 фактора объединяют от 76% до 90% полной дисперсии выборки. Наибольший интерес представляет первый фактор, так как он объединяет от 30% до 50% морфологических признаков полной дисперсии, поэтому нами проведен анализ факторных нагрузок данного фактора у девочек разного телосложения.

У девочек всех соматотипов в первый фактор вошли показатели эндоморфии, мезоморфии и эктоморфии, кроме этого показатели соматической, половой зрелости и величина жирового компонента массы тела. У девочек астеноидного типа биологическая зрелость в возрасте 7–9 лет связана с мезоморфией и эктоморфией, при этом первый канонический коэффициент корреляции имеет высокие значения $r_c = 0,87$ и $0,66$ соответственно ($P \leq 0,05$). Начиная с 11 лет и до 16-17 лет на биологическое созревание оказывает влияние эндоморфия, это проявляется увеличением жирового компонента массы тела ($r_c = 0,72$). Эпизодически, а именно, параллельно с эндоморфией влияние оказывает в 11–14 лет эктоморфия ($r_c = 0,9$), а в 15-16 лет – мезоморфия ($r_c = 0,9$). У девочек торакального типа в возрасте 7-11 лет биологическая зрелость в основном сопряжена с мезоморфией ($r_c = 0,42$) при $P \leq 0,05$, затем с 12 до 15 лет на развитие девочек оказывает влияние эндоморфия ($r_c = 0,72$), что влечет за собой активное увеличение жирового компонента массы тела. С 14 лет в процесс созревания активно включаются эктоморфия и мезоморфия ($r_c = 0,88$ и $r_c = 0,93$ соответственно) ($P \leq 0,05$). У де-

вочек мышечного типа отмечено синхронное участие в процессах роста и развития эндоморфии, мезоморфии и эктоморфии в период с 7 до 12 лет ($r_c=0,52$; $r_c=0,72$; $r_c=0,42$ соответственно). При этом фиксируется активное развитие жирового компонента массы тела с 9 лет до 14 лет. С 14 до 16–17 лет биологическая зрелость тесно связана с эндоморфией и мезоморфией ($r_c=0,72$ и $r_c=0,88$). Факторная структура процессов роста и развития девочек 7–17 лет дигестивного типа отличается ведущей ролью эндоморфии и эктоморфии ($r_c=0,64 - 0,86$) ($P \leq 0,05$). В этот период девочки отличаются интенсивным ростом жирового компонента и увеличением тотальных размеров тела. Биологическое созревание у девочек этой группы сопряжено с мезоморфией в возрасте 10–12 лет и 15–16–17 лет ($r_c=0,86$).

Таким образом, факторная структура роста и развития школьников отличается тесной взаимосвязью между производными зародышевых листков, степенью биологической зрелости, компонентами массы тела. у представителей мышечного типа во втором детстве производные всех трех зародышевых листков влияют на созревание согласованно. Заметное положительное влияние эндоморфии на рост во втором детстве можно объяснить калоригенной ролью жиросотложения при слабой гормональной регуляции морфогенеза в этом возрасте, некогда отмеченной еще Е.Н.Хрисанфовой (1980:193). Становится понятным природа гетерохронного развития детей различного телосложения.

2. Были проведены соматометрия, соматотипирование по Р.Н.Дорохову (1985:30), функциональная диагностика, оценка нейродинамики у 640 здоровых учениц общеобразовательных школ 8–12 лет, проживающих в Северо-Западном регионе России.

У школьников компьютерное соматотипирование проводили по схеме Р.Н. Дорохова (1985:30), которая разработана для оценки растущего организма. По мнению Б.А. Никитюка (1998:303), Т.И. Легоньковой (1993:20), она имеет существенные преимущества перед субъективными схемами конституциональной диагностики и наиболее удобна для использования в практической медицине при оценке морфологических особенностей детей. Оценка габаритного уровня варьирования девочек (ГУВ) производилась по длине и массе тела, которые переводятся раздельно в условные единицы, используя специаль-

ные таблицы. Выделяют пять основных и два переходных соматических типа, из которых в настоящей работе были представлены 3 основных – микросомный (МиС), мезосомный (МеС), макросомный (МаС) и переходные: микромеzosомный (МиМеС) и мезомакросомный (МеМаС). В возрасте 8 лет, 11 лет и 12 лет наибольшую долю составляют девочки МеС типа (46%, 33,6%, 30%), в 9 лет – дети переходного МиМеС типа (37%), в 10 лет – дети переходного МиМеС типа, и МаС типа (22,8%), МеС (20%) и МиС типа (30,7%).

Для оценки варианта развития каждого обследуемого ребенка, использовалась формула индикатора зрелости или «индикатор варианта развития» (ИВР). Для каждой возрастной группы характерны определенные величины коэффициента гетерохронности и индекса «гармоничности морфологического развития» (ИГМР). Они характеризуют определенную направленность развития – пикноидную или астеноидную. Также проводился качественный анализ кожных узоров дистальных фаланг пальцев рук с вычислением частоты встречаемости (%) и определением дельтового индекса (DL_{10}). Определялась гребневая ширина пальцевых дерматоглифических узоров.

Для оценки полового развития девочек использовали стандартные таблицы полового созревания.

Клинико-физиологические методы: пульсометрия, измерение артериального давления; высчитывание: пульсового давления, минутного объема крови сердца по методу Лилюенстранда и Цандера, среднего АД по формуле Хикэма и сердечного индекса.

Математико-статистические методы: использовалось программное обеспечение класса электронных таблиц Microsoft Excel 7.0. Процедура факторного анализа и канонической корреляции данных проводилась при использовании прикладных программ STATGRAPHICS plus for Windows.

Полученные данные на основе ИГМР свидетельствуют о гетерохронности развития обследованных детей. Девочки МаС типа отличаются высокой долей детей, имеющих пикноидный тип пропорций в 11–12 лет. У девочек МиС типа отмечены волнообразные изменения между пикноидными и нормостеноидными пропорциями к 12-ти годам преобладают нормостеноидные пропорции. У детей МаМеС-, МеС- и МиМеС типа уста-

новлено, что количество девочек имеющих астеноидные пропорции возрастает от 14% в 8 лет к 54% в 12 лет.

Анализ показателей половой формулы в период 10–12 лет показал, что девочки МаС типа отличаются высокими темпами развития компонентов половой формулы, а наименьшими показателями полового созревания отличаются дети МиС типа ($P<0,05$). В ходе исследования установлено, что у девочек различных соматотипов 10–12 лет темпы роста молочной железы выше, чем подмышечное оволосение и степень развития волос на лобке. Э.К. Айламазян (2004:82-83) отмечает, что для полового созревания характерна определенная последовательность появления вторичных половых признаков. Первыми начинают развиваться молочные железы, затем появляется лобковое и подмышечное оволосение. У детей МаМеС- и МиС типа оволосение лобка и подмышечных впадин в 10–12 лет близки друг к другу. Представительницы МеС- и МиМеС типа в 12 лет имеют большее развитие волос на лобке ($P<0,05$), что укладывается в средневозрастные рамки. Такие различия пубертатной перестройки организма в зависимости от соматотипа объясняются неодинаковой эндокринной ситуацией в организме.

В период второго детства у девочек начинают формироваться признаки полового диморфизма. Поэтому, в первую очередь, необходимо выявить взаимосвязи между морфологическими признаками телосложения и интенсивностью ростовых процессов у девочек 8–12 лет. Для этого был проведен факторный анализ. Наибольший интерес представляет первый фактор, так как он объединяет от 30% до 50% морфологических признаков полной дисперсии.

Факторные нагрузки показывают, что в возрасте 8 лет у представительниц всех соматотипов первый фактор объединил пропорции тела, суммарную толщину кожно-жировых складок и жировую массу. В 9 лет, в первую очередь, связаны мышечный и жировой компоненты с толщиной кожно-жировых складок. У девочек десятилетнего возраста только в МаС типе проявляется связь длины и массы тела с начальными показателями половой формулы. Второй фактор свидетельствует, что именно толщина кожно-жировых складок, а соответственно количество жировой массы оказывают влияние на начало полового созре-

вания девочек в 10 лет. В 11 лет первый фактор составляют факторные нагрузки, которые показывают преобладание в этом возрасте весо-ростовых показателей, жировой и мышечной массы у девочек МаС, МаМеС и МеС типа.

Таким образом, основными показателями процессов роста и развития двух последних лет второго детства (10 лет, 11 лет) девочек являются длина, масса тела, количество жирового, мышечного компонентов, которые оказывают влияния на начало полового созревания. В первый год пубертатного периода (12 лет) у школьниц МиМеС и МиС типа первый фактор свидетельствует о связи толщины кожно-жировых складок, жирового компонента с показателями половой формулы, а второй – объединяет пропорции тела, костный, мышечный компонент и окружностями плеча и бедра (27%). По мнению А.В. Мазурина и И.М.Воронцова (2000:928) жировая ткань оказалась очень значимой для метаболизации и активации женских половых гормонов, включая их участие в процессах пубертатного развития девочек-подростков. У девочек преобладает накопление жира в подкожной клетчатке несколько больше в нижних сегментах тела, особенно в области бедер.

Факторный анализ применен для определения структуры взаимосвязи между морфологическими признаками и показателями гемо- и нейродинамики у девочек различных соматотипов. Определены четыре фактора, которые объединяют от 64% до 85,5% полной дисперсии выборки в период 8–12 лет. Первый фактор объединяет 25–40% полной дисперсии, остальные факторы – менее 20%.

У девочек МаС типа в 8 лет первый фактор свидетельствует о связи мышечной массы с показателями гемодинамики, в 9 лет фактор объединяет гемо- и нейродинамику, первый канонический коэффициент равен $r_c = 0,99; 0,99; (P < 0,05)$; в 10 лет – принадлежность к соматотипу, определенные пропорции и степень развития половой формулы ($r_c = 0,68, P < 0,05$). В период 11–12 лет первый фактор наполняют показатели соматотипа, половой зрелости и гемодинамики ($r_c = 0,98, P < 0,05$).

У представительниц переходного МаМеС типа в 8–9 лет во втором и третьем факторе наблюдается связь между морфологическими переменными. В 10 лет отмечена взаимосвязь между

пропорциями тела и гемодинамикой, а только в четвертом факторе – между соматотипом и половой формулой. В 11 лет первый фактор содержит переменные гемодинамики, а во втором обнаруживаются отношения между жировой массой и степенью развития вторичных половых признаков. В 12 лет первый фактор имеет самую большую долю общей дисперсии 40,7% и показывает взаимосвязи между особенностями телосложения девочек и скоростью полового созревания ($r_c = 0,71$ $P < 0,05$).

У школьниц MeC типа на всем протяжении второго детства (8–11 лет) первый фактор содержит переменные гемо- и нейродинамики ($r_c = 0,49-0,81$, $P < 0,05$). Признаки интенсивности роста, развития и особенностей телосложения располагаются со второго по четвертый фактор. В 11 лет третий фактор показывает взаимосвязь между соматотипом, пропорциями тела, жировой массой и степенью развития половой формулы ($r_c = 0,54$, $P < 0,05$). В 12 лет первый фактор свидетельствует о тесной связи половой формулы с пропорциями тела и мышечной массой ($r_c = 0,73$, $P < 0,05$).

В 8 лет у девочек МиС типа первым фактором характеризует отношения между особенностями телосложения и вариантом развития ($r_c = 0,85$, $P < 0,05$), в 9 лет – между соматотипом, интенсивностью роста с показателями гемодинамики ($r_c = 0,92$, $P < 0,05$). В 10-12 лет первый фактор свидетельствует о совершенствовании показателей гемо- и нейродинамики, втором – о взаимосвязи жировой массы с соматотипом и половой формулой ($r_c = 0,955$, $P < 0,05$).

У девочек МиMeC типа в 8 лет первый фактор характеризует связи между пропорциями тела и гемодинамикой, в 9–12 лет первый и второй факторы содержат переменные гемо- и нейродинамики. Только в третьем факторе наблюдаются связи между степенью развития вторичных половых признаков и количеством жировой и мышечной массой ($r_c = 0,48$).

Таким образом, многомерный метод статистического анализа структуры и силы связи морфологических признаков и показателей гемо- и нейродинамики у девочек 8–12 лет различных соматотипов установил гетерохронность становления биологической зрелости. У большинства детей в возрасте 8–10 лет обнаружены связи между функциональными показателями. Со-

зревание морфологических структур отодвигается на второй план. Активное развитие жировой, мышечной ткани, половой зрелости и изменения пропорций тела приходится на возраст 11 лет и 12 лет, то есть на окончание второго детства и начало пубертатного периода.

С помощью канонической корреляции у девочек 12 лет выявлена тесная взаимосвязь ($r_c = 0,7$, $P < 0,05$) между развитием молочных желез, степенью оволосения лобка, подмышечных впадин и показателями конституции: ИГМР, соматотип и дерматоглификой – DL_{10} . Наиболее значимым фактором, оказывающим влияние на рельеф гребешковой кожи, по мнению многих авторов, является половой фактор (Гладкова 1982:116-120; Гусева 1986:123). Складывается впечатление о том, что качественные характеристики кожных пальцевых узоров связаны с темпами полового созревания.

Е.Н. Филиппова (2004:24) установила, что наиболее объективным дерматоглифическим параметром следует считать гребневую ширину, имеющую четкий, статистически высоко значимый половой диморфизм для всех без исключения типов пальцевых узоров. Нами в ходе исследования с помощью канонической корреляции у девочек 12 лет обнаружена средняя сопряженность ($r_c = 0,606$, $P < 0,05$) соматотипа, компонентов массы тела, половой формулой, DL_{10} и гребневой шириной пальцевых узоров ($n=10$). Наибольший вклад в данную взаимосвязь вносят слагаемые половой формулы ($r_c = 0,7$), показатели ИГМР ($r_c = 0,58$), DL_{10} ($r_c = 0,64$), а также показатели гребневой ширины I, IV, V пальцев правой и левой кисти ($r_c = 0,3-0,51$) и II, III ($r_c = 0,34$) пальцы правой кисти.

Таким образом, многомерный метод статистического анализа структуры и силы связи морфологических признаков и функциональных показателей у девочек 8–12 лет различных соматотипов установил гетерохронность становление биологической зрелости. У большинства детей в возрасте 8–10 лет обнаружены связи между функциональными показателями. У девочек МаС типа в 8–9 лет активно формируются пропорции и компоненты массы тела; в 10–12 лет пропорции тела и жировая масса тесно связаны с половым развитием. У школьниц МаМеС и МеС типа в 8 лет и 11 лет отмечено развитие весо-ростовых

соотношений, в 9–10 лет и 12 лет отмечена связь между жировой, мышечной массой и значениями половой формулы. У девочек МиМеС и МиС типа в 8–11 лет формирование пропорций тела сопряжено с активным ростом мышечного и жирового компонентов, в 12 лет высокая корреляционная связь между жировой массой и половой зрелостью.

На основе канонической корреляции выявлены тесные корреляционные связи между качественными и количественными характеристиками кожных пальцевых узоров с темпами полового созревания девочек 12 лет. Т.е. при ведущей роли соматотипа, характер влияния морфологии на созревание более сложен.

Литература и источники:

Айламазян Э.К. (2004) *Гинекология от пубертата до постменопаузы*, Практик. руковод. для врачей, М., с.80–83.

Гладкова Т.Д. (1982) *Изменчивость признаков дерматоглифики у мужчин и женщин*, М., Наука, с. 116–120.

Гусева И.С. (1986) *Морфогенез и генетика гребешковой кожи человека*, Минск, "Беларусь", с. 123.

Дорохов Р.Н. (1985) *Соматические типы и варианты развития детей и подростков* : автореф. дис. ... док. мед. наук. Москва, 30 с.

Легонькова Т.И. (1993) *Сомато- и кардиометрическая характеристика детей 3-6 лет* : автореф. дис... канд. мед. наук. СПб, 20с.

Мазурин А.В., Воронцов И.М. (2000) *Пропедевтика детских болезней*, СПб., Фолиант, 928 с.

Никитюк, Б.А. (1978) *Факторы роста и морфофункционального созревания организма*, М., Наука, 231 с.

Никитюк Б.А., Мороз В.М., Никитюк Д.Б. (1998) Теория и практика интегративной антропологии, Киев-Винница, изд-во «Здоровья», 303с.

Филиппова Е.Н. (2004) *Морфометрический анализ анатомической изменчивости пальцевых дерматоглифических узоров кисти человека*, автореф. дис... канд. биол. наук. СПб, 24с.

Хрисанфова Е.Н. (1980) *Телосложение и темпы онтогенеза. Проблемы биологии человека*, Киев, с.193-195.

Штефко В.Г. (1929) *Схема клинической диагностики конституциональных типов*, Л., Биомедгиз, 79.с.

Heath, В.Н. (1967) A modified somatotype method. *J. Phys.Anthrop*, V.27, pp.57-74.

Sheldon, W.H. (1940) *The varieties of human physique. An introduction to constitutional psychology*, N.Y., 347 p.

Summary: With the help of factor analysis we investigated the relationship of somatotype with the growth and maturation of the girls from Moscow from 7 to 17 years and North-West of Russia for the age of 8-12 years. We found a significant influence of somatotype on growth and maturation of girls, yet, it is noted that individual somatotype parameters affect the growth and development in a heterochronic way.

Keywords: schoolgirls, constitution, somatotype, factorial analysis, components of body weight, dermatoglyphic biological maturing

Порадовская Т.П., Машкина Е.С., Аниськина А.П.

ПАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ПРИМЕР СРЕДОВЫХ БОЛЕЗНЕЙ В МЕДИЦИНСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ

Аннотация: Проанализированы причины резкого ухудшения эпидемиологической обстановки в мире и в России в отношении опасных природно-очаговых болезней, активации очагов редких инфекций, появления более патогенных форм возбудителей. Установлено, что главными факторами в расширении нозареалов природно-очаговых болезней являются: антропогенное воздействие человека на окружающую среду, изменение экологических факторов и быстрая адаптация возбудителей заболеваний и их переносчиков к новым условиям.

Ключевые слова: средовые болезни, антропический фактор, паразитарные болезни, эпидемии, эпизоотии, нозареал, малярия, клещевые энцефалиты, боррелиоз, туляремия бешенство, геморрагические лихорадки

Одна из приоритетных областей медицинской антропологии – исследование проблем здоровья в различных человеческих сообществах, взаимодействия биологических, экологических, экономических и социальных факторов, а также поведения, этнических особенностей, влияющих на здоровье, болезнь отдельного человека и на общество в целом. Наиболее актуаль-

ным является анализ причин роста и распространения по планете паразитарных болезней человека.

Большинство паразитарных болезней человека характеризуется эндемичностью, ограниченностью распространения, зависящей от их биологических особенностей или от природной очаговости, многие распространены повсеместно.

Несмотря на постоянно совершенствующиеся меры по диагностике, лечению и профилактике паразитарных болезней во всех странах мира отмечается их рост и распространение. Основная причина – человеческий фактор, антропогенное воздействие на среду обитания человека и на природу в целом. Увеличение общей численности людей, перенаселенность отдельных районов, широкое расселение человечества по планете, миграционные потоки, быстрое перемещение людей, благодаря современным видам транспорта, туризм, глобализация, интенсивный товарооборот, создают идеальные условия для контакта человека с разными возбудителями инфекций и инвазий. Градостроительство, сооружение плотин, гидроэлектростанций, ирригационные мероприятия, создание искусственных водоемов, прокладывание шоссейных дорог и железнодорожных путей приводят к контакту с новыми зоонозными системами, к разрушению прежних сложившихся биоценозов, образованию новых природных очагов паразитарных болезней, их приближению к месту проживания человека.

Например, во время строительства первой очереди БАМа были вскрыты природные очаги энцефалита, туляремии, боррелиоза. Иксодовые клещи – переносчики возбудителей, и дикие грызуны – природные резервуары этих инфекций, быстро мигрировали из разрушенных очагов и распространились на огромных территориях, вплотную приблизившись к городам и крупным поселениям. Урбанизация, изменение климата, глобальное потепление (на 0,7 С), антисанитарные условия проживания людей, асоциальное поведение (наркомания, алкоголизм), обнищание, потеря постоянного места жительства, увеличение численности синантропных животных, особенно крыс, мышей, уличных собак и кошек, – причины распространения ранее редких инфекций и инвазий (бешенства, дирофиляриоза, Москве и

Московской области, чумы, холеры, конго-крымской геморрагической лихорадки в Казахстане).

Социальная среда, отдельные виды профессий и занятий: охота, рыболовство, работа в шахтах, на рисовых и чайных плантациях, в леспромхозах, отгонное скотоводство способствуют адаптации паразитов к новым хозяевам, переходу условно-патогенных возбудителей в патогенные формы. Немалую роль в распространении паразитарных болезней играют этнические традиции питания: приготовления, консервации и употребления мяса различных животных и рыбы.

В 2014 году тема Всемирного дня здоровья ВОЗ – «Трансмиссивные болезни» – отразила приоритетную область мирового здравоохранения, указав на роль антропогенного фактора в расширении нозареалов этих опасных средовых болезней. Большое внимание было уделено экологии и эпидемиологии быстро распространяющимся и охватывающим новые регионы, инфекциям и инвазиям: малярии, чуме, бешенству, клещевому энцефалиту, боррелиозу, туляремии, сыпному тифу, геморрагическим лихорадкам.

По данным ВОЗ в настоящее время самой смертоносной и опасной для человеческих сообществ во всем мире болезнью, признана малярия, специфическим переносчиком которой является самка комара рода *Anopheles*. Более 2-х млрд. человек живут в условиях риска заражения малярией, ежегодно заболевают 110 млн. человек, из них - 90%- жители Африки, каждый год умирает 1–2 млн. человек от тяжелой формы – тропической малярии, преимущественно дети от 1 до 5 лет. Рост числа заболевших, и расширение ареала болезни связаны с изменением климата – глобальным потеплением, увеличением количества осадков и площади заболоченных территорий, с хозяйственной деятельностью человека: устройством зеленых тенистых дворики, искусственных водоемов, подвалов – мест размножения переносчика. Численность и плотность комара анофелеса за последние годы возросли в 10–11 раз. В 60-х годах прошлого столетия в России были проведены мероприятия по ликвидации малярии во всех союзных республиках. В конце XX, начале XXI в. возникли новые очаги и эпидемии малярии в Закавказье, Азербайджане, Молдавии, в Таджикистане (в Таджикистане –

наиболее опасной формы – тропической). Это связано с войной в сопредельном Афганистане, ухудшением социально-экономического состояния жителей и эпидемиологической обстановки.

В России ежегодно регистрируется более 11тыс. случаев заболевания малярией, из них 820–850 – тропической формы; на долю городских жителей приходится 85%. Почти все случаи носят «завозной» характер. Исключением являются случаи «шприцевой» малярии среди наркоманов. Наиболее частые источники малярийной инвазии для жителей СНГ: нелегальные мигранты, иностранные граждане, у которых малярия протекает в легкой или латентной формах, возвращающиеся из стран Африки, Южной Америки, Юго-Восточной Азии, в том числе туристы. Зараженные малярийные комары, укрывающиеся в перевозимых контейнерах, – источники «багажной» малярии у работников аэродромов и окрестных жителей. В Москве обитают несколько видов комара анофелеса, размножающихся в подвалах, тоннелях метро, водоемах, заболоченных зарослях кустарника. По данным Роспотребнадзора 2014 г. из 722 водоемов Москвы 461 заражены личинками малярийного комара.

Освоение человеком новых обширных территорий Сибири, Америки, Средней и Центральной Азии, изменение экологической обстановки ведут к быстрой адаптации переносчиков и резервуаров к новым условиям, к расширению круга основных хозяев паразита, вовлечению в него человека, к формированию антропоургических очагов болезни. Среда в урбаноценозах: городские парки и лесопарки, пригородные зоны массового отдыха, скверы, теплые непроточные водоемы, повышенная плотность людей, мусорные свалки, – создают благоприятные условия для большой группы переносчиков и циркуляции возбудителей.

Ку-лихорадка – острое инфекционное заболевание, вызываемое риккетсиями, осложняющееся плевритом, пиелонефритом, эндокардитом, панкреатитом, менингоэнцефалитом. Характеризуется двумя очагами: природным и антропоургическим. Резервуары возбудителя в природных очагах – дикие копытные, мелкие млекопитающие и птицы, в антропоургических – крупный и мелкий рогатый скот, лошади, свиньи, собаки, домашняя птица. Заражение происходит алиментарным, воздушно-капельным, контактным и трансмиссивным способами. Пере-

носчики – разные виды клещей: иксодовые, аргазовые, гамазовые, краснотелковые. У клещей трансфазная и трансвариальная передачи риккетсий, поэтому они – переносчики и резервуары возбудителя. Впервые Ку-лихорадка была зарегистрирована в Австралии в 1937 году. К настоящему времени нозареал Ку-лихорадки распространился на страны Африки, Европы, Америки. На территории СНГ очаги заболевания возникли в Воронежской, Волгоградской областях, Средней и Западной Сибири. Формируются в основном городские типы очагов, связанные, с контактами с больными животными, с производимыми ими продуктами (шерстью, пухом), с заболевшими людьми.

Лихорадка Денге – острая вирусная инфекция, с трансмиссивным способом заражения при укусе комара *Aedes aegypti*. Заболевание характеризуется поражением суставов, внутренними кровотечениями, нередко летальным исходом. Вакцин и специального лечения не существует. Имеет два вида очагов: природный «денге джунглей», резервуар в котором – обезьяны, и антропоургический – «денге городов», источник заражения в котором – заболевший человек. Болезнь распространена в странах тропического и субтропического климата. По данным ВОЗ риску заболеть лихорадкой денге подвержена половина населения всего земного шара, ежегодно в мире заболевает 50 млн. человек, 12,5 млн. заболевших умирают. Переносчик – комар *Aedes aegypti* – быстро адаптировался к новым условиям, освоив место обитания и размножения – склады старых автомобильных покрышек на городских свалках, нового хозяина – человека. Все случаи лихорадки денге в России носят «завозной» характер. С января по февраль 2015 года в Москве зарегистрированы 16 случаев денге, у лиц, отдохавших в Таиланде и Вьетнаме. Ожидается вспышка заболевания на курортах Краснодарского края.

Лихорадка Западного Нила – острое вирусное природно-очаговое заболевание, сопровождающееся лихорадочной интоксикацией и менингоэнцефалитом. Переносчики: комары родов: *Culex*, *Anopheles*, *Aedes*, иксодовые, аргазовые клещи, резервуары: грызуны, перелетные водоплавающие птицы, летучие мыши, лошади, кошки, собаки. Очаги болезни впервые обнаружены в Центральной Африке (Уганде) в 1937 году. Все случаи

заболевания заканчивались выздоровлением и приобретением стойкого иммунитета. С середины XX века масштабные перемещения людей (10 млрд. человек в год), ирригационные работы, интенсивный товарооборот между странами привели к росту численности и распространению переносчиков, возникновению очагов болезни во многих странах Азии, Африки, Америки и Европы. В новых очагах мутировавший вирус резко повысил патогенность, заболевание стало протекать в тяжелой форме, часто с летальным исходом.

Человеческий фактор – главная причина ухудшения эпидемиологической ситуации по бешенству – природно-очаговому заболеванию, вызываемому нейротропным вирусом *Lyssavirus*. Заболевание сопровождается поражением спинного и головного мозга, водобоязнью, агрессивностью и летальным исходом. Заражение происходит при укусе или попадании слюны больных животных на кожу и слизистые оболочки человека. По данным Международной консорции медиков Глобального альянса 2015 года в мире ежегодно погибает от бешенства до 59 тысяч человек, до сих пор оно остается практически неисчезающим заболеванием, несмотря на проводимые лечебные и профилактические мероприятия, огромные материальные затраты по лечению и вакцинации людей и животных.

Постоянно возникают новые очаги бешенства, вирус быстро адаптируется к новым видам животных – резервуарам; очаги перемещаются к местам проживания людей. Бездзорные животные: собаки, кошки – концентрируются в местах доступного корма, около свалок, скотомогильников. Это же привлекает и диких плотоядных (лисиц, енотовидных собак, енотов, волков), нападающих и на животных, и на людей. Ежегодно фиксируется 500 тыс. обращений людей с укусами домашних и диких животных. Ситуация по эпидемическому состоянию бешенства настолько осложнилась, что в 2014 г. и в начале 2015 г. был объявлен карантин по бешенству во многих районах Москвы, в поселениях Новой Москвы и в Подмосковье.

С антропогенным влиянием на окружающую среду связано быстрое расширение нозареалов природно-очаговых трансмиссивных болезней, передаваемых иксодовыми клещами: клещевого энцефалита, боррелиоза, туляремии. Повышенный риск

заражения этими болезнями прежде был у строителей автомобильных и железнодорожных трасс, линий электропередач, геологов, топографов, работников леспромхозов, охотников и туристов. В настоящее время 80% заболевших приходится на городских жителей, заразившихся на садовых участках, дачах, в парках, в пригородных лиственных лесах.

Клещевой вирусный энцефалит тяжелое заболевание с поражением нервной системы, нарушением психики, частым летальным исходом или последующей инвалидностью. Ежегодно регистрируется 10 тыс. заболевших КЭ, наибольшее количество случаев – в России. По данным Роспотребнадзора за 2014 год заболеваемость в СНГ возросла на 40%. Переносчик вируса в России – таежный клещ (*Ixodes persulcatus*). Освоение человеком ранее незаселенных территорий, разрушение биоценозов привело к миграции и распространению клещей, их адаптации к новым хозяевам-прокормителям, возникновению антропоургических очагов, резервуарами в которых стали домашние животные: овцы, козы, коровы, поросята, утки, собаки, кошки. Появился алиментарный способ заражения с некипяченым козьим и коровьим молоком. Активация очагов связана с изменением климата: повышением влажности и температуры, с сокращением периода диапаузы клещей. В Московской области в 2014–2015 годах выход клещей из диапаузы прошел на месяц раньше, нападения клещей на людей и домашних животных возросли в несколько раз (более 30 тыс. обращений). В клещах Подмосковья вирус КЭ на сегодняшний день не выявлен, но существует реальная опасность его заноса с перелетными птицами.

Нозареал природно-очагового заболевания клещевого боррелиоза – болезни Лайма, вызываемого бактериями – спирохетами рода *Borrelia*, практически совпадает с ареалом распространения КЭ, так как у них общие переносчики и резервуарные хозяева. Это является причиной «микст-инфекции» – одновременного заражения КБ и КЭ. Боррелиоз – рецидивирующее, тяжелое заболевание с поражением кожи, суставов, нервной системы, сердца, требует длительного дорогостоящего лечения, часто заканчивается летальным исходом или инвалидностью. Изменение экологических факторов: повышение температуры и

влажности, увеличение численности и времени активности иксодовых клещей вызвали большое распространение боррелиоза.

Самый крупный и активный очаг боррелиоза – в Московской области, охватил 29 регионов; число заболевших в 2012 году увеличилось на 13% по сравнению с предыдущим годом, и продолжает возрастать. Это связано с интенсивным передвижением людей в Подмоскowie в весеннее-летнее время и с прилетом птиц, отряда воробьиных – резервуаров возбудителя.

Из изложенного выше отчетливо видна роль человеческого фактора в распространении нозареалов опасных трансмиссивных болезней. Для улучшения эпидемиологической обстановки требуется взаимодействие всех служб: административных, социальных, медицинских, санитарных, ветеринарных, экологического мониторинга, и контроля, санитарно-просветительной работы, которые позволят изменить действие антропогенного фактора в сторону снижения риска заражения этими опасными болезнями.

Литература и источники:

Андаев Е.Н. (2009) *Научно-организационные основы эпидемиологического надзора за природно-очаговыми и особо опасными вирусными инфекциями в Восточной Сибири*. Автореферат дисс. докт. мед. наук, Иркутск, 73 с.

Андаев Е.Н., Трухина А.Т.(2006) Эпидемиология очаговых форм клещевого энцефалита с летальным исходом в Читинской области. *Медицинская вирусология. Труды института полимиелита и вирусных энцефалитов им М.И. Чумакова*, М., Т. XXIII, с. 75–77.

Вазанова Ж.И. (2002) *Инфекционные и паразитарные болезни*, Здоровье, Киев, Т1, 2, 904 с.

Голубева М.В. (ред.) (2014) *Инфекционные болезни*, М., Медицина, 784 с.

Григорьев А.И. (2013) *Экология человека*, ГЭОТАР- Медиа Издательская группа, 240 с.

Карантин по бешенству в поселениях «новой Москвы» (2015) www.newsmsk.com/article/25mar2015 (дата обращения - 25.03.2015).

Ковалев С.Ю., Кокарев С.В. (2010) «Антропогенный фактор как основная причина распространения вируса клещевого энцефалита». *Материалы международной конференции «Развитие научных исследований и надзор за инфекционными заболеваниями»*, СПб, С 29–30, М., «Паразитология», Т. 33, Вып.4, с. 273–289.

Ковалев С.Ю., Мукачева Т.А. (2014) К вопросу об эволюции вируса клещевого энцефалита. *Матер. IV съезда врачей медико-профилактического профиля Вооруж. Сил*, Р.Ф. С. П. Военно-медицинская академия им. Кирова, СПб 214 с., с. 175–176.

Ковалев С.Ю., Мукачева Т.А. (2014) Происхождение субтипов ВКЭ как результат адаптации к новому виду переносчика. *Национальные приоритеты России*, Омск, № 3(13) с. 107–110.

Мукачева Т.А. Ковалев С.Ю. (2014) Зависимость генетического разнообразия боррелий от вида клеща-переносчика: *Матер. IV съезда военных врачей медико-профилактического профиля Вооруж. Сил РФ*, С.П. СПб 214, с. 302–303.

Петров В.А., Краснова Е.М., Львов Д.К. (2001) Клиника и эпидемиология лихорадки Западного Нила в Волгоградской области». *Вопросы вирусологии*, М., Т.45, № 4, с. 22–26.

Погодина В.В., Карань Л.С., Колесников Н.М. (2007) Эволюция клещевого энцефалита и проблема эволюции возбудителя». *Вопросы вирусологии*, М., № 5, с. 16–20.

Рудакова С.А., Коломиец А.Н. (2007) *Пространственная и временная структура природных очагов опасных инфекций*. www.encephalitis.ru/index.php?newsid=2633 (дата обращения - 25.03.2015)

Сазонов В.А. (2011) *Информационные технологии в эпидемиологическом надзоре за природно-очаговыми инфекциями*. Саратов. Дисс. канд. мед. наук www.dslib.net/epidemiologia/in (дата обращения - 25.03.2015)

Ушаков А.В. (2006) Сочетанные природные очаги инфекций и инвазий Западной Сибири. *Успехи современного естествознания*, М., № 3, с. 73–74.

Цачев И.Ц., Димов И.Д. (2011) Болезнь Лайма. Казань, Вет. Фарма. №3–4, с. 84–87.

Юшук Н.Д., Мартынов Ю.Ц. (2014) Эпидемиология инфекционных болезней, М., Учебное пособие ГЭОТАР-Медиа, 379 с.

Summary: There have been analyzed the reasons of quick deterioration of the epidemiological situation in the world and in Russia in relation to the threat of natural focal diseases, the activation of foci are rare infections, emergence of more pathogenic forms of pathogens. It has been established that the main factors in the expansion of notariales of natural focal diseases are human impact on the environment, changing environmental factors and rapid adaptation of pathogens and their vectors to the new conditions.

Key words: environmental diseases, anthropogenic factor, parasitic diseases, epidemics, epizootics, notarial, malaria, tick-borne encephalitis, borreliosis, tularemia rabies, hemorrhagic fever

Татаренко-Козмина Т.Ю., Давыдова А.И., Маринина И.А.

СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ КАК ОСНОВНАЯ ПЕРСПЕКТИКА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ И РЕКОНСТРУКТИВНОЙ АНТРОПОЛОГИИ XI ВЕКА

Аннотация: В статье рассмотрен феномен стволовой клетки. Показана роль исследования стволовых клеток, история открытия, описанные различные типы потенции стволовых клеток, позволяющих использовать их в клеточной терапии заболеваний человека. Отмечены источники универсальных стволовых клеток, дающих начало всем остальным клеткам организма, и их ниши. Показана способность клеток к самообновлению и дифференцировке во все типы клеток и тканей организма. Учеными установлено, что стволовые клетки, обладая широким дифференцировочным потенциалом, позволяют их использовать в регенеративной и реконструктивной медицинской антропологии.

Ключевые слова: стволовые клетки, гемопоэтические клетки, мезенхимальные стволовые клетки, нейрональные стволовые клетки, эмбриональные стволовые клетки, факторы роста, нейроспецифический ядерный белок, прогениторные клетки, тотипотентность, плюрипотентность, полипотентность, унипотентность

Фундаментальные достижения в области клеточной и молекулярной биологии, генетики, научно-практические знания в области медицинской антропологии демонстрируют доступ к биологической, этнической и социальной информации человека. Макромолекулярные, клеточные, генетические механизмы жизнеобеспечения составляют основу биологической истории человека, раскрывают возможности персонифицированного лечения, сохранения и приумножения здоровья человека, оптимизации его использования в различных жизненных ситуациях.

Поэтому одной из главных задач медицинской антропологии является интеграция знаний о человеке, его организменных и личностных особенностях, под влиянием социальных и экономических факторов, сохранение здоровья и жизненной активности современного человека, продление активного долголетия и качества жизни.

В связи с этим наиболее актуальное значение приобретает внедрение принципов регенеративной медицины с целью восстановления поврежденных тканей и органов, вследствие врожденных пороков развития, травм, злокачественных новообразований, эндокринопатий, инфекционных и общесоматических заболеваний – состояние, при которых наблюдается снижение продуктивного регенерационного потенциала организма. Поэтому достижения в области клеточных технологий все чаще используются в практической деятельности врачей разных специальностей при необходимости построения большого объема полноценной в структурном и функциональном отношении тканей с использованием стволовых клеток. При этом регенеративная медицина несет в себе потенциал в решении проблем донорских органов и тканей для трансплантологии. Однако, она сталкивается со сложной задачей в восстановлении дефектов. Каждый из подходов имеет свои ограничения, включая геморрагии, повреждение нервов, косметический дефект, болевой синдром, инфекции, потерю функций и проблемы с не приживаемостью донорских органов.

Несмотря на огромный прорыв в изучении стволовых клеток, сделанный в XX начале XXI в., сегодня, как и в XIX в., стволовые клетки продолжают быть предметом споров и дискуссий во многих вопросах биологии и медицины, притом, что лечение стволовыми клетками уже твердо вошло в практическое здравоохранение.

Открытие гемопоэтической стволовой клетки сделало использование термина «стволовая клетка» прототипом всех стволовых клеток, а именно клеток, способных к почти неограниченной пролиферации и способных давать специализированные клетки-потомки. В связи с обнаружением стволовых клеток появилась возможность изучать механизмы эмбрионального развития, клеточной дифференцировки, сохранения целостности органов.

В связи с широким интересом, связанным с изучением и практическим применением стволовых клеток, немаловажным является рассмотрение феномена стволовых клеток.

Впервые термин «стволовая клетка» упомянут в работе Эрнста Геккеля «Stammzelle» (Геккель 1868:72). Он использовал термин «стволовая клетка» для описания общего предка одноклеточных организмов и обозначения одноклеточного предшественника всех многоклеточных организмов и оплодотворенного яйца, которое дает начало всем клеткам организма. Теодор Бовери (Бовери 1892:25) пересмотрел определение термина «стволовая клетка», предположив идентичность стволовой клетки оплодотворенной яйцеклетке, а все клетки зародышевой линии между оплодотворенной яйцеклеткой и коммитированными половыми клетками, были названы стволовыми. В то же время исследователи в области развития регенерации гемопозитической системы сделали предположение о существовании общего гемопозитического предшественника всех типов клеток периферической крови, что было подтверждено экспериментально в 1960-х годах. В настоящее время стволовыми считаются клетки, обладающие одновременно двумя свойствами: способностью к самовоспроизведению и способностью давать начало дифференцированным потомкам.

Самовоспроизведение стволовых клеток происходит в результате симметрично или ассиметрично протекающего митотического деления материнской клетки, при котором одна дочерняя клетка сохраняет статус стволовой и полностью идентична по цитохимическим, молекулярным и другим характеристикам материнской клетке. Механизм поддержания «стволовости» связан с активацией одних генов, участвующих в процессе деления стволовых клеток, и инактивацией других, запускающих процессы развития и дифференцировки, в ходе которых экспрессия факторов транскрипции синхронно угасает. Основу дифференцировки составляет синтез тканеспецифичных белков, что обусловлено разворачиванием процессов транскрипции специфичных генов и сопровождается постепенной рестрикцией их пролиферативного потенциала и широты спектра дифференциации.

Обладая разными потенциальными возможностями дифференцировки, стволовые клетки способны давать начало боль-

шему или меньшему количеству специализированных клеточных линий. В связи с этим, стволовые клетки можно разделить на несколько типов в зависимости от их потентности. Понятие *потентность* отражает широту реализации морфогенетической информации потомками стволовой клетки. Различают четыре уровня потентности стволовых клеток: тотипотентность – способность давать начало росту всего организма, в том числе и тканям внезародышевых оболочек, плюрипотентность – способность воссоздавать любую ткань зрелого организма, мульти(поли)потентность – способность давать начало более чем одному типу дифференцированных клеток, наконец, унипотентность – возможность воспроизведения однородного типа дифференцированных клеток. Истинно тотипотентными стволовыми клетками считаются зигота и бластомеры на стадии морулы. К группе плюрипотентных стволовых клеток относят эмбриональные стволовые клетки. Это клетки внутренней массы бластоцисты, стволовые клетки эмбриональной карциномы, эмбриональные герминативные клетки. К группе мультипотентных стволовых клеток относят гемопоэтические стволовые клетки, мезенхимальные стволовые клетки, нейрональные стволовые клетки. Существование унипотентных стволовых клеток остается под вопросом, по-видимому, ими являются прогениторные клетки как потомки мультипотентных стволовых клеток, утративших широкий потенциал дифференцировки.

Мультипотентные стволовые клетки взрослого организма находятся в специализированных тканевых нишах, сформированных специфичными для каждого вида ткани клеточными и матриксными элементами, могут быть динамичными структурами, менять свое местоположение с течением времени в соответствии с преобразованием ткани. Стволовые клетки, находясь в соответствующей нише, активно взаимодействуют друг с другом и ее компонентами. Исследования последних лет позволяют говорить о пластичности стволовых клеток, то есть о способности давать начало не только специфическим клеточным линиям тех тканей, в которых они локализованы. Способность покидать свою тканевую нишу и циркулировать в кровотоке доказана для гемопоэтических и мезенхимальных стволовых клеток. Однако для приобретения специализации циркулирую-

щие стволовые клетки должны попасть в определенное тканевое микроокружение, где и запускается дифференцировка в клетки соответствующей ткани.

В середине 60-х годов XX столетия ученые заложили основу изучения стромальных клеток, установив, что большинство мезенхимальных тканей в организме человека и животных в той или иной степени способны обновляться в течение жизни. Немецкий патолог J. Cohnheim (Cohnheim 1867:33) предположил, что регенерация тканей зависит от клеток, приходящих из кровотока. В настоящее время во многих исследованиях показано, что костный мозг является источником циркулирующих клеток, не только гемопоэтических стволовых, но также и стромальных клеток, которые, попадая с кровотоком в различные тканевые ниши, способны дифференцироваться в специфические мезенхимальные стволовые клетки (фибробласты, остеобласты, хондробласты, адипоциты и т.д.). Основоположником изучения группы мезенхимальных стволовых клеток является А.А. Максимов (Максимов 1908:56), выдвинувший положение о существовании в постнатальном периоде онтогенеза клеток-предшественниц соединительной ткани.

А.Я. Фриденштейн (Фриденштейн 1973:203–206) назвал этот вид клеток мезенхимальными стволовыми, показав, что строма костного мозга человека содержит самообновляющиеся фибробластоподобные мультипотентные клетки, которые можно клонировать и получать различные клеточные линии как *in vitro*, так и *in vivo*. Полученные результаты позволили сформулировать целостную концепцию «мезенхимальной стволовой клетки» – МСК.

МСК выделяют из красного костного мозга, полученного из гребня подвздошной, большеберцовой и бедренной костей, грудных и поясничных позвонков, являются минорной фракцией ядросодержащих клеток костного мозга и могут быть высеяны и размножены с помощью стандартных методов культивирования. В культуре МСК имеют фибробластическую морфологию и прикрепляются к субстрату. Первичную культуру обычно поддерживают 12–16 дней, в течение которых удаляются не прикрепившиеся клетки гемопоэтической фракции. Добавление фактора роста фибробластов к первичным культурам челове-

ских клеток ведет к увеличению остеогенного потенциала. Основная часть связанных с пластиком клеток представляет собой МСК, что было показано на основании наличия у них способности к остеогенной и адипогенной дифференцировке. Эти наблюдения привели к разработке элегантного метода получения очищенных препаратов МСК.

Несмотря на обилие исследовательских работ, посвященных мезенхимальным стволовым клеткам, до сих пор не известны специфические поверхностные маркеры CD – (Cluster of Differentiation – группа дифференцировки), позволяющие точно их идентифицировать. МСК, выделенные из разных источников, имеют различные комбинации маркеров. МСК синтезируют ряд неспецифических маркеров, ни один из которых – ни сам, ни в сочетании с другими – не является однозначным доказательством принадлежности клеток к данной группе.

При сравнении различных комбинаций маркеров, используемых исследователями для идентификации МСК, можно выявить, что большинство клеток данной популяции положительно по маркеру CD29 (интегрин $\beta 1$) и/или CD105 (эндоглин). Для идентификации МСК достаточно выявлять два маркера, т.к. более 95% клеток именно их экспрессируют.

Мезенхимальные стволовые клетки обладают широким дифференцировочным потенциалом. Они способны *in vitro* и/или *in vitro* давать начало различным типам клеток мезодермального ряда, а именно: адипоцитам, хондроцитам, остеоцитам, миоцитам и клеткам сухожилий. Такую способность взрослых стволовых клеток назвали *трансдифференцировкой*. Однако *in vitro* трансплантированные взрослые стволовые клетки, заселяя поврежденные органы и ткани, обычно проявляют низкую способность к трансдифференцировке. Тем не менее, показана дифференцировка МСК *in vitro* в клетки нейроэктодермального ряда и в эпителий, а введенные в головной мозг, они мигрируют и приобретают морфологические и фенотипические характеристики нейронов и астроцитов.

Исследования показали, что химические агенты способствуют сокращению цитоплазмы вследствие разрушения актиновых сетей, в результате чего клетки приобретают псевдо отростки, которые ошибочно принимаются за нейриты. Большая

молярность хлорида натрия индуцирует у МСК нейроноподобный фенотип, причем перестраивается лишь цитоскелет, а процесс трансдифференцировки МСК не происходит.

При одновременном использовании основного фактора роста фибробластов (bFGF) и ганглиозида GM1 (который в эмбриогенезе выступает в качестве нейротрофного фактора) происходит трансформация взрослых крысиных МСК в нейроподобные клетки, экспрессируя нейрональные маркеры, маркеры аксонов и маркеры дендритов.

Таким образом, стволовые клетки, включая мезенхимальные, обладают широким дифференцировочным потенциалом и в определенных условиях *in vivo* или *in vitro* способны давать начало различным клеточным типам с изменением спектра экспрессируемых белков. Это позволяет широко использовать стволовые клетки в регенерационных процессах организма – тканевой и клеточной инженерии.

Литература и источники:

Avilion A.A., Nicolis S.K., Pevny L.H., Perez L., Vivian N., Lovel-Badge R. (2003) Multipotent cell lineages in early mouse development depend on SOX2 function, *Genes Dev.* 17(1): pp.126–140.

Becker AJ, McCulloch EA, Till JE. (1963) Cytological demonstration of the clonal nature of spleen colonies derived from transplanted mouse marrow cells, *Nature.* 1963; 197, p. 452.

Kolf C.M., Cho E., Tuan R.S. (2007) Mesenchymal stromal cells. Biology of adult mesenchymal stem cells: regulation of niche, self-renewal and differentiation. *Arthritis Res Ther.* 9(1), pp.204–213.

Lichtman M.A., Williams W.J. Williams (2006) *Hematology*, 7th edn. – New York: McGraw-Hill, 2297.

Requielme P.A., Drapeau E., Doetsch F. (2008) Brain microecologies: neural stem cell niches in the adult mammalian brain, *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 363(1489): pp.123–137.

Scadden D.T. (2006) The stem-cell niche as an entity of action. *Nature.* 441(7097):1075–9.

Spradling A., Drummond-Barbosa D., Kai T. (2001) Stem cells find their niche, *Nature.*;414(6859), pp.98–104.

Vaananen H.K. (2005) Mesenchymal stem cells, *Ann Med.*37(7), pp.469–79.

Воложин А.И., Денисов-Никольский Ю.И., Татаренко-Козмина Т.Ю., Лосев Ф.Ф., Матвеева В.Н., Докторов А.А., Дружинина Р.А.,

Матвейчук И.В., Жилкин Б.А., Краснов А.П. (2004) Создание имплантационных материалов нового поколения на основе биостабильных композитов с костными клетками, полученными из стромальных мезенхимальных клеток костного мозга, *Материалы научно-практической конференции «Московская наука – проблемы и перспективы»*, М., с. 226–237.

Воложин А.И., Татаренко-Козмина Т.Ю., Матвеева В.Н. (2005) Стволовые клетки: перспективы применения в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, *Cathedra*, № 2 (14), М., с. 54–58.

Гомазков О.А. (2006) *Нейротрофическая регуляция и стволовые клетки мозга*, М., Икар, 330 с.

Лукьянова И.Е., Овчаренко В.А. (2014) *Антропология*, М., учебное пособие под ред. Сигиды Е.А., с. 240, ИНФРА-М, с. 239.

Мяделец О.Д., Кичигина Т.Н., Грушин В.Н., Мяделец Н.Я., Мяделец М.О. (2007) *А.А. Максимов и его революционное учение о мезенхимных стволовых клетках*, Вест. витебского гос. мед. универ., с. 139–147.

Пальцев М.А. (2006) Стволовые клетки и клеточные технологии: настоящее и будущее, URL:

<http://www.worklib.ru/laws/ml01/pages/10007619.php> (дата обращения - 14.05.2015).

Старцева О.И., Тагабилев Д.Г. (2004) Новые технологии в хирургии XXI века: перспективы применения стволовых клеток, *Российский научный центр хирургии РАМН*, URL:

<http://www.lazmed.ru/articles/34.html> (дата обращения - 14.05.2015).

Фриденштейн А.Я. (1973) *Индукция костной ткани в остеогенные клетки – предшественники*, М., Медицина, 206с.

Цымбалюк В.И., Медведев В.В. (2005) *Нейрогенные стволовые клетки*, Киев, «Коваль», 596 с.

Ярыгин В.Н. (2002) «Новые клеточные технологии – медицине», URL: http://placenta.ru/ru/document/programma_new_cell.html (дата обращения - 14.05.2015).

Summary: The article dwells on the phenomenon of the stem cell. It focuses on the role of the stem cell research, history of discovery, different types of potency of stem cells with an allowance of their usage in cell therapy of human diseases. Universal sources of stem cells which give start to all other cells of the body and their niches are pointed out. Ability of cells for self-renewal and differentiation into all types of cells and tissues of the body is demonstrated there.

Broad differentiation potential of stem cells makes it possible to use them in regenerative and reconstructive medical anthropology.

Key words: stem cells, hematopoietic cells, mesenchymal stem cells, neural stem cells, embryonic stem cells, growth factors, neurospecific nuclear protein, progenitor cells, totipotency, pluripotency, prepotential, unipotent

МЕДИЦИНСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ И ПОДГОТОВКИ НАУЧНЫХ КАДРОВ

Капустин Р.Ф., Чаплыгина М.И., Старченко Н.Ю.

ПРОБЛЕМЫ ПРИКЛАДНОЙ ДИДАКТИКИ В ФОРМИРОВАНИИ ТЕХНОЛОГИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАМКАХ СЕКЦИОННОГО КУРСА ПО ДИСЦИПЛИНАМ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ЦИКЛА

Аннотация: Вопрос об анатомировании трупов в научно-практических и дидактических целях является объектом споров и разногласий и требует выявления причин, препятствующих свободному изучению студентами анатомии на трупах. В настоящее время востребована институционально разработанная, с учетом специфики преподаваемых дисциплин, программа (алгоритм) пожертвования трупов, отсутствие которой является большим препятствием на пути изучения анатомии. Приобретение трупа представляет собой непомерную сложность для вуза (отечественным законодательством недостаточно проработан алгоритм приобретения учебным заведением трупов). Схемы и таблицы не всегда позволяют студенту выработать требуемые компетенции, а, следовательно, возможны ситуации, когда реальное обучение происходит уже на месте работы, со всеми вытекающими последствиями.

Поэтому необходим детально разработанный алгоритм передачи тел вузам, четко структурированная программа донорства, включающая в себя не только порядок приобретения тел, но и захоронение останков, создание памятной базы данных доноров, а так же осуществление свободного доступа к информации о программе пожертвования потенциальными донорами.

Ключевые слова: антропология, прикладная дидактика, секционный курс, дисциплины морфологического цикла, судебная медицина, законодательная база

После официального разрешения на вскрытие человеческих тел в медицинских и судебно-экспертных целях наука совершила резкий скачок вверх, поскольку секционный курс открыл доступ к знаниям не только человеческого тела и его внутреннего строения, но также позволил обнаружить и исследовать ряд неизученных патологий и устанавливать причину смерти, что значительно облегчило работу судебной отрасли. Массовое изучение студентами структур и тканей трупа позволило добиться грандиозных успехов в хирургии и выпустить гораздо более компетентное поколение медицинских специалистов. Однако даже в наше время, когда безусловная польза изучения трупов очевидна для каждого образованного человека, существует ряд разногласий, связанных с этим вопросом; большинство из них являются следствием невежества, распространенных в обществе предрассудков и суеверий, главным образом религиозных. Хотя, фактически, мировые религии, за исключением некоторых, не налагают прямого запрета на посмертное изучение тела, последователи религий крайне негативно относятся к секции, считая это осквернением тела и неуважением к усопшему (Салих аль-Мунаджид 2015).

Однако не только религиозные предрассудки препятствуют свободному пожертвованию и последующему изучению тел. В России отсутствует институционально разработанная программа (алгоритм) пожертвования трупов, что является огромным препятствием на пути изучения анатомии в медицинских вузах. Теоретически, любой гражданин России вправе в официальном порядке нотариально завещать, чтобы его тело было передано медицинскому образовательному учреждению для последующего использования в познавательных и научно-практических целях, однако, в условиях отсутствия пропаганды пожертвования, такое не представляется возможным. Получение трупа представляет собой для университета трудоемкий процесс – поскольку российским законодательством недостаточно проработан порядок приобретения учебным заведением тел для их использования в обучающих целях. Забота об уважительном отношении к мертвому телу превалирует над заботой о сохра-

нении здоровья живущих людей и обеспечении качественной медицинской базы.

В 1996 году вышел федеральный закон «О погребении и похоронном деле». Его принятие существенно изменило устоявшиеся для лечебных факультетов условия, когда дисциплины морфологического цикла преподавались на неопознанных трупах, и подорвало оправдавшую себя пиროговскую систему обучения. Так, для приобретения трупа факультет обязан получить прижизненное согласие, либо согласие ближайших родственников умершего на изъятие тканей и органов. В 2012 г. вышло долго ожидаемое всем медицинским сообществом постановление президента РФ Дмитрия Медведева «Об утверждении правил передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, а также использования невостребованного тела, органов и тканей умершего человека в указанных целях», которое позволяет использовать для вскрытия невостребованные трупы (ФЗ 2011). Однако, фактически, это не решило проблему, поскольку труп может быть признан невостребованным исключительно после согласия ближайших родственников, неопознанные же тела не могут быть подвержены секции и изучены студентами. Но это не единственная сложность: даже если труп признан невостребованным, для его получения необходимо письменное разрешение на передачу, которое выдают органы, назначившие судебно-медицинскую экспертизу. Таким образом, для получения анатомического материала с целью изучения необходимо собрать несколько десятков подписей у различных служб.

Помимо вышеперечисленного, в качестве учебного пособия может служить труп, находящийся в хорошем состоянии, а за время, затраченное на выполнение формальностей, потенциальный учебный материал подвергается разложению и поступает на кафедру в непригодном для изучения состоянии. Это весьма затрудняет или же делает невозможным процесс обучения, так как подвергшиеся разложению ткани не схожи с тканями живого человека (или свежего трупа): они деформированы, имеют иной цвет и структуру, сложно дифференцируются

друг от друга; консервирующие вещества при сохранении тела не могут быть использованы, поскольку тоже изменяют состояние тканей и органов. Даже если труп попадает на секционный стол, то его хранение и содержание – процесс трудоемкий и дорогостоящий: выгоднее иметь набор манекенов или роботов, которые приобретаются единожды и служат длительное время.

Наиболее удачной альтернативой являются учебные образцы из пластината, впервые разработанные и внедренные Г. фон Хагенсом: органы заполняются специальными полимерами, в результате ткани и органы не разлагаются и не деформируются, однако это очень дорогостоящий способ. При этом этическая сторона дидактической составляющей экспозиций Г. фон Хагенса в свое время вызвало неоднозначную реакцию ряда анатомов Германии (Christ et al. 2004:193).

Профессор И.В. Гайворонский разработал менее дорогостоящий метод, так называемое полимерное бальзамирование, согласно которому тело избавляют от жира и воды и заполняют силиконом. На подобном образце сохраняются мельчайшие сосуды и другие детали, однако этот метод также подвергся критике, в частности, со стороны религиозных организаций, которые заявляют, что даже если человек и завещал свое тело науке, оно должно быть захоронено в соответствии со всеми христианскими обычаями – то есть, предано земле, а не мумифицировано. Как альтернатива, в большинстве медицинских вузов имеются анатомические театры, в которых представлены влажные анатомические препараты, то есть законсервированные в формалине органы или структуры, однако, все эти препараты были изготовлены еще во времена СССР (т.е. до 1991 г.). Такие препараты позволяют только ознакомиться с различными патологиями развития и строения. Так, будущим антропологам, фармакологам, судебным экспертам и т.д. приходится изучать анатомию посредством таблиц, схем, рисунков и симуляционных образцов, что в целом может привести и к симуляции анатомического образования в частности (Дадыкин, Каган 2014:11) Схемы и таблицы не всегда позволяют студенту выработать требуемые компетенции, следовательно, возможны ситуации,

когда реальное обучение происходит уже на месте работы, со всеми вытекающими последствиями.

В настоящее время активно развиваются 3D симуляторы человеческого тела и органов, что якобы позволит без ущерба изучать морфологические дисциплины без использования трупов. Ярким примером является сайт <http://www.anatomedia.com/>, который предлагает посмотреть демо-версию своего проекта. Там представлены объемные изображения частей тела, костей, суставов и прочих структур. Это, несомненно, является очень наглядным и полезным способом изучения. Некоторые преподаватели считают, что изучать анатомию посредством таких схем гораздо полезнее, поскольку ткани трупа часто сложно дифференцировать одну от другой, а такие 3D схемы наглядно показывают, как расположены волокна в человеческом теле. Однако, данная система изучения полезна только для приобретения теоретических знаний, но не практических, поскольку даже объемное изображение не позволяет студенту выработать навыки рассечения и соединения тканей, хирургических узлов и пр.

В наше время существует обилие качественных и, как следствие, дорогостоящих 3D-симуляторов (например, виртуальный хирург), но не каждый вуз может приобрести и ввести в широкое использование студентами подобное оборудование, поэтому они вынуждены использовать различные приложения, симулирующие строение тела. Будущие хирурги практикуются на лягушках и домашних животных, и такая практика вряд ли поспособствует приобретению ими профессиональных навыков и компетенций. Почти все имеющие отношение к медицине работники заканчивают университет, ни разу не попрактиковавшись на натуральной ткани. Следовательно, они лишены способности свободно ориентироваться в человеческом теле и тем более проводить операции, даже простейшие – отсюда столь высокая смертность в медицинских учреждениях, значительное количество врачебных ошибок. Отсутствие опыта приводит к ситуациям, когда реальное обучение происходит уже на месте работы. Здесь дают о себе знать двойные стандарты: так как предоставление кафедре анатомического материала является процессом дорогостоящим и трудоемким, на обучение нового

поколения врачей затрачивается минимум ресурсов при расчете на высокие результаты.

Во многих странах существует и успешно реализуется программа добровольно пожертвования тел во имя науки. Например, в Австрии почти 100% трупов, попадающих в медицинские учреждения, – это добровольно пожертвованные тела. Такой высокий процент является следствием желания населения поспособствовать развитию и улучшению медицинского образования. Программа пожертвования имеет собственный штат работников, которые всегда доступны для связи с общественностью, и человек в любое время суток может совершить процедуру пожертвования или уточнить порядок ее проведения.

Помимо строго разработанной программы и пропаганды донорства, существует определенный обряд нерелигиозного поминаения доноров. Медицинские учебные заведения имеют на своей территории собственные кладбища, где происходит захоронение останков использованных тел, имена доноров заносят в памятную книгу, и каждый год преподаватели и студенты кафедры анатомии приглашают родных и близких доноров на поминальный вечер (Biasutto et al. 2014:75).

Очевидно, что в нашей стране также необходим детально разработанный порядок передачи тел медицинским факультетам, а главное – продвижение идеи донорства трупов, для того, чтобы как можно больше людей изъявляло желание пожертвовать свое тело во имя науки и спасения живущих.

Литература и источники:

Дадыкин, С., Каган И. (2014), Анатомия без трупов? Как привить хирургическую культуру студенту, не имея важнейшего учебного материала. *Медицинская газета*, № 20, С. 11.

Салих аль-Мунаджид, М. (2015) Богословское заключение о взятии проб для проведения анализов у погибшего, *Сайт «Ислам: вопрос и ответ»*, <http://islamqa.info/ru/114834>, (дата обращения - 16 марта 2015)

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201111220007?index=0>, (дата обращения - 17 марта 2015)

Biasutto S.N., Sharma N., Weiglein A.H., Benia F.M., McBride J., Bueno-López J.L., Kramer B., Blyth P., Barros M.D., Ashiru O., Ballesteros L.E., Moxham B.J., Krishnan S. (2014), Human bodies to teach anatomy: importance and procurement – experience with cadaver donation. *Revista Argentina de Anatomia Clinica*, Vol. 6, Issue 2, pp. 72–86.

Christ B., Drenckhahn D., Funk R., Tillmann B., Kühnel W., Korf H.W., Neuhuber W. (2004) Die öffentliche Diskussion um die Ausstellung “Körperwelten” des Dr. G. von Hagens veranlasst den Vorstand der Anatomischen Gesellschaft zu folgender Stellungnahme. *Annals of Anatomy*, Vol. 186, pp. 193–194.

Сайт <http://www.anatomeia.com/>, дата обращения 5 марта 2015.

Приложение к статье

Вступает в силу: 9 августа 2012 г.

Постановление Правительства Российской Федерации от 21 июля 2012 г. N 750 г. Москва

«Об утверждении Правил передачи невостробованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, а также использования невостробованного тела, органов и тканей умершего человека в указанных целях»

В соответствии с частью 2 статьи 68 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Правительство Российской Федерации **постановляет:**

Утвердить прилагаемые Правила передачи невостробованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, а также использования невостробованного тела, органов и тканей умершего человека в указанных целях.

Председатель Правительства Российской Федерации Д. Медведев

Правила передачи невостробованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, а также использования невостробованного тела, органов и тканей умершего человека в указанных целях

1. Настоящие Правила определяют порядок и условия передачи невостробованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, а также порядок использования невостробованного тела, органов и тканей умершего человека в медицинских, научных и учебных целях. Настоящие Правила не регулируют отношения, связанные с проведением патоло-

гоанатомического вскрытия, судебно-медицинского исследования (экспертизы) трупа, а также с донорством органов и тканей человека и их трансплантацией (пересадкой).

2. Передача невостребованного тела умершего человека, личность которого не установлена органами внутренних дел, не допускается.

3. Невостребованное тело, органы и ткани умершего человека при наступлении обстоятельств, предусмотренных пунктом 1 статьи 12 Федерального закона "О погребении и похоронном деле", могут быть переданы для использования в медицинских, научных и учебных целях образовательным организациям, реализующим основные образовательные программы среднего, высшего и послевузовского медицинского или фармацевтического образования и программы дополнительного профессионального образования, научным организациям, а также медицинским организациям (далее – принимающая организация).

4. Условиями передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека являются:

- запрос принимающей организации;
- разрешение, оформленное в письменном виде, на передачу невостребованного тела, органов и тканей умершего человека, выданное лицом или органом, назначившим судебно-медицинскую экспертизу (исследование) невостребованного тела.

5. Невостребованное тело, органы и ткани умершего человека передаются на основании акта о передаче невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, составленного в 2 экземплярах по форме согласно приложению N 1, к которому приобщается разрешение, указанное в пункте 4 настоящих Правил.

6. Информация о принятии невостребованного тела, органов и тканей умершего человека вносится принимающей организацией в журнал учета поступления переданного невостребованного тела, органов и тканей умершего человека по форме согласно приложению N 2.

Журнал должен быть пронумерован, прошит и скреплен гербовой печатью принимающей организации.

7. Транспортировка переданного невостребованного тела, органов и тканей умершего человека осуществляется за счет принимающей организации.

8. Принимающая организация использует невостребованное тело, органы и ткани умершего человека с соблюдением медицинской этики, достойного отношения к телу человека после смерти, а также санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов.

9. Максимальный срок использования невостребованного тела, органов и тканей умершего человека не может превышать 10 лет.

10. По окончании срока использования:

- погребение невостребованного тела умершего человека осуществляется специализированной службой по вопросам похоронного дела в соответствии с законодательством Российской Федерации о погребении и похоронном деле;
- уничтожение органов и тканей умершего человека осуществляется принимающей организацией в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами и гигиеническими нормативами.

11. Место погребения определяется в соответствии с законодательством о погребении и похоронном деле и информация об этом вносится в журнал учета поступления переданного невостребованного тела, органов и тканей умершего человека.

Статья 68. Использование тела, органов и тканей умершего человека

1. Тело, органы и ткани умершего человека могут использоваться в медицинских, научных и учебных целях в следующих случаях:

1) при наличии письменного волеизъявления лица, сделанного им при жизни и нотариально удостоверенного в установленном порядке, о возможности такого использования;

2) если тело не востребовано после смерти человека по причине отсутствия его супруга, близких родственников (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), иных родственников, законных представителей или других лиц, взявших на себя обязанность осуществить погребение, в порядке и в сроки, установленные законодательством Российской Федерации о погребении и похоронном деле.

2. Порядок и условия передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, порядок использования невостребованного тела, органов и тканей умершего человека в указанных целях, в том числе максимальный срок их использования, устанавливаются Правительством Российской Федерации. После истечения максимального срока невостребованное тело, органы и ткани умершего человека подлежат погребению в соответствии с законодательством Российской Федерации о погребении и похоронном деле.

Summary: The question of post-mortem examination of cadavers in theoretical and practical aims is an object of disputes and discords

and demands revealing of reasons that impede free study of cadavers by students. Nowadays, institutionally developed program (algorithm) of cadaver donation, taking into account the specificity of the taught disciples, lack of which becomes a great obstacle on the way of anatomy studying, is relevant. Acquisition of cadaver represents itself baffling complexity for institute of higher education (algorithm of cadaver acquisition by educational institution worked over by domestic legislation insufficiently). Therefore it is necessary to elaborate algorithm of cadavers' transmission to the institute of higher education in detail, including not only sequence of body acquisition, but burials of remains, creation the memorial archive of donors, as well as realization of free access to information about body donation program by potential donors.

Key words: anthropology, applied didactics, dissection course, disciplines of morphological cycle, forensic medicine, legislative basis

Татаренко-Козмина Т.Ю., Павлова Т.Е., Иванчук М.С.

МЕДИЦИНСКАЯ ЭКОЛОГИЯ И ЭКОПСИХОЛОГИЯ КАК СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ КУРСА «АНТРОПОЛОГИЯ» ДЛЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ

Аннотация: В разделе медицинская экология и экопсихология курса антропология для клинических психологов изучаются основные особенности среды обитания современного человека, антропогенных экосистем, структурных подразделений биосферы и роли в ней человека. Обращается внимание студентов на значение экологических факторов в жизнедеятельности человека, развитии заболеваний и психических расстройств и основные виды экологических болезней, нарушений психики. Акценты делаются на виды адаптации человека, в том числе психической и поведенческой, а также на адаптивные экологические типы людей. Исследуются способы использования экофакторов в восстановлении здоровья населения.

Ключевые слова: антропология, клинический психолог, медицинская экология, экопсихология, экология человека, антропо-экосистема, адаптация человека, экотипы людей, средовой фактор, экологические болезни, здоровье населения

Решение одной из проблем современности связанной с необходимостью улучшения жизни людей, их физического и психического здоровья в условиях нарастающего экологического кризиса, в значительной степени зависит от информированности и экологического образования населения и в особенности медицинских работников и психологов. Медики и психологи должны активно участвовать в воспитательной и просветительской работе, уметь принимать решение и руководить деятельностью других людей в мероприятиях по охране окружающей среды, контроле и анализе среды жизни людей, оценке работоспособности и здоровья отдельного человека, групп людей и всего населения. Роль психологов и медиков значительно возрастает во время природных и антропогенных катастроф, а также в период ликвидации последствий экологических катаклизмов.

Экологическое мышление позволяет установить взаимосвязь и взаимообусловленность биосферы и человека, зависимость организма человека, его здоровья, работоспособности, развития патологии и заболеваний от среды его жизни, от видов, формы и уровней воздействия экологических факторов. Возникает необходимость учитывать состояние среды и населения в целом – как в настоящее время, так и в будущем – для отдельного человека, различных популяций людей и для всего человечества. В курсе антропологии будущие клинические психологи изучают роль человечества как самостоятельной геологической силы, причины глобального экологического кризиса. Особое внимание уделяется значению экофакторов в антропогенезе, экологии гоминид на разных этапах эволюции, возникновению экологической дифференциации человечества, эволюции системы «человек – общество – природа», месту современного человека в природе и изменению подхода в природополь-

зовании от антропоцентрического к рациональному, экологически обусловленному.

Показателем социально-экономического состояния общества является уровень здоровья населения. Состояние популяции отражает приспособленность людей к условиям их жизни, к тому, насколько эти условия пригодны для нормальной жизнедеятельности. Оценивается биосоциальное явление – уровень здоровья населения с помощью медико-демографических коэффициентов рождаемости, заболеваемости, инвалидности, смертности и т.д. (Прохоров 2000: 269).

Анализ показателей здоровья населения установил, что значительное влияние на здоровье оказывают образ жизни, социально-экономическая и социально-психологическая обстановка в стране, а также состояние среды жизни людей. В то же время наследственность и состояние медицины имеют не меньшее значение (Щербо, Беляков 2001:122; Улумбекова 2010: 96).

Определяющие уровень здоровья популяции факторы и их значимость представлены на рис. 1.

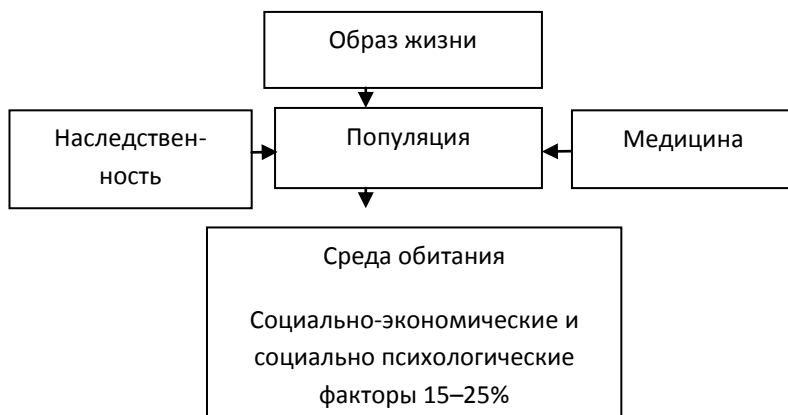


Рис. 1 Факторы влияющие на уровень здоровья населения.

Исследованием среды обитания людей, ее особенностей и факторов занимается экология человека. По определению академика В.П. Казначеева (Казначеев 1983:210), экология

человека комплексная междисциплинарная биосоциальная наука, изучающая законы взаимодействия людей с живыми и неживыми компонентами окружающей среды на организменном, популяционно-видовом, биогеоценотическом и биосферном уровнях; развитие народонаселения Земли; формы воздействия людей на природу и последствия этого; возможные пути совершенствования физических и психических возможностей человека.

Появившись на Земле около 3 млн. лет назад, как любой другой вид животных, человек входил в состав естественных экосистем и полностью зависел от ее ресурсов. Создание, а затем усложнение инструментов труда, развитие сельского хозяйства, промышленности привело к образованию антропобиоэкосистем, включающих природные, техногенные и социальные компоненты. Ни один из компонентов не может заменить собой другой: экофакторы каждой из сред тесно взаимосвязаны между собой, часто усиливают или ослабляют воздействие друг друга.

Предметом изучения экологии человека являются: структура, свойства, условия существования, географическое распространение различных антропогенных экосистем, изучается их отличие от природных с акцентом на урбаноценоз. Кроме того, изучаются искусственные космические экосистемы и рассматривается влияние космических экологических факторов на организм. Уделяется также внимание экологическим аспектам хронобиологии, адаптации человека к ритмам в природе, биологическим особенностям разных хронобиологических экотипов людей. В экологии человека студенты изучают особенности воздействия экологических факторов и биологические реакции организма в онтогенезе человека.

Особое внимание направлено на изучение антропогенетических, демографических и социальных изменений в человеческом обществе, его среде обитания в современных условиях научно-технического прогресса, включая формы антропогенной деятельности и ее последствия для живых биологических систем, обратимые и необратимые изменения в природе, понятие об экологическом кризисе и глобальных экологических про-

блемах. В основе экологии человека лежат основные положения учения В.И. Вернадского о ноосфере, вопросы этногенеза и биосферы Земли.

В курсе антропологии изучаются вопросы роста численности людей, расселение человечества в пространстве и во времени, а также адаптации человеческих популяций в различных экологических нишах Земли (Алексеева 1998:280). Внимание студентов обращается на формы индивидуальной и популяционной адаптации, особенности поведенческой и психической адаптации. Студенты психологи изучают морфофизиологические и биохимические адаптивные признаки климато-географических экологических типов людей и экотипов по реактивности организма человека (Казначеев 1983:210). Среда обитания обеспечивает биологические, социальные и духовные (психические) потребности человека, причем разные антропоэкологические системы отличаются по возможности в удовлетворении всех потребностей человека.

Разделами экологии человека является медицинская экология, социальная экология, экологическая психология. Медицинская экология – комплексная, интегративная наука, занимающаяся проблемами воздействия окружающей человека среды на состояние его здоровья и возникновение патологии, а также применением экологических факторов в целях профилактики, лечения заболеваний и восстановления здоровья. В ее задачи входит изучение видов и форм воздействия средовых факторов, механизмов их действия на организм человека.

Особое внимание уделяется экологическим, или средовым болезням, таким как тепловой удар, горная болезнь, болезнь, вызванная ядовитыми организмами, эндемическим заболеваниями, обусловленным геохимическими аномалиями, то есть повышенным или пониженным содержанием каких-то элементов в почве и в воде, особенно тех, которые вызывают поражения нервной системы и нарушение поведения. Примером является эндемический зоб, болезнь Кашина-Бека и др. Задачей медицинской экологии является изучение роли экологических факторов в возникновении пороков развития, злокачественных опухолей, профессиональных и других патологий. Наука иссле-

дует виды загрязнителей среды и пути их поступления в организм человека, заболевания, возникающие в результате воздействия техногенных загрязнений (например, болезнь минамата, «желтые» дети и другие), а также влияние загрязнения среды на продолжительность жизни людей и их репродукцию.

Одной из задач медицинской экологии является оценка степени риска загрязнения среды на организменном и популяционно-видовом уровнях в настоящем и будущем, исследование путей и возможностей самоочищения экосистем, а также разработка методов контроля за чистотой среды жизни людей, принципов и методов сохранения и восстановления природы. Кроме того, медицинская экология исследует рекреационное значение экологических факторов, рекреационные возможности разных природных и антропогенных экосистем в целях сохранения и восстановления здоровья и работоспособности человека. Социальная экология изучает закономерности взаимодействия человеческого общества и отдельных групп людей с природой, разрабатывает экологические основы рационального природопользования, методы охраны природы и оптимизации среды обитания человека.

Экологическая психология – мультидисциплинарная наука, изучающая экофакторы, влияющие на психику, поведение человека и последствия такого воздействия. В этом разделе изучаются психологические потребности человека, возможности социальной среды в создании экологических групп, определенного экологического климата и экологического комфорта.

В экпсихологии исследуются загрязнители среды обитания человека, нарушающие его нервную систему, психику и поведение. Так, например, у людей, подвергшихся ионизирующему излучению, независимо от дозы облучения, имеются поражения ЦНС, психические расстройства, появляется агрессивное поведение, алкоголизм. Особое значение для психологического состояния людей имеет психоэмоциональное и информационное загрязнение.

В изучении средовых факторов акцент делается на стрессогенные экофакторы как наиболее значимые для психического здоровья.

Основные стрессогенные факторы представлены на рис.2.

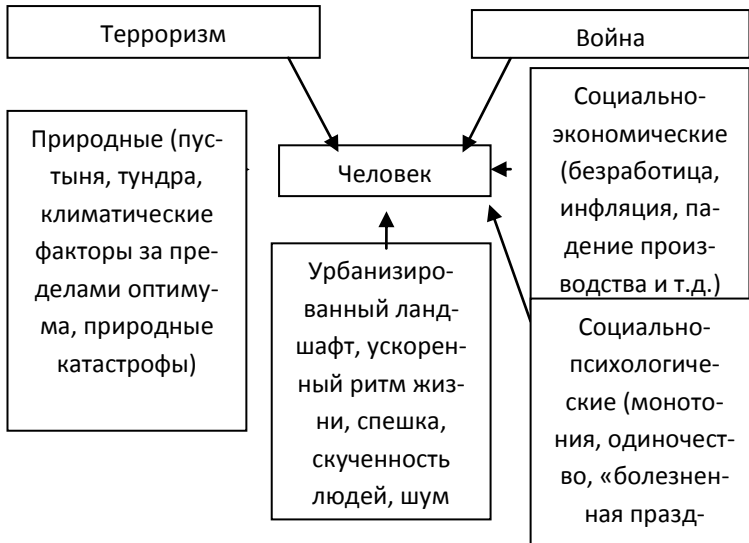


Рис. 2. Основные стрессогенные экологические факторы

Характер и степень нарушения психологического состояния определяется видом, силой и длительностью воздействия экофактора, а также типом нервной системы и психоэмоционального статуса отдельного человека, которые зависят от его генотипа (стресс, психологическое напряжение, острые психические реакции, психосоматические расстройства и др.). Большое значение имеют средовые факторы для формирования темперамента, характера, поведения, умственных способностей и других психологических характеристик человека в онтогенезе. Так, например, стрессогенные факторы и дефицит белкового питания в пренатальный период отрицательно влияют на развитие мозга ребенка. Значимость экофакторов в развитии интеллекта особенно велика во младенческом возрасте, затем постепенно снижается, и у взрослых интеллект в основном определяется наследственностью (Малых, Егорова, Мешкова 2008:336). Задачами экологической психологии являются исследования

средовых факторов в целях применения абиотических и биологических факторов для восстановления психологического состояния, а также для лечения людей с расстройствами психики и психическими болезнями (маринотерапия, арт-терапия, лечение животными и др.).

Изучение среды обитания человека, формы воздействия экологических факторов, адаптивных экологических типов людей, средовых заболеваний, видов загрязнения среды, психических и поведенческих реакций человека на воздействие средовых факторов, а также путей использования экофакторов в восстановлении работоспособности, физического и психического здоровья повышает уровень знаний студентов в области медицинской антропологии и позволяет в будущем оказывать грамотную психологическую помощь населению.

Литература и источники:

Агаджанян Н.А., Торшин В.Н. (1994) *Экология человека*, М. Крук, 256 с.

Алексеев С.В., Пивоваров Ю.Т. (2001) *Экология человека*, М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 640 с.

Алексеева Т.И. (1998) *Адаптация человека в различных экологических нишах Земли (биологические аспекты)*. Курс лекций, М., изд-во МНЭПУ, 280 с.

Гора Е.П. (2007) *Экология человека*, М., Дрофа, 540 с.

Казначеев В.П. (1983) *Очерки теории и практики экологии человека*, М., 210 с.

Казначеев В.П. (1988) *Экология человека*, М., Наука, 246с.

А.А. Королев (ред.) (2014) *Медицинская экология*, М., изд. центр Академия, 224 с.

Малых С.Б., Егорова М.С., Мешкова Т.А. (2008) *Психогенетика* Учебник для вузов, СПб, Т.2, 336 с.

Небел. Б. (1993) *Наука об окружающей среде*, М., Мир, 802 с.

Панов В.И. (2006) *Введение в экологическую психологию*, URL: <http://vbibl.ru/psihologiya/11287/index.html> (дата обращения - 14.05.2015).

Проخورов Б.Б. (ред.) (2001) *Экология человека*. Учебное пособие, М., Изд. МНЭПУ, 440 с.

Проخورов Б.Б. (2000) *Экология человека (понятийно терминологический словарь)*, М., изд. МНЭПУ, 364 с.

Реймерс Н.Ф. (1994) *Экология (теория, законы, правила, принципы и гипотезы)*, М., Россия молодая, 367 с.

Смуров А.В., Снакин В.В., (ред.) (2014) *Экология России*, М., изд. Академия, 352 с

Улумбекова Г.Э. (2010) *Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 г.»*, М., ГЭОТАР – Медиа, 96 с.

Хотунцев Ю.Л. (2002) *Экология и экологическая безопасность*, М., АСАДЕМІА, 480 с.

Г.В. Лисичкина, М.М. Чернова (ред.) (2003) *Человек и среда его обитания*, М., Мир, 460 с.

Ясовеев М.Г., Стреха Н.Л., Пацыкайлик Д.А. (2015) *Экология урбанизированных территорий*, под ред. Проф. М.Г. Ясовеева, Минск «Новое знание», М. ИНФРА – М, 293 с.

Summary: Basic features of the habitat of modern man, anthropogenic ecosystems, structural units of the biosphere and the role of man are studied in Medical Ecology and in Ecopsychology course anthropology for clinical psychologists studies. Attention of students is drawn to the importance of environmental factors in human life, development of diseases and mental disorders and main types of environmental diseases and mental disorders. The emphasis is made on the types of adaptation of the person, including mental and behavioral ones, and adaptive environmental kind of people. Ways of ecofactor usage in restoring the population health are studied.

Key words: anthropology, clinical psychologist, medical ecology, ecopsychology, human ecology, anthropoecosystem, human adaptation, human ecotypes, environmental factor, ecological disease, health of population

Шарайкина Е.П., Синдеева Л.В., Пешков М.В.

**ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
«АНТРОПОЛОГИЯ»
ДЛЯ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 030400.65.
«КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Аннотация: В статье отражены особенности образовательной программы «Антропология» для студентов специальности

030400.65. «Клиническая психология». Осуществляемая в настоящее время программа модернизации системы образования в нашей стране имеет своей целью обеспечить поддержку и развитие инновационных образовательных технологий, ориентированных на подготовку конкурентоспособных специалистов и гармонично развитой личности. Рабочая программа «Антропология» для студентов специальности «Клиническая психология» отвечает требованиям, предъявляемым к современному образованию.

Ключевые слова: антропология, образовательная программа, студенты, клиническая психология, инновационные образовательные технологии, государственные образовательные стандарты.

Антропология является одной из важнейших дисциплин в обучении клинических психологов, т.к. антропология – интегральная наука о человеке, занимающая важное место в современной науке и образовании, раскрывающая психологические особенности личности в контексте большой проблемы физиологических основ индивидуальных различий между людьми. Изучение учебной дисциплины «Антропология» направлено на формирование у обучающихся как общекультурных (ОК), так и профессиональных (ПК) компетенций. Студенты должны понимать значимость гуманистических ценностей для сохранения и развития современной цивилизации, совершенствования и развития общества на принципах гуманизма, свободы и демократии (ОК-1), они должны владеть навыками организации самостоятельной работы, научной активности субъектов образовательного процесса, навыками организации научных дискуссий и конференций (ПК-19). Цель дисциплины – способствовать подготовке квалифицированного клинического психолога как специалиста, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности. освоения учебной дисциплины «Антропология» состоит в овладении антропологическими знаниями, умениями и навыками через рассмотрение человека во всём комплексе и его многообразии

биологических, психологических, социальных и культурных связей.

Задачами дисциплины являются:

1. Приобретение студентами знаний в области дисциплины антропология.

2. Обучение студентов теоретическим основам антропологии, необходимым в профессиональной деятельности клинического психолога.

3. Освоение антропологии как научного направления и учебной дисциплины в системе социальных и гуманитарных наук и междисциплинарного подхода в исследовании феномена человека.

4. Формирование представления о морфологической и социальной эволюции человека, возрастной и конституционной антропологии, эволюции человека (антропогенез).

5. На основе популяционной антропологии сформировать представление о видовом единстве человека, с использованием морфологических, физиологических, генетических данных о единстве человечества.

6. Сформировать антропологическое понимание социальной природы человека на практике компаративного анализа физических (биологических), социальных, культурных, психологических характеристик индивида, личности для гуманного отношения к человеку независимо от его половозрастных, статусных, этнических, религиозных и других различий.

Место учебной дисциплины в структуре ООП университета. Учебная дисциплина «Антропология» относится к циклу С. 2 «Математический и естественнонаучный цикл». Для изучения данной учебной дисциплины необходимы следующие знания, умения, навыки, формируемые предшествующей дисциплиной «Функциональная анатомия центральной нервной системы».

Знания: о развитии нервной системы, нейронной организации мозга, морфологических и функциональных характеристиках всех отделов головного мозга.

Умения: показать на препаратах головного мозга и муляжах отделы головного мозга и показать на таблицах таксоны представителей млекопитающих.

Навыки: обладать умением интерпретации изучаемых явлений и процессов с позиции знаний функциональной нервной системы и антропогенеза.

Знания: гипотезы происхождения человека.

Объём учебной дисциплины и виды учебной работы следующие: общая трудоемкость дисциплины 72 часа, из которых 14 – лекционные часы, 26 – практические занятия. Из общего числа аудиторных часов – 20 часов в интерактивной форме. Внеаудиторная работа включает самостоятельную работу студентов в количестве 29 часов (СРС) и контролируемую самостоятельную работу студента – 3 часа (КСР). Вид промежуточной аттестации – зачет.

Раздел I дисциплины объединяет 1 лекцию «Введение в антропологию. Предмет и задачи, становление антропологии в России» (2 часа) и 2 практических занятия по теме: 1. Введение в антропологию. Предмет и задачи антропологии. Формирование антропологии как науки. Работы К. Линнея, К. Бюффона, Ч. Дарвина, П. Брока. Становление антропологии в России. 2. Шкала геологического времени. Характеристика кайнозойской эры. Прямые и не прямые способы датирования палеоантропологических находок.

Раздел 2. Эволюционная антропология. Место человека в системе животного мира. Прародина человечества. Факторы, критерии, и социальные аспекты гоминизации (лекция 2 часа) и 4 практических занятий по темам: 1. Эволюционная антропология. Место человека в системе животного мира. Прародина человечества. Факторы, критерии, и социальные аспекты гоминизации. 2. Эволюционная антропология. Место человека в системе животного мира. Прародина человечества. Факторы, критерии, и социальные аспекты гоминизации. 3. Теории происхождения человека. 4. Данные молекулярной биологии. ДНК - носитель наследственности с генетическим кодом. «Митохондриальная Ева» и «Y-хромосомный Адам». Роль мутаций в эволюции человека

Раздел 3. Человек как индивид – продукт филогенетического и онтогенетического развития. 1 лекция и 1 практическое занятие – «Организм человека как продукт биологической эво-

люции – сложнейшая система иерархии систем и подсистем, объединенных общностью строения и выполняемых функций. Человек как индивид и личность».

Раздел 4. Возрастная и конституциональная антропология. 1 лекция – Конституция и личность Изменение онтогенеза человека в процессе его историко-эволюционного формирования. Индивидуально-типические свойства человека. Схемы конституциональной диагностики и 2 практических занятий:

Возрастная антропология. Изменение онтогенеза в процессе его историко-эволюционного формирования. Схемы возрастных периодизаций. Биологический и хронологический возраст. Теории старения.

Конституциональная антропология. Индивидуально-типические свойства человека. Методы антропометрических исследований. Схемы конституциональной диагностики. Конституция и личность

Раздел 5. Расоведение, этническая и популяционная антропология. Антропологическое описание современного населения Земли. Декларация ЮНЕСКО о расах и научная несостоятельность расизма. Полиморфизм и политипия. 1 лекционное занятие и 2 практических: Расоведение. Внутригрупповая и межгрупповая изменчивость. Геногеография. Основные эволюционные механизмы. Мутационный процесс. Отбор, адаптация. Формы отбора. Половой отбор «Диллема Холдейна». Фундаментальная теорема естественного отбора Р.Фишера» и «Популяционные волны» С. Четверикова. Численность популяций и генетический дрейф. Метисация и миграции. Зоны интерградации. Генный поток. Полиморфизм и политипия. Несостоятельность расизма».

Раздел 6. Эволюция мозга и психики. Феномен сознания, гипотезы его происхождения. Нейробиологический подход проблеме сознания. Сознательное и бессознательное. 1 лекционное занятие и 2 практических: «Эволюция мозга. Феномен сознания, гипотезы его происхождения. Человек как субъект. Структура сознания: сознательное и бессознательное» и «Проблема наличия сознания у животных. Рассудочная деятельность

животных. Палеопсихология. Нейробиологический подход к проблеме сознания».

Раздел 7. Эволюция психики, возникновение культуры, цивилизации. Язык и антропогенез. Филогенетические основы поведения человека, социальные вопросы пола. Экологический кризис. 1 лекционное занятие, 7 практических занятий, занятие-конференция. Практические занятия: 1. Культурная антропология как наука. Язык и речь в антропогенезе, гипотезы происхождения языка. 2. Возникновение культуры и цивилизации. Мифология, религия, искусство в культурной антропологии. 3. Филогенетические основы поведения человека. Чувства и эмоции, способности и характер, память, воображение, мышление и интеллект. 4. Эволюция и социальная организация общества. 5. Социальные вопросы пола. 6. Феномен агрессивности, теория альтруизма. Поведение человека. 7. Циклы цивилизации. Экологический кризис. 8. В конце семестра с участием студентов всего факультета проводится тематическая конференция по выбору студентов, которую самостоятельно готовят и проводят студенты. 9. Вид промежуточной аттестации – зачет.

Виды профессиональной деятельности, которые лежат в основе преподавания учебной дисциплины – психолого-педагогическая.

Для проведения лекционных и практических занятий на кафедре используется компьютерная техника (ноутбук, проектор, колонки), все практические занятия с обучающимися проходят в интерактивной форме с использованием активных методов обучения с обратной связью, через конференции, дискуссии, работу с малыми группами для развития стратегии рефлексивного отношения к информации.

В конце семестра с участием студентов всего факультета проводится тематическая конференция, которую самостоятельно готовят и проводят студенты.

На примере занятия «Феномен сознания. Гипотезы происхождения сознания. Рассудочная деятельность животных. Нейробиологический подход к проблеме сознания. Структура сознания, сознательное и бессознательное» представлена форма занятия и его проведение. Форма организации занятия: инте-

рактивное, проводится в двух вариантах: в виде занятия-конференции или работы с малыми группами, используя стратегию развития рефлексивного отношения к информации и дискуссии. Значение изучаемой темы – приобретение научно-практического потенциала своей профессиональной деятельности в качестве клинического психолога.

Цели занятия: общая – обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями и обладать способностью и готовностью к пониманию значения гуманистических ценностей для сохранения и развития современной цивилизации, совершенствования и развития общества на принципах гуманизма, свободы и демократии (ОК-1); способностью и готовностью к пониманию современных концепций картины мира на основе сформированного мировоззрения, овладения достижениями естественных и общественных наук (ОК-2); способностью и готовностью к овладению новыми методами исследования, к изменению научного и научно-практического профиля своей профессиональной деятельности, к изменению социокультурных условий деятельности (ОК-6); способностью и готовностью к владению навыками анализа своей деятельности и умению применять методы эмоциональной и когнитивной регуляции для оптимизации собственной деятельности и психического состояния (ОК-8); владением навыками организации самостоятельной работы, консультирования и стимулирования научной активности субъектов образовательного процесса, навыками организации научных дискуссий и конференций (ПК-19).

Учебная цель: знать этапы эволюции психики и сознания у гоминид и человека разумного, нейробиологические основы сознания, структуру сознания: сознательного и бессознательно; уметь охарактеризовать особенности палеопсихологии, расщудочной деятельности животных, инстинкты и гипотезы происхождения сознания; владеть способностью и готовностью к овладению новыми методами исследования, к изменению научного и научно-практического профиля своей профессиональной деятельности, к изменению социокультурных условий деятельности.

Место проведения практического занятия: учебная комната. Оснащение занятия: компьютер, планшеты, слайды, таблицы, учебная тетрадь.

Структура содержания темы (хронокарта) состоит из следующих этапов:

1. Организация занятия (проверка посещаемости и внешнего вида студентов.
2. Формулировка темы и целей
3. Раскрытие учебно-методических вопросов по теме занятия через интерактивное занятие «малыми группами» с дискуссией и стратегией развития рефлексивного отношения к информации.
4. Итоговый контроль знаний по конференции.
5. Задание на дом (на следующее занятие).

Содержание этапа «Раскрытие учебно-методических вопросов по теме занятия через интерактивное занятие «малыми группами» с дискуссией и стратегией развития рефлексивного отношения к информации»: 18–20 студентов группы разбиваются на 4 группы по 4–5 обучающихся. Первая группа готовит материалы по теме «Феномен сознания. Гипотезы происхождения сознания», подготавливает дискуссионные вопросы. Вторая группа – готовит материалы и дискуссионные вопросы по теме «Инстинкты. Рассудочная деятельность животных». Третья группа – материалы и дискуссионные вопросы по теме «Нейробиологический подход к проблеме сознания», четвертая группа студентов – по теме «Структура сознания, сознательное и бессознательное». Каждая группа имеет 12 минут для изложения основного материала и проведения дискуссии. В конце проведения интерактивного занятия выделяется 3–5 минуты на обмен мнениями и выставление оценок за занятие.

Осуществляемая в настоящее время программа модернизации системы образования в нашей стране имеет своей целью обеспечить поддержку и развитие инновационных образовательных технологий, ориентированных на подготовку конкурентоспособных специалистов и гармонично развитой личности. Рабочая программа «Антропология» для студентов специальности 030400.65. «Клиническая психология» отвечает требованиям, предъявляемым к современному образованию. Одним из результатов модернизации высшего профессионального

образования является внедрение федеральных государственных образовательных стандартов третьего поколения, отличительной особенностью которых является использование компетентностного подхода для определения требований к содержанию образовательной программы и выпускникам на основе широкого использования в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий (компьютерных симуляций, деловых и ролевых игр, психологических и иных тренингов) в сочетании с внеаудиторной работой с целью формирования и развития профессиональных навыков обучающихся.

Summary: The article describes the features of the educational program "Anthropology" for students majoring 030400.65. "Clinical Psychology". The ongoing program of modernization of the education system in our country aims to provide support and development of innovative educational technologies aimed at training of competitive specialists and harmoniously developed personality. The work program "Anthropology" for students majoring "Clinical psychology" meets the requirements of modern education.

Keywords: anthropology, educational program, the students, clinical psychology, innovative educational technology, state educational standards.

Сведения об авторах

Аниськина Антонина Петровна – ст. преп. (*Московский государственный медико-стоматологический ун-т – ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России: Москва*)

Артеменко Олег Леонидович – м.а. (Applied Ethics), н.с. (*Институт философии НАН Беларуси; Центр философско-методологических и междисциплинарных исследований: Минск, Беларусь*)

Беляева Валентина Владимировна – д.м.н., в.н.с. (*ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора: Москва*)

Волдина Татьяна Владимировна – к.и.н., в.н.с. (*Обско-угорский институт прикладных исследований и разработок: Ханты-Мансийск*)

Воронина Татьяна Андреевна – д.и.н., в.н.с. (*отдел русского народа, Учреждение РАН Ордена Дружбы народов Институт этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН – ФГБУН ИЭА РАН: Москва*)

Галкина Татьяна Нестеровна – к.м.н., доц. (*ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», кафедра анатомии человека: Пенза*)

Готлиб Анна Семеновна – д.с.н., проф., зав. каф. социологических и маркетинговых исследований (*Самарский государственный университет: Самара*)

Гришечкина Наталья Васильевна – к.филос.н., доц. (*Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского: Саратов*)

Давыдова Анна Ильинична – к.м.н., ст. преп. (*Московский государственный медико-стоматологический ун-т – ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России: Москва*)

Зайченко Александр Анатольевич – д.м.н., проф. (*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России: Саратов*)

Иванчук Мария Сергеевна – к.б.н., доц., ст. преп. (*Московский государственный медико-стоматологический ун-т – ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России: Москва*)

Иткулова Лэйсян Ахметовна – к.ф.н., доц. (*Башкирский государственный университет: Уфа*)

Каландаров Тохир Сафарбекович – к.и.н., с.н.с. (*Учреждение РАН Ордена Дружбы народов Институт этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН – ФГБУН ИЭА РАН: Москва*)

Калмин Олег Витальевич – д.м.н., проф., зав. каф. анатомии человека (*ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет»: Пенза*)

Капустин Роман Филиппович – д.б.н., проф. (*НИУ «Белгородский государственный университет»: Белгород*)

Киньябаева Гульназира Айратовна – к.и.н., нач. научно-орг. отд. (*Академия наук Республики Башкортостан: Уфа*)

Кириленко Елена Ивановна – д.филос.н., проф. (*Сибирский государственный медицинский университет: Томск*)

Кожевникова Магдалена – к.филос.н., независимый исследователь (*Москва / Варшава: Польша*)

Комиссарова Елена Николаевна – д.б.н., проф. (*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет: Санкт-Петербург*)

Кузнецов Андрей Геннадиевич – к.с.н., с.н.с. (*НОЦ «Социально-политические исследования технологий», НИ Томский государственный университет: Томск*), доц. (*Волгоградский государственный университет, кафедра социологии: Волгоград*)

Лехциер Виталий Леонидович – д.ф.н., проф. (*Самарский государственный ун-т – ФГБОУ ВПО Самарский государственный университет: Самара*)

Мазалова Наталия Евгеньевна – к.и.н., с.н.с. (*отдел этнографии восточных славян и народов Европейской России Музея антропологии и этнографии РАН: Санкт-Петербург*)

Маринина Инна Александровна – к.б.н., ст. преп. (*Московский государственный медико-стоматологический ун-т – ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России: Москва*)

Машкина Евгения Сергеевна – ст. преп. (*Московский государственный медико-стоматологический ун-т – ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России: Москва*)

Медведева Надежда Николаевна – д.м.н., проф. зав. каф. анатомии и гистологии человека, пред. биоэтической комиссии (*Красноярский гос. мед. ун-т им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого*)

Михель Дмитрий Викторович – д.филос.н., проф., декан социально-гуманитарного ф-та (*Саратовский гос. технич. ун-т – ФГОУ ВПО СГТУ имени Гагарина Ю.А.: Саратов*)

Моисеев Вячеслав Иванович – д.филос.н., проф., зав. каф. философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук (*Московский государственный медико-стоматологический ун-т – ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России: Москва*)

Николаев Валериан Георгиевич – д.м.н., проф. (*ГБОУ ВПО Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России: Красноярск*)

Орлова Марина Олеговна – м.а., асп. (*Учреждение РАН Ордена Дружбы народов Институт этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН – ФГБУН ИЭА РАН: Москва*)

Павлова Татьяна Евгеньевна – к.м.н., доц. (*Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, кафедра биологии: Москва*)

Панасюк Татьяна Владимировна – д.б.н., проф. (*Российский государственный университет физической культуры, спорта, туризма и молодежи: Москва*)

Пешков Михаил Валерьевич – асп. (*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, кафедры анатомии и гистологии: Красноярск*)

Поповкина Галина Сергеевна – к.и.н., с.н.с. (*Институт истории, археологии и этнографии народов Дальнего Востока ДВО РАН – ИИАЭ ДВО РАН: Владивосток*)

Порадовская Татьяна Павловна – к.м.н., доц. (*каф. биологии, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, кафедра биологии: Москва*)

Родина Марина Вячеславовна – к.б.н., зав. отд. ЛФК (*Курорт «Старая Русса»: Старая Русса*)

Савельева Жанна Владимировна – д.с.н., доц. (*Казанский (Приволжский) федеральный университет: Казань*)

Сазонова Людмила Анатольевна – к.б.н., доц. (*Великолукская государственная академия физической культуры и спорта: Великие Луки*)

Сатаева Лилия Вакиловна – к.б.н., доц. (*Башкирский государственный аграрный университет: Уфа*)

Синдеева Людмила Викторовна – д.м.н., доц. (*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого: Красноярск*)

Спицын Виктор Алексеевич – д.б.н., проф., зав. лаб. экологической генетики (*ФГБУ «Медико-генетический научный центр» Российской академии медицинских наук: Москва*)

Спицына Наиля Хаджиевна – д.б.н., в.н.с. (*Учреждение РАН Ордена Дружбы народов Институт этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН – ФГБУН ИЭА РАН: Москва*)

Старченко Наталья Юрьевна – вет. врач (*ФГБУ «Белгородская межобластная ветеринарная лаборатория»: Белгород*)

Стрелкович Наталья Николаевна – к.м.н., доц. (*ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России: Красноярск*)

Татаренко-Козмина Татьяна Юрьевна – д.б.н., проф., зав. каф. биологии (*Московский государственный медико-стоматологический ун-т – ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России: Москва*)

Фролова Александра Викторовна – к.и.н., ст.н.с. (*Учреждение РАН Ордена Дружбы народов Институт этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН – ФГБУН ИЭА РАН: Москва*)

Харитонов Валентина Ивановна – д.и.н., к.ф.н., гл.н.с., рук. гр. медицинской антропологии (*Учреждение РАН Ордена Дружбы народов Институт этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН – ФГБУН ИЭА РАН: Москва*); президент Ассоциации медицинских антропологов

Харючи Галина Павловна – к.и.н.; зав. сектором этнологии (*отдел историко-социальных исследований ГКУ ЯНАО «Научный центр изучения Арктики»: Салехард, Ямало-Ненецкий авт. округ*)

Чаплыгина Марина Игоревна – студентка (*ФГБОУ ВО «Белгородский государственный аграрный университет имени В.Я. Горина»: Белгород*)

Шарайкина Евгения Павловна – д.м.н., проф. (*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого: Красноярск*)

Юсуфбекова Зинатмо – к.и.н., ст.н.с. (*отдел этнографии Института истории, археологии и этнографии им. А. Дониша Академии наук Республики Таджикистан: Душанбе, Таджикистан*)

СОДЕРЖАНИЕ

Харитонов В.И. Медицинская антропология: российские реалии (<i>предисловие</i>)	5
--	---

Медицинская антропология: направления и методы исследования

Михель Д.В. Здоровье, болезнь и страдание в медицинской антропологии (политэкономическое направление)	9
Кузнецов А.Г. Антропология клинической медицины Аннемари Мол	19
Лехциер В.Л. Линда Гарро и ее медико-антропологические исследования: основные работы, проблемы, идеи	30
Моисеев В.И. Медицина как гуманитарный проект	42
Зайченко А.А. Конституциональная психология	54
Кириленко Е.И. Лекарство как культурный конструкт	64
Медведева Н.Н., Николаев В.Г., Стрелкович Н.Н. Прогностическая роль палеоантропологических исследований для персонализированной медицины	73

Стигма и социальное неравенство

Беляева В.В., Орлова М.О. Саноцентрический двусторонний подход к формированию желательного поведения на модели инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)	82
Готлиб А.С. Аффiliation вокруг пациента в российском региональном онкологическом центре: опыт этнографического социологического исследования	93
Гришечкина Н.В. Медиаформы коммуникативного пространства пациента	103
Кожевникова М. Переживание «своего» и «чужого» на примере межкультурной социальной работы	115

*Духовно-религиозное целительство
и народно-медицинские знания*

Савельева Ж.В. Практики лечения и отношение к медицине в исламе и православии	125
Артеменко О.Л. Исцеление силой <i>хара</i> – этномедицинские представления о «здоровье» в Японии	135
Поповкина Г.С. К вопросу о духовном статусе «энергетических» практик восточной медицины	145
Волдина Т.В. Хантыйские лекари и целители	156
Киньябаева Г.А. Роль народной медицины в сохранении и воспроизводстве этноса (на примере башкир XIX в.)	164
Каландаров Т.С., Юсуфбекова З. К проблеме трансформации традиционных медицинских знаний о женском бесплодии у шугнанцев западного Памира	171
Харючи Г.П. Иррациональные способы профилактики и лечения в народной медицине ненцев	182
Иткулова Л.А. Роль представлений о душе в традиционной медицине башкир	194
Мазалова Н.Е. Формирование «особого» знания	202
Сатаева Л.В. Растения в ритуальной практике Древней Маргианы	215
Фролова А.В. Травы и знающие в современной традиции Пинежья и Мезени	225
Воронина Т.А. Дикоросы Русского Севера как еда и лекарство (XIX – начало XX в.)	235

Конституциология и медицинская экология

Спицына Н.Х., Спицын В.А. Антропогенетические аспекты формирования алкогольной зависимости у человека	247
Калмин О.В., Галкина Т.Н. Антропометрические особенности девушек 1988 – 1998 годов рождения	256
Комиссарова Е.Н., Родина М.В., Сазонова Л.А. Конституциональные особенности мужчин и женщин второго зрелого возраста как основа здоровьесберегающих технологий	266

Панасюк Т.В., Комиссарова Е.Н., Сазонова Л.А. Тип конституции как ведущий фактор в биологическом созревании человека	274
Порадовская Т.П., Машкина Е.С., Аниськина А.П. Паразитарные заболевания как пример средовых болезней в медицинской антропологии	283
Татаренко-Козмина Т.Ю., Давыдова А.И., Маринина И.А. Стволовые клетки как основная перспектива в восстановительной и реконструктивной антропологии XXI в.	292
<i>Медицинская антропология в системе образования и подготовки научных кадров</i>	
Капустин Р.Ф., Чаплыгина М.И., Старченко Н.Ю. Проблемы прикладной дидактики в формировании технологии профессиональной деятельности в рамках секционного курса по дисциплинам морфологического цикла	301
Татаренко-Козмина Т.Ю., Павлова Т.Е., Иванчук М.С. Медицинская экология и экопсихология как составная часть курса «Антропология» для клинических психологов	310
Шарайкина Е.П., Синдеева Л.В., Пешков М.В. Особенности образовательной программы «Антропология» для студентов специальности 030400.65. «Клиническая психология»	318
Сведения об авторах	327
Содержание	330

Научное издание

**Медицинская антропология: проблемы, методы,
исследовательское поле**

Труды по медицинской антропологии

Отв. редактор В.И. Харитонова

Утверждено к печати
Институтом этнологии и антропологии
им. Н.Н. Миклухо-Маклая
Российской академией наук
и
Ассоциацией медицинских антропологов

Компьютерный набор, вёрстка, оригинал макет

Петрова О.Н.

Технический редактор

Новикова И.Ю.

Корректор

Севастьянова Т.А.

Подписано в печать 25.06.2015

Формат 60x90 1/16

Усл. печ. л. 22.7 Уч.-изд. л. 23.1

Тираж 300 экз. Тип. зак. 379

Отпечатано в типографии ООО «Публисити»

117556 Москва, ул. Фруктовая, д. 7, корп. 2

ISBN 978-5-4211-0134-5



9 785421 101345