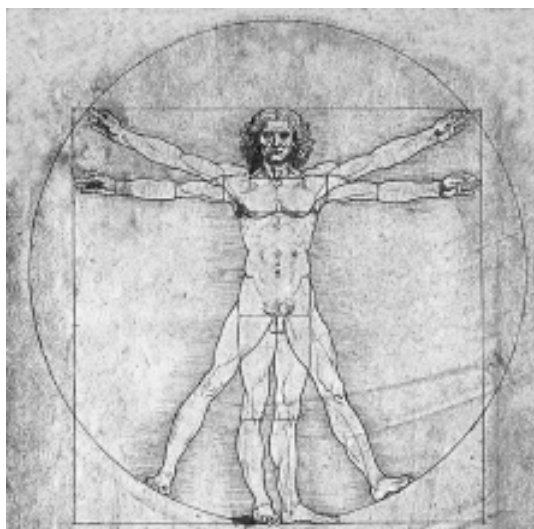


Труды по
Медицинской
Антропологии

2009

вторая
МЕЖДУНАРОДНАЯ ЛЕТНЯЯ ШКОЛА
МЕДИЦИНСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ



научная конференция
**«ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ
В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА И СИБИРИ»**

RUSSIAN ACADEMY of SCIENCES
INSTITUTE of ETHNOLOGY and ANTHROPOLOGY
named after N. N. MIKLUKHO-MAKLAI

RUSSIAN ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES
SIBERIAN BRANCH
SCIENTIFIC RESEARCH INSTITUTE
of MEDICAL PROBLEMS of the NORTH

PROBLEMS
of HEALTH PRESERVATION
in NORTHERN AND SIBERIAN CONDITIONS

* * *

Papers on Medical Anthropology

Editor in Chief
V. I. Kharitonova

Moscow 2009

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

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
СИБИРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ СЕВЕРА

**ПРОБЛЕМЫ
СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ
В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА И СИБИРИ**

* * *

Труды по медицинской антропологии

*Ответственный редактор
В.И. Харитонова*

Москва 2009

УДК 614.2(470.1/2)(571.1/5)

ББК 51.1(21)(253)

П 78

Книга опубликована при финансовой поддержке
Ассоциации коренных малочисленных народов
Севера, Сибири и Дальнего Востока
и Законодательного собрания ЯНАО

Редакционная коллегия:
В.Ф. Войцех, В.Т. Манчук, А.В. Скальный,
Е.С. Питерская, В.И. Харитонова (*отв. ред.*)

Рецензенты:

доктор исторических наук, профессор М.Л. Бутовская
доктор исторических наук, профессор Д.А. Функ

Проблемы сохранения здоровья в условиях Севера и Сибири: Труды по медицинской антропологии / отв. ред. *В.И. Харитонова*; Ин-т этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН; НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН. — М.: ОАО «Типография «Новости»», 2009. — 512 с.

В книге представлены статьи, подготовленные на основе докладов проведенной в виртуальном формате в июне 2009 года второй Международной летней школы медицинской антропологии / конференции «Проблемы сохранения здоровья в условиях Севера и Сибири». В них рассматриваются различные аспекты сохранения здоровья коренного и пришлого населения Севера и Сибири, особо выделено здоровье детей; изучаются проблемы суицида и алкоголизма. Значительное внимание уделено вопросам интеграции различных медицинских, целительских, лекарских систем; анализируются практики народных целителей и особенности их функционирования в современном обществе, в том числе в соотношении с различными психотерапевтическими методами; исследуются личностные особенности народных лекарей, целителей, шаманов. Одна из актуальных тем, отраженных в издании, — измененные состояния сознания и их роль в системах оздоровления, творческих процессах, личностном становлении.

Книга адресована специалистам академической, профессиональной и иных медицины, медицинским антропологам, этнологам, психологам, психотерапевтам, психиатрам, культурологам, религиоведам, социологам, этнографам, фольклористам. Она может быть полезна широкому кругу читателей, интересующихся альтернативной и комплементарной медицинами, народным целительством, шаманизмом, народной медициной, проблемами сохранения здоровья.

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

ISBN 978-5-88149-378-3

- © Институт этнологии и антропологии РАН, 2009
- © НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, 2009
- © Коллектив авторов, 2009
- © Редакционно-издательское оформление —
В.И. Харитонова, Е.Е. Ермакова

Вступительное слово академика
В.А. Тишкова

**СРЕДА, ТРАДИЦИЯ И ЗДОРОВЬЕ:
ЧТО МОЖЕТ МЕДИЦИНСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ?**

Каждого из нас на протяжении всей жизни сопровождает проблема здоровья и лечения болезней. За здоровье детей несут ответственность прежде всего их родители. По мере взросления сам человек берет на себя первичную ответственность за собственную жизнь и, можно сказать, он волен распоряжаться своим телом и духом. От его понимания своей ответственности и от социально-культурной среды обитания зависит очень многое. Как, кстати, и от условий природно-климатической среды и качества экологии. Заботу о престарелых берут на себя взрослые дети и родственники. Но уже давно дело сохранения здоровья и лечения болезней обрело институциональный характер и в значительной мере делегировано человеком профессиональной медицине, которая поддерживается государством за счет средств налогоплательщиков. Помимо уровня личной ответственности и заботы о здоровье (включая, так называемое, «самолечение») и уровня институциональной (официальной) медицины, есть еще уровень общественных культурных практик. Он порожден длительным опытом коллективного существования людей, исторически выработанными адаптационными механизмами, культурными традициями сохранения здоровья и врачевания.

Граница между официальной медициной и культурными практиками в этой области всегда была взаимопроникаемой: повседневный человеческий опыт, народные знания, морально-нравственные установки, существующие в разных обществах, постоянно питали профессиональную медицину, а также и саму науку о здоровье. Достаточно назвать сферу фармакогнозии — науку о лекарственных растениях, средствах лечения растительного и животного происхождения, чтобы понять, как много значит народный опыт, а не только сам по себе медицинский эксперимент для современного арсенала лечебных средств, включая прежде всего медицинские препараты.

Современные государства в значительной мере взяли на себя, среди многих других общественных функций, и функцию социальной защиты населения, которая включает организацию охраны здоровья населения. Некоторые аспекты государственной системы здравоохранения, как, например, медицинская техника, подготовка кадров врачей, вакцинация и оздоровительные учреждения, имеют ключевое значение. Никто, кроме государства, выполнить эти функции эффективно и для всего населения просто не в силах.

Однако все усилия официальной медицины недостаточны без набора неофициальных общественных практик, которые имеются в каждой стране и в значительной мере обусловлены культурой, социальной средой, духовно-нравственными установками и ценностями этнического и религиозного характера. Собственно говоря, сегодняшняя ситуация в России такова, что заметное улучшение в состоянии здоровья населения оказывается возможным не только в результате увеличения государственных и частных расходов на официальную медицину, но и в результате изменения отношения к здоровью самого человека, в результате изменения ценностных ориентаций и духовно-нравственной культуры. Среди этих больших изменений самое важное — это повышение ценности самой человеческой жизни и повышение ответственности человека за собственное здоровье. По части необходимого «большого поворота» в области здоровья человека в нашей стране имеется противоречивый опыт как советского времени, так и двух последних десятилетий. Попробую проиллюстрировать это на примере собственной жизни периода молодости, когда человек меньше всего думает о своем здоровье, но когда среда и официальная медицина нужны не меньше, чем в детском или пожилом возрасте.

Когда в 1964 году 23-летним молодым специалистом — выпускником МГУ — я приехал в город Магадан на работу в местный педагогический институт, в моем гардеробе было коротенькое осеннее пальто, в котором я проходил две зимы. Без теплого белья мерзли колени, а магаданский ветер пробирал все мои косточки. Может быть, мое уральское детство, когда морозы под минус 40 градусов не мешали нам кататься на лыжах и коньках, помогло приспособиться к арктическому климату. Среди нас, молодых преподавателей вуза, были коллеги, которые не смогли вынести частые ветра, морозы и почти полное отсутствие лета. Но были и старожилы, которым Магадан был привычен, а некоторые даже родились в этом городе. Среди студентов было много девушек и юношей из Якутии и с Чукотки. Студенты-аборигены зачислялись по специальной квоте, а якуты шли на педагогический факультет, где готовили учителей начальных классов. В самой Якутии такая подготовка в то время не велась или была недостаточной. Дважды я летал на Чукотку, чтобы провести набор студентов из среды аборигенного населения: выполнение 5% квоты было обязательным, и за это отвечал сам вуз перед Министерством образования СССР.

Природная среда арктического Севера — далеко не самое благоприятное место для жизни человека. Сейчас мне ясно, что государство завезло в этот регион слишком много населения, стимулируя

этот процесс материальными выгодами и романтикой «покорителей природы». Но тогда преобладало мнение, что, в отличие от буржуазного метода освоения Севера, в СССР не может быть разных «вахтовых» методов работы, ибо советские люди — это не расхитители природных богатств, они пришли на Север, чтобы здесь жить постоянно. О здоровье, об особенностях пищи и поведения почти и не было речи. Существовал только миф, а, может быть, и правда, что лучше долго на Севере не задерживаться или же совсем на «материк» не возвращаться: человеческий организм перестраивается, и через десяток лет жизни на Севере ему лучше обитать поверх вечной мерзлоты, а не в южных и теплых широтах.

Тогда, в 1960-е годы, советская официальная медицина в областном городе Магадане была бесплатной и всеохватной, но уровнем подготовки врачей и качеством оборудования особенно не отличалась. Пару посещений местной поликлиники за четыре года жизни я запомнил надолго неправильно поставленными диагнозами и добрыми советами терапевта «теплее одеваться». Только в конце второго года жизни купил себе оленьи унты, сшитые мастером в лагерной мастерской по протекции начальника лагеря, который был моим студентом-заочником. Эти унты мне пригодились в поездках на Чукотку, а в городе я их фактически и не носил.

В целом население Магадана отличалось вполне рациональным отношением к своему здоровью, и ситуация среди «арктических европейцев» была достаточно приличной. Скорее всего, этому способствовал относительно молодой возрастной состав горожан, а может быть, у них было больше материальных возможностей по части организации питания, отдыха, проведения отпусков. Точных данных о средней продолжительности жизни тех лет по области и городу у меня нет, но местное кладбище пополнялось гораздо реже, чем появлялись младенцы в местном родильном доме. Мой сын Василий также родился в Магадане в 1971 году во время моего второго пребывания на Севере после окончания учебы в аспирантуре. Общие демографические показатели по Магаданской области были не ниже средних по СССР, но это скорее всего объяснялось более молодым составом населения. Как я теперь могу заключить из собственного опыта, адаптационные практики приезжего населения были довольно низкими, институциональная медицина была слабой, а природная и общественная среда в целом неблагоприятной. Видимо, расплата в виде болезней и укороченных жизней сказывалась уже в подсчете населения других регионов, куда уезжали жители Магадана и области после нескольких лет работы.

На Чукотке среди аборигенов была немного другая ситуация. Казалось бы, наиболее адаптированное к среде и постоянно проживающее там население должно было иметь и более благоприятные показатели здоровья. Тем более что хозяйственные практики (оленьеводство и морской зверобойный промысел) требовали хороших физических данных. Но дело обстояло совсем не так. Я наблюдал разительный парадокс между заметными усилиями государственной медицины, стремившейся проводить обследования и лечить аборигенное население, и деградацией социальных условий и морально-нравственных норм, вызванной такими явлениями, как алкоголизация местных жителей и крайне высокий уровень смертности от неестественных причин, прежде всего от несчастных случаев на море или в тундре, а также от самоубийств. Свой отрицательный вклад вносило вмешательство пришлого населения, среди которого, помимо самоотверженных врачей и учителей, были и те, кто намеренно отбирал у аборигенов ценные ресурсы и художественные изделия за алкоголь или простым обманом.

Ситуацию в последние годы изменили, причем, изменили явно к лучшему. В таком случае необходимо понять и объяснить, как это было сделано и насколько такие методы применимы к другим регионам и группам населения. Ответ на подобные вопросы может дать научное направление, называемое медицинской антропологией. Это направление, сформировавшееся на Западе во второй половине прошлого века, занимается широким спектром проблем, связанных с сохранением здоровья. Сейчас оно начинает развиваться и у нас. Проведение летних школ медицинской антропологии, в которых принимают участие отечественные и зарубежные исследователи, а также публикация их научных трудов активно способствует этому.

ВТОРАЯ ЛЕТНЯЯ ШКОЛА МЕДИЦИНСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ

Предлагаемый вниманию читателей сборник статей подготовлен на основе лекций, докладов и выступлений, которые были представлены на вторую Международную летнюю школу медицинской антропологии, объединенную с научной конференцией «Проблемы сохранения здоровья в условиях Севера и Сибири». Это мероприятие изначально планировалось провести в г. Салехарде, столице Ямало-Ненецкого автономного округа, однако ситуация экономического кризиса внесла свои коррективы: работа была переведена в виртуальный формат¹. В июне 2009 г. присланные участниками летней школы / конференции тексты (50 лекций, докладов и выступлений; из них: 35 от российских участников, 15 от зарубежных) были размещены на сайте Института этнологии и антропологии РАН www.iea.gas.ru с объявлением сроков дискуссии. Помимо этого, 25 июня прошел международный семинар по медицинской антропологии², на котором были заслушаны и обсуждены 10 научных докладов (пять российских и пять зарубежных; один в виде «видео-моста: США — Россия»). Доклады представляли три тематических симпозиума проводимого мероприятия (№№ 4-6), на их основе и с учетом опубликованных на сайте материалов прошли интересные и содержательные дискуссии по проблематике каждого симпозиума.

Вторая летняя школа во многом стала продолжением первой, которая работала 21-24 августа 2006 г. в ближнем Подмосковье³. Основная тема школы «Проблемы интеграции медицинских систем» позволила объединить ее с международным семинаром «Шаманизм и шаманское целительство: методологический и научно-практический аспекты» (17-20 августа). На этих мероприятиях обсуждались многочисленные исследования, осуществленные с использованием комплексного и междисциплинарного методов и системного анализа. Состав их участников был также междисциплинарным, что естественно для такого научного направления как медицинская антропология. Вместе с тем, основные установки были унаследованы летними школами от предшествующих им междисциплинарных научно-практических конгрессов, симпозиумов, семинаров по шаманизму и иным традиционным верованиям и практикам. Они проводились на базе ИЭА РАН с 1999 года международной группой специалистов⁴, которая объединилась вокруг «Центра по изучению шаманизма и иных традиционных верований и практик» («ЦИШ...») при ИЭА РАН⁵. Смена ориентации стала возможна благодаря изначальной интер-

дисциплинарности мероприятий⁶ и особому интересу исследователей шаманизма к проблемам психофизиологии шаманов. Здесь обсуждались труды, выполненные в русле различных наук и научных направлений, в том числе таких как антропология сознания, психологическая, медицинская, культурная антропология. В частности, интердисциплинарная группа ученых «ЦИШ...», экспериментально изучавшая психологию личности, психофизиологию, особенности сознания (нео)шаманов и иных суперсенситивов и экстрасенсов (в первую очередь — техники работы в измененных состояниях сознания — ИСС)⁷, регулярно докладывала на этих мероприятиях о результатах своих исследований.

Ориентация на медицинскую антропологию была вызвана не только интересами исследователей, но и ситуацией с данным научным направлением в нашей стране. До недавнего времени этот термин использовался у нас для обозначения медицинского раздела физической антропологии, однако с появлением широких возможностей международного научного общения словосочетанием *медицинская антропология/этнология* все чаще стали именовать то научное направление, которое сформировалось и выделилось в западной антропологии во второй половине XX века. Медицинская антропология, как научная дисциплина социально-культурной направленности, активно развивается с 1970-х гг. преимущественно в США и Великобритании. Эта междисциплинарная область знаний является сферой интересов антропологов, историков, представителей медицинских наук, психологов, психиатров и т.д. Она исследует в первую очередь комплекс медицинских систем различного характера и уровня, существовавших и существующих в разных обществах, формы и традиции врачевания, способы оказания помощи больным, восприятие и переживание состояний здоровья и болезни представителями различных обществ, варианты сохранения здоровья человеком в тех или иных культурных сообществах. Данная дисциплина, исходно связанная с социологией, гендерными исследованиями, фактически включает как составную часть этномедицину, тесно соприкасается с психологической антропологией и антропологией сознания.

Очевидно, медицинская антропология в России должна учитывать особенности отечественной научной традиции, где широко развивалась медицинская (физическая) антропология наряду с изучением научных проблем, перечисленных выше, которые не были объединены в общее направление и часто не использовали методы, принятые западными коллегами. Именно эту установку и отражают программы проведенных в 2006 и 2009 гг. летних школ, намеренно объединяе-

мых с медицинскими и медико-антропологическими (физическая антропология) семинарами и конференциями.

Становлению и развитию медицинской антропологии в ее западном понимании во многом способствует деятельность академика РАН В.А. Тишкова, который еще в 1988 г. опубликовал статью «Диалог между антропологией и медициной»⁸, а также не единожды акцентировал внимание в своих докладах и выступлениях на важности развития данного научного направления в России. Именно ему принадлежит инициатива создания (2005 г.) подразделения медицинской антропологии в руководимом им Институте этнологии и антропологии РАН, на необходимости образования которого пришлось серьезно настаивать. В.А. Тишков активно поддержал проведение двух летних школ медицинской антропологии, отслеживал научную часть работы международных оргкомитетов. Организационную часть деятельности обоих мероприятий курировал Председатель Законодательного собрания (Государственной Думы) Ямало-Ненецкого АО и президент Ассоциации коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ, к.ю.н. С.Н. Харючи. Обе летние школы, а особенно смежные с ними семинар и конференция, были так или иначе ориентированы на проблемы сибирских и северных народов, именно поэтому, благодаря инициативе С.Н. Харючи, ЯНАО стал тем регионом, который проявил значительный интерес к их проведению.

Вторую летнюю школу активно поддержали представители академической и профессиональной медицины сибирских регионов. Это позволило довольно широко осветить в публикуемых материалах различные проблемы сохранения здоровья на Севере и в Сибири. Коренное население высокоширотных регионов России антропологически уникально, поскольку биологическая адаптация человека к условиям климатогеографических зон их проживания привела к формированию специфических адаптивных типов. Исследование особенностей сохранения здоровья такими группами российского населения необходимо, так как представители значимо отличаются по своим медико-биологическим характеристикам от принятых за среднестатистические в отечественной профессиональной медицине. Именно поэтому первый тематический симпозиум летней школы/конференции, который курировал директор ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, чл.-корр. РАМН, д.м.н., профессор В.Т. Манчук, включил лекции, доклады и выступления, посвященные «Проблемам сохранения здоровья коренного и пришлого населения Севера и Сибири». Второй тематический симпозиум «Здоровье детей народов

Севера и Сибири» (научный консультант — г.н.с. ФГУН Институт токсикологии ФМБА, д.м.н., профессор А.В. Скальный) вызвал наибольший интерес специалистов: как медиков, так и медицинских антропологов. В некоторых предложенных докладах были затронуты темы, вызвавшие самые активные дискуссии, поскольку в них рассматривались животрепещущие вопросы, обсуждаемые не только узкими научными кругами, например, такие, как детская вакцинация.

Специально был выделен тематический симпозиум «Проблемы суицида и алкоголизма в северных и сибирских регионах», который курировал рук. отделения суицидологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрави», д.м.н., профессор В.Ф. Войцех. Вопросы суицида, столь актуальные для коренного населения Севера и Сибири, уже рассматривались под руководством В.Ф. Войцеха и к.псх.н. В.С. Топоева на предыдущих мероприятиях 2001, 2004, 2006 гг. Работы второй летней школы расширили обсуждаемые аспекты явления, а этнографический очерк, предложенный американской исследовательницей Г.Й. Хёрш, позволил познакомиться с таким явлением как «культурный суицид» у эскимосов.

Четвертый тематический симпозиум «Интеграция медицинских систем в целях наиболее продуктивного оздоровления населения» неслучайно стал продолжением темы первой летней школы: интерес к этой теме был очевиден не только на заседаниях летней школы. Вопрос о возможностях, необходимости и реальности интеграции медицин волнует практиков различных медицинских систем; он актуален и для академической медицины. Однако симпозиум в целом выдержан в русле медицинской антропологии, хотя в нем представлены работы и медиков, и психологов/психотерапевтов, и антропологов. В нем также нашла отражение традиционная для наших мероприятий тема шаманизма (М. Уолкер), но, пожалуй, наиболее важной, как и прежде, оказалась проблема взаимодействия официальной медицины с народной медициной как в России (Е.Е. Ермакова, В.И. Харитоновна), так и за рубежом (Э. Вигет, Е.С. Молчанова и др.).

Пятый симпозиум, тематически связанный с четвертым, «Роль народной медицины и магики-медицинских практик, народного целительства и традиционных медицинских систем в жизни современного общества» представлен очень разными и в тематическом, и в проблемном отношении докладами и выступлениями, соответственно его наименованию. В данном сборнике публикуются только 10 текстов этого симпозиума⁹, в которых исследуются, в основном, народно-медицинские практики и их современные трансформации (см., например, статьи Г.С. Поповкиной, И. Яневой-Балабанской).

Последний, шестой симпозиум «ИСС в жизни и сохранении здоровья человека и человечества», также посвящен традиционной для наших мероприятий теме, но среди тех, кто предложил оргкомитету свои доклады, были не только постоянные участники. Состав их интердисциплинарен — психологи, нейрофизиологи, медики, этнологи; здесь есть представители творческих профессий, исследующие, в том числе, собственные творческие состояния (С. Майклсон). Что же касается ИСС и их проявлений, то они рассматриваются не только на примере шаманских практик; представлены результаты изучения болгарских целителей (И. Янева-Балабанска), российских народных целителей (О.И. Коёкина), последователей нового харизматического лидера Фархата-ата (Е.С. Мещерякова), а также ИСС у исполнителей киргизского эпоса «Манас» (Е.С. Молчанова), индейцев навахо (Ю.В. Кремер) и даже «техногенных вариантов» изменения состояния сознания (Х.Б.Д. Зодер). Сюда же включен текст доклада, прозвучавшего ранее на одном из семинаров по интердисциплинарному исследованию шаманизма. Он принадлежит ушедшему из жизни нашему коллеге, активно участвовавшему в работе «ЦИШ...» д.м.н. И.В. Родштату, и публикуется в память об этом интереснейшем ученом, уникальном представителе медицинской академической науки, много лет занимавшемся исследованием людей с суперсенситивными и экстрасенсорными способностями, в том числе — шаманов.

Таким образом, публикуемые в этой книге 45 статей являют собой, на первый взгляд, довольно разнородный материал, однако все работы связаны с одной глобальной для человека и человечества темой: сохранение здоровья. Этот сборник ярко демонстрирует определенный этап становления в нашей стране нового варианта медицинской антропологии/этнологии. Вместе с тем, включенные в него работы акцентируют внимание на наиболее интересных, актуальных и дискуссионных для современной науки темах из сферы медицинской антропологии.

¹ Список членов Оргкомитета см. в настоящем издании. С. 454-455.

² См. в наст. издании: Программа международного семинара. С. 461-462.

³ Харитонов В.И. Международный семинар «Шаманизм и шаманское целительство: методологический и научно-практический аспекты». Москва, 17-20 августа 2006 г. // ЭО. Online, 2006, сентябрь [hppt://journal.iea.ras.ru/online](http://journal.iea.ras.ru/online); Харитонов В.И., Родштат И.В. Летняя школа медицинской антропологии «Проблемы интеграции медицинских систем». Москва, 21-24 августа 2006 г. // ЭО. Online, 2006, ноябрь [hppt://journal.iea.ras.ru/online](http://journal.iea.ras.ru/online)

⁴ См. информацию о мероприятиях: Харитонов В.И., Ревуненкова Е.В., Гацак В.М., Харнер М. Международный конгресс «Шаманство и иные традиционные верования и практики» // ЭО, 2000, №1, с. 39-54; Conton Leslie. International Congress on Shamanism and Other Indigenous Spiritual Beliefs and Practices,

Moscow, Russia, June 7-12, 1999 // Shamanism. A semi-annual of the Foundation for Shamanic Studies a non-profit incorporated educational organization. 1999. Vol. 12. № 2. P. 16-23; Харитонов В.И., Ревуненкова Е.В., Эдж Х., Майклсон С. Международный междисциплинарный научно-практический симпозиум «Экология и традиционные религиозно-магические знания» // ЭО, 2002, № 6. С. 134-147; *Kharitonova Valentina*. Siberian Field Symposium // Shamanism. A semi-annual journal of the Foundation for Shamanic Studies. 2002, Vol. 15, № 2. P. 39-49; Харитонов В.И., Ревуненкова Е.В., Екеева Н.М., Тюхтенева С.П. Международный междисциплинарный научно-практический семинар-конференция «Сакральное в традиционной культуре: методология исследования, методы фиксации и обработки полевых, лабораторных, экспериментальных материалов» // ЭО, 2004. № 2. С. 125-127; Харитонов В.И. Международный междисциплинарный научно-практический конгресс «Сакральное глазами “профанов” и “посвященных”» // ЭО, 2004, № 6. С. 126-133; Харитонов В.И. Международный семинар по проблемам медицинской антропологии «Шаманское целительство и психотерапия» // ЭО. Online, 2005, ноябрь <http://journal.iea.ras.ru/> online и др.

⁵ Основные работы «ЦИШ...» см. в международной серии научных трудов «Этнологические исследования по шаманству и иным традиционным верованиям и практикам» (выходит с 1995 г. на базе ИЭА РАН).

⁶ См. подробно: Харитонов В.И. Центр по изучению шаманизма и иных традиционных верований и практик (Институт этнологии и антропологии Российской Академии наук) // *Seres Lectionum Studiorumque I nstituti Asiae Interioris*. Ed. Birtalan Agnes. Vol. 1. Budapest: Department of Inner Asian Studies, Eotvos Lorand University. 2002. P. 13-25; Харитонов В.И. Наука о человеке: комплексное междисциплинарное исследование шаманизма на базе ИЭА РАН // *Российская наука о человеке: вчера, сегодня, завтра: Материалы международной научной конференции / под ред. Ю.К. Чистова и В.А. Тишкова*. СПб.: МАЭ РАН, 2003. Вып.1. С. 230-236.

⁷ См. об этом, например: Харитонов В.И., Свидерская Н.Е., Мещерякова Е.А. Шаманы и шаманизм в свете междисциплинарных исследований // *Полевые исследования института этнологии и антропологии РАН – 2004*. М.: Наука, 2006. С. 128-149; Харитонов В.И., Топоев В.С. Шаманское целительство: к проблеме интерпретаций // *Полевые исследования Института этнологии и антропологии РАН – 2005*. М.: Наука, 2007. С. 162-178; Харитонов В.И., Украинцева Ю.В. Зов безмолвия, или Почему они – шаманы? // *Расы и народы*. Вып. 33. М.: Наука, 2007. С. 292-322; Харитонов В.И. Интегративные исследования традиционных технологий трансформации сознания // *Материалы Международного форума «Интегративная медицина – 2007»: «Технологии развития сознания и здоровье человека»*. М.: ФНКЭЦТМДиЛ Росздора, 2007. С. 53-59.

⁸ Тишков В.А., Тишкова В.В. Диалог между антропологией и медициной. О книгах Артура Клейнмана «Пациенты и целители в культурном контексте», «Социальные корни дистресса и болезни», «Заметки и тексты на полях. Дискурс между антропологией и медициной» // *Журнал прикладной психологии*. 1988. № 1. С. 37-50.

⁹ Три доклада вошли в тематический блок, предложенный для публикации в журнал «Этнографическое обозрение»: Ермакова Е.Е. Целительство (лекарство) в среде российских протестантов (Христиане Веры Евангельской – пятидесятники); Кремер Ю.В. Целительство и психотерапия в шаманизме и становление целительских практик коренных народов; Купряшина Н.А. «Во имя отца и матери и тех, кому надо»: целительские стратегии в практике городских шаманов.

ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ КОРЕННОГО И ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРА И СИБИРИ

О.С. Ткаченко

ВЛИЯНИЕ НА БИОСФЕРУ ГЕОФИЗИЧЕСКИХ ПОЛЕЙ

Биосфера — «область жизни»

Сегодня изучение законов взаимодействия живых объектов с внешней средой является основой решения экологических проблем, непосредственно связанных с практическими аспектами сохранения жизни на всей планете. Развитие сети городов, промышленных центров в новых экономических зонах Сибири, Дальнего Востока, Крайнего Севера и других территорий России требует глубокого изучения всего комплекса природных связей, ибо вмешательство человека, диктуемое экономической необходимостью и осуществляемое на основе волевых решений без учета законов функционирования различных экосистем, чревато возникновением катастрофических ситуаций и необратимых последствий. В настоящее время становится все очевидней, что экологическая деградация может снизить потенциал не только экономического, но и социального развития нашей страны.

Согласно учению В.И. Вернадского (*Вернадский, 1975; 1978*), биосфера — это «область жизни», состоящая из живых систем всех уровней организации и среды их обитания: атмосферы, литосферы и гидросферы; для обозначения совокупности этих систем предложен термин *биота*. Все компоненты этой хрупкой оболочки жизни, окутывающей Землю, тесно связаны между собой, так что экологические изменения в одном звене неразрывной цепи, как правило, влекут за собой нарушения в других ее звеньях.

Биосфера — нелинейная открытая многоуровневая система, непрерывно обменивающаяся веществом, энергией и информацией с окружающей средой — верхними слоями атмосферы, космосом и земными недрами. Возникает необходимость научного поиска переносчиков энергии и информации из космоса и земных недр в биосферу, с одной стороны, и определения механизмов реакций земных объектов на воздействие предполагаемых агентов — с другой.

Понятие биосферы может быть расширено, если ее при этом рассматривать как самонастраивающуюся колебательную систему. Ритм астрофизических, геофизических, биохимических, биологических

и других природных явлений соответствует ритму волновых процессов, протекающих в Солнечной системе, а спектры доминирующих частот этих процессов принадлежат фундаментальному спектру частот системы. Например, изменения земного поля гравитации, проявленные в виде упорядоченных приливных деформаций, взаимодействуют с собственными колебаниями Земли и ее внутренними неоднородностями. В результате, в энергетически активных средах литосферы возникают суммарные эффекты и устанавливаются колебательные режимы по типу авторезонансных. На поверхности Земли появляется система пространственно распределенных упорядоченных стоячих автоволн. Следы пучностей грунтовых автоволн дешифрируются на космических снимках поверхности Земли, что позволяет выявить каркас планеты. Это имеет практическое значение для разработки региональных схем природопользования.

В формирование и развитие биосферы, наряду с космическим воздействием, значительный вклад вносят, как известно, и внутриземные процессы. В частности, при построении энергобаланса биосферы, прогнозировании ее состояния вместе с тепловой энергией, выделяющейся из земных недр, необходимо учитывать масштаб, структуру и интенсивность тектоно-сейсмических энергетических потоков. Тектонические процессы сами по себе являются фактором, сильно влияющим на биосферу. Но при этом происходящие в ней изменения могут затушевывать более слабый эффект — изменения, связанные с увеличением или уменьшением магнитного поля планеты.

Ключом к изучению геодинамического воздействия на биосферу исследователи считают фиксируемые короткоживущие локальные возмущения, которые зарождаются на границе мантии и ядра. При этом могут происходить и вертикальные движения, и горизонтальные перемещения плит. В литосфере эти вариации активизируют разломы, вызывая аномально высокие пластовые давления, землетрясения, оползни, рост оврагов, аварии протяженных инженерных сооружений, ухудшение самочувствия людей.

Многочисленные исследования по изучению ритмики биосферы показали, что в процессе эволюции живые системы усвоили все основные ритмы внешней среды и выработали чрезвычайно чувствительный механизм ответных реакций на изменения ее параметров. Это обеспечивает как согласованное взаимодействие всех функций внутри организма, так и гармоничное соответствие всего организма условиям внешней среды.

Выявление агентов, которые могут исполнять роль посредников при передаче колебаний параметров внешней среды на живые сис-

темы, составляет одну из важных задач в изучении биосферы. Традиционно отдается предпочтение электромагнитным колебаниям. Однако определен еще ряд факторов, способных влиять на биосистемы. К ним относятся космические лучи, температура, влажность и давление воздуха, акустические колебания (ультра- и инфразвук). Сюда же правомерно отнести и сейсмические (механические) колебания, которые до настоящего времени фактически не рассматривались в качестве возможного посредника при взаимодействии живой природы с внешней средой.

Микросейсмические колебания — возможный посредник между окружающей средой и живыми системами

На большом экспериментальном материале в последние десятилетия доказана высокая чувствительность биосистем любого уровня (от клетки до организма) к механическим вибрациям и колебаниям. В работах по изучению сейсмических колебаний выявлено, что их спектр лежит в пределах от сотых долей секунды до нескольких часов и модулируется долгопериодными колебаниями, обусловленными солнечной и геомагнитной активностью, а также гравитационными эффектами в системе Солнце — Луна — Земля. Поэтому низкочастотный диапазон содержит не только механические, но и акустические (ультра- и инфразвук), электрические, электромагнитные и геомагнитные колебания.

Еще одним аргументом в поддержку предположения о роли сейсмических колебаний в формировании биоритмов является хорошее согласование периодов инфранизкочастотных колебаний Земли с около часовым ритмом живых организмов. В представленной таблице (Табл. 1) отмечены более 20 биохимических процессов жизнедеятельности клеток, около 10 физиологических функций различных организмов, а также подвижность и поведение животных, активность человека, ритмы физиологии растений (*Поляков и др., 1992*).

Приборные наблюдения инфранизкочастотных колебаний Земли показали, что имеется некоторый постоянный уровень сейсмических колебаний с периодом от 160 до 4 минут. Среди них частоты с периодами от 160 мин. до 30 мин. отражают колебания ядра Земли, Мирового океана и атмосферы, периоды солнечных колебаний. Выделяются также собственные (резонансные) колебания Земли, которые являются ее своеобразным паспортом. При измерениях в сейсмически спокойные дни были выявлены 54 основных тона и 10 обертонов в интервале от 53,54 мин. до 3,55 мин. При взрывах или сильных землетрясениях амплитуда колебаний значительно возрастает. Этот класс сейсмических колебаний может служить связующим звеном

между упомянутыми геофизическими и космическими процессами и окологасовыми биоритмами на всех уровнях организации биосистемы. Характерной особенностью этих биоритмов является их фундаментальность в сочетании с высокой нерегулярностью, что присуще и сейсмическим колебаниям. С точки зрения ученых именно инфранизкочастотные сейсмические колебания можно принять в качестве основного датчика времени этого биоритма. Спектр этих колебаний достаточно изменчив, зависит от региональных условий, сейсмической обстановки, атмосферной циркуляции, приливных явлений, солнечной и геомагнитной активности.

Таблица 1

**Спектр сейсмических колебаний
и соответствующих биоритмов (Поляков и др., 1992)**

СЕЙСМИЧЕСКИЕ КОЛЕБАНИЯ	ПЕРИОД (мин) ЧАСТОТА (Гц)	БИОРИТМЫ	ПЕРИОД (мин)
Инфранизкочастотные колебания ядра Земли, Мирового океана и атмосферы, периоды солнечных колебаний	30–160 <i>(6-1)·10(-4)</i>	Секреция белков Электронная активность нейронов Размеры клеток и ядер Дыхание Частота сердечных сокращений Электрическая активность мозга	50–100 20–100 30–50 30–100 20–130 30–120
	3,55–53,54 <i>(4,7-3,1)·10(-4)</i>	Активность человека Физиология растений Синтез белков Содержание SH-групп в белках Аксоплазматический ток Концентрация полиамидов	60–100 30–70 20–80 40–60 20–30 40–60
Низкочастотные микросейсмы (метеорологические процессы)	2–20 сек. <i>0,5–0,05</i>	Мембранный потенциал Дыхание клеток Дыхательный центр человека	40–60 40–60 6–8 сек.
	Высокочастотные микросейсмы (фундаментальные свойства земной коры)	0,01–1сек. <i>100–1</i>	Кругооборот крови по большому кругу по малому кругу Чувствительность к вибрациям общей массы человека печени сердца биотоки мозга

В ряду околочасовых ритмов обращает на себя внимание относительная стабильность ритма в физиологических процессах растений, которые значительно теснее связаны с грунтом, чем животные и человек. Этот интервал лежит в основном в пределах собственных колебаний планеты. Именно к этой группе относится и ритм основных клеточных механизмов, который мог быть усвоен в начале эволюции живого вещества.

В спектре сейсмических колебаний выделяется постоянный фон (сейсмический шум) в диапазоне частот от 0,05 до 100 Гц, названный микросейсмами (МС). Источником МС с частотами 0,05-0,5 Гц являются метеорологические процессы и волны на водной поверхности, которые усиливаются на порядок при прохождении атмосферных циклонов. Таким образом, эта часть сейсмических колебаний тесно связана с атмосферной циркуляцией, которая реагирует на изменения солнечной и геомагнитной активности. Характерным свойством этих микросейсм является слабое затухание, что и обуславливает достаточно высокий уровень шума не только в прибрежных зонах, но и в сугубо континентальных районах.

Однако максимум амплитуды земных токов и геомагнитных пульсаций отмечается в области частот порядка 10(-2) Гц, тогда как микросейсмические колебания имели максимум в пределах десятых долей Гц. Это свидетельствует лишь об общем изменении ритмики внешней среды при возмущениях в околоземном пространстве. Микросейсмы с частотами выше 1 Гц существуют повсеместно и являются фундаментальным свойством земной коры. Интенсивность их увеличивается при ветре, дожде, вблизи текущей и падающей воды, а также зависит от структуры грунта и антропогенной деятельности. При этом возмущения могут увеличиваться на 1-2 порядка по сравнению с невозмущенными условиями. Кроме того, микросейсмические колебания модулируются приливными вариациями силы тяжести и другими долгопериодными сейсмическими колебаниями.

Таким образом, общий уровень микросейсмических колебаний имеет полусуточные, суточные, многодневные и многолетние вариации с периодами, соответствующими приливному явлению в атмосфере, а также зависит от атмосферной циркуляции в циклах солнечной и геомагнитной активности. Спектр МС зависит и от географических особенностей местности (наличия рек, водоемов, характера растительности, рельефа), и механических свойств почвы. Все это определяет высокую степень изменчивости амплитудно-частотных характеристик спектра МС в пространстве и времени при изменении факторов внешней среды. Этот спектр лежит в области биологически

активных частот механических колебаний и вибраций. Например, резонансная область частот для общей массы тела человека лежит в пределах 4-5 Гц, печень резонирует при 6-10 Гц. Диапазон частот биотоков мозга занимает интервал от 0,5 до 20 Гц. Работе дыхательного центра в норме соответствует частота 1,2-1,7 Гц.

Ученые отмечают особый факт, подчеркивающий важную роль гравитационных эффектов в биоритмах, которые могут проявляться через сейсмические колебания. Известно, что свободный околосуточный (циркадианный) биоритм составляет 25 часов. Между тем, если учесть, что полусуточный лунный прилив имеет период 12 час. 25 мин, то трудно считать случайным совпадение периода этого биоритма с удвоенным периодом лунного прилива, который влияет на литосферу, гидросферу и атмосферу. Таким образом, и в фундаментальном циркадианном биоритме основой являются механические (сейсмические) колебания, модулируемые гравитационными эффектами.

Возможно, что удивительная способность растений и животных безошибочно и заблаговременно узнавать об изменении погоды, предчувствовать землетрясения и другие возмущения параметров внешней среды связана с реакцией на характер спектра сейсмических колебаний, который отражает, в конечном счете, изменения гравитационного поля как в системе Солнце — Земля — Луна, так и во всей Солнечной системе.

Существенная особенность рассмотренного типа взаимодействий — низкий пороговый уровень плотности потока мощности, который составляет примерно 10 (-12) Вт м⁻² вне зависимости от физической природы внешнего фактора. Важны лишь период и форма колебаний. Информационное взаимодействие происходит при синхронизации механических осциллирующих систем, когда разность частот автоколебаний и внешнего сигнала достаточно мала. В рассматриваемом случае биота представляет собой автоколебательную систему, а сейсмические колебания — внешний сигнал. Связь этих колебательных систем осуществляется через поверхность контакта живых организмов с внешней средой. Близость внутренних биоритмов к ритмике внешней среды дает необходимое условие малой разности частот взаимодействующих колебательных систем.

Итак, если принять сейсмические колебания в качестве внешнего датчика биоритмов, то можно понять, почему в биоритмах отражен весь спектр колебаний космических и геофизических процессов. С этих позиций получают естественное объяснение негативные для биосферы последствия нарушений частотного спектра параметров внешней среды, которые возникают под влиянием нестационарных при-

родных возмущений и антропогенной деятельности. Конечно, нельзя утверждать, что сейсмические колебания — единственный датчик соответствующих биоритмов. Их следует рассматривать лишь как один из фундаментальных способов передачи ритмов внешней среды на биосистему, не требующий специфических сенсорных приемников.

Качественную картину взаимодействия биосистем с внешней средой можно представить следующим образом. Гравитационные эффекты и ритмика околоземного пространства сопровождаются вариациями геофизических полей, которые возбуждают сейсмические колебания широкого спектра частот и воспринимаются живым организмом при контакте с литосферой, гидросферой или атмосферой.

Электромагнитные поля — основа информационных взаимодействий в биосфере

Общим свойством всех неравновесных систем как внутри биосферы, так и за ее пределами являются флуктуации — непрерывные сложные изменения ее параметров. Многочисленные экспериментальные исследования слабых инфранизкочастотных (ИНЧ) вариаций внешней среды в физико-химических, техногенных и биологических системах показали глобальность и универсальность вариаций этих систем и их зависимость от электромагнитных и гравитационных воздействий в условиях естественного фона.

В наиболее общем виде концепция взаимосвязи компонентов природы была сформулирована В.И. Вернадским в его учении о биосфере. Он писал, что происходящий в биосфере круговорот веществ и энергии осуществляется, прежде всего, при участии всех населяющих ее организмов, что многообразная живая природа на нашей планете «согласована в своих тончайших проявлениях и по существу является частью стройного единого целого, единой структуры — организованности». При этом явления, происходящие в биосфере, не могут быть поняты, если не учитывать ее связи со строением Космоса. Наличие таких связей выявил в своих исследованиях А.Л. Чижевский (*Чижевский*, 1976). Он обнаружил корреляцию ряда глобальных биологических, геологических и геофизических процессов с солнечной активностью и с другими космическими явлениями. Это позволяет рассматривать биосферу как иерархически организованную открытую систему, на всех уровнях которой все внутренние процессы регулируются информационными взаимодействиями, а функции биосферы, как единой планетарной организации жизни, регулируются информационными связями с ее космическим окружением.

При кажущемся многообразии действующих в Природе сил между материальными объектами подавляющее большинство из них имеет

электромагнитную природу. «Электромагнитным силам природа предоставила самую широкую арену деятельности. При взаимодействии частиц в самых компактных системах природы — в атомных ядрах и при взаимодействии космических тел электромагнитные силы играют выдающуюся роль, в то время как ядерные и гравитационные силы существенны только либо в очень малых, либо в космических масштабах... Трудно, почти невозможно указать явление, которое не было бы связано с действием электромагнитных сил... Сама жизнь была бы немыслима без этих сил. Живое существо и даже человек, как показали полеты космонавтов, способны длительное время существовать в состоянии невесомости. Но если бы на мгновение действие электромагнитных сил прекратилось, то сразу исчезла бы и жизнь» (Григорьев и др., 1966).

Исследования позволили сделать вывод, что электромагнитные поля являются носителями информации на всех уровнях иерархической организации живой природы, а также информации, извлекаемой биосферой из Космоса. Важно подчеркнуть, что в организации всех биосистем и их взаимосвязях в биосфере главную роль играет не количественная, а качественная сторона информации, содержащейся в сигналах электромагнитного поля, т.е. характер сигнала.

Одной из важнейших задач экологической науки является изучение механизмов воздействия внешней среды на растительные и животные организмы и сообщества, включая и человека. Живая природа возникала и развивалась при взаимодействии с разнообразными проявлениями окружающего мира. Среди них, как было сказано выше, по значимости выделяются природные электромагнитные поля — от гамма-излучений до медленно изменяющихся электрического и магнитного полей Земли. Поэтому можно полагать, что все диапазоны этого естественного электромагнитного (ЭМ) спектра повлияли на эволюцию организмов, и это должно было отразиться на процессах их жизнедеятельности. Представляются вероятными несколько видов электромагнитных взаимодействий в живой природе: 1) внутри организмов и между ними, 2) влияние на все живое как земных, так и космических электромагнитных излучений.

Излучает все — от травинки до человека

С периодическими явлениями на Солнце, электричеством и магнетизмом Земли связаны самые разнообразные жизненные проявления — от размножения и миграции насекомых до частоты поражений человека молнией и колебаний смертности среди людей. При этом излучает все — от травинки до человека. Интересен так называемый «электрический ландшафт» лесов и лугов, обусловленный

процессами жизнедеятельности организмов. Факторами биосферы, определяющими в значительной степени этот «электрический ландшафт», являются низкочастотные электромагнитные поля геофизического происхождения. Было установлено, что растительность является хорошим электростатическим экраном в диапазоне 0 -10 кГц (Гуляев и др., 1984). Это может быть объяснено электрическими характеристиками зеленой массы растений. Диапазон проявления электрических ритмов у растений в отличие от животных лежит в пределах сотых и тысячных долей Гц, однако контактные электрические эффекты на этих частотах весьма значительны. Поэтому электрические поля (ЭП), генерируемые растениями, несут физиологическую информацию о реакции растений на внешние воздействия. Есть основание полагать, что медленно меняющиеся электрические поля, создаваемые за счет солнечного освещения больших массивов растительности (лесов, лугов, полей), вносят заметный вклад в ЭП приземного слоя атмосферы.

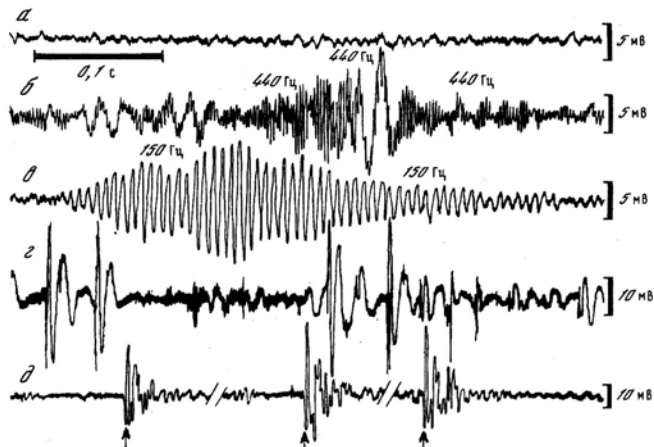


Рис. 1. Временные изменения потенциала j поля относительно Земли (j -граммы) в полосе частот 40-3500 Гц, произведенные вблизи различных биообъектов в естественных условиях их обитания (Гуляев и др., 1984): а — «фон» в лесу в отсутствие летающих в пределах 5 м крупных насекомых; б — рой комаров внутри брезентовой палатки; в — пролетающих в 25-50 см от антенны; г — электромагнитные сигналы звуковых частот геофизической природы, зарегистрированные в полночь под открытым небом; д — береза при нанесении ударов по ее стволу, записи с расстояния 25 см против места нанесения ударов, моменты ударов указаны стрелками (З).

Записи (а-в) получены при помощи антенны в форме диска диаметром 4 см; записи (г-д) при помощи штыревой антенны длиной 500 мм, сечением 2,5 x 2,5 мм.

Источником переменного поля могут являться механические колебания (вибрации) не только зарядов, индуцированных на поверхности листьев атмосферными электрическими полями, но также зарядов, возникающих за счет процессов, происходящих в самом зеленом листе, что приводит к формированию резонансных явлений. «На слух» они представляют собой щелчки, трески, шипящие рулады, похожие на звуки костра, сложенного из сырых поленьев и др. Характер звуков различен для дневного и ночного времени. Возможно, это является навигационным ориентиром для насекомых и птиц. Электромагнитное поле насекомых несет не только информацию, но и влияет на траекторию их движения. Широко известно, что голуби (а возможно и другие птицы и животные) ориентируются в пути по магнитному полю. В экспериментах установлено наличие однодоменных и суперпарамагнитных кристаллов биогенного магнетита в определенных тканях голубей, рабочих пчел, рыб и млекопитающих, в панцирях моллюсков, в магниточувствительных бактериях (Петрова и др., 1992).

В зависимости от знака заряда насекомые притягиваются или отталкиваются друг от друга и от хищников, а также испытывают ускорение во внешнем поле. Причиной электрических полей живых систем является, в первую очередь, биологическая активность электрогенных живых тканей, которая сопровождается возникновением электрических токов в организме, создающих на поверхности тела мозаичную картину из различных биопотенциалов. Последние могут зарождаться также за счет биохимической, физиологической и морфологической разнородности тканей организма, потенциалов повреждения и т.д. Шерсть животных, перья птиц и хитиновые покровы насекомых в результате трения приобретают заряды, которые перераспределяются при различных движениях — дыхании, механических вибрациях сердечной мышцы, взмахах крыльев.

Неотъемлемой частью жизнедеятельности организмов является биополе — поле материальной природы, генерируемое живой системой. До сих пор отсутствует четкое определение механизмов формирования биополей. Тем не менее, многочисленные экспериментальные данные свидетельствуют о том, что вблизи биологических объектов регистрируются излучения в широком интервале электромагнитного спектра. Здесь фиксируются как низкочастотные (квазистатические электрические и магнитные поля), так и высокочастотные электромагнитные излучения оптического, инфракрасного, ультрафиолетового и радиодиапазонов (Красногорская и др., 1992), поскольку в любом организме протекают, как правило, физико-химические и фи-

зиологические процессы с использованием внутренней электромагнитной энергии, приводящие к образованию электромагнитных полей вокруг самой системы.

Результатом этих процессов является формирование квазистатических и переменных электромагнитных полей (ЭМП) отдельных органов и всего живого существа в широком диапазоне частот. Примером могут служить инфранизочастотные ЭМП, которые являются следствием работы сердца, мозга и движения заряженных элементов крови в кровеносной системе. Регистрируемое распределение полей зависит как от интенсивности обмена и структурных особенностей тканей, так и от состояния экранирующего слоя на поверхности кожи, ее влажности, ионизации воздуха и других факторов. Экспериментальные данные, полученные в клиниках и в опытах на животных, свидетельствуют о перспективности изучения квазистатических полей живых систем. Квазистатические поля целостного организма дают важную диагностическую информацию, позволяющую оценивать функциональное состояние органов и тканей, отличать по электрическому полю живую ткань от неживой и даже обнаруживать специфику распределения этого поля у больных. С квазистатическими полями непосредственно связана также работа мозга и нервной системы в целом.

Перейдем к рассмотрению возможных механизмов генерации живыми системами высокочастотных составляющих электромагнитного поля — излучений ультрафиолетового (УФ), оптического (ОИ), инфракрасного (ИК), радиоволнового (РИ) диапазонов. Наиболее отчетливо генерация и соответствующая передача информации посредством ультрафиолетового излучения (УФ) проявляется при делении клеток. Оптическое излучение (ОИ) зарегистрировано впервые от корней растений, а затем — от всех видов клеток и тканей. Например, интенсивность оптического излучения сыворотки является квантовомеханической характеристикой ее гомеостаза, что свидетельствует о существенной роли этого излучения в процессах обмена. Из экспериментальных фактов следует, что оптический диапазон биополя возникает преимущественно при рекомбинации радикалов липидных молекул и управляется путем изменения компонентов свободнорадикального перекисного окисления липидов и активности ферментов, связанных с обменом кислорода. Развитие оптикоэлектронных методов индикации тепловых процессов позволило обнаружить также инфракрасный диапазон биополя. Исследователями выявлено, что инфракрасный диапазон биополя зависит от выраженности обменных процессов, напряженности электромагнитного поля организма и меняется при развитии

патологии. В случае опухолевого процесса, например, уровень оптического диапазона (ОИ) понижается, а уровень инфракрасного излучения (ИК) повышается. Источником излучения живыми системами радиоволн (РИ) является связанное с электрогенезом образование и распространение радиоволн при прохождении импульсов по нейрону, движении клеток и ворсинок, сокращении мышечных волокон, работе сердца, перистальтике кишечника и т.д. Образование электромагнитного поля радиодиапазона возможно при изменении электронной структуры макромолекул, например, ДНК, белков, а также в результате биохимических, биофизических и иммунологических реакций. Механизмы генерации электромагнитных полей живыми системами различаются не только по молекулярному, электрофизиологическому обеспечению процессов генерации, но также по иерархии и взаимосвязи между различными механизмами. Например, в момент прохождения импульса по нейрону генерируются как радиоволны, так и излучения оптического диапазона. Многие процессы возможны лишь при условии резонансного взаимодействия, для реализации которого достаточны незначительные потоки электромагнитной энергии.

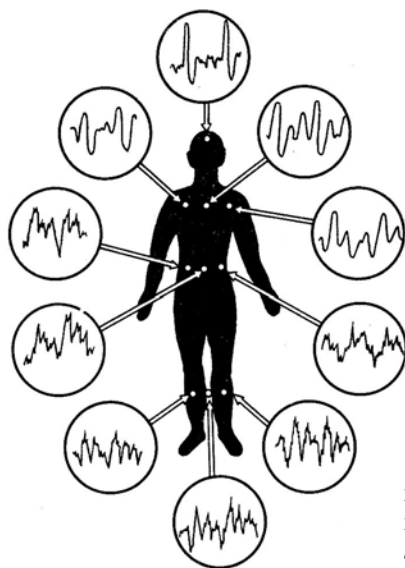


Рис. 2. Электрограммы электрического поля человека при его регистрации над различными точками тела (Гуляев и др., 1984). Время регистрации 1 с; записи получены при различных усилениях и несравнимы по амплитуде.

Для такой сложной, весьма неравновесной системы, как живой организм, излучения в широком диапазоне частот являются неизбежными, в том числе и за счет химических реакций и электрических процессов, приводящих к возбуждению молекулярных и надмолекулярных систем. Но при этом излучение может оказывать регулирующее влияние на ход химических или электрических процессов в организме и быть определенным каналом передачи информации между клетками, между ДНК и белками и т.д. В этом плане представляется весьма вероятным наряду с информационно-управляющими системами организма (химической и электрической) наличие третьей системы — *системы электромагнитного поля, управляющей через излучение.*

Исследования человека показали, что потенциал его электростатического поля относительно Земли, зарегистрированный на расстоянии 10 см от поверхности тела, достигает 2-3 В/м, причем эта величина зависит от состояния организма. Максимальная величина напряженности поля около тел испытуемых пловцов составила 80 В/м, среднее значение $15 \pm 2,2$ В/м (Куделькин и др., 1984).

Отмечается определенная связь электрического заряда человеческого тела, который периодически изменяется (один период равен одним суткам, другой — приблизительно 27 суткам), с биоритмами человеческого организма. У психически больных людей фиксируется очень сильное колебание заряда. Установлено, что электрический заряд человеческого тела сильно меняется при гипнозе или анестезии и что любое отклонение организма от нормы сказывается на электрическом заряде тела. Таким образом, возникает возможность использовать это явление для лечения психических, онкологических, глазных болезней, для регенерации тканей, а также при изучении измененного состояния сознания.

Измерения электрического поля (ЭП) вблизи человеческого организма показало, что оно содержит различные частотные компоненты. Пока лучше всего изучены частотные составляющие, несущие информацию о деятельности сердечной мышцы и дыхания. Установлено, что переменное электрическое поле вблизи человека обусловлено не только биоэлектрическими, но и механическими процессами, сопровождающими работу сердца. Форма и амплитуда электрограмм зависят от местоположения датчика поля и, по-видимому, отражают колебания соответствующих участков тела при прохождении пульсовой волны.

Существенно, что бесконтактная регистрация поля позволяет исключить в изучаемом процессе искажения, вызываемые влиянием на-

кладных датчиков. Возникновение высокоамплитудных электрических полей вблизи человека объясняется значительными поверхностными зарядами тела человека, создающего эти поля. Детальный анализ структуры электрического поля вблизи человеческого организма позволил установить, что над биологически активными точками (БАТ) фиксируется резкое возрастание потенциала поля. Учитывая тот факт, что области БАТ характеризуются более низким сопротивлением электрическому току, чем окружающие ткани, есть основание полагать, что здесь возникают поля, обусловленные неоднородностями и динамикой электрофизических параметров биологических тканей. Это важно при изучении электрических явлений, связанных с творческим процессом, или явлений, принципиально недоступных для исследования контактным методом. Такие процессы очень медленны. Образующиеся при этом поля занимают диапазон приблизительно 10(-2)Гц-10(-7)Гц. Биоэлектрическая активность мозга также сопровождается крайне медленными ритмическими колебаниями частотой до 10(-4) Гц. Электромагнитные поля, генерируемые в биосистеме, распространяются внутри и за пределами организма и являются необходимым элементом жизнедеятельности. Это хорошо демонстрирует моделирование распределения электрического поля вокруг организма, в данном случае, человека. Картина поля, построенная по результатам расчетов физической модели, соответствует одному из моментов кардиоцикла— амплитудному максимуму зубца R электрокардиограммы.

Проблемам зависимости изменений геомагнитного поля от различных компонент посвящена обширная литература. Особое внимание уделяется эволюции органического мира. Примеры связи между магнитным полем Земли и живыми организмами весьма многочисленны. Выше уже отмечалась способность животных и птиц ориентироваться по магнитному полю; наличие у различных живых организмов кристаллов биогенного магнетита может служить основой магниторецепции организмов. В океанических донных отложениях выявлена четкая корреляция между палеомагнитными границами (инверсиями геомагнитного поля) и границами изменения различных видов планктона. Все это дает основание рассматривать магнитосферу Земли как одну из экологически значимых компонент биосферы. Изменяясь во времени, причем особенно значительно в так называемый переходный период при смене полярности, продолжающейся 10-15 тыс. лет, магнитное поле планеты, по-видимому, влияло на ход эволюции живых организмов. Изучение влияния геомагнитных возмущений на репродуктивность и выживаемость различных групп бактерий показало, что при этом может происходить мутационный скачок.

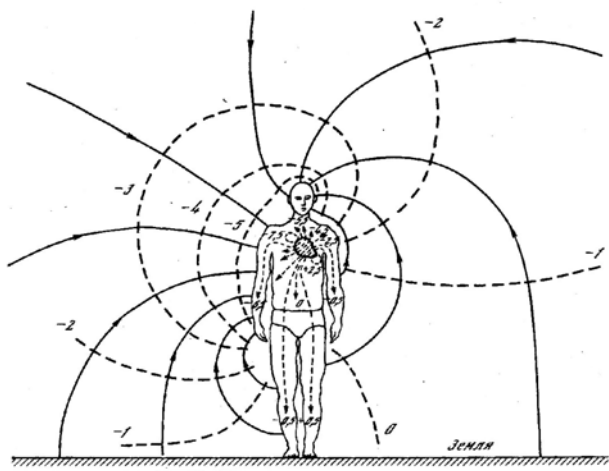


Рис. 3. Распределение электрических полей вокруг человека, возникающее за счет биоэлектрической активности сердца (Гуляев и др., 1984). Сплошные и штриховые линии — силовые и эквипотенциальные линии поля соответственно. Цифры у эквипотенциальных линий — значение потенциалов электрических полей на поверхности кожи или в воздухе (в мВ) относительно Земли.

Влияние внешних физических полей на биосферу

При исследовании необходимо учитывать двойственную роль геомагнитного поля. Как известно, это является одним из регуляторов солнечно-земных связей и поэтому опосредованно влияет на разнообразные земные процессы. Вариации естественного электромагнитного поля Земли, обусловленные процессами, происходящими в верхних слоях атмосферы, позволяют получить важную информацию и о состоянии земных недр. Электромагнитные волны различной частоты проникают на различную глубину. Поэтому с их помощью можно отобразить изменение сопротивления пород в соответствии с глубиной. Поле, фиксируемое на поверхности Земли, определяется двумя токовыми системами: ионосферными токами, возбуждающими первичное (внешнее) поле, и земными (теллурическими) токами, создающими вторичное (внутреннее) поле. Полное поле можно представить как сумму нормального и аномального полей (здесь нормальным называется поле, возбуждаемое ионосферными токами в горизонтально-слоистой Земле, а аномальным — поле, возникающее за счет горизонтальных геоэлектрических неоднородностей).

Как известно, геофизическая (магнитная и гравитационная) аномалия — это отклонение напряженности естественного геофизичес-

кого поля планеты от его нормального значения для данной местности. Она определяется особенностями магнитных и гравитационных свойств земных пород и глубиной их залегания. А так как живые организмы формировались на Земле исторически длительное время, то они как биосистема должны были приспосабливаться к этим геофизическим полям, чтобы не только выживать, но и развиваться.

Таким образом, вопрос о влиянии геомагнитного поля на биосферу распадается на три части. Во-первых, магнитное поле может оказывать непосредственное воздействие на живые организмы, и его резкие изменения вызовут изменения в биосфере. Во-вторых, магнитное поле влияет на протекание процессов в магнитосфере и регулирует проникновение к поверхности Земли корпускулярного солнечного и космического излучений. В-третьих, с магнитным полем связаны климаты различных регионов. Нас интересует первый аспект влияния геомагнитного поля — воздействие на человека.

Геофизические поля и человек

Любой человек в ежедневной обстановке окружен одновременно и биологическим (собственным), и внешними природными и индустриальными полями. Так как же выстраиваются взаимоотношения Человека, а затем и Социума с этим интегральным воздействием ЭМП? Со времени открытия электромагнитных излучений считалось, что люди, равно как и другие живые существа, не имеют органа чувств, воспринимающего внешнее электромагнитное поле. Однако вся эволюция на Земле происходила и происходит на фоне мощных внешних флюктуаций различных физических полей. Воздействие электромагнитного поля Солнца на биосферу было убедительно доказано в первой половине XX века А.Л. Чижевским. Влияние техногенного магнитного поля на здоровье человека, в том числе и на репродуктивную функцию, в настоящее время также достаточно исследовано и признано: данные по величине воздействия внешних техногенных излучений входят в число показателей экологических условий проживания в городах. Экологи и медики раньше полагали, что можно пренебречь влиянием на человека природных физических полей из-за их малой величины и интенсивности. Но при длительном существовании человека на Земле геофизические поля не могли не сказаться на его физической и психической организации. С их важной ролью в поддержании здоровья живого организма на борту космического корабля ученые столкнулись при первых же полетах.

Эксперименты показали, что магнитное поле является раздражителем, имеющим мало сходства с другими. Оно проявляется слабее, чем свет или ионизирующая радиация, но действует непосредственно на нервные клетки мозга. Магнитное поле (МП) вблизи головы человека идентифицируется исследователями как МП излучаемых альфа-ритмов, которые хорошо прослеживаются у человека при открывании и закрывании глаз. Поэтому мозг человека можно сравнить с радиоприемным устройством, которое настраивается на частоту электромагнитных колебаний в атмосфере, что и оказывает сильное влияние на психику человека. А данные о пульсациях геофизических полей подтверждают, что вблизи поверхности Земли действительно формируются электромагнитные поля этого инфранизкочастотного (ИНЧ) диапазона. Организм человека может приспосабливаться к изменениям гелиогеофизических характеристик среды, однако в случаях, ведущих к ослаблению адаптации, эти изменения могут вызвать нарушения некоторых функциональных систем организма. Известно, что люди с сердечно-сосудистыми заболеваниями реагируют на повышение солнечной и геомагнитной активности и геомагнитные бури (Боборыкин и др., 1984). Выявлена зависимость возникновения инфаркта миокарда и от прохождения циклонических и атмосферных фронтов, возникающих при взаимодействии ветра с магнитосферой.

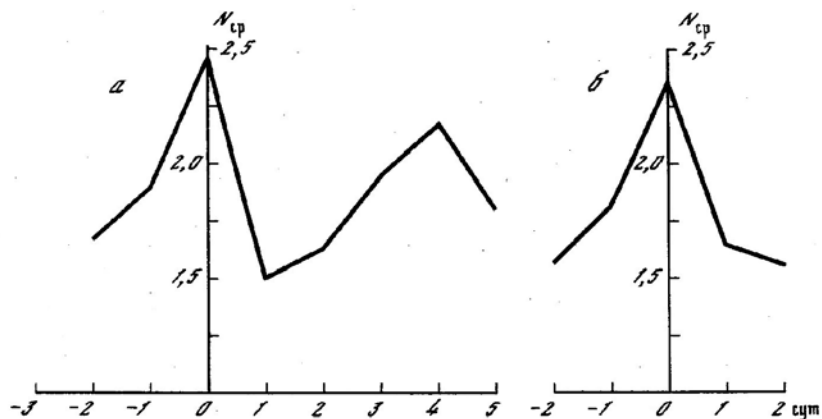


Рис. 4. Среднесуточный показатель заболеваний инфарктом миокарда при прохождении циклонов (а) и атмосферных фронтов (б) (Боборыкин, 1984).

Установлено, что наиболее благоприятной для сердечно-сосудистых больных является погода в антициклоне, при которой среднесуточный показатель заболеваний составил $1,48 \pm 0,057$. В дни циклонов число случаев инфаркта миокарда увеличивалось на 28%, а в дни перехода от антициклона к циклону — почти в 2 раза. Рост числа случаев инфаркта миокарда начинался за день до наступления циклона, достигая максимума в день его прохождения. Первый подъем числа заболеваний, по-видимому, связан с действием нерегулярных электромагнитных импульсов (атмосфериков), оказывающих влияние на активность коры головного мозга и коллоидные системы организма человека. Второй подъем заболеваний возникает на 3-4 день от начала прохождения циклона. Этот всплеск зависит от резких изменений метеорологических параметров, которые оказывают неблагоприятное влияние на вегетативную нервную систему и приводят к изменениям в системе свертывания крови.

За последние годы появилось большое число публикаций, свидетельствующих о влиянии ЭМП различных частот на нервную систему. Была установлена корреляция между числом больных, поступивших в госпиталь с психическими расстройствами, с интенсивностью электромагнитных явлений, происшедших за день до этого, а также солнечными пятнами, существовавшими три дня назад. Объяснено явление тем фактом, что нервные клетки электрически поляризованы и что по нервным волокнам протекают электрические токи. Изменение направления этих токов или потенциалов поляризации на обратное, а также уменьшение силы тока до нуля переводит нерв в возбужденное состояние. Замечено, что осенью и зимой МП оказывают более сильное влияние, чем весной и летом. Предполагается, что допустимая величина МП, в котором может находиться человек, не должна превышать 50 мТл.

Очевидно, такое влияние возможно через систему резонансного отклика организма, функции которой выполняют биохимические реакции с участием биологически активных элементов. Их в организме человека насчитывают до 20. Почти все химические элементы на Земле, за исключением аргона, церия и тория, имеют в своем составе изотопы, ядра которых обладают магнитным моментом. Каждый магнитный изотоп (МИ), благодаря наличию магнитного момента ядра, характеризуется определенной частотой $f_{рез}$. На ней происходит резонансное поглощение ядрами МИ энергии воздействующего на них электромагнитного поля. В случае управления сознанием определяющими, по-видимому, являются элементы, час-

тоты ядерномагнитного резонанса которых лежат в диапазоне частот энцефалограммы человека (0,35-70 Гц) (*Красногорская и др., 1992*).

Геофизические поля и социум

Люди, длительно живя на планете, смогли в общей массе приспособиться к особенностям внешней среды. Основу адаптации составляет сформированная тысячелетиями традиция выбора людьми мест обитания. Длительное общение предков с суровым окружающим миром практически всегда вырабатывало оптимальные условия существования, ведь природная среда не могла не сказаться на физическом и психическом состоянии человеческого сообщества. При сопоставлении местоположения древних поселений на территории СНГ с картой распределения геофизических полей Евразии выясняется, что население с древности и по сей день концентрируется вблизи нулевой изолинии (ее ширина принята равной 5 километрам) геомагнитного поля в пределах площадей умеренных и отрицательных магнитных аномалий (от -3 до +3 милиэрстед) (*Город-экосистема, 1992*). Средняя плотность городов и городского населения в полосе нулевой изолинии аномального магнитного поля в несколько раз выше, чем за ее границами и чем в среднем по заселенной территории. Вычисленная корреляция демографических характеристик городов на восточно-европейской территории России с данными по аномальным магнитным полям показала: чем меньше расстояние до нулевой зоны геомагнитного поля, тем выше там прирост населения. (*Природное решение демографической проблемы!*) Коэффициент корреляции возраста областных и столичных городов с расстоянием до нулевой изолинии аномального геомагнитного поля показал, что из вновь образовавшихся городов более жизнеспособными и удобными для населения оказались города, возникшие вблизи нулевой изолинии. Они стали областными центрами. Плотность жителей на площадях с положительными магнитными аномалиями в полтора раза меньше.

Предпочтение осуществляется неосознанно. Люди селятся там, где они чувствуют себя лучше, комфортнее. Нужно учесть, что это достаточно долговременная картина, сложившаяся несмотря на внешние воздействия магнитосферы разной продолжительности и интенсивности, вплоть до магнитных бурь. Влияние на человека может оказываться как прямым образом, так и через компоненты природной среды — атмосферные осадки, облачность, грозы, распределение пылевых частиц, геохимические процессы в почве и др.

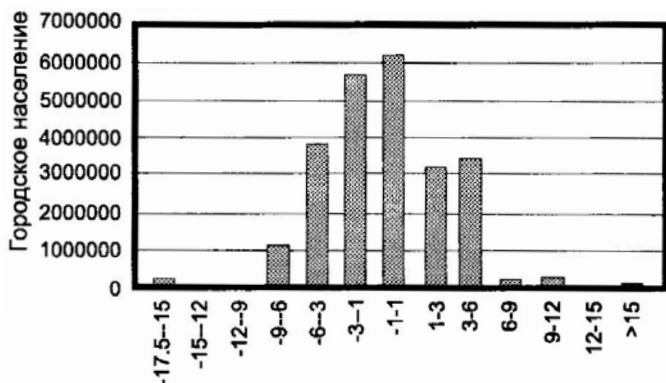


Рис. 5. График распределения городского населения (на 1989 г.) в зависимости от аномального магнитного поля (в радиусе 2,5 км) для 23 областей и республик Центра Европейской России. По вертикали — городское население 23 областей и республик. По горизонтали — средняя величина магнитного поля (милиэрстед) в радиусе 2,5 км вокруг центра города (9) (*Город-экосистема*, 1996).

Влияние геофизических полей на плотность поселений выявлено автором данного исследования в Подмоскowie (расселение древних славянских племен кривичей и вятичей), в Сибири (расселение палеолитических предков в Восточной Сибири и более позднее расселение ненцев в Западной Сибири) и других местах. В глобальном плане восточная часть северной Евразии имеет те же геофизические характеристики и ту же организацию пространства, что и западная часть Евразии — родина цивилизаций Старого Света. В разных частях Евразии, в разные исторические периоды геофизические характеристики территории влияли на выбор людьми осваиваемых земель, вне зависимости от принадлежности к этносу (*Ткаченко*, 2004). Это можно объяснить взаимодействием на резонансном уровне наиболее архаичной основы биосистемы человека с геофизическими характеристиками данной местности. Геомагнитное поле влияет на физиологию и в первую очередь на репродуктивную функцию человека, геогравитационное поле определяет крепость человеческого тела, тектонические зоны способствуют мутационным процессам в живой природе и приспособлению к определенным естественным условиям окружающей среды, ибо здесь происходят мощные флуктуации внешнего магнитного поля. Это подтверждает важность рассматриваемого параметра в экологических и демографических исследованиях (*Город-экосистема*, 1996; *Ткаченко*, 2004; 2005).

Исследования достаточно очевидно выявили, что устойчивое развитие поселения и стабильный прирост его жителей, его экономиче-

ская и социальная привлекательность сильно зависят от характеристик естественного аномального магнитного поля территории, на которой поселение возникает. Это необходимо учитывать градостроителям и экологам при выборе территорий для закладки и развития постоянных поселений.

Таким образом, изучение природной среды обитания человека представляет практический интерес. Новые научные представления об электрических полях живых организмов и методы их изучения не только дают возможность получать недоступные прежде данные о протекании тех или иных процессов жизнедеятельности, но и позволяют по-иному почувствовать единство живого организма со средой обитания. Через физические поля планеты осуществляется в значительной степени энергетическое и информационное взаимодействие организмов между собой и с внешней средой. Знание оптимальных условий существования людей позволяет любому социуму накапливать и сохранять здоровый физический и духовный потенциал как отдельной человеческой особи, так и их коллективу, выбирать наиболее безопасные пути миграции и наиболее благоприятные места для закладки поселений. Данный подход позволяет с высокой вероятностью оценить экологические и чрезвычайные ситуации, предусмотреть профилактические мероприятия; объяснить с научной точки зрения природные и техногенные энергоинформационные взаимодействия человека с окружающей средой.

Литература

Боборыкин, 1984 — Боборыкин А.М., Емельянов А.П., Кондратюк И.К. О возможности прогноза заболеваемости инфарктом миокарда по анализу гелиогеофизических данных // Электромагнитные поля в биосфере (в двух томах). Т.1. Электромагнитные поля в атмосфере Земли и их биологическое значение. М.: Наука. С. 177-184.

Вернадский, 1975 — Вернадский В.И. Размышления натуралиста. М.: Наука.

Вернадский, 1975 — Вернадский В.И. Живое вещество. М.: Наука.

Григорьев и др., 1966 — Григорьев В.И., Мякишев Г.Я. Силы в природе. М.: Наука.

Город-экосистема, 1996 — Город-экосистема / отв. ред. Лихачева Э.А., Тимофеев Д.А. М.: ИГРАН.

Гуляев и др., 1984 — Гуляев П.И., Заботин В.И., Шлиппенбах Н.Я. Электрические поля биообъектов // Электромагнитные поля... С. 118-124.

Красногорская и др., 1984 — Красногорская Н.В., Малов В.П., Шелепин Л.А. О возможных механизмах генерации электромагнитных излучений живыми системами // Электромагнитные поля... С. 133-140.

Красногорская и др., 1992 — Красногорская Н.В., Пархомов А.Г. Космическая природа ритмов в биосфере // Современные проблемы изу-

чения и сохранения биосферы. Т.1. Свойства биосферы и ее внешние связи. СПб.: Гидрометеоздат. С. 237-246.

Куделькини др., 1984 — *Куделькин С.А., Торнцев Ю.В.* Внешние инфранизкочастотные электромагнитные поля организмов // Электромагнитные поля... С. 125-132.

Марков, 1992 — *Марков Г.П.* Магнитный резонанс как один из возможных механизмов космического воздействия на биосферу // Современные проблемы... С. 173-180.

Петрова и др., 1992 — *Петрова Г.Н., Свиточ А.А., Фаустов С.С., Храмов А.Н.* Влияние геомагнитного поля на биосферу // Современные проблемы... С. 121-129.

Поляков и др., 1992 — *Поляков Б.В., Сазеева Н.Н.* Сейсмические колебания как возможный посредник при взаимодействии биоты с внешней средой // Современные проблемы... С. 277-282.

Ткаченко, 2004 — *Ткаченко О.С.* Жизненное пространство России // Биогеофизика: Бюллетень. М.: Компания Спутник+, №1. С. 14-24.

Ткаченко, 2005 — *Ткаченко О.С.* Город как экосистема // Тематическая научно-практическая конференция «Городской строительный комплекс и безопасность жизнеобеспечения граждан». М.: МГСУ. С. 292-299.

Чижевский, 1976 — *Чижевский А.Л.* Земное эхо солнечных бурь. М.: Мысль.

В.И. Хаснулин

ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФИЗИОЛОГИИ КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРА КАК ОСНОВА ВЫЖИВАНИЯ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРИРОДНЫХ УСЛОВИЯХ

Рассматривая психологию и психофизиологию этноса, особенно на современном этапе, необходимо отметить зависимость человека от климатогеографических условий региона постоянного проживания. Само понятие этничности, по мнению многих исследователей, характеризуется тремя группами признаков — климатогеографическими, антропобиологическими и социокультурными (*Бромлей*, 1983; *Гумилев*, 1990 и др.). Исследования А.В. Сухарева (1997) дают определенное основание говорить, что приоритетным фактором в психическом онтогенезе человека является его отношение к природной среде собственного рождения и проживания. Соответственно, точкой отсчета в диагностике этнофункционального дизонтогенеза является рассогласование социокультурных и антропобиологических этнических признаков человека с ландшафтно-климатическими условиями его рождения и проживания.

Действительно, наши данные и данные других специалистов подтверждают, что у народов Севера и других регионов с дискомфортом

ными и экстремальными климатогеографическими условиями формируется во многом необычное для жителей средних широт мировосприятие образа жизни, социальных и культурных ценностей, а также восприятия окружающей действительности. Даже язык народа, имеющий общие корни со многими языками других родственных народов, приобретает в процессе эволюции массу новых понятий, связанных с ведущими средовыми факторами конкретного региона. Так, у нганасан, живущих в суровых климатических условиях полуострова Таймыр, с понятием «снег» связано несколько сотен слов.

Формирование здоровья народов Севера происходило в течение смены 3-5 тысяч поколений. С первых этапов проникновения человека в полярные регионы природная среда в значительной степени детерминировала условия его существования. Изменения материальной культуры, изменение условий ведения хозяйства, ритмы питания, отдыха, воспроизводства и т.п. диктовались в первую очередь требованиями обеспечения наибольшей жизнестойкости организма человека при проживании в экстремальных условиях среды. Народная мудрость обеспечивала эффективное приспособление человека к экстремальным климато-геофизическим условиям высоких широт развитием с раннего детства способности образного восприятия мира, сближением человека с природой, привитием согласованного с биосферой ритма деятельности и отдыха, способствующего максимальному ускорению восстановительных процессов.

Известно, что наиболее эффективно сохранять здоровье, полноценную жизнедеятельность и воспроизводить новые поколения в экстремальных климатогеографических условиях коренные жители Сибири и Севера смогли за счет подбора уклада жизни, особенностей языка, ритуалов, рационов питания, режимов труда и отдыха, социокультурных традиций, основных видов промыслов, одежды, сохраняющей тепло и самоочищение тела, воздействия ряда психотерапевтических (ритуальных, шаманских) средств, продуктов животного и растительного происхождения. Это был тип экологически сбалансированной со всеми элементами окружающей его биосферы жизнедеятельности человека. Одновременно вся деятельность человека, кочевой образ жизни обеспечивали возможность воспроизводства всех затраченных природных ресурсов, растительного и животного мира территории проживания данного этноса.

Рассмотрим вначале проблему труда и отдыха для коренных жителей. До сих пор многие руководители не понимают, почему коренной житель Севера не может приспособиться к ежедневному 8-часовому рабочему дню, тяготеет к раннему началу работы, осо-

бенно в зимний период; не может привыкнуть к строгому регламенту перерывов на обед и т.п. Психофизиологические исследования последних 20 лет проливают свет на эти вопросы. Вся проблема обусловлена возможностями организма жителя северных широт мобилизовать в единицу времени психические, энергетические, пластические и информационные резервы жизнеобеспечения в период выполнения работы и в период обеспечения эффективных восстановительных процессов.

В обычной среднеширотной человеческой популяции существует три типа людей, отличающихся по степени возможности мобилизовать внутренние резервы в единицу времени. Один из них обладает способностью мобилизовать максимум внутренних резервов организма на действие мощного стрессирующего фактора в короткое время и обеспечить за счет этого наиболее эффективную краткосрочную адаптацию к изменившимся условиям существования. В таких ситуациях у этого типа людей ускоряются нервные процессы, повышается эффективность переработки мозгом информации, скорость простых сенсомоторных реакций становится максимальной, происходит выброс в кровь адаптивных стрессовых гормонов, активизируются функции кардио-респираторной системы, выбрасываются в кровь необходимые для усиленного энергетического обеспечения углеводы, белки и жиры. Однако быстрая трата внутренних резервов не означает последующей быстроты восстановительных процессов. Процесс восстановления также требует дополнительных психических, пластических, энергетических, регуляторных ресурсов, которые перед этим были уже в значительной степени потрачены на активную и интенсивную краткосрочную адаптацию. Поэтому восстановление как потраченных ресурсов, так и структурно-функциональных элементов систем жизнеобеспечения организма затягивается на значительное время. Следующая эффективная быстрая мобилизация ресурсов у этого типа людей возможна лишь после накопления необходимого минимума резервов. Людей со скоростным типом адаптивного реагирования В.П. Казначеев (1981) назвал по аналогии со спортивными типами реагирования — *спринтерами*. Обращает на себя внимание тот факт, что именно данный тип адаптивного поведения способен практически с первых минут пребывания в новых условиях перестроить свои психологические и физиологические механизмы жизнеобеспечения на новый уровень функционирования, позволяющий успешно и адекватно реагировать на любые изменения внешней среды, сохраняя при этом высокий уровень психической и физической работоспособности. Но длительное проживание в экстремальной среде быстро истощает адаптивные резервы спринтеров. У них час-

то развиваются острые инфекции, нейроциркуляторная дистония, гипертония и другие экологически обусловленные заболевания.

Второй, противоположный тип возможностей мобилизации внутренних приспособительных резервов отличается более экономным и медленным использованием ресурсов организма в единицу времени. Данный тип людей на стрессовую ситуацию реагирует постепенным нарастанием мобилизации ресурсов центральной нервной системы, эндокринной системы, обменных процессов, систем кровообращения и дыхания, иммунной защиты, выделительных и барьерных функций. Но активация всех психических, пластических, регуляторных, энергетических ресурсов при этом не достигает максимально возможных величин. Регуляторные системы жизнеобеспечения организма ставят ограничения на использование всех ресурсов организма в короткие промежутки времени. Организм сохраняет постоянный резерв адаптивных ресурсов, который уже в процессе использования начинает пополняться. У таких людей траты и восстановление приспособительных ресурсов идут одновременно. Люди с подобным типом мобилизации адаптивных резервов хорошо приспосабливаются к длительному действию стрессирующих факторов не очень высокой интенсивности. Они переносят первые месяцы адаптации с существенными осложнениями со стороны функционирования основных гомеостатических систем, снижением работоспособности и отличаются в этот период негативным состоянием психики (высокий уровень тревожности, заторможенность нервных процессов, агрессивность, депрессия). Вместе с тем, эти люди не могут приспособиться к стрессовым ситуациям большой величины. Значительные экстремальные ситуации могут вызывать у них срыв адаптации и часто — патологические состояния. Эти люди более склонны к развитию хронической патологии, которая протекает доброкачественнее. Именно они менее склонны к острым заболеваниям и, в целом, их адаптивные механизмы имеют преимущества для выживания на Севере длительное время. Люди с экономичным типом адаптивного реагирования были названы *стайерами*.

Наконец, выделяют группу людей со средней величиной возможностей мобилизации внутренних приспособительных резервов, названных *микстами*. Они не способны выдержать как мощные короткие стрессовые воздействия, так и длительные стрессовые нагрузки средней интенсивности.

Итак, какое же отношение стайеры и спринтеры имеют к формированию психофизиологических реакций коренных народностей Севера и их режимы труда и отдыха? Оказалось, прямое. Результаты

анализа наших исследований показали, что среди городских и сельских жителей Ханты-Мансийского АО встречается больше представителей адаптивного типа стайер. При этом в сельской среде, где человек меньше защищен от экстремальных факторов среды, процент жителей «стайеров» оказался значительно больше, нежели в городе. Все это вполне согласуется с существующими данными по другим северным регионам страны (Таймыр, Ямал, Якутия, Республика Коми, Чукотка), где естественный отбор привел к накоплению в популяции стайеров, то есть людей, способных по своим генотипическим адаптивным возможностям долгие годы проживать в экстремальных климатогеографических условиях.

Полученные данные подтверждают, что коренные жители Севера относятся преимущественно к адаптивному типу реагирования стайер, и, соответственно, мобилизуют свои психические, энергетические, пластические и информационные резервы жизнеобеспечения и используют их в обеспечении восстановительных процессов постепенно в экономном режиме. В этой связи становится понятным тот факт, что коренные жители Севера предпочитают работу выполнять в медленном темпе с меньшими физическими нагрузками и сокращенными временными интервалами, и, соответственно, с большими восстановительными периодами. Другими словами, коренные жители — «стайеры» своим адаптивным типом мобилизации резервных возможностей организма могут обеспечивать эффективное выживание в экстремальных климатогеографических условиях высоких широт при размеренном ритме выполнения хозяйственных, социальных физических и психических нагрузок. Интенсивный социально закрепленный ритм 8-ми часового труда, особенно в зимнее время, становится причиной ускоренного истощения внутренних резервов организма, снижения темпов восстановительных процессов, а также формирования состояния тяжелого физического и психического переутомления. Никакие авралы, рекорды, напряженные социально-экономические ритмы достижения материального успеха в реалиях современного капитализма не совместимы со стайерскими экономизирующими возможностями мобилизации психических и физических ресурсов организма. Поэтому организм таких людей подсознательно протестует и не соглашается с навязываемым спринтерским ритмом жизни.

С адаптивным типом мобилизации резервных возможностей и скоростью восстановительных процессов организма стайера связаны особенности скорости переваривания пищи у коренных жителей Севера, скорости восстановительных процессов в желудочно-кишечном тракте и печени, и, соответственно, ритмичность приема пищи. Трехразовый (по часам) прием пищи истинным жителям северных

широт, придерживающимся традиционного образа жизни, не присущ. Вы можете себе представить охотника, рыболова, оленевода — аборигена Севера, питающегося во время своего промысла в тундре, в тайге или на воде по часам? На самом деле человек принимает пищу лишь тогда, когда предыдущая съеденная порция достаточно переварилась и появился голод. Так поступают в этих суровых условиях и дикие звери, приступая к охоте и последующему приему пищи только после переваривания предыдущей добычи и появления признаков голода. Скорость переваривания пищи и восстановительные способности органов пищеварения на Севере ограничены еще и снижением активности пищеварительных и других ферментов, обусловленных конформационными изменениями белковой структуры фермента под влиянием мощных геомагнитных возмущений и флуктуаций сил тяжести в высоких широтах. Не случайно практически все народы Севера постоянно используют в качестве лечебного средства порошок из сушеных желудков птиц, зайцев и других животных, а также высушенные рыбы желчные пузыри.

Оценивая особенности режима приема пищи, следует остановиться и на закономерностях формирования рационов питания коренных жителей Севера. Особое и важное место среди механизмов, обеспечивающих качество адаптации коренных жителей к экстремальным условиям Севера, занимают алиментарные процессы жизнеобеспечения, основанные на рационах питания, соответствующих особенностям северного белково-жирового типа метаболизма. Северный тип обмена веществ сформировался как ответная защитная адаптивная реакция организма на так называемый синдром полярного напряжения, включающий комплекс адаптивных и дизадаптивных изменений в организме человека, начиная с молекулярно-мембранных, ферментативных, метаболических процессов и заканчивая реакциями центральной нервной системы под влиянием экстремальных геофизических, климатических и метеорологических условий высоких широт. Именно особенности функционирования жизнеобеспечивающих систем организма в условиях северного экологически обусловленного стресса (синдрома полярного напряжения) потребовали большего использования в обменных процессах белков и жиров и уменьшения углеводов, что соответствует большей потребности включения в рационы питания мяса северных и морских млекопитающих, птицы и свежей, часто сырой рыбы.

Неприятие до сего времени многими коренными жителями европейских рационов питания связано, прежде всего, с дефицитом в завозных продуктах необходимых аминокислот, достаточного количества

полиненасыщенных омега-триеновых жирных кислот, а также специфических биологически активных веществ, выработавшихся или накопившихся в организме животных и рыб для достижения эффективно-го равновесия с природными факторами и улучшения процесса адаптации к конкретным северным природно-климатическим условиям.

Л.Е. Панин (2006), обобщая серию исследований, отмечает, что в высоких широтах под влиянием суровых экологических факторов организм человека переходит на новый уровень гомеостаза, отличающийся большим использованием жиров и меньшим использованием углеводов на энергетические нужды. При этом значительно возрастает роль белков в энергетическом обмене. Изменяется потребность в водо- и жирорастворимых витаминах в сторону жирорастворимых. Похожие свидетельства о белково-липидной направленности метаболизма коренных жителей Севера мы находим в работах Н.В. Власовой (1975), Н.Г. Халтаева (1979), П.Е. Влощинского (1999), Е.Р. Бойко (2005) и других.

Меньшая потребность коренных жителей в углеводах подтверждена многими исследованиями. Считается, что стабильное снижение уровня глюкозы является одним из наиболее ранних метаболических проявлений формирования долговременной адаптированности.

Подобные пристрастия мы видим и в рецептах народной медицины. В качестве действенного лечебного и оздоровительного средства при многих заболеваниях принято употреблять свежую кровь здорового оленя, отличающегося упитанностью, хорошей шерстью и рогами, а также блестящими глазами. Часть крови замораживается и таким образом заготавливается впрок. С целью восстановления сил, для обеспечения общеукрепляющего эффекта предлагается использовать питательную смесь, состоящую из мелко нарубленной сырой печени только что убитого животного и ягод клюквы или брусники.

В профилактических целях употребляют в пищу строганина и рыбий жир. В качестве профилактического и лечебного средства предлагается использовать растопленный жир оленя. Дают выпить 1-2 столовых ложки жира один раз в день, то есть около 60 граммов жира. В некоторых рекомендациях уточняется, что жир должен быть взят с тонкого кишечника оленя. В некоторых случаях для лечебных и профилактических целей рекомендуется употреблять теплое топленое внутреннее сало песца по столовой ложке три раза в день (детям по чайной ложке) в промежутках между приемами пищи. Запасают жир осенью и зимой.

Белужьим жиром смазывают плохо заживающие раны, болезненные ушибы. Он способствует быстрому заживлению и снятию

болей. Многие северные народы используют медвежий и гусиный жир. Лечебным средством служит мясо тундровой куропатки, строганина из печени оленя, свежее легкое оленя, костный мозг из задних конечностей оленя.

Наконец, даже ягоды и ядра кедровых орехов хранят и употребляют, смешав их с рыбьим жиром. Например, ягоды водяники используются в пищу вместе с тюленьим жиром и вяленой рыбой.

Все приведенные сведения подтверждают привязанность коренных жителей к белково-жировым компонентам пищи.

Итак, в ходе формирования высокоширотного типа адаптации коренных жителей Севера сложился специфический вариант полярного метаболизма. Этот тип обмена веществ характеризуется усилением энергетической роли липидов и белков при снижении роли поступающих из внешней среды углеводов. Основной энергетический баланс человека в высоких широтах обеспечивается метаболизмом липидов, а доля энергии, получаемой в результате окисления углеводов, остается сравнительно небольшой.

У жителей умеренной климатической зоны этот тип обмена веществ используется в качестве резервного: он периодически подключается в случаях, когда организм нуждается в поступлении повышенного количества энергии.

Сравнение рационов питания коренных жителей Севера позволяет нам с уверенностью говорить, что полярный тип метаболизма присущ практически всем представителям коренных северных народов.

Вполне очевидно, что энергетически экономный тип мобилизации адаптивных резервов у коренных жителей Севера, обусловленные этим типом психические, эмоциональные и психофизиологические реакции, обменные процессы, режимы труда, отдыха, ритмика пищеварительных процессов и приема пищи выработали на протяжении многовекового проживания в высоких широтах и своеобразный уклад жизни, определяющийся комплексом семейных, общинных, культурных традиций и гармонизирующий жизнедеятельность человека и человеческих сообществ с изменяющимися суровыми природными условиями существования. Этот уклад во многом прямо противоположен образу жизни, свойственному технократической цивилизации. Самые совершенные в средних широтах системы школьного образования в условиях Севера препятствуют развитию у детей образного восприятия мира и образного мышления, являющихся для северян одним из важнейших адаптивных защитных механизмов.

Вместе с тем, впитываемая со дня рождения вера в действенность ритуалов, позволяет сегодня народным целителям и шаманам с помощью ритуальных психотерапевтических воздействий излечивать многие недуги у коренных жителей северных регионов. Именно поэтому они, несмотря на многочисленные запреты со стороны «высокоцивилизованных» европейцев, не желают принимать европейские рационы питания, тяготеют к работе в организованных коллективах современных предприятий и учреждений, с трудом соглашались с оседлым образом жизни, до сих пор сохраняют ритуалы и институты шаманства, определяющие основные принципы жизнеобеспечения, выживания в экстремальных климатогеографических условиях высоких широт.

Другими словами, мы имеем дело с северным адаптивным типом человеческого организма, который приспосабливается к негативным природным условиям Севера как за счет психологических и физиологических перестроек функций организма, так и за счет своеобразия культуры, уклада и образа жизни.

Одним из важнейших элементов эволюционно отобранных механизмов приспособления коренных жителей к действию экстремальных климатогеографических условий Севера оказалось формирование фенотипически закрепленной асимметричности функционирования полушарий головного мозга.

Современные научные данные однозначно говорят о ведущем значении функции правого полушария мозга в регуляции адаптивной подстройки организма человека к изменяющимся условиям природной среды и воздействию других физических, в том числе техногенных, факторов. Этот вывод подтверждается значительным увеличением среди людей, проживающих в экстремальных климатогеографических регионах, доли левшей (по сравнению с регионами с благоприятным умеренным климатом), превалированием функции правого полушария мозга у коренных жителей Севера; отсеиванием с увеличением срока проживания в высоких широтах пришлых жителей с превалированием функции левого полушария; увеличением среди первого и последующих поколений переселенцев на Север правополушарных людей.

Среди коренных жителей Таймыра выявлено 56,3% людей с превалированием функции правого полушария мозга. Ярко выраженных левшей, которые даже в школе продолжали писать и рисовать левой рукой, после настойчивой попытки переучивания оказалось 21,6%; 54,5% этих левшей знали о леворукости своих родственников (отец, мать, братья, сестры). Среди амбидекстров и правойшей род-

ственники-левши обнаружались у 23,3%. Материальная культура, образ жизни, психологическая структура деятельности в труде и в быту многих северных народов также не связана с доминированием левого полушария головного мозга. Например, устройство оленьей упряжки, бросание маута (ременной петли) и т.п. предполагают в качестве ведущей левую руку. Другие предметы материальной культуры не имеют четко выраженной предназначенности в деятельности для правой руки. Это отличие существенно, так как развитие предметной среды и образа жизни народов европейской культуры, проживающих в средних широтах, характеризуется усложнением общественных структур и развитием специализации, унификации орудий труда, рассчитанных на ведущую роль правой руки. Пришлые жители Севера, имеющие в своем составе сразу после приезда в высокие широты только 6-7% левшей, под действием негативных природных факторов подвергаются естественному отбору. Правши постепенно начинают выезжать с Севера. Остается больше амбидекстров и левшей. Так, на Таймыре среди пришлых жителей, проживших 15-20 лет в высоких широтах, количество левшей достигло 17,9%.

В процессе Советско-Индийского полярного эксперимента также выяснилось, что эффективность адаптации здоровых жителей тропиков и жителей средних широт на Севере в значительной степени была обусловлена активацией функции правого полушария мозга на фоне повышения активности центральной нервной системы в целом. Кроме того, было показано, что у людей, работающих и проживающих в экстремальных климатогеофизических условиях, с высокой функциональной активностью правого полушария головного мозга ассоциируются: эффективный тип метаболизма, высокая устойчивость к психоэмоциональному стрессу, высокая иммунная защищенность, хорошая сбалансированность эндокринных реакций, оптимальное течение восстановительных процессов, а также более благоприятное течение патологических процессов. Левополушарные люди, попадая под действие негативных изменений природно-климатических факторов, в большей степени страдают от быстро прогрессирующих заболеваний, подвержены психоэмоциональным стрессам, несут тяготы от нарушений метаболизма, характеризуются болезненной метеочувствительностью, наличием функциональных иммунодефицитов, регенераторно-пластической недостаточностью. Другими словами, с функцией правого полушария головного мозга у человека оказался связан механизм формирования устойчивости к природным (гелио-геофизическим и метеорологическим) условиям окружающей среды. Проявлением этой устойчивости является резистентность к метеопатическим реакциям.

Исследования позволили сделать вывод о том, что правое полушарие, контролируя внутренние гомеостатические процессы в организме и перестраивая их в соответствии с изменениями во внешней среде, обеспечивает биологические механизмы природной адаптации. В противоположность правому полушарию, левое отвечает в большей степени за социальную адаптацию человека. В связи с этим сделано заключение, что полноценная адаптация к экстремальным условиям среды возможна лишь при достаточно высокой функциональной активности правого полушария мозга в случае не сниженной функции левого полушария. При этом функции обоих полушарий мозга, их кровоснабжение не должны быть ниже физиологического оптимума. Регуляторная роль правого полушария головного мозга в перестройке адаптивных процессов в соответствии с изменяющимися факторами внешней среды заключается в активации нейроэндокринных, энергетических, иммунных, функциональных и биологических механизмов гомеостаза.

По нашему мнению, истоки формирования определенной специализации функций полушарий головного мозга в обеспечении приспособления к природным и социализирующим факторам окружающего мира нужно искать, начиная со времен, удаленных от нас на много тысяч лет. Основы эффективности функционирования правого полушария, как регуляторного звена адаптации к природным физическим факторам, скрываются в глубине веков. Действительно, жизнь человека еще на заре цивилизации была связана с необходимостью постоянного выживания в экстремальной природной среде. Жизнь на природе заставляла работать именно те отделы мозга, которые отвечают за прием и переработку информации об окружающей природе, животном и растительном мире. Воздействие низких и высоких температур, звуки, связанные с явлениями природы, зрительные образы растительного и животного мира постоянно требовали повышенной функции правого полушария мозга и способствовали его совершенствованию.

Подсознательное ощущение значимости в своей жизни природных явлений и недостаточность на тот период реальных представлений о мире в конце концов заставило людей обожествить те или иные явления природы и придать каждому из них образ бога. Вспомните сонм богов у многих народов, олицетворяющих Солнце, Луну, водные стихии, природу, дождь, ветер, грозу, времена года. Более мелкие божества олицетворяли деревья, родники, ручьи и т.п. На протяжении тысячелетий формировалась культура, создатели которой чувствовали свое единство с природными процессами; человек

осознавал зависимость от этих процессов и понимал необходимость согласования всех своих деяний, всей своей жизни с природными явлениями.

С этими же представлениями, в какой-то степени усваиваемыми на генетическом уровне, люди формировали свое бережное отношение к природе. Существующие в те времена языческие религии и культы укрепляли подобное мировоззрение и связывали в мыслях людей успех в сельском хозяйстве, в охоте, в здоровом зачатии детей, в других делах повседневной жизни с четким соблюдением правил согласования всех начинаний с периодичностью и особенностями природных явлений. К этим явлениям наши предки относили смену времен года, погодные процессы, закономерности движения звезд, Солнца и Луны. Очень многому научила человека природа, а культы сохраняли эти знания. По сути, культы многобожия олицетворяли на огромном промежутке развития человечества канонические знания о взаимосвязях человека и природы, то есть знания, которые сегодня завоёвываются в рамках экологической науки.

Мне думается, что эффективность подобного отношения к природе для выживания в неблагоприятных климатических и геофизических регионах Земли сохранило подобные культы и связанную с ними культуру на протяжении тысячелетий до нынешних времен у многих коренных народов мира. Этого пути придерживаются и все восточные народы, социально и технологически развивающиеся в строгом соответствии с законами природы. Скорее всего, именно это стало причиной сохранения у части человечества правополушарной регуляции высокоэффективных в экстремальной природной среде обитания биологических приспособительных процессов.

Речь идет не только о биологических и психофизиологических приспособительных процессах в организме человека. Это — особенное миропонимание, психология поведения, гармонизирующая человека и его деятельность с природными явлениями; это — подсознательное восприятие изменений в природе и опережающая реакция синхронизации с этими изменениями; это — культура, язык, образ жизни, формирование специальных систем жизнеобеспечения, позволяющих выживать на протяжении многих тысячелетий без электричества, газа, нефти, автомобилей и парового отопления, а также сохранять на все века существования людей довольно бедные, но очень необходимые человеку природные ресурсы высоких широт. Психология значительного числа правополушарных коренных жителей отличается высокой эмоциональной устойчивостью, уравновешенностью, невысокой скоростью реакции на воздействие внешних

раздражителей. Такие люди избегают быстрого темпа жизни и ускорения темпа многих физических и психических функций. Они терпеливы и никуда не спешат. Эмоционально-образное мышление коренных жителей Севера обеспечивает сохранение гармонии организма с природными процессами.

Рассматривая особенности функционирования полушарий головного мозга у коренных жителей Севера, необходимо затронуть вопрос устойчивости к психоэмоциональному стрессу, связанный с асимметриями активности полушарий мозга. Показано, что наибольшими резервами адаптации к экстремальным климатогеофизическим условиям обладают люди с высокой функциональной активностью правого полушария головного мозга и не сниженной функциональной активностью левого полушария. При этом именно у людей с высоким уровнем активности правого полушария, живущих на Севере, психоэмоциональное напряжение было на 28 с лишним процентов меньшим, нежели в случае сниженной активности данного полушария. Правополушарные люди характеризовались меньшим психоэмоциональным напряжением; меньшей заторможенностью нервных процессов; меньшим выбросом кортизола в кровь; лучшими показателями кровоснабжения органов; меньшим напряжением выделительной, детоксицирующей и метаболической функциями; меньшей частотой и выраженностью патологических расстройств и большей устойчивостью к изменению метеогеофизических факторов, свидетельствующей о хорошей способности организма опережающе подстраивать внутренние жизнеобеспечивающие процессы в соответствии с изменяющимися природными и космическими факторами.

Снижение функции правого полушария ниже физиологического оптимума становится одной из основных причин развития негативного психоэмоционального стресса, сопровождающегося либо депрессией, либо агрессией, различными черными эмоциями, высоким уровнем тревоги, заторможенностью нервных процессов, конфликтностью, недовольством действиями окружающих людей, плохим настроением, повышением артериального давления, плохим самочувствием, неустойчивостью психики и снижением психической и физической работоспособности. Возникающее психоэмоциональное напряжение при недостаточной функции полушарий мозга становится одним из важных элементов развития патологических состояний у человека.

Таким образом, имея данные о регуляторной роли правого полушария головного мозга в условиях Севера, можно предположить, что именно функциональная активность вышеназванного полушария

определяет физиологичность реагирования организма на возмущения метеорологических, гравитационных, геомагнитных и других биосферных факторов и является одним из основных регуляторных механизмов процесса формирования адаптивной устойчивости к дискомфортным экологическим условиям высоких широт.

Связанным с асимметричностью функционирования полушарий мозга в формировании механизмов психической адаптации коренных жителей в высоких широтах рассматривается и вопрос национального языка. Я уже упоминал о наличии у северных народов специальных слов, усиливающих понимание человеком природных явлений. Последние 15-17 лет особенно заставляют обратить внимание на значимость для коренных народов национального языка. Связано ли все возрастающее количество коренных жителей Сибири, страдающих от разных недугов, с волной стремления народов общаться на национальном языке? Возможно, этот вопрос покажется нелепым. Но не стоит спешить с выводами и игнорировать одну из серьезных проблем экологии человека.

Результаты длительных исследований адаптации человека к экстремальным климатогеофизическим условиям, анализ процесса формирования метеопатий и болезней, позволяет выдвинуть гипотезу о значении языка в приспособлении к климатическим, погодным и другим экологическим факторам региона, где этот язык сформировался. Можно предположить, что переселение человека в новые регионы, сопровождавшееся необходимой приспособительной перестройкой функциональной активности отдельных центров головного мозга и изменением асимметрии деятельности межполушарных структур, приводило к изменению особенностей распределения напряжения на мышцы лица, шеи, гортани и, соответственно, некоторым изменениям функционирования голосовых связок.

Артикуляция отдельных слов менялась и, в конце концов, начала соответствовать новому голографическому образу окружающей среды, сформировавшемуся в человеческом мозге за счет множества функциональных перестроек. Этим можно объяснить наличие в языке множества диалектов.

Именно с таких позиций просматривается объяснение различий в произношении слов одного и того же языка представителями разных народов, живущих в разных климатических условиях. Такие различия мы находим у тюркоязычного населения планеты; народов, общающихся на финно-угорских, сомалийских языках. Да и другие представители человечества, имея общие истоки языка, через много сотен или тысяч лет после переселения видоизменяют свой словарный за-

пас и значительно отличаются от своих братьев, оставшихся жить на прежних территориях.

Интересно, что у народов, которые уже тысячелетия живут в экстремальных регионах и отличаются устойчивостью к воздействию неадекватных погодных и геофизических факторов, языковый словарь пополнился новыми понятиями, отражающими их большее сближение с природой, синхронизацию внутренних процессов организма с внешними биосферными ритмами. Так, нганасаны, чукчи, эскимосы и другие северные народности используют массу слов, связанных с оттенками образного восприятия снега, ветра, полярной ночи и дня, северного оленя, моржа и пр.

Языки многих народов нашей страны в прошлом веке имели в какой-то степени именно эти свойства — свойства, определяющие тесную связь жизни человека с постоянно меняющимися явлениями природы. Вместе с тем, с бурным развитием технического прогресса человечество развивало соответствующий словарь, мало внимания обращая на обеднение пластов лексики, связанных с явлениями природы.

Современные языки все больше апеллируют к вербальным обозначениям мира и все меньше к образным. Судя по всему, социальный прогресс и технические достижения современной цивилизации делают нас менее устойчивыми к воздействию экстремальных природных факторов.

В свою очередь социальные кризисы еще больше требуют активности структур мозга, отвечающих за успешность нашей социальной адаптации. Соответственно, активизация этих структур вызывает торможение психофизиологических механизмов адаптации к экстремальным изменениям климатогеофизических условий существования.

Таким образом, резервы устойчивости организма подходят к критической точке. В такие моменты человек начинает интуитивно искать в своем внутреннем арсенале способы сохранения здоровья. И одним из них является переход к языку, сближающему организм с природой — то есть возврат к образному восприятию и обозначению мира, присущему его предкам. Это, на мой взгляд, одна из причин массового стремления населения отдельных регионов нашей страны общаться на родных языках.

Как будто бы найдено средство спасения. Может быть, пришло северянам на Таймыре перейти на нганасанский язык, а в Магадане — на чукотский? А большей части бывшего СССР заговорить на языке скифов? В крайнем случае, может, использовать более сотни языков населения России. Многие языки сохранили свою национальную самобытность и по сей день, не включив многие обозначения технического и социального прогресса. Причин этому мно-

го. Но главная — это тесная связь с природными явлениями. А раз так, то давайте осваивать национальный язык региона... и здоровье будет в порядке? Конечно, не все так просто!

Исторический экскурс показывает, что основы большинства языков бывшей Российской империи имеют совершенно иное региональное происхождение. Тюркские, финно-угорские, сомалийские, индоевропейские и другие языки, используемые народами нашей страны, имеют другую географическую родину.

За свое одно-двухтысячелетнее пребывание на новой территории они приобрели новые качества, но в целом сохранили корневую основу базового языка. Можно думать, что и полного соответствия этих языков с климатогеографическими факторами окружающей среды за это время достигнуто не было (в какой-то степени это подтверждается продолжительностью жизни людей, говорящих на родном языке). Да и современный быт имеет теперь для нас гораздо большее значение. Необходимость прогресса требует быстрее обмена научной и технической информацией, существующей в мире. А для ее получения требуются языки универсальные, включающие лексику современной цивилизации.

Поэтому национальные языки должны сохраняться как культурные ценности народов нашей страны. Отдельные их элементы могут быть использованы для восстановления связей с природой. Но, обобщая опыт предков, мы не должны слепо возвращаться назад. Мы должны создать более совершенную универсальную систему языкового общения, которая бы активно способствовала наиболее быстрому осмыслению человечеством своей роли в сохранении биосферы планеты, организовывала функционирование человеческого мозга в гармонии с природой и соответствовала требованиям технического прогресса.

Для нашей страны таким базисным универсальным языком стал русский, который вобрал огромное количество символов из других языков. Но и он должен развиваться, включая в себя как можно больше элементов образного восприятия. Языковое подкрепление образных символов должно найти отражение в методиках дошкольного и школьного обучения, подаче информации в СМИ, произведениях искусства. Все это будет воздействовать на системы мозга, усиливающие образное восприятие окружающей действительности.

Такой структурой является, прежде всего, правое полушарие мозга. И если говорить о методах повышения его функциональной активности, то здесь можно отметить целенаправленное развитие ху-

дожественных наклонностей, регулярное общение с живой природой, специальную систему физических упражнений и, наконец, ряд устройств и приборов, предназначенных для улучшения регуляторного влияния межполушарных взаимоотношений на адаптивные свойства организма.

Подводя итог, следует заключить, что государство и, в первую очередь, сами коренные народы Севера должны выбрать сегодня путь своего развития на основе самоосознания своего циркумполярного единства, своей значимости в человеческой общности, альтруистических целей своих народов и ответственности за будущие поколения земель.

Современные данные исследований этнографов, социологов, психологов, психофизиологов, ученых-медиков и других специалистов свидетельствуют о том, что наиболее оптимальным путем развития человеческого общества в высоких широтах на ближайшие 100 лет является формирование новой этно-биосферной общности — единой циркумполярной популяции — на основе социально-демографического синтеза и обеспечения экологически сбалансированной со всеми элементами окружающей его биосферы жизнедеятельности человека.

Это не означает уничтожение или игнорирование малочисленных северных этносов. Наоборот, должны быть приложены максимальные усилия по сохранению их культуры, быта, языка, возможности воспроизводства. Однако, современные формы хозяйственной деятельности, крупномасштабное промышленное освоение северных регионов требует объединения усилий малочисленных народов с потомками многочисленных переселенцев на Север в XX и прошлых веках для решения проблем выживания и социального прогресса. При этом развитие биологических и социальных основ нового циркумполярного этноса должно быть основано на интеграции коренных народов Севера, приобретении новых адаптивных качеств за счет метисации, объединении в единую популяцию с третьим и последующими поколениями пришлых северян и отбор для проживания в высоких широтах людей с адекватными для экстремальных условий среды генофенотипическими механизмами адаптации.

Данные о том, что третье и последующие поколения пришлых северян по своим метаболическим, психофизиологическим, эндокринным и другим процессам жизнедеятельности в значительной степени становятся похожими на коренных жителей Севера, а также свидетельства о плохой реадаптации этих людей в умеренных широтах, говорят об укоренении в глубоком био-социальном смысле потомков пришлого населения в высоких широтах и необходимости обеспече-

ния их дальнейшей жизни на северных территориях, как составной части рождающегося суперэтноса.

Литература

Агаджанян и др., 1997 — *Агаджанян Н.А., Ермакова Н.В.* Экологический портрет человека на Севере. М.: Круг, 206 с.

Алексеева, 1977 — *Алексеева Т.И.* Географическая среда и биология человека. М.: Мысль, 302 с.

Алексеева, 1986 — *Алексеева Т.И.* Адаптивные процессы в популяциях человека. М.: Изд-во МГУ, 302 с.

Алексеева, 1998 — *Алексеева Т.И.* Адаптация человека в различных экологических нишах земли: Биологические аспекты. М.: Изд-во МНЭПУ, 279 с.

Бойко, 1990 — *Бойко Е.Р.* Метаболические особенности у представителей малочисленных народностей Севера: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ташкент, 25 с.

Бойко, 2005 — *Бойко Е.Р.* Физиолого-биохимические основы жизнедеятельности человека на Севере. Екатеринбург: УрО РАН, 190 с.

Бойко и др., 1990 — *Бойко Е.Р., Раменская Е.Б.* Влияние образа жизни на гормонально-метаболический профиль у представителей коренного населения Севера // Социально-экономическое развитие и здоровье малочисленных народов Севера: Тез. докл. респ. семинара. Красноярск, 26-28 нояб. 1990 г. Красноярск. С. 20-21.

Власова Н.В., 1975 — *Власова Н.В.* Липидный обмен у коренных жителей Крайнего Севера Красноярского края // Вопросы питания. 1975, № 5. С. 53-56.

Влощинский, 1999 — *Влощинский П.Е.* Состояние углеводного и жирового обменов, их взаимосвязь со структурой питания у жителей Крайнего Севера: Автореф. дисс... докт. мед. наук. Новосибирск, 36 с.

Влощинский и др., 1994 — *Влощинский П.Е., Панин Л.Е., Колосова Н.Г.* Влияние питания на биохимические показатели крови у жителей Азиатского Севера // Вестник РАМН. № 2. С. 21-24.

Гумилев, 1994 — *Гумилев Л.Н.* Этногенез и биосфера Земли. М.: ВИНТИ, 494 с.

Козлов, 2002 — *Козлов А.И.* Экология питания: Курс лекций. М.: Изд-во МНЭПУ, 184 с.

Козлов и др., 2006 — *Козлов А.И., Боринская С.А., Соколова М.И., Здор Э.В.* Потребление пищевых сахаров и нарушение обмена углеводов у коренного населения Севера // 13 Международный конгресс по приполярной медицине. Материалы конгресса. Новосибирск. С. 147-148.

Козлов и др., 1999 — *Козлов А.И., Вершубская Г.Г.* Медицинская антропология коренного населения Севера России. М.: Изд. МНЭПУ, 288 с.

Панин, 1983 — *Панин Л.Е.* Биохимические механизмы стресса. Новосибирск: Наука, 234 с.

Панин и др., 1983 — *Панин Л.Е., Березовиков П.Д., Андропова Т.И.* Уточнение физиологических норм в пищевых веществах и энергии для различных климатических зон Востока СССР // Медико-биологические аспекты продовольственной программы на Востоке СССР. Новосибирск. С. 3-53.

Панин и др., 1987 — Панин Л.Е., Березовиков П.Д., Андропова Т.И. Норма потребности человека в пищевых веществах и энергии для районов Сибири и Азиатского Севера // Питание — основа первичной профилактики заболеваний на Севере. Новосибирск. С. 29-42.

Панин, 2005 — Панин Л.Е. Стресс, сердце и сосуды // Вопросы атерогенеза. Новосибирск. С. 20-35.

Сухарев, 1995 — Сухарев А.В. К вопросу о роли этнических условий в нарушении психической адаптации и воспроизводства населения // Этнодемографические особенности воспроизводства народов севера России. М.: ИЭА РАН. С. 233-254.

Сухарев, 1997 — Сухарев А.В. Введение в философско-методологические основы и понятийный аппарат этнофункционального подхода в психологии // Этническая психология и общество / под ред. Н.М. Лебедевой. М.: ИЭА РАН. С. 417-429.

Сухарев, 1998 — Сухарев А.В. Этнофункциональный подход в психологии. Методика экспериментально-психологического полевого исследования // Прикладная психология и психоанализ. № 3. С. 18-30.

Халтаев и др., 1984 — Халтаев Н.Г., Клочкова Е.В., Тихонов А.В. Питание и факторы риска ишемической болезни сердца у мужчин Чукотского автономного округа. // Кардиология. № 4. С. 62-67.

Хамнагадаев, 1991 — Хамнагадаев И.И. Питание коренного населения Якутии // Актуальные проблемы кардиологии Севера и Сибири: Тез. докл. конф. Красноярск. С. 131-132.

Хаснулин и др., 1987 — Хаснулин В.И., Филипченко Р.Е., Хаснулина А.В. Полярный метаболический тип и подходы к коррекции дизадаптационных и патологических изменений на Крайнем Севере с помощью питания // Питание — основа первичной профилактики заболеваний на Севере. Новосибирск. С. 42-49.

Анастасия Г. Бухна

ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АДАПТАЦИИ К ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ УСЛОВИЯМ КРАЙНЕГО СЕВЕРА НА ПРИМЕРЕ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО ОКРУГА

Население Тюменской области отличается значительным разнообразием. В течение многих веков на этой территории проживает коренное население — ненцы, селькупы, ханты (*Гальгин и др., 1998: 34*). С освоением Западносибирского нефтегазового комплекса изменилась структура населения в этом регионе. Так в ЯНАО за последние 40 лет увеличилось число жителей более чем вдвое. В этом регионе за довольно короткий промежуток времени сформировалась значительная по численности группа пришлого населения, представителями которой являются русские, украинцы, белорусы и др. Перемещение в новые кли-

матические условия приводит к повышению заболеваемости мигрантов. По мнению В.А. Карпина состояние здоровья населения, проживающего на урбанизированном Севере, становится индикатором медико-экологического благополучия региона и критерием его оценки. Недостаток инсоляции, кислородное голодание, резкие колебания температуры и атмосферного давления приводят к нарушению функционирования многих систем и органов человека и формированию хронических заболеваний (Караулов, 2002: 258). Учитывая, что традиционные методы профилактики сводятся к выявлению ранних признаков заболеваний и лишь способствуют раннему началу лечения, несомненна необходимость поиска новых, более эффективных методов профилактики различных заболеваний, в том числе с использованием генетических методов. В настоящее время наиболее доступным для широкого практического применения генетическим методом является дерматоглифика-исследование строения узоров гребешковой кожи. Известно, что кожные узоры ладонных поверхностей рук и подошвенных поверхностей стоп в течение жизни не меняются, а вся гребешковая кожа является отражением генотипа человека. Диагностика предрасположенности к заболеваниям и других свойств организма методом дерматоглифики основана на особенностях и сроках формирования кожных узоров в эмбриональном периоде развития. В работах А.Н. Чистикина было доказано, что у населения со временем под действием факторов географической среды происходит избирательное накопление определенного комплекса дерматографических признаков (Чистикин, 1993: 7). В ряде публикаций описаны дерматоглифические особенности отдельных нозологий (Костюрин и др., 1992: 76). Поэтому профилактику отдельных заболеваний населения, проживающего в экстремальных условиях Крайнего Севера целесообразно проводить с учетом наличия или отсутствия дерматоглифических маркеров соответствующей патологии.

В работе исследованы отпечатки кожных узоров, полученные с использованием метода типографской краски. Весь материал был разделен на три группы. В первую группу были включены коренные жители региона — ненцы (101 мужчина, 92 женщины). Во вторую группу отнесены русские — уроженцы региона (58 мужчин, 52 женщины). В третью группу включены русские, родившиеся на юге Тюменской области (данные кафедры судебной медицины ГОУ ВПО ТюмГМА, 125 мужчин, 125 женщин). При сборе материала проводился опрос с целью исключения у представителей обследуемых групп генетической информации, присущей другим группам. Для дерматоглифической обработки отпечатков использовалась методика Т.Д. Гладковой (Гладкова, 1966: 25). На всех отпечатках изучены

определенные ключевые качественные и количественные признаки, составляющие дерматоглифическую конституцию. Статистическая обработка результатов проведена с использованием рекомендаций С. Гланца.

Полученные результаты

Несомненно, обладателем генотипа, наиболее адаптированного к местным условиям, является коренное население данного региона — ненцы.

Пальцевая дерматоглифика. У коренных жителей — ненцев самым частым узором на дистальных фалангах пальцев рук являлись ульнарные петли. Наибольшая встречаемость данного узора была на V пальцах обеих рук. У ненцев этот показатель доходил до 76%, у русских — уроженцев Ямала — до 94,4%, у русских юга Тюменской области достигал 87,7%. У ненцев максимальная частота встречаемости завитковых узоров была на IV пальцах обеих рук, так же как у русских — уроженцев Ямала. В группе мужчин — уроженцев юга Тюменской области другая закономерность встречаемости завитковых узоров. Так, на правой руке максимальное количество наблюдалось на I пальцах, слева на IV пальцах. В группе мужчин ненецкой национальности встречаемость завитков достигала 46,9%. В группе русских юга Тюменской области этот показатель не превышал у мужчин 38,8%. Русские — уроженцы Ямала по этому показателю занимают промежуточное положение (у мужчин завитки встречались до 40%). Необходимо отметить, что у русских юга Тюменской области достоверно отмечалось увеличение частоты встречаемости дуговых узоров до 8,7% по сравнению с другими группами (не превышала 2,77%) Радиальные петли наиболее часто встречались на II пальцах обеих рук. Эта закономерность прослеживалась во всех группах обследуемых. Так же отмечались билатеральные отличия по этому признаку во всех группах у мужчин. На правой руке радиальные петли встречались чаще, чем на левой.

Наряду с качественными признаками на ногтевых фалангах пальцев рассматривался и количественный показатель — гребневой счет на каждом пальце. В исследованных группах не выявлено достоверных различий гребневого счета. Установлена следующая закономерность: во всех группах у мужчин максимальный гребневой счет определился на I пальцах обеих рук, у женщин на IV пальце на левой руке и I пальце правой.

Ладонная дерматоглифика. У коренных жителей — ненцев окончания главной ладонной линии А в поле 4 встречалось у женщин на правой руке в 81,5 % случаев, на левой в 66,3%. Этот признак у мужчин-ненцев

справа был отмечен в 64%, слева — до 66,3 %. В группе русских — уроженцев Ямала у женщин главная ладонная линия оканчивалась в поле 4 в 76,5 % случаев справа и в 72,5% слева. У мужчин этой группы билатеральных различий по этому признаку не наблюдалось. В 74,1% случаев окончание главной ладонной линии в поле 4. В группе русских юга Тюменской области этот показатель отличался. Так у женщин главная ладонная линия А на левой руке оканчивалась в большинстве случаев в поле 3 (в 41,7%), на правой в поле 5' (в 39,7%), у мужчин, соответственно, слева в 3 поле в 37% и справа в поле 5' в 44,4%. В топографии главной ладонной линии В во всех трех группах как у мужчин, так и у женщин в наибольшем числе наблюдений окончание приходилось в поле 5" и 7. Главная ладонная линия С на левой руке у мужчин во всех трех группах с наибольшей частотой встречаемости оканчивалась в поле 7 (в 36% случаев), справа в 9 поле с небольшой разницей от 43-46%. У женщин имелись отличия по этому показателю. У ненук линия С чаще оканчивалась справа в поле 7 (в 38%), слева в поле 9 (в 36,9%). У русских женщин в остальных группах наблюдалось сходство по этому признаку: на левой руке окончание этой линии чаще приходилось в поле 9 (в 29,4%), на правой также в поле 9 в 51% и 48% случаев. Окончание главной ладонной линии D у ненцев в наибольшем числе наблюдений отмечалось на левой руке у мужчин в поле 9 (47,52%), у женщин в поле 11 (52,18%). На правой руке имели место обратные соотношения: у мужчин линия D оканчивалась чаще в поле 11 (52,48%), у женщин в поле 9 (38,04%). У мужчин — уроженцев Ямала окончание линии D в поле 11 встречалось с частотой близкой к показателям русских юга Тюменской области (слева максимальная частота встречаемости в обеих группах 39%, справа 58,6% и 56,29%). У женщин в обеих группах на левой руке окончание линии D наблюдалось чаще в поле 9 (в 39% случаев), справа в поле 11 (у уроженок Ямала в 51%, у русских юга Тюменской области в 44,3% случаев).

Достоверно определено снижение гребневого счета В-С во всех наблюдаемых группах. К основным характеристикам дерматоглифики ладони относят показатели узорности межпальцевых промежутков. В ладонной дерматоглифике встречаемость дистальных петель в IV межпальцевом промежутке у женщин-ненук на левой руке была равна 55,43%, такая же частота встречаемости этих петель у женщин — уроженок Ямала, что больше, чем в группе женщин юга Тюменской области (32,45%). Отмечалась билатеральная асимметрия во всех группах обследуемых по частоте встречаемости дистальных петель в IV межпальцевом промежутке. На левой руке этот узор выявлялся чаще, чем на правой. Такая динамика

ка прослеживалась во всех группах мужчин и женщин, кроме женщин юга области. В этой группе обследуемых по данному признаку не было обнаружено билатеральных различий (32,45% на обеих руках). Обратная зависимость выявлена во всех группах обследуемых без исключения по частоте встречаемости дистальных петель в III межпальцевом промежутке. На правой руке этот узор встречался значительно чаще, чем на левой.

Заключение

В работе было установлено, что русские — уроженцы ЯНАО, по ряду ключевых признаков дерматоглифики сближается с коренными жителями — ненцами. Это свидетельствует о существовании в регионах с экстремальными условиями проживания феномена избирательного накопления лиц с дерматоглифическими признаками, являющимися маркерами высоких адаптивных свойств.

Литература

Галыгин и др., 1998 — Галыгин В.Ф., Драников А., Колтун В.З. Здоровье коренного населения Ямала. Новосибирск: Наука, 214 с.

Гладкова, 1966 — Гладкова Т. Д. Кожные узоры кисти и стопы обезьян и человека. М., 160 с.

Караулов, 2002 — Караулов А.В. Клиническая иммунология и аллергология: Учебное пособие. М.: Медицинское информационное агентство, 651 с.

Костюрин и др., 1992 — Костюрин Г.Н., Богмат Л.Ф., Евсеева З.Н. Роль генетических и внешнесредовых факторов в формировании предвестников атеросклероза у детей и подростков // Педиатрия. М. № 4-6. С. 76-77.

Чистикин, 1993 — Чистикин А.Н. Дерматоглифика в клинической практике. Тюмень, 60 с.

В.И. Хаснулин

ЗДОРОВЬЕ, СЕВЕРНЫЙ ТИП МЕТАБОЛИЗМА И ПОТРЕБНОСТЬ РЫБЫ В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ НА СЕВЕРЕ

Экологически обусловленный стресс в дискомфортных климатоэкологических условиях Сибири

Рассматривая организацию системы здорового образа жизни населения Севера, необходимо учитывать влияние на здоровье человека дискомфортных климатогеофизических условий, сочетающихся с неблагоприятной антропогенной нагрузкой на экологические системы и негативными социально-экономическими процессами в промышленном регионе.

Негативные процессы являются стрессорирующими факторами и приводят к более интенсивному использованию и быстрому истощению адаптационных резервов организма человека. Это проявляется в ускоренном развитии экологически обусловленной патологии, осложненном течении хронических заболеваний, преждевременном старении и омоложении показателей смертности населения.

Территория Севера отличается значительными перепадами температур, наличием геомагнитных, гравитационных и радиационных аномалий. Действие неблагоприятных социальных и производственных условий, информационных перегрузок, вызывающих дополнительную психическую усталость и эмоциональные стрессы, усугубляет негативные эффекты природных влияний, противодействие которым требует дополнительных затрат энергии, а следовательно, усиливает выраженность состояния хронического стресса.

Хронический стресс, связанный с проживанием в дискомфортных климатогеофизических условиях, обнаружен у многих жителей Севера. Он был описан как *экологически обусловленный северный стресс* или *синдром полярного напряжения*, рассматриваемый как особая форма адаптивного хронического напряжения организма, имеющая в своей основе спектр субклеточных, клеточных и организменных изменений, наблюдающихся при комплексном воздействии на человека негативных экологических факторов.

Этот полисиндром проявляется в виде ряда общепатологических системных расстройств и способствует возникновению вялотекущих хронических заболеваний, недостаточности репарационных процессов и склонности к склерогенным реакциям. По мнению ряда исследователей, этот синдром носит черты дизадаптации, что проявляется на начальных стадиях в психопатичности, повышенной утомляемости, раздражительности, головных болях, необъяснимой тревоге, тоске, апатии, снижении работоспособности, т.е. в истощении резервных возможностей адапционно-регуляторных систем организма, включая нейроэндокринную.

Результаты недавних исследований показали, что здоровье и работоспособность людей, живущих на Севере, в значительной мере зависит от степени выраженности экологически обусловленного стресса, проявляющегося в виде психоэмоционального напряжения, активации функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и обменных процессов.

Исследованиями В.И. Хаснулина и др. (2005) было показано, что степень выраженности экологически обусловленного стресса может быть определена по показателям увеличения смертности населения в трудоспособном возрасте на конкретной территории по сравнению с

аналогичными показателями в благоприятных (комфортных) климатогеографических регионах страны.

К этим регионам можно отнести Ставропольский край, Волгоградскую и Белгородскую области, Республики Татарстан, Калмыкию, Адыгею. В среднем смертность в возрасте 16-59 лет составила в этих регионах 6,1 случаев на 1000 населения соответствующего возраста. Близкие показатели смертности обнаруживаются примерно в 17-18 % всех территорий России.

Сравнение показателей смертности в трудоспособном возрасте в дискомфортных регионах Севера с аналогичными показателями в выявленных комфортных регионах свидетельствует о значительном увеличении смертности на этих территориях в анализируемой возрастной группе, а также о высокой степени выраженности экологически обусловленного стресса у населения.

Подтверждением наличия экологически обусловленного стресса у жителей Севера служат также наши данные о высоком уровне психоэмоционального напряжения у 63,7% обследованных практически здоровых людей, постоянно живущих в данном регионе. При этом у 32,5% обследованных людей уровень психоэмоционального напряжения превышал нормальные показатели в 1,5 раза, а у 31,2% психоэмоциональный стресс был в 4-5 раз выше нормы. Аналогичная картина наличия у жителей Севера экологически обусловленного стресса прослеживается по данным определения в крови практически здоровых людей концентрации стресс-гормона кортизола. Как показало выборочное обследование жителей Севера, без каких-либо дизадаптивных или патологических нарушений здоровья (около 30% обследованных), нормальной концентрацией кортизола в крови является содержание гормона в пределах 265,0-314,0 нмоль/л (*Хаснулин, 2004*). Большая же доля обследованных практически здоровых жителей Севера отличалась достоверно более высокой концентрацией кортизола в крови. Вместе с данными об увеличении показателей смертности жителей Севера в трудоспособном возрасте наличие экологически обусловленного стресса проявляется в психоэмоциональных и эндокринных проявлениях стресс реакции более чем у 60% практически здоровых людей.

Таким образом, формирование здорового образа жизни в климатоэкологических условиях Севера требует обязательного учета особенностей жизнедеятельности человека в хроническом экологически обусловленном стрессе. Речь идет о типе экологически сбалансированной жизнедеятельности человека со всеми элементами окружающей его биосферы. Это должно определяться основными принципа-

ми формирования системы жизнеобеспечения и отношения к сохранению собственного здоровья людей. Конечно, следует подчеркнуть, что эффективность адаптивных механизмов формируется с учетом особенностей психоэмоциональных, эндокринных, метаболических, иммунных, ритмологических и других процессов.

Требования к рационам питания в условиях экологически обусловленного стресса

Важное место среди механизмов, обеспечивающих качество адаптации жителей Севера к дискомфортным климатогеографическим условиям, занимают алиментарные процессы жизнеобеспечения, основанные на выборе рационов питания, соответствующих особенностям обмена веществ при хроническом экологически обусловленном стрессе.

По данным научных исследований фактор питания, составные части рациона, оказались одним из основных условий сохранения устойчивости человеческого организма к неблагоприятному воздействию климатических, геофизических и других экстремальных биосферных возмущений.

В стрессовых ситуациях резко возрастают потребности организма в пластических и энергогенных нутриентах, вступает в действие важнейший приспособительный механизм — мобилизация запасов углеводов, жиров и интенсивное расщепление белка до аминокислот, которые в этом случае, кроме основных функций, выполняют роль доноров энергии, участвуя в глюконеогенезе. Чем интенсивнее стресс, тем выше потребность организма в энергии и питательных веществах.

Работы академика Л.Е. Панина (1978; 1983; 1987) и других ученых Сибирского отделения РАМН показали, что экстремальные факторы природной среды приводят к изменению всех видов обмена веществ, и прежде всего — к преимущественному использованию в обмене белков и жиров, а также существенному уменьшению доли углеводов. Изменяется потребность в водо- и жирорастворимых витаминах в сторону жирорастворимых.

Рассматривая роль питания в обменных процессах у коренных жителей Севера, Л.Е. Панин пишет: «Несмотря на то, что пища аборигенов содержит в большом количестве белки, жиры и значительно меньше углеводов, их организм легко справляется с белковыми и липидными нагрузками». Далее автор делает вывод о том, что у аборигенов Севера переключение энергетического обмена с углеводного типа на жировой связано с использованием не эндогенного

жира, а экзогенного — пищевого. Наличие в пищевом жире большого количества непредельных жирных кислот обеспечивает высокую скорость окисления липидов. Все это создает чрезвычайно благоприятные условия для метаболизма липидов и определяет более низкий уровень холестерина.

Последние исследования в экстремальных климатогеографических условиях Севера (*Влощинский, 1999*) показали, что наиболее приспособленные к экологически обусловленному стрессу в высоких широтах нганасане, живущие при отрицательных температурах в течении 10 месяцев в году, а в зимние месяцы при температурах до минус 50-55°С, обходятся рационами пищи с энергетической ценностью около 2200 ккал. Вместе с тем, структура питания нгансан-охотников, проводящих на открытом воздухе значительную часть жизни, сохраняла белково-липидную направленность и имела соотношение белков : жиров : углеводов — 17% : 38% : 45%. Другими словами, высокую устойчивость в условиях стресса обеспечивает не столько энергетическая ценность пищи, сколько ее качественные характеристики.

Определение потребностей основывается как на рекомендованных учеными нормах рационального питания для северных регионов, так и на усредненных показателях калорийности и оптимальных соотношений величин белков, жиров и углеводов в традиционных рационах коренных жителей высоких широт (Табл. 1).

Таблица 1

Нормы рационов питания для коренных жителей Севера

Нормы рационов	Калорийность, ккал	Белки, г (%)	Жиры, г (%)	Углеводы, г (%)
Норма для Севера (Панин Л.Е., 1983)	3527	141,06 (16)	156,7(40)	406,2 (44)
Жители средних широт	3000	102,4 (14)	96,8 (30)	409,8 (56)
Средние, для коренных жителей Севера	2948	160 (21,7)	130,7 (39,9)	278 (37,7)

Первым условием формирования антистрессового рациона для жителя Севера является обязательное наличие в пище белков животного и растительного происхождения. Как известно, в экстремальных условиях жизнедеятельности (хронический стресс) потребность в белке увеличивается не менее чем на 10%. Если исходить из нормы белка в пище жителей средних широт (102,4 г в сутки), разработанной институтом питания РАМН, то норма белка (140 г в сутки) для жителей Якутии (*Кривошапкин, 2001*) на 27% выше по

белку в сравнении с умеренными климатическими регионами; для коряков Камчатки (183,6 г/сутки) на 45% выше (Волгарев, 1989); для эвенков в Эвенкии (191,0 г в сутки) на 47% выше (Цуканов, 1996); для эскимосов Чукотки (124,3 г в сутки) на 18% выше среднеширотных норм (Барбашова, 1976).

К полноценным пищевым белкам относятся белки, в которых содержатся все незаменимые *аминокислоты* в количестве и соотношениях, обеспечивающих нормальную жизнедеятельность организма, его рост и развитие. Такими белками являются преимущественно белки животного происхождения, содержащиеся в мясе, рыбе, яйцах, твороге, сыре и других молочных продуктах и т. д. Их аминокислотный состав ближе к химическому составу белков организма человека, чем у белков растительного происхождения. Полноценность белковой пищи растительного происхождения (горох, фасоль, пшено, гречневая крупа и др.) значительно ниже, усваивается она хуже, чем животные белки. Это связано с дефицитом в растительных белках незаменимых аминокислот.

В среднем же по расчетам Л.Е. Панина (1983) и других исследователей для обеспечения нормальной жизнедеятельности на Севере в пище должно содержаться 140-160 г белка в сутки. Калорийность суточного рациона при этом определялась как оптимальная в пределах 2700-3000 ккал. Это соответствует средним показателям калорийности для коренных жителей Севера (Табл. 2). Рекомендуется обеспечивать за счет животных белков около 60-65% всей суточной потребности белка в пище. Это составит для жителей Севера примерно 90 г белка. Потребление такого количества белка покрывает примерно десятую часть всех суточных энергетических потребностей. Важно, чтобы в пище содержались аминокислоты, регулирующие жировой обмен и способствующие торможению развития атеросклеротических процессов. Это серосодержащие аминокислоты (например, метионин), находящиеся в твороге, сыре, курином мясе, некоторых видах рыбы (лосось, треска, селедка), в бобах и ржи.

Нужно помнить, что животные белки, содержащиеся в мясе, птице, яйцах, рыбе и молочных продуктах, практически взаимозаменяемы. Приблизительно 300 г мяса могут быть заменены 300 г птицы или рыбы, 8 яйцами, 330 г творога, 240 г сыра. Однако необходимо учитывать, что растительные белки усваиваются организмом куда хуже, чем животные: белки яиц и молока — на 96%, рыбы и мяса — на 95%, хлеба — на 85%, овощей — на 80%, картофеля и бобовых — на 70%.

Вторым условием антистрессового рациона для жителей Севера, согласно результатам исследований, становится обеспечение жи-

ром в суточном объеме 130 г, составляющем 39% от суточных энергетических потребностей. Рассматривая роль питания в обменных процессах у коренных жителей Севера, Л.Е. Панин пишет: «Несмотря на то, что пища аборигенов содержит в большом количестве белки, жиры и значительно меньше углеводов, их организм легко справляется с белковыми и липидными нагрузками». Далее автор делает вывод о том, что у аборигенов Севера переключение энергетического обмена с углеводного типа на жировой связано с использованием не эндогенного жира, а экзогенного — пищевого. Наличие в пищевом жире большого количества непредельных жирных кислот обеспечивает высокую скорость окисления липидов. Все это создает чрезвычайно благоприятные условия для метаболизма липидов и определяет более низкий уровень холестерина. Оказалось, однако, что у потребляющих наибольшее количество животных жиров уровень холестерина сыворотки крови не выше, а часто даже ниже, чем у жителей средних широт и пришлого населения Арктики.

Факт парадоксально низкого содержания липидов в сыворотке крови у северных аборигенов с традиционно богатой жирами диетой объясняется поступлением в организм достаточного количества полиненасыщенных жирных кислоты (ПНЖК). Организм человека, как и любого животного, не в состоянии синтезировать полиненасыщенные жирные кислоты и вынужден получать их извне. Баланс содержащихся в пище насыщенных и ненасыщенных жирных кислот определяет усвояемость жира организмом и его питательные свойства. Например, продукты животноводства содержат в 3-11 раз больше насыщенных жирных кислот (НЖК), чем рыбопродукты или продукты китобойного промысла.

Суточная потребность человека в жире в комфортных условиях составляет 20-30% от общей калорийности питания и зависит от пола, климатических условий и двигательной активности. Жиры являются важным фактором сохранения белка, источником большого числа биологически активных, необходимых для процессов жизнедеятельности пищевых веществ. Соответственно, жиры нужны для обеспечения пластических процессов в организме, они являются структурной частью клеток тканей.

Кроме того, жиры в организме выполняют энергетическую, терморегуляторную, регуляторную или гормональную и защитную биологические функции. Их присутствие необходимо для всасывания из кишечника других нутриентов, в частности витаминов А, Е, D и К, благодаря чему они легко проникают через стенки сосудов, мембраны клеток, транспортируются в биологических жидкостях.

Известно, что жиры улучшают вкусовые достоинства пищи, существенно повышают ее энергетический потенциал (1 г жира высвобождает 9 ккал), лучше других пищевых веществ обеспечивают чувство сытости. Для полноценного обеспечения организма жирами как энергетическим и строительным материалом в экстремальных условиях необходимо в суточном рационе предусмотреть около 37-40 % растительных жиров, а также 60-63 % животных от общего количества жиров. Это потребует *включения в рацион жителей Севера примерно 80 г животных жиров и 50 г растительных жиров.*

Жиры, содержащие преимущественно насыщенные жирные кислоты, при комнатной температуре твердые, а ненасыщенные жирные кислоты — жидкие. Твердые жиры — это жиры животного происхождения, за исключением рыбьего жира. Жидкие жиры — это растительные масла, за исключением кокосового и пальмового масел, которые затвердевают при охлаждении. Жирные кислоты — составные компоненты жиров и жироподобных веществ, обладающих выраженной биологической активностью. В природных жирах содержится более 60 видов жирных кислот. По химической структуре жирные кислоты делятся на предельные (насыщенные) и непредельные (ненасыщенные).

Из предельных жирных кислот наиболее распространены пальмитиновая, стеариновая, миристиновая, масляная, капроновая. Физические свойства и биологическая активность предельных жирных кислот зависят от их молекулярной массы: высокомолекулярные имеют твердую консистенцию, низкомолекулярные — жидкую. Чем больше в жире предельных жирных кислот, тем выше его температура плавления. Высоким их содержанием отличаются животные жиры. Отрицательное влияние животных жиров на жировой и холестериновый обмен, функцию и состояние печени связывают именно с высокомолекулярными предельными (насыщенными) жирными кислотами.

Непредельные жирные кислоты присутствуют во всех жирах, но более всего в растительных. Это главным образом высоконепредельные (полиненасыщенные) олеиновая, линолевая и арахидоновая кислоты, которые в организме не синтезируются и являются витаминоподобными веществами, образуя группу незаменимых жирных кислот. Они отличаются более активным участием в процессах жизнедеятельности, важны для нормализации жирового и холестеринового обменов. Больше всего (50-80% от всех жирных кислот) их содержится в растительных маслах, потребление 15-20 г которых способно удовлетворить суточную потребность организма в этих соединениях, меньше их в свином сале, гусяном и курином жире (тре-

буется уже 50-60 г), минимальное количество — в бараньем, говяжьем и молочных жирах (потребность в таких кислотах эти жиры удовлетворить не могут).

При недопоступлении полиненасыщенных жирных кислот с пищей нарушается обмен жиров, в частности холестерина, наблюдаются патологические изменения в печени, коже, функции тромбоцитов. Поэтому такие ненасыщенные жирные кислоты, как линоленовая и линолевая, — незаменимые факторы питания. Кроме того, они способствуют выходу из печени жиров, которые синтезируются в ней, и предупреждают ее ожирение. Как рекомендуют И.М. Скурихин и В.А. Шатерников (1986), наилучшее соотношение жирных кислот в рационе следующее: 10% полиненасыщенных, 30% насыщенных и 60% мононенасыщенных жирных кислот. Полиненасыщенные жирные кислоты неоднородны. Для функционирования биологических систем особенно важны два типа из них: омега-6- и омега-3-ПНЖК. Омега-6-ПНЖК содержатся в большинстве пищевых растительных масел (подсолнечном, кукурузном, кунжутном, виноградном), а также концентрируются в мясе и жире животных. Особенно велико их содержание в жире домашних животных, прежде всего в свинине. Омега-3-ПНЖК (основной продуцент которых морские водоросли) входят в состав так называемых «жиров морского типа». Их содержание особенно велико в рыбьем жире и мясе лосося, макрелей, сардин. Значительна концентрация омега-3-ПНЖК в мясе морских млекопитающих: тюленей, моржей и китов. Последние исследования (*Ebbesson et al.*, 2006) показали, что в отличие от представителей основной американской популяции, потребляющих в сутки 0,2 г омега-3 жирных кислот, для сохранения здоровья эскимосов на Севере необходимо употреблять в пищу не менее 5,9 г в сутки на человека омега-3 жирных кислот. В рыбьем жире содержится примерно 20% омега-3-полиненасыщенных жирных кислот от общего объема.

Омега-6- и омега-3-ПНЖК участвуют в синтезе простагландинов — специфических веществ, необходимых для поддержания гомеостаза организма. В общем виде можно считать, что простагландины, связанные с омега-6-ПНЖК, стимулируют рост клеток, инициируют воспалительные реакции, а также способствуют повышению вязкости крови. Соответственно, потребление больших количеств жиров и масел, содержащих омега-6-ПНЖК, ведет к несколько большей устойчивости к инфекционным заболеваниям, но при этом повышает риск развития ишемической болезни сердца и, возможно, способствует развитию раковых заболеваний.

Простагландины, в образовании которых участвуют омега-3-ПНЖК, обеспечивают противоположные функции. Они в значительной мере снижают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, вероятно, обеспечивают дополнительную защиту против злокачественных новообразований, но снижают интенсивность воспалений — защитных реакций организма на проникновение в него инфекционных агентов. У коренных жителей Севера Сибири основным источником поступления Омега-3-ПНЖК является рыба. Именно поэтому в традиционных рационах питания коренных жителей лесных и тундровых регионов Севера рыба занимает очень важную составляющую долю.

Помимо энергетической жир морских млекопитающих, рыб и водоплавающих птиц в рационе коренных жителей высоких широт выполняет и другие важные функции. По данным биохимических исследований, потребность коренных северян в жирорастворимых витаминах (А, D, Е, К) несколько выше, чем у жителей умеренного климата. Для северян, придерживающихся традиционного образа жизни и питания, жиры «морского типа» служат основным источником жирорастворимых витаминов, в том числе витамина D, обеспечивающего защиту от рахита у детей и от остеопороза у взрослых.

Отмечается определенная связь выявленных особенностей обмена с приверженностью обследованных людей традиционным для коренных жителей рационам питания. В результате потребления традиционных рационов питания состав липидов сыворотки крови инуитов Гренландии, сибирских эскимосов и береговых чукчей приближается к соответствующим показателям их пищи.

Необходимо учесть, что в мясе животных содержится от 8 до 33% жира, в рыбе — от 2 до 18 %. Если же рассматривать виды речных рыб, попадающих в основном в пищу жителей Севера, мы делаем заключение, что речь чаще идет о нежирной рыбе с содержанием жира не более 3 г в 100 г продукта. В 100 г такой рыбы содержится только 0,6 г омега-3-полиненасыщенных жирных кислот.

Для обеспечения антистрессового эффекта, судя по данным исследованиям, в дискомфортных климатоэкологических условиях требуется не менее 5 г омега-3-ПНЖК. Для этого нужно употребить в пищу либо 600-700 г обычной нежирной речной рыбы, либо 300 г жирной речной или морской рыбы. Второй вариант более приемлем, так как в этом случае не будет возникать избытка белка в суточном рационе. При невозможности включения в пищу необходимых видов рыб можно восполнять дефицит омега-3-ПНЖК за счет применения аптечных препаратов рыбьего жира или непосредственно омега-3-ПНЖК.

Третьим условием антистрессового рациона для жителей Севера становится снижение содержания углеводов в суточном рационе до 280,0 г, составляющем 37,7% от суточных энергетических потребностей.

Конечно, белково-жировой рацион питания не исключает необходимости потребления углеводов. Углеводы, помимо энергообеспечения, участвуют и в строительстве клеток и тканей. При исключении углеводов из пищи в крови появляются продукты неполного окисления жиров, так называемые «кетоновые тела», нарушаются функции центральной нервной системы и мышц, происходит ослабление умственной и физической деятельности, сокращается продолжительность жизни.

Некоторые углеводы, такие как гиалуроновая кислота, гепарин, играют весьма важную роль в жизнедеятельности организма. В стрессовых ситуациях вступает в действие важнейший приспособительный механизм — мобилизация запасов углеводов, жиров и интенсивное расщепление белка до аминокислот, которые в этом случае, кроме основных функций, выполняют роль доноров энергии, участвуя в глюконеогенезе. Вместе с тем систематический избыток усвояемых углеводов в питании может способствовать возникновению ряда болезней. Самая первая из них — ожирение. Оно, в свою очередь, способствует возникновению диабета и атеросклероза. Особенность обмена веществ при пребывании в экстремальных условиях требует значительно меньшего количества углеводов. Относительный избыток сахара при стрессовых ситуациях быстро превращается в организме в жиры и способствует ожирению.

Как следует из данных обследования, более половины углеводов жители Севера получают за счет рафинированных сахаров, способствующих формированию избыточного веса, нарушению холестеринового и жирового обмена.

Все это требует внесения корректив в рационы питания различных групп жителей Севера не только в сторону уменьшения доли углеводов в суточном рационе, но и ассортимента продуктов питания, поставляющих в организм углеводы. По мере возможностей это должны быть крупы из злаковых, рис, бобовые.

Четвертым условием антистрессового рациона для жителей Севера согласно результатам исследований является изменение потребности в водо- и жирорастворимых витаминах. Как показали исследования Л.Е. Панина (1978; 1987), процесс адаптации к неблагоприятным климатическим, геофизическим и погодным факторам среды сопровождается снижением содержания водорастворимых витами-

нов (В1, В2, С) в крови и в моче. Эти изменения автор исследования относит к адаптивным процессам и связывает их с потребностями в этих витаминах при колебаниях углеводно-жирового обмена.

Работы В.П. Казначеева и др. (1980) показали, что в экстремальных климатических условиях Севера адаптация включает уменьшение реабсорбции водорастворимых витаминов в почечных канальцах и снижение ассимиляции их в тканях. Ученые заключают, что «сброс» витаминов является выражением общего биологического феномена, проявляющегося у человека в процессе адаптации к суровым климатогеографическим условиям. Показано, что потребность в водорастворимых витаминах в связи с активацией белково-жирового обмена смещается в сторону жирорастворимых витаминов. Данные свидетельствуют, что эффективная адаптация человека к действию экстремальных климатогеографических условий требует повышенного использования в метаболических процессах жирорастворимых витаминов: А, Е, D. Ученые пришли к выводам о необходимости существенной коррекции рационов питания жителей Севера с целью полноценного восполнения потребности в жирорастворимых витаминах.

Пятое условие антистрессового рациона для жителей Севера — наличие минеральных элементов, которое может существенно влиять на формирование и состояние здоровья людей. Минеральные вещества в организме человека не синтезируются и потому относятся к незаменимым компонентам питания. Основными источниками их поступления в организм являются пищевые продукты, в меньшей степени — питьевая вода. В тканях и жидкостях человеческого организма метаболическую нагрузку выполняют около 60 элементов таблицы Менделеева. Их содержание в целом предопределяется химическим составом местных продуктов питания и питьевой воды.

Минеральные элементы, содержащиеся в тканях организма и продуктах питания в значительных количествах (десятки и сотни миллиграммов на 100 г продукта), принято называть макроэлементами. Это кальций, фосфор, магний, калий, натрий, хлор, сера. Минеральные вещества, содержащиеся в продуктах питания в ничтожно малых количествах (единичные миллиграммы или еще меньше на 100 г продукта), называются микроэлементами.

Биологическая активность как макро-, так и микроэлементов в организме является высокой и разносторонней. Они принимают участие в формировании и построении тканей организма, в процессах образования тканевого белка, входят в состав клеток, формируют оптимальные солевые составы и кислотно-щелочное равновесие всех

жидкостей организма, включая плазму крови, оказывают влияние на защитные реакции организма, в значительной степени обеспечивают его иммунитет.

Показано, что в условиях экологически обусловленного стресса в дискомфортной и экстремальной климатогеографической среде переключение на белково-жировой обмен веществ влечет большие потребности в жирорастворимых витаминах А, Е, D и К, а также требует достижения баланса в пище макро- и микроэлементов.

Как с этими выводами согласуется накопленный за тысячелетия опыт формирования рационов питания коренных жителей Севера?

Традиционные рационы питания и здоровье

Выяснено, что равновесия с неблагоприятными климатогеографическими условиями, определяющего долгожительство, жители экстремальных регионов Земли достигали за счет использования наиболее рациональных пищевых цепочек. Через пищевые продукты человек становился частицей наиболее приспособленного к условиям среды данного региона растительного и животного сообщества. Переключение же жителей Севера или Сибири на продукты, доставляемые из средних широт или тем более из других государств, приводит к значительному росту заболеваемости.

Оценка взаимосвязи показателей здоровья и особенностей метаболизма коренных жителей Ханты-Мансийского автономного округа с традиционными рационами питания показывает, что у коренных жителей ХМАО, придерживающихся традиционных типов питания, отмечаются достоверно меньшие проявления дизадаптивных расстройств со стороны основных гомеостатических систем в сравнении с коренными жителями, питающимися «цивилизованной» пищей.

Полученные данные свидетельствуют о том, что коренные жители, потерявшие свою привязанность к традиционной пище, более подвержены дизадаптивным и патологическим расстройствам органов пищеварения, дыхания, мочевыделительной системы, ЛОР-органов, иммунной и эндокринной систем. У городских коренных жителей влияние измененных рационов питания отражается также на состоянии сердечно-сосудистой, нервной систем и органов дыхания. Похожие результаты получены при обследовании инуитов Гренландии, нганасан, якутов, эскимосов Чукотки, ненцев и других народов Севера, отказавшихся от традиционных рационов питания.

Важность для эффективной жизнедеятельности обских угров на Севере белково-жирового обмена подтверждается показателями липидного и белкового обмена у коренных жителей ХМАО, использующих традиционные рационы питания и живущих на «цивилизован-

ных» привозных пищевых продуктах. Выявлено, что метаболические показатели липидов крови у коренных жителей ХМАО в значительной мере зависят от типа питания. При переходе на «цивилизованный» тип питания выявляется достоверное повышение концентрации в сыворотке крови липопротеидов низкой и очень низкой плотности, холестерина и триглицеридов. Увеличивается уровень сахара в крови. Усиливается интенсивность процессов перекисного окисления липидов, которая вместе со снижением уровня антиоксидантной защиты отражает выраженность окислительного стресса.

У коренных жителей ХМАО, поддерживающих приверженность к традиционному образу жизни и питанию, были выявлены достоверно более высокие уровни жирорастворимых витаминов в сыворотке крови. Обращает на себя внимание тот факт, что большие значения токоферола и витамина А сопутствовали предпочтению рыбосодержащих рационов питания. Обнаружено, что обско-угорские коренные жители Севера при переходе на среднеширотный «цивилизованный» тип питания реагируют аналогичной с другими коренными жителями северных регионов Земли реакцией накопления атерогенных липидов в крови и интенсификацией углеводного обмена. Такие же данные получены по Западному полушарию, подтверждающие, что с изменением традиционного образа жизни и, прежде всего, с переходом на «западный» тип питания связано появление у эскимосов высоких значений ОХС и ХС ЛПНП и других изменений в липидном спектре крови.

Оказалось, что не только обменные процессы меняются при изменении рациона питания. Отмечается заметная реакция центральной нервной системы. Это проявляется в большей выраженности тормозных процессов, снижении уровня регуляторных резервов, скорости переработки вербальной информации. Наконец, при «цивилизованном» типе питания выявляется достоверно более высокий уровень психоэмоционального стрессирования. Наряду с психоэмоциональными проявлениями стресс-реакции у коренных жителей Севера, отказавшихся от традиционного рациона питания, выявлены и эндокринные проявления стрессирования.

Таким образом, выявленные нами у коренных жителей Севера при переходе на «цивилизованный» тип питания наличие окислительного стресса, эндокринные, психоэмоциональные, метаболические проявления стресс-реакции, а также более выраженные дисадаптивные и патологические расстройства свидетельствуют о значительном снижении стрессоустойчивости людей на Севере, отошедших от белково-липидных рационов питания, уравновешивающих внут-

ренную среду организма с экстремальными факторами геоэкологической среды высоких широт. Все сказанное убеждает нас в целесообразности сохранения на Севере основных принципов традиционных подходов к формированию рационов питания коренными народами.

Потребление рыбы обскими уграми

Значение рыбы в обеспечении здоровых рационов питания большинства коренных жителей ХМАО подчеркивалось многими исследователями. Издавна хантов и манси именовали «рыбоядцами». Отмечалось, что «всякий порядочный остяк может съесть в день не меньше полпуда, или 8 кг рыбы, только в сыром виде, без костей и головы» (*Оборотова, 2003*). Это сообщается и в работах А.И. Козлова (2002).

Наши данные (*Хаснулин и др., 2007*) показали, что рыба включена в рационы 100% обследованных коренных жителей. При этом все лесные жители употребляют рыбу в пищу круглый год, а поселковые круглогодично привязаны к рыбному рациону в 91% случаев. Лишь 9% поселковых коренных жителей употребляли в пищу рыбу редко. Если сравнивать частоту употребления этими же людьми мяса, можно с полной достоверностью сделать вывод о преобладании рыбной составляющей в пище коренных жителей ХМАО, живущих на традиционных рационах. Оказалось, что 59,2% обследованных семей употребляли рыбу ежедневно, 26,3% семей включали рыбу в рацион от 1 до 4 раз в неделю, реже раза в неделю питались рыбой 14,5% семей. При этом в пищу идет практически любая добываемая рыба. Обследованные члены семей употребляли в пищу разную рыбу, доступную в бассейнах рек данного региона. Рыба в рационе лесных и поселковых коренных жителей ХМАО составляла в среднем 470-560 г на человека в сутки. При этом 5,3% семей использовали ежедневно в пищу не менее 1 кг рыбы на человека; 15,8% обследованных семей включали рыбу в свой рацион в объеме 0,6-0,75 кг и 23,8%-0,5 кг на человека в день. Остальные семьи включали в рацион не менее 200,0-400,0 г рыбы.

Эти данные сопоставимы с содержанием рыбы в рационе якутов (705 г) и в рационе нганасан (250-420 г).

Для одного коренного жителя ХМАО требуется включение в рацион питания в течение года не менее $195,3 \pm 16,9$ кг рыбы. С учетом потребления других продуктов суточная энергетическая ценность потребляемой пищи составляла по данным автора исследования 2550 ккал.

О полноценности рационов питания обследованных коренных жителей ХМАО мы можем судить по фактически выявляемому у них индексу массы тела. Большинство их, живущих в основном на традиционных рационах питания, имеют нормальную или слегка повышенную массу тела. Лишь 4%-8% отличаются снижением массы тела. Таким образом, обследование рационов питания сургутских коренных жителей ХМАО подтвердило общее для северян пристрастие к рыбе. При этом не страдает и энергетическая ценность пищи.

Расчет потребности включения рыбы в рационы обских угров

Коренные жители ХМАО наглядно демонстрируют выявленную закономерность жизнедеятельности на северном (белково-липидном) типе обмена веществ. Он сформировал традиционные рационы питания народов ханты, манси и других жителей, населяющих ХМАО на протяжении многих сотен лет. В них одно из ведущих мест занимает рыба.

Потребность обских угров, проживающих в ХМАО, да и других коренных жителей Севера в рыбе обусловлена северным типом обмена веществ. Определение ее основывается как на рекомендованных учеными нормах рационального питания для северных регионов, так и на усредненных показателях калорийности и оптимальных соотношений величин белков, жиров и углеводов в традиционных рационах коренных жителей высоких широт. В среднем по расчетам Л.Е. Панина (1983) и других исследователей для обеспечения нормальной жизнедеятельности на Севере в пище должно содержаться 140-160 г белка в сутки. Калорийность суточного рациона определялась как оптимальная в пределах 2700-3000 ккал, что соответствует средним показателям калорийности для коренных жителей Севера.

Следующие условия формирования рациона — обязательное наличие в пище белков животного и растительного происхождения. Для коренных жителей высоких широт рекомендуется обеспечивать за счет животных белков около 70-80% всей суточной потребности белка в пище, 120-128 г белка, что покрывает примерно 5-ю часть всех суточных энергетических потребностей.

В ранних исследованиях Н.В. Власовой (1975) было показано, что в конце 1960-х гг. калорийность пищи нганасан покрывалась за счет белков на 21,3%, что в значительной мере соответствует полученным нами расчетным данным.

Наконец, фактором, определяющим потребность в рыбе, становится доступность местных пищевых продуктов животного происхождения, обеспечивающих поступление не только 128 г белка, но и необходимых полиненасыщенных омега-триеновых жирных кислот, а

также витаминов, микроэлементов и других биологически активных веществ. Учитывая практическую взаимозаменяемость по содержанию животного белка мяса млекопитающих, птицы, рыбы, яиц и т.п. можно посчитать, что потребность в 128 г животного белка может перекрываться потреблением в пищу ежедневно 640 г мяса или 800 г рыбы (при среднем содержании белка 16 г в 100 г рыбы).

При отсутствии в наборе пищевых продуктов мяса коренные жители эту потребность в животном белке покрывают за счет рыбы. В других регионах часть потребности в животном белке перекрывается за счет мяса местных оленей, дикой птицы или привозного мяса млекопитающих.

Данные опроса сургутских обских угров, придерживающихся традиционных рационов питания, в сопоставлении с представленными расчетами позволяют сделать заключение о том, что более 21% обследованных семей полностью покрывают свою потребность в животном белке за счет использования в пищу рыбы.

Остальные семьи покрывают за счет рыбы более 40-65 % потребности в животном белке. Эти данные сопоставимы с результатами обследования нганасан-охотников, сохраняющих приверженность к традиционному укладу жизни. В их питании доля оленины и рыбы составляла до 53% от общего количества продуктов.

Следующим условием включения рыбы в пищу является необходимость обеспечения потребности в жирах. Жиры в антистрессовом рационе следует употреблять в основном полиненасыщенные. Именно в рыбе содержатся полиненасыщенные жирные кислоты (омега-3-ПНЖК), которые не могут синтезироваться в организме человека и поэтому являются незаменимыми. В 600-750 г рыбы, идущей ежедневно в пищу коренного жителя, содержание жира ограничивается примерно 20 г.

С позиции обеспечения омега-триеновыми жирными кислотами, а также энергетической ценности продукта, такого количества жира, поступающего с рыбопродуктами, недостаточно. Однако суточная потребность в 121 г животного жира при обозначенном выше количестве съедаемой рыбы требует дополнительного включения в рацион коренных жителей продуктов, содержащих животные жиры.

Сравнение потребностей коренных жителей Сургутского района ХМАО в животном жире с потребностями коренных жителей других северных территорий подтверждает наличие общей закономерности потребности жира для высоких широт в целом.

В.Г. Кривошапкин (2001) сообщает в своих работах, что для коренных жителей Севера пищевой рацион состоит из мясных, рыб-

ных и молочных продуктов и формируется в белково-липидный тип обмена. При этом продукты из свежей и переработанной рыбы обеспечивают 38,9% физиологической нормы. Вероятно, в Якутии коренные жители употребляют в пищу более жирные сорта рыбы, так как суточный объем съедаемой рыбы 705 г на человека был аналогичен количеству рыбы, съедаемой в сутки представителем обских угров.

Резюмируя проведенные расчеты потребности обских угров в рыбе, укажем, что для полноценного обеспечения суточной потребности белка животного происхождения (128 г в сутки на человека) в соответствии с требованиями белково-жирового типа метаболизма на Севере и дефиците мясных продуктов необходимо обеспечить включение в рацион коренных жителей ХМАО не менее 800 г речной рыбы в сутки на человека (соответственно 292 кг рыбы в год).

Вместе с тем, низкая жирность вылавливаемой рыбы во многих реках ХМАО, недостаточная энергетическая ценность продукта по содержанию жира и большая потребность в омега-триеновых кислотах требует включения в рационы коренных жителей более жирных сортов речной рыбы, а, соответственно, специального разрешения на ее отлов и распределение между жителями, придерживающимися традиционного образа жизни.

Кроме обязательного включения указанного количества рыбы, в рационе коренного жителя ХМАО, придерживающегося традиционного образа жизни, необходимо восполнять до северных норм поступление в организм белка (примерно до 160 г в сутки на человека) и жира (до 156 г) за счет мяса млекопитающих и птицы, растительных продуктов.

Вполне очевидно, что полученные результаты и известные данные о зависимости эффективности адаптивных процессов пришлого населения в высоких широтах от северного типа метаболизма требуют аналогичного пересмотра рационов питания для пришлого населения Севера.

Литература

Барбаишова, 1976 — Барбаишова З.И. Адаптация к материковому Заполярью вновь прибывших лиц, а также местных жителей коренных и некоренных национальностей // Ресурсы биосферы. Адаптация человека. Вып. III. Л.: Наука. С. 99-119.

Бондарев и др., 1993 — Бондарев Г.И., Феоктистова А.И., Землянская Т.А. Фактическое питание коренного и некоренного населения районов Крайнего Севера и Дальнего Востока // Вопросы питания. № 2. С. 14-18.

Власова Н.В., 1975 — Власова Н.В. Липидный обмен у коренных жителей Крайнего Севера Красноярского края // Вопросы питания. 1975. № 5. С. 53-56.

Влощинский, 1999 — *Влощинский П.Е.* Состояние углеводного и жирового обменов, их взаимосвязь со структурой питания у жителей Крайнего Севера: Автореф. дисс... докт. мед. наук. Новосибирск, 36 с.

Волгарев и др., 1989 — *Волгарев М.Н., Левачев М.М., Бондарев Г.И.* Состояние питания некоторых групп населения Дальнего Востока и Крайнего Севера // *Вестник АМН СССР*. № 9. С. 51-55.

Казначеев и др., 1980 — *Казначеев В.П., Панин Л.Е., Коваленко Л.А.* Актуальные проблемы рационального питания пришлого населения Заполярья и аборигенов Севера // *Вопросы питания*. № 1. С. 23-27.

Козлов, 2002 — *Козлов А.И.* Экология питания: Курс лекций. М.: Изд-во МНЭПУ, 184 с.

Кривошапкин, 2001 — *Кривошапкин В.Г.* Очерки клиники внутренних болезней на Севере. Якутск: Изд. Департамента НиСПО МО, РС(Я), 128 с.

Оборотова, 2003 — *Оборотова Е.А.* От печки. Новосибирск: Наука-Центр, 224 с.

Панин, 1978 — *Панин Л.Е.* Энергетические аспекты адаптации. М.: Медицина, 192 с.

Панин и др., 1983 — *Панин Л.Е., Березовиков П.Д., Андропова Т.И.* Уточнение физиологических норм в пищевых веществах и энергии для различных климатических зон Востока СССР // *Медико-биологические аспекты продовольственной программы на Востоке СССР*. Новосибирск. С. 3-53.

Панин и др., 1987 — *Панин Л.Е., Березовиков П.Д., Андропова Т.И.* Норма потребности человека в пищевых веществах и энергии для районов Сибири и Азиатского Севера // *Питание — основа первичной профилактики заболеваний на Севере*. Новосибирск. С. 29-42.

Скурихин и др., 1986 — *Скурихин И.М., Шатерников В.А.* Как правильно питаться. М.: Агропромиздат, 124 с.

Хаснулин, 2004 — *Хаснулин В.И.* Синдром полярного напряжения // *Медико-экологические основы формирования, лечения и профилактики заболеваний у коренного населения Ханты-Мансийского автономного округа*. Новосибирск: Изд-во СО РМН. С. 24-35.

Хаснулин и др., 2005 — *Хаснулин В.И., Бойко Е.Р., Хаснулина А.В.* Основы традиционных рационов питания коренных жителей Севера // *Мат. международной конф. «Медико-социальные проблемы коренных малочисленных народов Севера»*. Ханты-Мансийск. С. 265-267

Хаснулин и др., 2007 — *Хаснулин В.И., Ефимова Л.П., Хаснулина А.В., Кудряшова В.Е.* Обоснование норм здорового потребления обскими уграми рыбы с учетом требований северного типа обмена веществ. Методическое письмо. Новосибирск, 22 с.

Цуканов, 1996 — *Цуканов В.В.* Клинико-биохимические особенности заболеваний желчевыводящих путей у населения Азиатского Севера: Автореф. дисс... д-ра мед. наук. Томск, 36 с.

Ebbesson et. al., 2006 — *Ebbesson S.O., Roman M.J., Devereux R.B.* High consumption of saturated fats is associated with atherosclerosis in Eskimos: the gocadan study // *The 13th International Congress on Circumpolar Health*. Novosibirsk. P. 81-82.

Андрей Г. Бухна, Б.Ю. Приленский, С.А. Соколов

ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ «С» В ЗАПАДНОЙ СИБИРИ. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ, ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ И НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ХВГ «С» В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ

Общая характеристика наблюдаемых больных и методов исследования

Всего было обследовано 64 больных хроническим гепатитом С (ХГ-С) (средний возраст — $31,8 \pm 1,0$ лет): мужчины 53,1 %, женщины 46,9 %.

Исследование психологического статуса включало в себя опрос и анкетированное тестирование, проводимые врачом-психотерапевтом по методике, разработанной кафедрой психотерапии и курсами психологии ТюмГМА (зав. кафедрой д.м.н. профессор Б.Ю. Приленский), в индивидуальной беседе, в максимально спокойной обстановке. Тестовое обследование включало в себя:

А. ШАС — шкала астенического состояния, созданная Л.Д. Малковой и адаптированная Т.Г. Чертовой.

Б. САН — тест дифференциальной самооценки функционального состояния, показывающий уровень самочувствия, активности и настроения (Столяренко, 2002: 454).

В. Тест — шкала депрессии Бека — опросник для выявления признаков депрессии.

Г. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни, разработанная Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева на основании предложенной А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым (1980) типологии реакции личности на болезнь.

Д. СМИЛ — стандартизированный многофакторный метод исследования личности, представляющий собой модификацию теста ММРІ и по значимости считающийся «тяжелой артиллерией» психодиагностики (Собчик, 2006: 3).

Тест содержит 566 вопросов-утверждений, при получении ответов на который выявляется профиль СМИЛ, дающий интерпретацию портрета личности, и показатель почти 200 дополнительных шкал, играющих уточняющую и второстепенную роль.

Исследование иммунологического статуса включало:

Определения иммунокомпетентных клеток — CD3+, CD8+, CD4+, CD19+, CD16+.

Определение уровня иммуноглобулинов классов А, М, G, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК с ПЕГ, 3,5% и 7,0%).

Определение фагоцитарной активности нейтрофилов (ч/з 30 и 120 мин.). NST-тест (спонтанный и стимулированный) (Караулов, 2002: 311).

В исследовании вегетативной нервной системы пациентов мы опирались на руководство для врачей «Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение» (Вейн, 2000). Наши исследования являлись скрининговыми и представляли собой осмотр и заключение врача-невролога с заполнением специальной таблицы, разработанной I ММИ (Соловьева, 1981), по которой можно судить об общем вегетативном тоне данной категории больных.

Результаты полученных исследований

Оценка психологического статуса ХВГС. Как показали данные нашего исследования, у больных ХГС показатель ШАС составил $45,4 \pm 8,2$ (норма $37,22 \pm 6,47$), самочувствие $5,0 \pm 0,12$, активность $4,8 \pm 0,12$, настроение $5,3 \pm 0,11$ (Показатели самочувствия ниже 5,4 балла, активности — ниже 5,0, настроения — ниже 5,1 балла расцениваются как низкие, т.е. ниже нормы). По данным тестов ШАС и САН можно заключить, что для данной группы исследуемых характерно наличие слабо выраженной астении, сниженных показателей самочувствия и активности при сохраненном уровне настроения.

Опрос по шкале депрессии Бека показал наличие депрессии у одного больного, что составило 0,6% от всей группы обследованных.

Наше исследование выявило различные психологические типы отношения больных ХВГС к своей болезни: эргопатический — $48,4 \pm 6,2\%$, анозогнозический — $39,1 \pm 6,1\%$, гармонический — $7,8 \pm 3,4\%$, сенситивный — $4,7 \pm 2,6\%$, тревожный — $3,1 \pm 2,2\%$, неврастенический — $1,6 \pm 1,6\%$. Результаты показывают, что доминирующими типами являются эргопатический и анозогнозический. Для *эргопатического типа* больных ХГВС характерен так называемый «уход от болезни в работу». Даже при выраженной тяжести болезни и страданиях, приносимых ею, пациент стремится продолжать свою трудовую деятельность. Этой группе пациентов свойственно сверхответственное, одержимое, стеничное отношение к работе, в ряде случаев, выраженное еще в большей степени, чем до болезни. Характерно также избирательное отношение к своему обследованию и лечению, обусловленное стремлением во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности. Для *анозогнозического типа* больных ХГВС характерно: активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, отрицание очевидного, приписывание проявлений болезни случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям, отказ от обследова-

ния и лечения, желание обойтись «своими средствами». При эйфорическом варианте анозогнозического типа отмечается необоснованно повышенное настроение, пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и своему лечению, надежда на то, что «само все обойдется», желание продолжать получать от жизни все, несмотря на болезнь, легкость нарушений режима, пагубно отражающегося на течении болезни.

Исследование психологического статуса по методике ММРІ позволило выявить степень выраженности личностных нарушений и определенные особенности социально-психологической дезадаптации у пациентов с ХВГС (Рис. 1).

Учитывая, что показатель выше 70 свидетельствуют о нарушении адаптации и об отклонении состояния от нормального, нами выявлены нарушения по шкалам ипохондрия, депрессия, психопатия, шизофрения у больных ХВГС.

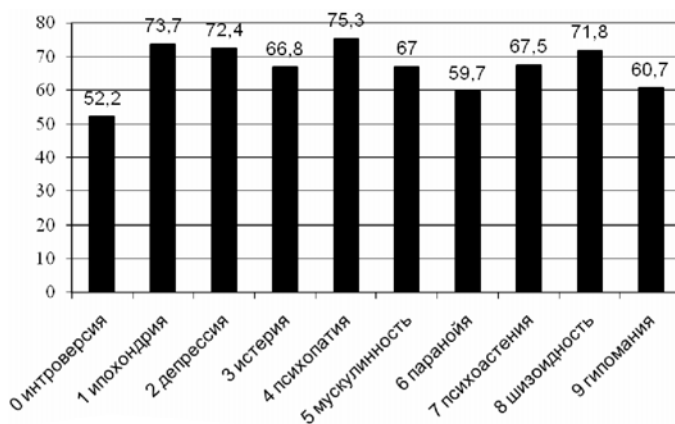


Рис. 1. Данные исследования пациентов с хроническим гепатитом «С» по методике ММРІ.

Ипохондрия — «близость испытуемого к астено-невротическому типу. Испытуемые с высокими оценками медлительны, пассивны, принимают все на веру, покорны власти, медленно приспособляются, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах.

Депрессия — высокие оценки имеют чувствительные, сенситивные лица, склонные к тревогам, робкие, застенчивые. В делах они старательны, добросовестны, высокоморальны и обязательны, но не способны принять решение самостоятельно, нет уверенности в себе, при малейших неудачах они впадают в отчаяние.

Психопатия — высокие оценки по этой шкале свидетельствуют о социальной дезадаптации: такие люди агрессивны, конфликтны, пренебре-

гают социальными нормами и ценностями. Настроение у них неустойчивое, они обидчивы, возбудимы и чувствительны. Возможен временный подъем по этой шкале, вызванный какой-нибудь причиной.

Шизоидность — лицам с высокими показателями по этой шкале свойствен шизоидный тип поведения. Они способны тонко чувствовать и воспринимать абстрактные образы, но повседневные радости и горести не вызывают у них эмоционального отклика. Таким образом, общей чертой шизоидного типа является сочетание повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях.

Оценка биохимического статуса больных ХВГС. Результаты лабораторного обследования пациентов стандартными унифицированными методиками представлены в таблицах 1 и 2. Для сравнения приводим данные исследования крови 30 практически здоровых пациентов.

Таблица 1

**Показатели красной крови и лейкограммы больных с ХГ-С
в сравнении со здоровыми (М ± m)**

Показатель	Здоровые (n = 30)	Больные ХВГ «С» (n = 64)
Эритроциты' 10 ¹² /л	4,46 ± 0,03	4,67 ± 0,09
Гемоглобин, г/л.	144,8 ± 1,95	140,27 ± 2,33
Цветной показатель	0,89±0,02	0,89±0,01
Тромбоциты	225,7±8,04	236,81±7,89
Лейкоциты' 10 ⁹ /л	5,79 ± 0,26	6,23 ± 0,20
базофилы	0,15±0,05	0,20±0,09
эозинофилы, %	2,50 ± 0,22	1,44 ± 0,28*
палочки, %	3,1 ± 0,18	1,67 ± 0,35**
сегменты, %	52,45 ± 2,02	53,64 ± 1,46
лимфоциты, %	36,31 ± 1,64	36,91 ± 1,66
моноциты, %	5,20 ± 0,41	5,96 ± 0,92
СОЭ, мм/ч	5,73 ± 0,35	7,94± 0,80

Примечание: достоверность различий у больных ХГ-С и здоровых: p < 0,05 — *, p < 0,01 — **, p < 0,001 — ***.

Из представленных в таблице 1 основных показателей красной крови следует, что средние значения этих показателей достоверно не отличались между собой у больных ХВГС и здоровых лиц. У больных ХВГС наблюдается достоверное снижение уровня эозинофилов и палочкоядерных нейтрофилов. Других достоверных различий в показателях лейкоформулы у обследованных больных не было.

С целью получения более достоверных сведений о влиянии вирусного гепатита «С» на выраженность цитолитического, мезенхи-

мально-воспалительного и гепатодепрессивного синдромов у больных ХГВС и здоровых людей нами проведен сравнительный анализ основных биохимических параметров сыворотки крови, результаты которого представлены в таблице 2.

При анализе полученных данных достоверные отличия в исследуемых группах были получены по показателям общего белка, общего билирубина, АЛТ, АСТ, ПТИ %, сывороточного железа, креатинина, уровня глюкозы крови.

Оценка иммунной системы больных ХВГС. Результаты оценки иммунного статуса больных с ХГ-С представлены в таблице 3.

Таблица 2

Биохимические показатели сыворотки крови больных с ХГ-С и здоровых (M ± m)

Показатель	Здоровые (n = 30)	Больные ХВГ «С» (n = 64)
Общ. белок, г/л	79,1 ± 0,35	76,32 ± 0,89*
Общ. билирубин, мкмоль/л	11,34 ± 0,47	14,78 ± 1,11*
АЛТ, мкмоль/ч л	25,12±0,15	83,65± 1,74***
АСТ, мкмоль/ч л	24,21±0,25	52,11±4,28***
ЩФ, ммоль/л ч	145,54±4,43	157,50 ± 6,28
Холестерин, ммоль/л	4,24 ± 0,03	4,14 ± 0,12
ПТИ, %	93,70 ± 0,4	90,43± 1,03*
Сывороточное железо	14,25±0,38	16,65±0,69*
Креатинин	65,33±0,90	78,24±1,38***
Сахар	4,01±0,05	4,25±0,07*

Примечание: достоверность различий у больных ХГ-С и здоровых: p < 0,05 — *, p < 0,01 — **, p < 0,001 — ***.

У больных ХГВС нами получены достоверное увеличение уровня CD3+45+, CD3+8+45+, CD3+4+45+, снижение показателей ФЧ ч/з 120 ЕД, NST-тест моноцитов спонтанный, NST-тест моноцитов стимулированный, CD19+45+.

Оценка неврологического статуса больных ХВГС. Данные, полученные в ходе проведенных нами исследований, таковы: — число баллов, соответствующих симпатической нервной системе, было равно 38,6, а парасимпатической — 61,4. Установлено, что у пациентов ХВГС преобладает парасимпатический тонус нервной системы.

Таблица 3

Показатели иммунограммы больных с ХГ-С и здоровых ($M \pm m$)

Показатель	Здоровые (n = 30)	Больные ХВГ «С» (n = 64)
Ig A, г/л	2,14±0,61	2,43±0,11
Ig M, г/л	1,26±0,40	1,77±0,06
Ig G, г/л	10,98±2,93	15,64±0,40
ЦИК с ПЭГ 3,5%, усл. ед.	30,17±13,56	30,08±3,32
ЦИК с ПЭГ 7%, усл. ед.	245,70±96,50	356,06±17,07
ФИ ч/з 30 %	79,33±11,72	79,37±0,95
ФИ ч/з 120 %	89,75±7,79	82,27±0,91
ФЧ ч/з 30 Ед.	3,03±0,52	2,21±0,05
ФЧ ч/з 120 Ед.	3,56±0,48	2,52±0,04*
NST-тест моноцитов спонтанный %	19,29±1,95	10,63±0,71***
NST-тест моноцитов стимулированный %	21,06±2,11	11,04±0,67***
CD3+45+ %	55,60±3,97	74,90±0,94***
CD3+8+45+ %	22,01±2,10	28,69±1,06**
CD3+4+45+ %	35,1±3,35	43,55±1,04*
CD16+56+45+ %	17,20±7,53	10,59±0,66
CD19+45+%	14,24±0,67	12,0±0,67*

Примечание: достоверность различий у больных ХГ-С и здоровых: $p < 0,05$ — *, $p < 0,01$ — **, $p < 0,001$ — ***.

Заключение

Хронический вирусный гепатит «С» в Западной Сибири характеризуется наличием слабо выраженной астении, сниженным показателем самочувствия и активности, при сохраненном уровне настроения, отсутствием в клинике признаков депрессии. Высокая частота встречаемости среди пациентов с ХВГС анозогностического и эргопатического психологических типов отношений к болезни, а также склад личности с преобладанием дезадаптации по шкалам ипохондрия, депрессия, психопатия, шизофрения затрудняет эффективную диагностику и лечение данной категории больных. Оценка неврологического статуса показала преобладание тонуса парасимпатической нервной системы у больных ХВГС.

Исследования общего и биохимического анализа крови у больных ХВГС в Западной Сибири выявило снижение уровня эозинофилов и палочкоядерных нейтрофилов, наличие умеренного цитолитического синдрома, что совпадает с общемировыми данными. Нами установлено увеличение показателей клеточного звена (CD3, CD4, CD8) иммунитета, снижение фагоцитарного (ФЧ, NST — спонтанный, стимулированный) и гуморального звена (В — лимфоциты).

Таким образом, больные ХВГС представляют собой сложную категорию пациентов, в лечении и реабилитации которых должны

принимать участие врачи различных специальностей — инфекционисты, иммунологи, неврологи и психотерапевты.

Литература

Вейн, 2000 — *Вейн А.В.* Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. М.

Собчик, 2006 — *Собчик Л.Н.* Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. СПб.: Речь, 224 с.

Караулов, 2002 — *Караулов А.В.* Клиническая иммунология и аллергология: Учебное пособие. М.: Медицинское информационное агентство, 651 с.

Столяренко, 2002 — *Столяренко А.Е.* Основы психологии. Практикум. Ростов-на-Дону: Феникс, 704 с.

Г.П. Харючи

ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АО

Ямало-Ненецкий автономный округ занимает 750,3 тыс. км² — 52,3 % территории Тюменской области. Плотность населения на территории округа 0,7 человека на 1 км². Население округа проживает в 8 городах, 8 рабочих поселках, 102 сельских населенных пунктах. Средний возраст населения составляет 42 года. Численность постоянного населения ЯНАО на начало 2009 г. 540 тыс. чел; в сельской местности проживает 82508 чел. Более 14395 сельских жителей ведут кочевой образ жизни.

В ЯНАО проживают 37000 представителей КМНС (перепись 2002 г.): ненцы — самый многочисленный народ в составе КМНС — 26435 чел., ханты — 8760 чел., селькупы — 1797 чел.; есть небольшие группы манси, эвенков и др. Общая численность КМНС в округе за период между последними переписями населения (1989-2002 гг.) выросла. Народов Севера в целом стало больше почти на 24%, в том числе ненцев — на 26%, хантов — на 21%, селькупов — на 18%. Несмотря на увеличение численности коренных народов к 2002 г., их доля в общем составе населения округа остается очень незначительной — чуть более 7%. На 1 января 2008 года численность КМНС в округе составляет 34795 чел.: ненцы — 24949 чел., ханты — 8117 чел., селькупы — 1608 чел.

ЯНАО относится к наиболее урбанизированным регионам России, что связано с активной газодобычей. Доля городского населения в округе в 1989 г. составляла 77,9%. К 2002 г. увеличилась до 83,4%. Статистика отражает постоянный рост городского населения

и среди коренных народов Севера. Ненцы — менее урбанизированный народ из категории КМНС вследствие большей значимости в их среде традиционных отраслей хозяйства. Доля городского населения в их общей численности в 2002 г. составляла 19%, на территории ЯНАО — 14%. Следует заметить, что в процессе урбанизации большую активность проявляет женская часть аборигенов. По переписи 2002 г. доля женщин среди горожан достигла у ненцев 59,5% (в ЯНАО — 61,8%).

Аборигенное население региона частично ведет кочевой образ жизни, частично сосредоточено в стойбищах оленеводов и рыбаков, в небольших поселках, разбросанных на пространствах тундры от Оби до Енисея и полярного Урала.

В отличие от многих других районов Севера, где кочевание сведено к производственному процессу, на Ямале осталась большая часть населения, ведущая «бытовое» кочевание, т.е. вместе со стадами передвигаются оленеводы и их семьи. Доля кочевого населения в Ямальском районе составляет свыше половины (52%), в Тазовском — 70%, в Надымском — четверть всей численности КМНС. Естественно, при таком образе жизни в современных условиях возникают серьезные проблемы с сохранением здоровья.

В Ямало-Ненецком автономном округе охрана здоровья населения закреплена в Уставе (гл. 2, ст. 18, п. 2 и 3) и ряде постановлений Законодательного собрания ЯНАО как одно из приоритетных направлений социальной политики. Эта формулировка Устава позволяет решать многие задачи повышения качества медицинского обслуживания населения, укрепления его здоровья.

Охрана здоровья и особенности оказания медицинской помощи в округе определены его климатогеографическим положением, экстремальностью проживания и жизнедеятельностью населения.

Для решения задач охраны здоровья в округе созданы и функционируют подразделения санитарной авиации, передвижные медицинские отряды, в тундре организована работа разъездных фельдшеров.

Все учреждения здравоохранения автономного округа за последнее десятилетие укомплектованы современным лечебным и диагностическим оборудованием, квалифицированными медицинскими кадрами. Это позволяет обеспечить население высококвалифицированной и специализированной медицинской помощью.

Высокотехнологичные медицинские услуги населению региона представляют клиники федерального подчинения (по квотам, выделенным Минздравом). Кроме того, по соглашениям с субъектами Федерации, которые утверждаются распоряжениями губернатора

ЯНАО, специализированную помощь жителям округа представляют в клиниках и лечебно-профилактических учреждениях Тюменской, Свердловской, Курганской областей по программе «Сотрудничество»: например, в г. Курган, в РНЦ «Восстановительная травматология и ортопедия» им. Академика Г.А. Илизарова, в консультативной поликлинике им. Нигинского в г. Тюмени. Организованы выезды врачей-ортопедов из РНЦ «ВТО» в Новый Уренгой, Надым, Ноябрьск, в Тазовский, Шурышкарский районы.

Медицинское обслуживание населения ЯНАО в 2008 г. осуществляло 72 учреждения здравоохранения. Доврачебную медпомощь жителям сельских территорий оказывали 113 фельдшерско-акушерских и акушерских пунктов, а также пять передвижных медицинских отрядов.

В состав учреждений здравоохранения входят 3 учреждения особого типа: бюро судебно-медицинской экспертизы, территориальный Центр медицины катастроф, Центр сертификации и контроля качества лекарственных средств и 69 лечебно-профилактических учреждений.

Целью приоритетного национального проекта «Здоровье» (2009-2012 гг.) является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни, а также повышение доступности и качества медицинской помощи. Финансирование национального проекта «Здоровье» в 2006-2008 гг. составило 4 млрд 200 млн рублей. В округе успешно реализуется ряд окружных программ: «Неотложные меры борьбы с туберкулезом», «Анти-СПИД», «Здоровый ребенок», «Сахарный диабет», «Строительство первоочередных объектов здравоохранения ЯНАО», «Охрана здоровья населения и профилактика социально-значимых заболеваний в ЯНАО» и др.

Состояние здоровья — одно из важнейших условий для удовлетворения основных потребностей человека, поддержания качества его жизни. Оценка здоровья людей необходима для грамотного определения приоритетных подходов в решении ряда важных демографических и социальных проблем. К числу критериев, по которым определяется уровень здоровья, относятся показатели заболеваемости и смертности.

Коренные народы веками жили в суровых условиях, в природе, надеясь только на себя. Они могли так жить и дальше. Но иная цивилизация вместе с благами принесла болезни, против которых люди и олени были беззащитны. В конце XIX в. эпидемии и эпизоотии уносили целые стойбища и стада оленей. У ненцев даже не было названий этих болезней, кроме как *вэва хабця* — плохая, страшная

болезнь. Победили такие страшные заболевания как чума, трахома, но появились другие «блага цивилизации» — рак, туберкулез, сифилис, СПИД, наркомания.

Заболеваемость пришлого населения связана с плохой адаптацией к новым неблагоприятным условиям. Коренное население, естественно, должно быть идеально адаптированным к этим условиям. Но оно проигрывает в другом: люди не могут успешно сопротивляться болезням цивилизации, которых у представителей коренных народов раньше не было. Это активный туберкулез, вирусный гепатит, заболевания кишечника, инфекционные заболевания верхних дыхательных путей. В связи с тем, что в рационе питания коренных жителей севера происходит замена белков и жиров животного происхождения, нарушается обмен веществ, в результате чего наблюдается значительный рост случаев ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии, инфаркта миокарда. Распространение этих заболеваний быстро прогрессирует в северных районах.

Член-корр. РАМН А.А. Буганов подчеркивает, что «здоровье человека следует рассматривать как неразрывное единство физиологических, психологических и социальных факторов, которые формируют биологическую природу человека, его внутренний мир и окружающую среду» (2003: 43). Для сохранения здоровья необходимо наличие высокого уровня жизни. Отметим, что по международным стандартам критерием устойчивого развития общества считается состояние культуры и уровня жизни коренного населения. Качество жизни — это, прежде всего, сохранение общественного здоровья, личного здоровья, благополучие семьи. Качество жизни и уровень жизни зависят от уровня духовности, культуры, от личной и общественной этики, которая доминирует в данном регионе и государстве (Казначеев, 2002: 225).

За прошедшие с начала XX столетия годы кардинальным образом изменились условия жизни северных народов. Добыча нефти и газа, развитие промышленности, новые промышленные города и поселки существенно трансформировали окружающую среду. Ухудшение экологической обстановки и ухудшение состояния социальной среды приводят к психологическому прессингу, который испытывают представители северного населения в результате промышленного освоения (Зенько, 2003: 27). Сегодня надо говорить уже о «социальной экологии», имея в виду «загрязнение образа жизни, а не только природных условий» (Беков, 2005: 18).

В основе причин заболеваний лежит растущее антропогенное воздействие на окружающую среду, связанное с промышленным ос-

воением северных территорий и ростом населения, особенно за счет миграции. Все это ведет к увеличению бактериального и паразитарного загрязнения почвы и воды из-за ее низкой самоочищающей и фильтрационной способности на Севере. Следствием перечисленных причин стал рост инфекционной заболеваемости среди КМНС и особенно по классам, отнесенным к разряду «социальных болезней», таких как туберкулез, венерические заболевания, алкоголизм.

Медицинское обслуживание коренного населения рассмотрим на примере Ямальского района. В Ямальском районе введена трехуровневая система оказания медицинской помощи кочующему населению:

I уровень — первая медицинская помощь, осуществляемая санитарными помощниками;

II уровень — доврачебная помощь, осуществляется фельдшерами передвижных фельдшерских пунктов;

III уровень — врачебная помощь, осуществляется врачами передвижного медицинского отряда.

Санитарные помощники — это лица из числа КМНС в возрасте до 30 лет, имеющие образование 9-11 классов, проживающие в тундре. Они прошли подготовку по специальной программе французской гуманитарной ассоциации «Врачи мира». Их учили оказанию первой медицинской помощи непосредственно в жилище охотника, рыбака, оленевода.

С помощью методических рекомендаций для санитарных помощников, разработанных французской гуманитарной ассоциацией «Врачи мира», в районе создана памятка для родителей «О наиболее опасных состояниях у детей. Календарь профилактических прививок», в которой охарактеризованы часто встречающиеся симптомы и синдромы заболеваний, при которых оказание первой медицинской помощи поможет предотвратить развитие осложнений. С работой санитарных помощников связываются большие надежды на приближение первой медицинской помощи непосредственно к тундровому стойбищу, повышение санитарной грамотности, и, как следствие, снижение младенческой смертности.

Врачи отмечают, что показатели здоровья населения Ямальского района не претерпели существенных изменений на протяжении 2000-х гг. За эти годы наметилась определенная тенденция к увеличению как заболеваемости населения в целом, так и по возрастным группам. Основные причины такого положения связаны с суровыми условиями проживания и жизнедеятельности, недостаточным объемом специализированной медицинской помощи, отсутствием мер профилак-

тики на производстве по предупреждению роста заболеваемости в коллективах, а также низкая доступность медицинской помощи коренному кочующему населению.

Повсеместно в округе существует система бесплатного обеспечения лиц из числа КМНС лекарствами, в том числе и кочующего населения. Во время традиционных праздников (Дни оленевода) жители тундры получают бесплатно детское питание для детей до 2-х лет и бесплатные медицинские аптечки с набором лекарственных препаратов первой помощи.

Ведение кочевого образа жизни, отдаленность мест проживания от социальных и культурных центров не позволяет им пользоваться полноценным медицинским обслуживанием. Отсутствие врачебных специалистов на селе, особенности жизненного уклада сельских жителей, жесткие условия на рынке приводят к невозможности должного лечения, реабилитации и диспансеризации. В связи с этим затруднена медико-социальная профилактическая работа среди кочующего населения.

Исследованиями здоровья коренных народов ЯНАО занимается НИИ медицинских проблем Крайнего Севера РАМН (г. Надым). Создан значительный банк данных о состоянии здоровья коренных жителей, на основе которого ученые разрабатывают программы сохранения здоровья северян (см.: *Буганов и др.*, 2007: 135). Ученые рассматривают проблемы сохранения здоровья популяции в комплексе с позициями экологии и социально-психологической составляющей с учетом генетических аспектов. Только все вместе: психологический, социальный климат, факторы питания, загрязненность воздуха, почвы, наследственная предрасположенность, стрессовые нагрузки и многое другое — формирует здоровье или нездоровье отдельного человека и популяции в целом.

Несмотря на то, что проживание в экстремальных условиях Севера выработало у коренных жителей определенную пластичность и приспособляемость к этой среде, негативное влияние техногенных факторов на состояние их здоровья очевидно. Не нужно забывать, что старшее и среднее поколение тундровиков прошло через школы-интернаты, где уже произошли изменения здоровья из-за смены питания.

«Продолжительность жизни у коренных народов уже длительное время на 7-10 лет меньше (а это огромный разрыв), чем у остального населения. Глубокий социально-демографический кризис порождает и особую структуру причин смертности у КМНС, когда на первое место среди причин выходят т.н. «внешние причины» — не-

счастливые случаи, отравления и травмы, куда входят и самоубийства и убийства. Так, уровень самоубийств у них составляет почти 90 на 100 тысяч населения» (*Анализ...*, 2005). Очевидно, что младенческая смертность выше в тундре, но медики в районах в один голос говорят о качественно лучшем здоровье кочевников, меньшем числе у них травм и насильственной смертности. Такие смерти у кочевых жителей случаются, в основном, во время пребывания в поселках. Ситуация со смертностью КМНС тесно связана с состоянием глубочайшего кризиса традиционных видов деятельности, люмпенизацией и алкоголизацией населения.

У коренных народов наблюдается динамика роста заболеваемости (на 2002 г. в ср. с 1999 г. на 13%). В 2001 г. показатели заболеваемости паразитарными болезнями были в 3,5 раза выше среднеокружных показателей, туберкулезом — в 1,7 раза превышают общий показатель по автономному округу (особенно высоки в Красноселькупском, Ямальском и Пуровском районах). Основной причиной роста данного показателя медицинские источники называют низкий охват лечения больных туберкулезом в открытой форме. С 1992 по 2002 гг. уровень онкологической заболеваемости в районах проживания КМНС увеличился в 2,5 раза. Основные причины этого — несбалансированное питание (не распространяется на тундровиков), неблагоприятная экологическая ситуация, загрязнение окружающей среды, атмосферного воздуха и почвы. Наблюдается рост числа заболеваний мочевыделительной системы, органов пищеварения, железодефицитной анемии беременных женщин из числа КМНС. Как следствие, показатели младенческой смертности среди кочевого населения из числа КМНС превышают среднеокружные показатели в 2-3 раза (*Анализ...*, 2005).

Каковы сегодня социальные и психологические проблемы жизнедеятельности аборигенов? Чем объяснить нарастающее ухудшение здоровья коренного населения Сибири в последнее десятилетие? Исследования СО РАМН показали, что снижение устойчивости к заболеваниям у коренных жителей Сибири вызвано, прежде всего, негативным действием социально обусловленного стресса. Как отмечают специалисты, малочисленные народы оказались одной из самых незащищенных групп населения. Среди главных причин такого положения: тяжелые бытовые условия, недостаточный учет этнического своеобразия коренных народов, их традиций и обычаев. Известно, что наиболее эффективное сохранение здоровья, полноценную жизнедеятельность и воспроизведение новых поколений в экстремальных климатогеографических условиях коренные жители Сибири и

Севера смогли обеспечить за счет подбора уклада жизни, особенностей языка, ритуалов, рационов питания, режимов труда и отдыха, семейных и культурных традиций, основных видов промыслов. Это был тип экологически сбалансированной жизнедеятельности человека со всеми элементами окружающей его биосферы. Одновременно деятельность человека, его кочевой образ жизни обеспечивали возможность воспроизводства всех затраченных природных ресурсов, растительного и животного мира» (Хаснулин, 1999: 28).

Таким образом, важнейшей задачей в этой зоне должна стать охрана природы, а значит и сохранение этносов, так как малочисленные народы в значительной степени подвержены зависимости от природно-экологических условий Севера. Как видим, необходимость промышленного освоения Севера вступает в противоречие с потребностями коренного населения, ущемляет его интересы. В проведенных социологических исследованиях тундровики единогласно отмечают, что промышленное освоение ведется за счет ухудшения положения коренных малочисленных народов Севера (Анализ..., 2005). Отрыв коренных народов от привычной среды обитания приводит их к гибели, они могут существовать и развиваться только в согласии с природой, занимаясь традиционным хозяйствованием. Поэтому задача первостепенной важности — сохранение естественной среды обитания и традиционного хозяйственного уклада на основе новых технологий, снижение уровня загрязнения среды обитания.

Департаментом информации и общественных связей Администрации ЯНАО ведется работа в рамках программы «Мониторинг социальной напряженности» (2003, 2005 гг.). В социологических исследованиях и мониторингах социальной напряженности отражается картина изменений на рубеже веков в массовом сознании северян, в том числе коренных малочисленных народов Севера ЯНАО. Коренные народы отрицательно воспринимают промышленное освоение Севера. Сейчас в социальном напряжении находятся жители Ямальского и Шурышкарского районов, где прокладывается железная дорога Обская — Бованенково, где будет осуществляться мегапроект «Урал промышленный — Урал Полярный».

«В настоящее время социально-экономическое состояние коренных народов Севера в целом можно характеризовать как социально-депрессивное. Они вынуждены покидать территории традиционного природопользования. По прогнозам в результате сокращения пастбищ в Ямальском районе планируется перевести на оседлый образ жизни 165 семей, кочующих вдоль промышленных зон. Еще 268 семей, кочующих вдоль промышленных инфраструктур, будут

вынуждены покинуть районы разработки» (Белов, 2008). Мы не можем представить, чтобы просто так в городе, поселке человека лишили жилья, а ведь тундра для кочевника — это дом, улица, работа. Отсюда возникают проблемы жилья и занятости. Обратный процесс адаптации (переселение в поселки) означает потерю жизненного пространства. А жизненное пространство — это пастбища, озеро, маршруты калаша, святилища, родовые кладбища. Ненцы легко приспосабливаются к разным условиям, но в привычном жизненном пространстве. В новом жизненном пространстве возникают проблемы между поселковыми жителями и людьми, вновь переведенными на оседлость и поселившимися вокруг охотничьих и рыболовных угодий. Привычная социальная среда, как и природная, важна для выживания народа. Какова же она в национальных поселках, каков там характер экономических взаимоотношений — пока детально не исследовано.

Промышленное освоение Севера — одна из важнейших угроз здоровью коренных народов, что связано с глобальным нарушением экологии. Загрязнение территории, воды, сокращение оленьих пастбищ, охотничьих и рыболовных угодий, нерестилищ и мест гнездования птиц формирует у жителей Севера негативное отношение к промышленному освоению (56,8% респондентов при опросах подтвердили это и лишь 21,7% согласились с необходимостью освоения). По данным, приведенным в работе М.Б. Бекова (2005: 152-154), 54% опрошенных отметили, что промышленное освоение недр сказалось отрицательно на их жизни, 25% — крайне отрицательно и лишь 2% дали положительную оценку; мнение экспертов по отрицательной оценке совпадает с мнением кочевого населения. Один из способов сохранения исконной среды обитания 95% респондентов видят в создании особо охраняемых территорий, на которых будет запрещена добыча нефти и газа. Это сможет помочь и их оздоровлению.

Сохранение здоровья коренного населения Севера должно быть делом не только системы государственного здравоохранения. Как справедливо заметила в одном из своих интервью вице-президент АКМНСиДВ РФ Л.И. Абрютинна: «Здоровье людей зависит от многих факторов: условий жизни, экологии, генетики и других обстоятельств. Сектор здравоохранения может повлиять лишь на 10-15% факторов, обуславливающих здоровье или нездоровье» (Пивнева, 2004: 86).

Литература

Анализ..., 2005 — Анализ социологической и статистической информации по исследованиям кочевого населения из числа коренных малочис-

ленных народов Севера (КМНС) на территории ЯНАО. Департамент информации и общественных связей Администрации ЯНАО. Салехард, 252 с.

Беков, 2005 — Беков М.Б. Освоение новых территорий и проблемы коренных народов Севера (социологический анализ) // Уральский исторический вестник. № 2. Ямальский выпуск. Екатеринбург: Академкнига. С. 150-163.

Буганов, 2003 — Буганов А.А. Оценка в динамике состояния здоровья коренного этноса в регионах многолетней нефтегазодобычи // Культура и образ жизни народов Севера в условиях нефтегазового освоения. Научный вестник. Вып. 10. Салехард. С. 43-46.

Буганов и др., 2007 — Буганов А.А., Лобова В.А., Долгов Д.В. Социальные и психологические проблемы жизнедеятельности аборигенов Ямала // Коренные народы Ямала в современном мире: Сценарии и концепции развития. Тематический сборник / под ред. Ю.В. Попкова. Новосибирск-Салехард: Нонпарель. С. 135-140.

Василенко, 1997 — Василенко Б.И. Народная медицина ненцев Ямала. Салехард, 99 с.

Казначеев и др., 2002 — Казначеев В.П., Акулов А.И., Кисельников А.А., Мингазов И.Ф. Выживание населения России. Проблемы «Сфинкса XXI века». Новосибирск: Изд-во Новосиб. ун-та, 463 с.

Положение..., 2003 — Положение кочующего населения в районах проживания коренных малочисленных народов Севера. Отчет по результатам социологического исследования. Департамент информации и социально-политических исследований Администрации ЯНАО. Салехард, 57 с.

Пивнева, 2004 — Пивнева Е.А. Здоровье и медико-социальные проблемы // Современное положение и перспективы развития малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока: Независимый экспертный доклад / под ред. В.А. Тишкова. М. (Новосибирск: Изд-во СО ИАЭ РАН). С. 77-94.

Белов, 2008 — Белов А. Восемь сыновей кочевника // Тюменские известия. 2 сентября 2008 г. № 153. С. 3.

Устав..., 1998 — Устав (Основной закон) Ямало-Ненецкого автономного округа. Салехард. От 28 декабря 1998 г. № 56-ЗАО.

Хаснулин, 1998 — Хаснулин В.И. Введение в полярную медицину. Новосибирск, 337 с.

Хаснулин и др., 1999 — Хаснулин В.И., Вильгельм В.Д., Скосырева Г.А., Поворознюк Е.П. Современный взгляд на народную медицину. Новосибирск. Изд-во СО РАМН, 281 с.

Харючи, 2001 — Харючи Г.П. Традиции и инновации в культуре ненецкого этноса. Томск.: Изд-во Том. ун-та, 228 с.

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ НАРОДОВ СЕВЕРА И СИБИРИ

В.Т. Манчук

КЛИНИЧЕСКИЕ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

В условиях Сибири и Крайнего Севера с множеством неблагоприятных для здоровья человека вредно действующих факторов охрана здоровья детей еще более актуальна, чем в других регионах России. Многочисленными исследованиями, проведенными ранее, была показана значительная специфичность многих параметров деятельности различных функциональных систем развивающегося организма в экстремальных экологических условиях, приводящих зачастую к срыву несовершенных компенсаторных механизмов детского организма.

Известно, что сохранение уровня здоровья человека при действии экстремальных факторов среды осуществляется за счет специфических и неспецифических изменений регуляторных и функциональных систем организма, и в механизмах адаптации организма человека важное место занимают структурные изменения клеток, которые заключаются в определенных молекулярных сдвигах и строении клеточных мембран.

Изучение характеристик функционального созревания и дифференцировки эритроцитарных мембран у новорожденных детей на Крайнем Севере показало их значительное отличие от детей, родившихся в условиях средних широт. Эти отличия выразились в виде повышенного уровня флуоресцирующих продуктов перекисного окисления липидов, в медленном накоплении альфа-токоферола и в более высоких показателях текучести липидного бислоя эритроцитарной мембраны.

Оценивая также такие физико-химические показатели функционального состояния мембран, как уровень плотности упаковки липидных компонентов мембран, проницаемость к каналобразующим зондам, чувствительность мембран к стрессовым гормонам, мы показали, что этапность становления мембран эритроцитов у новорожденных детей на Севере по сравнению с детьми средних широт иная, а продолжительность их становления свидетельствует о пролонгировании всего периода новорожденности.

Изменение программы физиологического развития ребенка с нарушениями этапности функционального становления не только клеточных мембран, но и систем, безусловно, может неблагоприятно отразиться на состоянии здоровья ребенка на последующих этапах онтогенеза.

Нельзя не принимать во внимание и то, что у детей в северных регионах формируется тип клеточных мембран с пониженной степенью надежности, что представляет дополнительный фактор риска развития многих патологических процессов.

Немаловажное значение в возникновении подобных состояний у детей-северян, несомненно, имеет и фактор питания с преобладанием продуктов, характерных для европейского типа питания и с обеднением рациона животными жирами и белками. Доказано, что на Севере изменение состава диеты, особенно ее липидной части, приводит к нарушению молекулярной структуры и функции клеточных мембран. Так, при сравнении особенностей метаболизма эритроцитарных мембран у детей Эвенкии и Таймыра оказалось, что у детей эвенков, перешедших практически на европейский тип питания, по сравнению с детьми Таймыра, сохранивших традиционный тип питания, обнаружен ряд изменений состояния субклеточных структур. Они проявляются у детей эвенков низким уровнем соотношения СЖК к триглицеридам в эритроцитарных мембранах и снижением процессов липолиза.

Уменьшение отношения лизофосфатидилхолина к фосфатидилхолину, в наибольшей степени выраженное у детей Эвенкии, свидетельствует о низкой фосфолипазной активности в мембранах, по сравнению с детьми Таймыра, и неблагоприятно отражается на метаболизме биомембран. На это указывает и значительное понижение уровня триптофановых групп белков у этих детей, что может негативно проявляться в состоянии липид-белковых комплексов в клеточных мембранах и способствовать развитию патологии, в основе которой лежат процессы дестабилизации мембран.

Экстремальные экологические условия Заполярья, вызывающие адаптивное напряжение большинства систем организма пришлых жителей, воздействуют и на обменные процессы организма ребенка.

По метаболическим показателям цельной крови, отражающим общие характеристики обменных процессов выявлены отличительные признаки метаболических реакций организма детей коренного и пришлого населения Севера. Наиболее важными из особенностей обменных процессов у детей пришлого населения Севера являются следующие:

1) уменьшение, по сравнению с уровнем у коренных детей, активности Г6ФДГ, что может являться причиной пониженной резистентности организма за счет ингибирования синтетических и пластических процессов;

2) снижение интенсивности реакций цикла Кребса и связанных с ним метаболических путей, отвечающих за энергообеспечение, что понижает адаптивные возможности организма человека;

3) менее высокая активность на ранних этапах онтогенеза фермента глутатионредуктазы, связанного с системой антиоксидантной защиты.

Результаты математического моделирования формирования здоровья с учетом региональных особенностей позволили выделить ряд дополнительных факторов, оказывающих влияние на уровень здоровья и заболеваемость детей. К числу таких факторов можно отнести значительный вклад в формирование здоровья детей химического загрязнения окружающей среды (воды, почвы и атмосферного воздуха) в неблагоприятных климатических условиях.

Показано, что длительное воздействие природных и техногенных факторов на организм сопровождается нарушением адапционных механизмов и развитием патологии. При этом большая часть хронических заболеваний может быть выявлена при углубленном медицинском осмотре, а лидирующее место в патологии занимают заболевания органов дыхания, патология перинатального периода и патология, в основе которой лежат изменения функции иммунной системы. Отсюда возникает необходимость оценки функционального состояния клеток иммунной системы у детей.

Результаты проведенных исследований убедительно показали, что нарушения функции иммунной системы у детей и в процессе адаптации, и при затяжных заболеваниях находят объективное отражение в параллелях внутриклеточного обмена иммунокомпетентных клеток. Полученные данные позволили сформулировать концепцию метаболически зависимых иммунных нарушений у детей при этих состояниях. Адаптация к экстремальным условиям ведет к активизации внутриклеточных аэробных процессов с последующим развитием компенсаторных процессов в клеточном метаболизме. Они заключаются в виде повышенного оттока субстратов с пластических реакций, повышения роли продуктов катаболизма липидов в энергетическом обеспечении клетки и в повышении значимости шунтирующих и вспомогательных реакций в цикле трикарбоновых кислот. В конечном итоге это приводит к декомпенсационным процессам метаболизма клетки, сопровождающихся субстратной недостаточностью и нару-

шением метаболических взаимосвязей. В итоге развивается метаболически обусловленная неполноценность иммунокомпетентной клетки.

Особое место в формировании здоровья детей в регионах Сибири и Севера занимает интенсивное техногенное загрязнение окружающей среды. При этом необходимо учитывать еще и то обстоятельство, что значительно сниженная рекреационная способность среды, особенно в условиях Севера, способствует интенсивному накоплению промышленных вредно действующих отходов.

Очевидно, что у детей в районах с интенсивным техногенным прессингом имеет место и избыточная экскреция многих микроэлементов, причем более выраженная у детей с патологией щитовидной железы.

Доказано, что постоянное пребывание в условиях экологического дискомфорта и загрязнения среды может приводить к формированию «синдрома экологической дизадаптации».

Анализ взаимосвязи содержания микроэлементов у наблюдаемых детей обнаружил следующие тенденции: у детей с отставанием в физическом развитии выявлена тенденция к снижению содержанию железа, а у детей с признаками витаминной недостаточности выявлена тенденция к повышенному содержанию ртути.

Ранними проявлениями дисбаланса макро- и микроэлементов являются возникающие клеточно-молекулярные изменения, которые могут быть использованы в качестве маркера уровня приспособительных реакций организма ребенка к экологической ситуации, а критерием эффективности может служить реактивность организма и его отдельных структур в условиях нагрузочных тестов. Используя нагрузочные методы флуоресцентной спектроскопии, мы попытались оценить степень надежности мембранной структуры к повреждающим влияниям. Оказалось, что среди детей коренного и пришлого населения можно выделить три варианта реакции биомембран на нагрузку.

Первый вариант: глубоко выраженное снижение устойчивости структуры мембран к повреждению. Характеризуется уменьшением показателя деполяризации флуоресценции на первой минуте пробы и продолжающимся снижением на 30 минут.

Второй вариант: умеренно выраженное снижение устойчивости мембраны к повреждению, характеризующееся снижением показателя деполяризации флуоресценции на первой минуте пробы и стабилизацией его уровня к 30-й минуте.

Третий вариант: относительно устойчивая структура мембран. Характеризуется тенденцией нормализации показателей после первоначального снижения.

Таким образом, результаты исследований показали, что регуляторные системы на уровне клеточных мембран у 65% детей-северян становятся менее устойчивыми для нагрузочных состояний. Нестабильность эритроцитарной мембраны предрасполагает к повышенной разрушаемости красных клеток крови и может лежать в основе заболеваний крови и обмена веществ. Эти изменения, несомненно, тесно связаны с различиями в микроэлементном обеспечении организма ребенка.

Наряду с проблемой антропогенного и техногенного загрязнения окружающей среды в большинстве регионов Сибири и Севера существует и проблема широкого распространения различных биогеохимических аномалий, среди которых ведущее место принадлежит природному дефициту йода и широкому распространению йоддефицитных заболеваний. Изучение йоддефицитных заболеваний в бассейне р. Енисей выявило тяжелый очаг йоддефицита в Республике Тыва.

Известно, что увеличение щитовидной железы является далеко не безобидным состоянием, а заболеванием, при котором страдают практически все функциональные системы. Своими исследованиями мы показали, что у детей с увеличенной щитовидной железой имеются дислипидемические изменения в структуре клеточных мембран в виде повышения доли легко окисляемой фракции фосфотидилсерина и нарастания лизоформ фосфолипидов. Лизолецитины понижают стабильность мембран и ее функциональные свойства, в частности, чувствительность к тиреоидным гормонам. Данное обстоятельство согласуется с модификацией физико-химических свойств мембран в виде повышения жидкостных свойств мембранных структур (как поверхностных — белково-липидных областей, так и гидрофобных участков фосфолипидов в глубине липидного бислоя). Это характеризует усиление метаболизма в клеточных мембранах и является активатором скорости реакций, катализирующих мембранные процессы, связанные с дислокацией рецепторных белков по поверхности мембраны.

Дефицит йода приводит к серьезным последствиям, нарушая уровень психического и интеллектуального развития детей. Так, в районе тяжелого йодного дефицита в Тыве от 18 % до 39 % детей не усваивают программу начальной общеобразовательной школы. Дефицит йода в организме приводит и к функциональным нарушениям ЦНС, которые проявляются в снижении умственной работоспособности, нарушениях памяти, рассеянном внимании, недостаточной его концентрации и целенаправленности. В основе трудностей в обуче-

нии детей лежат не только функциональные нарушения, но и низкий уровень развития структурных зрительно-моторных функций и сформированности опознавательных и изобразительных навыков.

Таким образом, формирование здоровья детей, проживающих в условиях Сибири и Крайнего Севера, обусловлено имеющимися экологическими условиями, этнической принадлежностью и теми структурно-метаболическими изменениями, которые при этом возникают.

Т.В. Годовых

ОБМЕН ВЕЩЕСТВ МИГРАНТОВ И АБОРИГЕНОВ С УЧЕТОМ СОМАТОТИПА

В различных условиях существования формируется оптимальный тип пропорций и строения тела, наиболее адаптированный к экологическому пространству. Для оценки конституциональной диагностики возможно применение оценки соматотипа, поскольку выявлены взаимосвязи между особенностями телосложения и реактивностью организма (*Гольишенков и др.*, 2000: 10; *Сосин и др.*, 1999: 57), различиями в динамике онтогенеза (*Жафярова*, 1998: 28). Формирование архитектоники тела происходит с учетом метаболических изменений (*Агаджанян и др.*, 1995: 13; *Прокопьев и др.*, 1999: 19). Исследователями было показано, что в основе формирования соматотипа лежит детерминированный генотипом метаболизм (*Саливон*, 1999: 14; *Kapell et al.*, 1999: 11).

Целью исследования явилось изучение особенностей функционирования системы мезосоматиков (адаптивный тип) аборигенов относительно мигрантов.

Материал и методы исследования

Определение соматотипа проводили по методу Р.Н. Дорохова и И.И. Бахрах в модификации И.М. Воронцова (*Воронцов*, 1986: 56). Соматотип определялся по суммам «коридоров» центильной шкалы, полученных для длины, массы тела, окружности грудной клетки (*Годовых и др.*, 2007: 31). Были обследованы дети подросткового возраста — мальчики (13-16 лет), девочки (12-15 лет) разных групп населения Чукотского АО: мигранты (33 мальчика и 31 девочка), аборигены (28 мальчиков и 40 девочек); все дети относились к мезосоматотипу. Дети прошли комплексное обследование по оценке физического развития (*Мазурин и др.*, 2000: 92; *Ставицкая и др.*, 1959: 74; *Matiegka*, 1921: 25), изучали липидный, углеводный, белковый обмены. Традиционным способом измеряли артериальное дав-

ление, частоту сердечных сокращений и дыханий, расчетным методом изучали показатели сердечнососудистой системы. Обязательным условием включения в исследование было подписание информированного согласия на забор крови. Кровь для анализа брали из вены с 8 до 11 часов. Сыворотку крови получали традиционным способом, замораживали и хранили при -20°C до последующего исследования. Аналитическое определение всех вышеперечисленных параметров выполнялось в лаборатории биологической и неорганической химии отдела экологической эндокринологии Института физиологии природных адаптаций УрО РАН г. Архангельска (заведующая лабораторией д.б.н. Бичкаева Ф.А.). Сравнение полученных результатов проводили со среднеширотными нормативами. Обработка полученного материала производилась на компьютере типа IBM Pentium IV с помощью стандартных методов математической статистики, включая корреляционный анализ, с использованием ППП Statistica 6.0. Достоверность различий оценивали по t -критерию Стьюдента, рассчитывали коэффициент корреляции Пирсона (Лакин, 1990: 35). Для выявления характера взаимовлияния параметров углеводного, липидного, белкового обменов и биоэлементов статистическая связь оценивалась с помощью процедуры рангового коэффициента корреляции Спирмена с использованием ППП Statistica 6.0 у детей мигрантов и аборигенов в процессе роста и развития. При этом в центре рисунка представлены взаимосвязи между белковым и углеводным обменами, а за круг выведены их взаимодействия с липидным обменом. Межсистемные взаимосвязи внутри липидного обмена представлены в тексте. Значения коэффициентов ранговой корреляции Спирмена (r_s) характеризующие среднюю (0,45—0,7) и сильную (0,71 и более) связи с уровнем достоверности $p \leq 0,05$ выделены полужирным шрифтом.

Были изучены особенности мезосоматиков (адаптивный тип) аборигенов и мигрантов. Установлено, что аборигены характеризуются формированием строения тела, направленным на создание оптимального жизнеобеспечения (увеличение поперечных размеров грудной клетки; снижение абсолютного состава костной, мышечной и жировой тканей на фоне одинакового процента кости; увеличение выносливости на фоне меньшей площади тела, ДТ и МТ, меньших приростов и усиления основного обмена). У аборигенов выявлены элементы централизации гемодинамики — увеличение минутного объема кровообращения, коронарного кровотока, кровообращения на единицу поверхности тела, снижение удельного периферического сопротивления, увеличении ЧСС и ЧД.

При изучении взаимосвязей показателей всех видов обмена установлены отличия и особенности в зависимости от пола и групп населения.

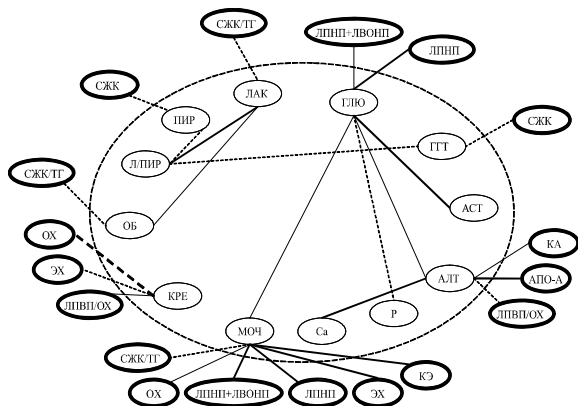


Рис. 1. Взаимосвязи показателей обмена веществ девочек-мигрантов.

У девочек-мигрантов установлены 3 сильные и средние взаимосвязи между показателями углеводного и белкового обменов (внутри круга), а также 6 средних взаимосвязей между вышеперечисленными показателями и липидным обменом (за кругом) (Рис. 1). Сильная положительная взаимосвязь ЛАК и ЛАК/ПИР указывает на то, что при увеличении уровня ЛАК усиливаются анаэробные процессы и наоборот, что вполне закономерно. Выявлена средняя положительная взаимосвязь ГЛЮ и АСТ, показывающая, что при снижении уровня ГЛЮ снижается активность АСТ и наоборот. Данная взаимосвязь показывает на участие процессов трансаминирования при изменении уровня ГЛЮ. Установлена положительная средняя взаимосвязь АЛТ и Са, указывающая на усиление активности АЛТ при увеличении концентрации Са и наоборот. Также установлены средние положительные взаимосвязи АЛТ и АпоА, указывающие на то, что при увеличении активности АЛТ увеличивается содержание белка АпоА, принимающего участие в транспорте СЖК. Также выявлены 4 положительные средние взаимосвязи МОЧ с КЭ, ЭХ, ЛПНП и ЛПНП+ЛПОНП, указывающие, что при увеличении вышеперечисленных показателей липидного обмена увеличивается концентрация МОЧ. Если МОЧ рассматривать с точки зрения антиоксиданта, то можно считать, что в подростковом возрасте у девочек-мигрантов выражены процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ), и в качестве контроля системы подключаются антиоксидантные меха-

низмы, направленные на снижение процессов ПОЛ. Установлена средняя отрицательная взаимосвязь КРЕ с ОХ, указывающая на то, что при увеличении его уровня снижается содержание ОХ и наоборот. Учитывая, что КРЕ указывает на распад белков, можно считать, что при снижении уровня ОХ происходит использование белков мышц для обеспечения жизненноважных функций, система жертвует белком. Выявлены взаимосвязи между показателями липидного обмена, указывающие на участие АпоВ в переносе ТГ и ЛПОНП (средние положительные взаимосвязи), и АпоА в переносе СЖК (средняя положительная взаимосвязь). ЛПНП имеют среднюю положительную взаимосвязь с ОХ и ЭХ, а ЛПВП/ОХ среднюю отрицательную взаимосвязь с ОХ и ЭХ, что указывает на увеличение транспортных свойств ЛПНП в доставке ОХ и ЭХ, а ЛПВП — выносе ОХ из клеток. Также установлена средняя положительная взаимосвязь ЭХ и КА, указывающая на усиление процессов атерогенности при увеличении ЭХ и наоборот.

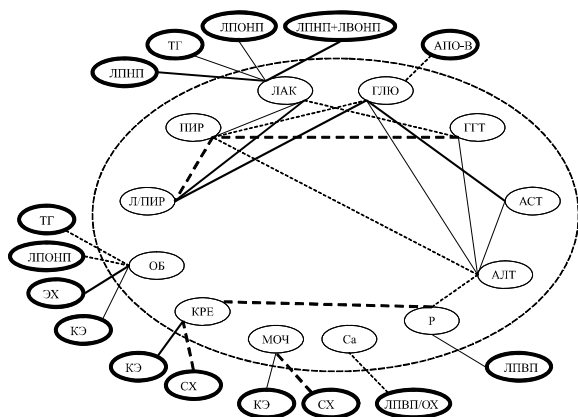


Рис. 2. Взаимосвязи показателей обмена веществ мальчиков-мигрантов.

Несколько другая картина взаимосвязей выявлена у мальчиков-мигрантов (Рис. 2). Внутри углеводного и белкового обменов у них установлено в 2 раза больше средних взаимосвязей, чем у девочек-мигрантов. Отличаются также структура и характер взаимосвязей: так, средняя закономерная взаимосвязь ЛАК/ПИР и ЛАК сохраняется как и у девочек-мигрантов (только у девочек сильная взаимосвязь), появляются средние взаимосвязи: положительная ЛАК/ПИР и ГЛЮ, указывающая, что при увеличении уровня ГЛЮ усиливаются анаэробные процессы и отрицательная ЛАК/ПИР и ПИР, пока-

зывающая, что при увеличении уровня ПИР анаэробные процессы снижаются. У мальчиков-мигрантов мезосоматиков (так же, как и у девочек-мигрантов) установлена положительная взаимосвязь ГЛЮ и АСТ, показывающая взаимозависимость активности процессов переаминирования и содержания ГЛЮ. В отличие от девочек, у мальчиков выявлены две средние отрицательные взаимосвязи ПИР и ГГТ, а также КРЕ и Р. Роль фермента ГГТ в усилении аэробных процессов сильнее выражена у мальчиков, поскольку у девочек эта взаимосвязь была слабой. Также установлено, что при увеличении концентрации Р снижаются процессы распада белка и соответственно снижается уровень КРЕ, т.е. Р контролирует катаболизм белков мальчиков-мигрантов. Помимо внутренних, установлены внешние взаимосвязи (б) с показателями липидного обмена (за кругом). Выяснилось, что у мальчиков отмечены средние положительные взаимосвязи ЛАК с ЛПНП и ЛПНП+ЛПОНП, указывающие, что при увеличении уровня молочной кислоты увеличиваются фракции ЛПНП и суммарная фракция ЛПНП+ЛПОНП, обеспечивающие доставку ТГ для энергетических нужд. Выявлена положительная взаимосвязь ОБ и ЭХ, показывающая, что при снижении уровня ОБ снижаются эфиры холестерина и, соответственно, процессы этерификации холестерина и наоборот. КРЕ имеет средние положительные взаимосвязи положительную с КЭ, указывающую, что при усилении катаболизма белков происходит усиление процессов этерификации холестерина, и отрицательную с СХ, указывающую, что при увеличении уровня КРЕ снижается количество СХ и наоборот. Ацидоз тканей приводит к энергодефициту, следовательно развивается гипоксия тканей, усиливаются процессы ПОЛ и, как следствие, срабатывают антиоксидантные механизмы защиты. У мальчиков-мигрантов установлена средняя отрицательная взаимосвязь МОЧ и СХ, указывающая, что при увеличении уровня МОЧ снижается концентрация СХ и, соответственно, усиливаются процессы этерификации холестерина. Установлено 10 средних и сильных взаимосвязей между показателями липидного обмена (не включены закономерные взаимосвязи), из них положительные средние АпоА, с Тг и ЛПОНП, указывающие на увеличение уровня ТГ в составе ЛПОНП при увеличении белка АпоА и отрицательная АпоА и СЖК/ТГ, свидетельствующая о снижении уровня СЖК при увеличении АпоА. Также выявлены взаимосвязи ЛПВП и КА (средняя отрицательная), ЛПВП и ЭХ (средняя положительная), ЛПВП и ОХ (средняя положительная), свидетельствующие о том, что при увеличении ЛПВП участие в переносе ОХ и ЭХ увеличивается, а процессы атерогенности снижаются. Усиление про-

цессов атерогенности у мальчиков-мигрантов происходило при увеличении ЛПНП и снижении ЛПВП.

Подростки-мигранты мезосоматики имели снижение уровня ГЛЮ от физиологических границ в 44%, ЛАК был повышен в 64%, а ПИР снижен в 16%. Подобные проявления углеводного обмена свидетельствуют о повышении анаэробных процессов, которые играют адаптационную роль в процессах жизнеобеспечения в экстремальных условиях. В белковом обмене мигрантов отмечены отклонения от физиологических норм: снижение уровня ОБ в 19% и МОЧ в 13%, увеличение КРЕ в 25% случаев. При этом фермент АЛТ находился ниже физиологических границ в 22% случаев, а остальные ГГТ и АСТ в пределах нормы. В липидном обмене происходили более сильные трансформации, направленные на увеличение уровня ОХ (выше физиологических границ в 25%), увеличения ЭХ (увеличение в 70% случаев), снижение ЛПВП (снижение в 21%), снижение СЖК (в 31%) и разнонаправленной динамики СЖК/ТГ (снижение в 58% и увеличение в 23% случаев). При этом отмечено увеличение атерогенных процессов в 61% случаев, а процессы этерификации холестерина отклонялись в сторону снижения в 20%, а в сторону увеличения в 41% случаев.

В целом можно охарактеризовать морфофункциональные проявления адаптации мигрантов, направленные по пути снижения процессов гипоксии и усиления антиоксидантных механизмов на фоне подключения процессов переаминирования и катаболизма белка.

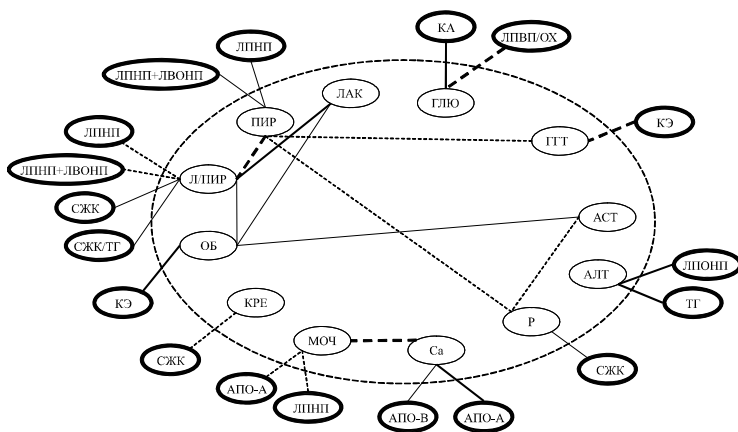


Рис. 3. Взаимосвязи показателей обмена веществ девочек-аборигенов.

При изучении особенностей всех видов обмена девочек-аборигенов (Рис. 3) установлено всего 3 внутренних (внутри круга) и 7 внешних (за кругом) сильных и средних взаимосвязей. Из внутренних взаимосвязей закономерными остаются ЛАК/ПИР и ЛАК (сильная положительная) и ЛАК/ПИР и ПИР (средняя отрицательная), показывающие участие метаболитов углеводного обмена в анаэробных процессах. Из метаболитов белкового обмена выявлена взаимосвязь МОЧ и Са, указывающая на то, что концентрация МОЧ снижается при увеличении уровня Са и наоборот. В свою очередь, Са взаимосвязан средней положительной связью с АпоА, что свидетельствует о контроле биологически активного элемента Са не только антиоксидантной системы, но и белка АпоА, принимающего участие в транспортных процессах. У девочек-аборигенов установлены две средние взаимосвязи ГЛЮ: положительная с КА, указывающая на усиление процессов атерогенности при увеличении уровня ГЛЮ и отрицательная с ЛПВП/ОХ, указывающая на то, что при увеличении уровня ГЛЮ выведение холестерина из клеток снижается, т.е. холестерин остается запертым в клетках. Процессы этерификации холестерина девочек-аборигенов взаимосвязаны с активностью ГГТ (средняя отрицательная) и ОБ (средняя положительная), указывающие на то, что усиление этерификации холестерина зависит от снижения активности ГГТ и увеличения уровня ОБ и наоборот. Активность фермента АЛТ взаимосвязана с уровнями ТГ и ЛПОНП (средние положительные), что свидетельствует об усилении выработки энергетического топлива при увеличении активности паренхимы печени. В липидном обмене установлены средние и сильные взаимосвязи между ТГ и АпоА и АпоВ (средние положительные), указывающие на увеличение ТГ при увеличении концентрации фракций АпоА и АпоВ; КЭ и АпоА и АпоВ (средние отрицательные), свидетельствующие о том, что при увеличении АпоА и АпоВ снижаются процессы этерификации холестерина, а средние положительные взаимосвязи АпоА и АпоВ с СХ еще указывают, что при этом увеличивается уровень СХ. Установлены средние взаимосвязи КА с ОХ (положительная) и с ЛПВП (отрицательная), показывающие, что усиление процессов атерогенности происходит при увеличении уровня ОХ и снижении уровня ЛПВП.

У мальчиков-аборигенов, относящихся к мезосомальному типу конституции (Рис. 4), установлено две внутренних средних и сильных взаимосвязи, а внешних — пять (без учета знака). Закономерной оставалась взаимосвязь ЛАК и ЛАК/ПИР (сильная положительная), а отличительной была средняя положительная взаимосвязь ГЛЮ и ОБ, указывающая, что при увеличении уровня ГЛЮ увеличивался

уровень ОБ и наоборот. Из внешних взаимосвязей установлены взаимосвязи фермента ГГТ и СХ (средняя отрицательная) и КЭ (средняя положительная), указывающие на усиление процессов этерификации при увеличении активности ГГТ мальчиков-аборигенов за счет снижения СХ. Усиление процессов атерогенности взаимосвязано с усилением активности АЛТ (средняя положительная взаимосвязь), а снижение концентрации ОХ во фракции ЛПВП с усилением активности АЛТ. У мальчиков-аборигенов установлена средняя положительная взаимосвязь Р и СЖК/ТГ, указывающая на контроль со стороны биологически активного Р энергетического обеспечения системы аборигенов путем насыщенных жирных кислот. Число средних и сильных взаимосвязей между показателями липидного обмена значительно больше, чем у мальчиков-мигрантов (15), они отличаются также по характеру и структуре взаимосвязей. Установлены средние положительные взаимосвязи ТГ с АпоВ, ЛПНП, ЛПНП+ЛПОНП, ОХ, указывающие на увеличение уровня ТГ при увеличении белка АпоВ, ЛПНП, и ОХ и наоборот. АпоВ имел средние отрицательные взаимосвязи с СЖК/ТГ, ЛПВП/ОХ, ЛПВП и положительную с КА. Процессы этерификации холестерина мальчиков аборигенов усиливались при снижении СХ (средняя отрицательная взаимосвязь) и увеличивались при увеличении ЭХ (средняя положительная взаимосвязь). Усиление процессов атерогенности происходило у мальчиков аборигенов при увеличении уровней АпоВ, ОХ, ЭХ.

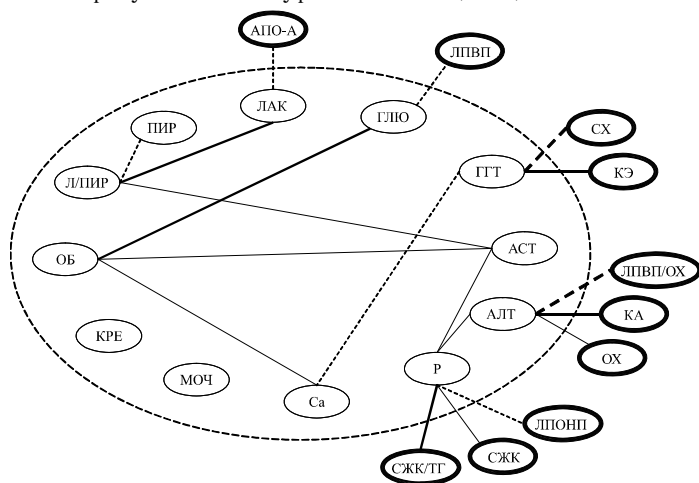


Рис. 4. Взаимосвязи показателей обмена веществ мальчиков-аборигенов.

Подростки-аборигены мезосоматики имели снижение уровня ГЛЮ от физиологических границ в 72% случаев; уровень ЛАК в 54%, уровень ПИР снижен в 12% случаев. В белковом обмене аборигенов отмечены отклонения от физиологических норм: снижение уровня ОБ в 12% и МОЧ в 19%, увеличение КРЕ в 25% случаев. При этом фермент АЛТ находился ниже физиологических границ в 27% случаев, ГГТ снижение в 16% случаев, а АСТ в пределах нормы. В липидном обмене происходили более сильные трансформации, направленные на увеличение уровня ОХ (выше физиологических границ в 25%), увеличения ЭХ (увеличение в 69% случаев), снижение ЛПВП (снижение в 21%), снижение СЖК (в 38%) и разнонаправленной динамики СЖК/ТГ (снижение в 71% и увеличение в 19% случаев). При этом отмечено увеличение атерогенных процессов в 56% случаев, процессы этерификации холестерина отклонялись в сторону снижения в 18%, а в сторону увеличения в 41% случаев.

Учитывая, что уровень Са оказывает влияние на процессы фосфорилирования белков, которое позволяет изменять ферментативную активность на экологические и внутренние факторы системы, даже слабые взаимосвязи Са с показателями всех видов обмена немаловажны. Если у мигрантов-подростков мезосоматиков отклонения уровня Са от физиологических границ составили 28%, а у аборигенов 35% в сторону снижения, потребность в этом биологически активном элементе была высокая и его концентрация в сыворотке крови снижалась. Уровень Р находился выше физиологических норм у мигрантов в 18%, аборигенов — 24%.

Проведенные нами исследования свидетельствуют, что основной обмен у аборигенов выше, чем у мигрантов, на что указывают различные приросты длины и массы тела, также насыщение крови кислородом аборигенов больше в раннем детстве относительно мигрантов. В дальнейшем онтогенезе различия сглаживаются, однако, заложенная программа развития системы в раннем возрасте проходит на более высоком энергетическом уровне. Морфофункциональные трансформации обеспечиваются особенностями обменных процессов: активным участием процессов фосфорилирования, взаимосвязью липидного, белкового, углеводного и минерального обменов (на фоне усиления контроля кальция и фосфора, снижения мочевины, стабильного пирувата), формированием тканевой адаптации (переключением функциональных систем на дефицитное использование энергии с накоплением лактата, постоянным содержанием общего холестерина, тенденции к изменению фракций холестерина, использованием жирового питания), снижением действия антиоксидантного механизма. Изменения обменных процессов у мигрантов и аборигенов не являются патологией, а отражают специфику онтогенетического развития на Северо-Востоке России, кроме того,

механизмы адаптации системы имеют направленность на совместную реализацию генетической программы в онтогенезе экологического пространства.

Литература

Агаджанян и др., 1995 — Агаджанян Н.А., Никитюк Б.А., Полунин И.Н. Интегративная антропология и экология человека: области взаимодействия (очерки). Москва—Астрахань: Изд-во АГМИ, 134 с.

Воронцов, 1986 — Воронцов И.М. Закономерности физического развития детей и методы его оценки: Учебно-методическое пособие. Л., 56 с.

Годовых и др., 2007 — Годовых Т.В., Фефелова В.В. Нормативы показателей физического развития детей Чукотки Магадан: СВНЦ ДВО РАН, 31 с.

Гольищенков и др., 2000 — Гольищенков С.П., Ивенина Г.В. Конституциональные особенности реакции системы гемостаза на физическую нагрузку // Физиология человека. Т. 26, № 4. С 106-114.

Жафярова, 1998 — Жафярова С.А. Конституциональные особенности детей и подростков: Материалы к курсу валеологии. Новосибирск: Изд-во НГПУ, 28 с.

Лакин, 1990 — Лакин Г.Ф. Биометрия. М.: Высшая школа, 352 с.

Мазурин и др., 2000 — Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. СПб: ИКФ «Фолиант», 928 с.

Прокопьев и др., 1999 — Прокопьев Н.Я., Орлов С.А., Койносов П.Г. Физическое развитие детей и подростков. М.: Крук, 192 с.

Саливон, 1999 — Саливон И.И. Половозрастная изменчивость топографии подкожного жиротложения у детей и подростков в свете адаптивных процессов // III Конгресс этнографов и антропологов России: Тез. докл. М.: ИЭА РАН. С. 142.

Сосин и др., 1999 — Сосин Д.Г., Орлов С.А., Ахматов В.Н. Применение соматотипологической схемы Хит-Картера в северных территориях // Науч. Вестник Тюменского университета. Серия: Биология. Тюмень, №4. С. 57-63.

Ставицкая и др., 1959 — Ставицкая А.Б., Арон Д.И. Методика исследования физического развития детей и подростков М., 74 с.

Kapell et al., 1999 — Kapell M., Bogin B. How genetic are human body proportions // Amer. J. Hum. Biol. 1999. V. 11, № 1. P. 116-117.

Matiegka, 1921 — Matiegka J. The testing of physical efficiency // Amer. J. Phys. Anthropol. V. 4. P. 25-38.

В.К. Козлов, Р.В. Учакина, М.А. Краснова, А.В. Козлов

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРИАМУРЬЯ В НАЧАЛЕ ХХІ ВЕКА

Позиция признания здоровья высшим национальным приоритетом России находит понимание и поддержку руководства России, которое считает, что в современных условиях охрана здоровья — это

проблема государственного масштаба. Уровень здоровья детей является залогом материального, экономического, творческого потенциала государства, определяет его независимость и место в мировом сообществе (*Щеплягина*, 2002: 7; *Кучма*, 2005: 2; *Тырылгин*, 2008: 4).

В настоящее время среди школьников выражен рост распространенности морфофункциональных отклонений, хронических заболеваний, нарушений физического и полового развития, снижение функциональных возможностей и состояния здоровья по мере обучения в школе. Ухудшение состояния здоровья школьников подчеркивает актуальность проведения фундаментальных исследований процессов роста и развития детей в критические периоды жизни (*Васильева*, 2005: 1; *Целых*, 2008: 6).

Особую тревогу вызывает состояние здоровья детей и подростков коренного населения Дальневосточного региона, среди которых высок удельный вес патологии «взрослого периода», а структура заболеваемости имеет свою специфику. Неблагоприятная демографическая ситуация среди коренного населения Приамурья определяется не только социально-экономическими проблемами, но и интегральным воздействием факторов окружающей среды. В регионах проживания коренного населения вырос уровень техногенного загрязнения, изменились условия проживания, произошла смена исторически сложившегося белково-липидного характера питания на европейский углеводистый тип, значительно ухудшилось качество продуктов питания и воды.

В течение 2005-2007 гг. было проведено клинико-лабораторное обследование 1026 подростков (10-17 лет) коренного (нанайцы) населения Нанайского района Хабаровского края (ХК). Из них 51,5% девочек и 48,5% мальчиков. Сотрудниками института обследование 1202 подростков коренного населения в данном районе проводилось и ранее (1995-2001 гг.). Результаты свидетельствовали о низком уровне здоровья школьников коренного населения Приамурья, причем среди девочек-нанаек с 1 группой здоровья было всего 2,3%, а мальчиков — 5,6%. При сравнении уровня здоровья подростков коренного и пришлого населения было показано, что здоровых девочек коренного населения в 3 раза меньше, чем европейцев ($p < 0,001$), а мальчиков почти в 2 раза ($p < 0,05$) (*Ракицкая*, 2002: 3; *Филиппова*, 2002: 5). В последние годы в Нанайском районе ХК увеличилось число детей с 1 группой здоровья (Табл. 1), что свидетельствует о позитивных процессах, происходящих как в социально-экономическом положении жителей района, так и в улучшении медицинского обслуживания. Около половины подростков, как в 1990-е годы, так и в настоящее

время имеют 2 группу здоровья. Подростков с хронической патологией различных органов и систем, компенсированных к моменту обследования (3 группа здоровья), встречалось ранее больше среди девочек коренного населения. У мальчиков коренного населения 1 группа здоровья выявляется чаще, в то же время среди них чаще встречается и 3 группа здоровья.

Анализ структуры и распространенности заболеваний показал, что у подростков коренного населения Приамурья, как и в 1990-е гг., наиболее часто встречается патология нервной системы, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), органов зрения, опорно-двигательного аппарата. Болезни нервной системы и психические расстройства у детей коренного населения в настоящее время стоят на первом месте в структуре патологии: зарегистрированы в 31,6% случаев.

Таблица 1

Распределение подростков коренного населения Приамурья по группам здоровья (%) в разные периоды обследования

Период обследования	I группа	II группа	III группа	IV группа
2005–2007 гг.	16,93	48,53	31,64	2,9
1995–2001 гг.	3,7	55,1	39,0	2,2

По результатам исследований в 1990-е гг. 1-е место занимали заболевания ЖКТ; наиболее распространенной патологией являлся кариес, выявленный у 46,5% обследованных, причем у детей коренного населения преобладали декомпенсированные несанированные формы заболевания. В настоящее время выявлено только 3,4% подростков с кариесом зубов, что можно связать с активной стоматологической помощью и профилактикой, которую проводят органы здравоохранения Нанайского района. Однако хронические воспалительные заболевания ЖКТ выявлены у 23,8 % подростков коренного населения. Несомненную роль в их развитии сыграла замена традиционного питания на несвойственный для этнической группы рацион. Проведенные исследования (Целых, 2008: 6) показали, что содержание белков, жиров и углеводов в суточном рационе фактического питания подростков коренного населения ниже нормативных показателей. Кроме того, нарушено соотношение пищевых веществ, в результате которого содержание углеводов в суточном рационе составляет более 70%, в то время как в традиционном питании только ≈5% от общей калорийности. Значительная часть коренного населения не переносит коровье молоко и продукты на его основе, что, вероятно, связано с лактозной

недостаточностью. Экологическая ситуация, сложившаяся в бассейне реки Амур, сыграла значительную роль в распространении патологии ЖКТ. Ее усугубили вредные привычки, выявляющиеся у коренного населения — курение, злоупотребление спиртными напитками с раннего школьного возраста (*Ракицкая*, 2002: 3).

В структуре патологии детей во время предыдущих осмотров 23,6% приходилось на опорно-двигательный аппарат (нарушения осанки, сколиозы, плоскостопие, деформации грудной клетки). Количество заболеваний опорно-двигательного аппарата по данным многих исследователей увеличивается в 3-5 раз за время обучения ребенка в школе. В настоящее время среди нанайцев 18,0% имеют болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, причем не уточненные системные поражения соединительной ткани встречаются в 4,1% случаев. Данные отчетности по Нанайскому району (Табл. 2) указывают, что среди подросткового населения района за последние годы заболеваемость остается высокой.

Болезни глаза и его придаточного аппарата у школьников-нанайцев встречались в 1990-е годы в 7,2% случаев, а в настоящее время отмечены у 9,9% подростков. Несмотря на высокие цифры заболеваемости системы органов дыхания у подростков коренного и пришлого населения (Табл. 2), которые в основном представлены острой патологией, хроническая бронхолегочная патология у нанайцев занимает 5,3%. Однако, если ранее среди подростков коренного населения практически не встречались аллергические заболевания, то в настоящее время у 1% выявлена бронхиальная астма.

Патология эндокринной системы, среди которой первое место занимают заболевания щитовидной железы, в Хабаровском крае за последние годы резко увеличилась. Среди аборигенов заболевания ЩЖ за последние годы возросли в 2 раза (в основном у девочек). Следует подчеркнуть, что среди девочек-нанайцев ранее они встречались, как правило, в Хабаровском сельском районе, а в настоящее время и в Нанайском районе их распространенность составляет 4%. Этот факт подтверждает ухудшение экологической обстановки в бассейне реки Амур.

В связи с тем, что у подростков на первом месте стоят психические расстройства и болезни нервной системы, проведено углубленное клиническое и психологическое обследование свыше 300 подростков нанайцев Приамурья (64% девочек и 36% мальчиков). Среди них детей препубертатного возраста 48%, пубертатного — 52%. Конт-

рольную группу составило такое же количество наблюдений подростков пришлого населения.

Таблица 2

**Заболеваемость подростков Нанайского района
(на 1000 подросткового населения)**

Заболевание	2004	2005	2006	2007
Заболеваемость всего	1752,03	1805,17	1732,03	2022,86
Инфекционные	60,98	74,55	90,51	75,23
Новообразования	2,44	0	0	1,91
Болезни эндокринной системы	9,76	10,17	9,76	15,24
Болезни кроветворной системы	13,01	8,47	8,87	8,57
Психические расстройства	136,59	141,47	132,21	164,76
Болезни нервной системы	54,47	53,37	44,36	53,33
Болезни глаз	134,15	233,79	126,89	237,14
Болезни уха	31,71	41,51	23,96	29,52
Болезни системы кровообращения	30,08	27,11	31,06	34,27
Болезни органов дыхания	720,32	703,09	735,58	888,57
Болезни органов пищеварения	167,48	130,45	129,54	120,95
Болезни кожи	89,43	94,87	98,49	88,57
Болезни костно-мышечной системы	75,61	84,71	68,32	72,38
Болезни мочеполовой системы	73,98	64,38	58,56	68,57
Врожденные аномалии	11,38	9,32	12,42	21,91
Травмы и отравления	101,63	88,09	123,34	77,14

Изучение распространенности психоневрологической патологии выявило различную заболеваемость у коренного и пришлого населения (Табл. 3). Полученные результаты свидетельствуют, что у подростков аборигенов психические нарушения и неврологическая патология встречается в два раза чаще, чем у пришлого населения. В структуре неврологической заболеваемости преобладает резидуальная энцефалопатия, чаще перинатального генеза с рассеянной очаговой микросимптоматикой, церебральной астенией, пирамидной недостаточностью и мозжечковыми нарушениями.

Ранняя энцефалопатия является благоприятной «почвой» для реализации психических нарушений. Отсутствие адекватного обследования и лечения способствует декомпенсации психоневрологической патологии в критический период развития — пубертатный. У подростков коренного населения регистрируется интеллектуально-мнестическая недостаточность в 14%, у пришлого задержек нервно-психического развития не обнаружено. Органическое расстройство личности с эмоцио-

нально-волевыми и психопатоподобными нарушениями диагностировано у 3% нанайцев. Сравнительный анализ психической патологии исследованных групп показал преобладание у подростков коренного населения невротических и психопатоподобных нарушений, вместе с тем по сравнению с группой контроля у них отмечается меньше невротических, связанных со стрессом, и тревожных расстройств (Табл. 4).

Таблица 3

Распространенность неврологической патологии у подростков (%)

Заболевание	Коренное население	Пришлое население
Резидуальная энцефалопатия	39	26
Гидроцефалия	6	4
Церебро-астенические нарушения	16	6
Пирамидно-мозжечковая недостаточность	18	10
ВБН, переходящие транзиторные ишемические атаки	9	6
Вегето-сосудистая дистония	40	35
Микроцефалия	2	0

Таблица 4

Распространенность психической патологии у подростков (%)

Заболевание	Коренное население	Пришлое население
Интеллектуально-мнестическая недостаточность	14	0
Органическое расстройство личности	3	0
Расстройство поведения	10	4
Тревожное расстройство	3	8
Энурез	4	0
Невротические и соматоформные расстройства	3	6
Психопатоподобный синдром	3	0
Сомнамбулизм	4	0
Патологически привычные действия	10	0

Таким образом, характер психических нарушений у подростков основной группы определяется регрессивно-дизонтогенетическим (задержанным) типом психического развития с сохранением энуреза, патологически привычных действий, нарушений сна и задержки нервно-психического развития. Органический инфантилизм и церебральная дисфункция является причиной школьной дизадаптации ребенка.

Причиной психоневрологических нарушений чаще выступают перинатальные факторы, связанные с беременностью и родами ребенка. Во многих семьях родители ведут асоциальный образ жизни, употребляют

алкоголь, отмечены нарушения внутрисемейных отношений, а также воспитание ребенка в отсутствии родительской семьи родственниками, нахождение родителей в местах лишения свободы. Таким образом, детей из неблагополучных семей следует отнести к группе психосоциального риска возникновения и развития психоневрологической патологии, следовательно, они нуждаются в комплексном стационарном обследовании. Наличие микроцефалии и других морфодиспластических проявлений не исключает врожденный характер патологии нервной системы.

Исследование индивидуально-личностных особенностей подростков по методу Айзенка выявило, что дети коренного населения более склонны к интроверсии, замкнутости и некоторой отгороженности от внешнего мира. При такой ситуации им труднее будет адаптироваться в городской среде или новой обстановке, они реже идут на контакт со сверстниками, у них ниже общительность и комфортность, но повышен уровень нейротизма, что характеризует их как эмоционально неустойчивых, склонных к раздражительности по сравнению с группой контроля. Интроверсия регистрируется у 34% детей коренного и 16% пришлого населения. Результаты свидетельствуют о меньшем проценте подростков коренного населения с высоким показателем эмоциональной устойчивости, признаки эмоциональной нестабильности проявляют 53% из них, а в группе сравнения 44%.

По типу высшей нервной деятельности среди подростков обеих групп преобладают сангвиники и холерики, однако при сравнении с контрольной группой отмечается преобладание у аборигенов флегматиков 18% (7% в контрольной группе). По темпераменту подростки коренного населения характеризуются довольно низким уровнем активности поведения, их можно охарактеризовать как настойчивых и упорных тружеников, но не проявляющих инициативу, склонных к выполнению лишь привычных действий. Полученные данные свидетельствуют о необходимости выработки различных вариантов поведения ребенка с целью повышения общительности и приспособляемости к другим условиям жизни, что возможно пригодится при смене обычного жизненного распорядка, например, при поступлении в учебные заведения, освоении целого ряда профессий. Анализ психологических составляющих поможет снизить дизадаптацию при знакомстве с новым коллективом или смене места жительства. Труднообъяснимые поведенческие реакции подростков могут быть следствием заострений, акцентуаций характера. Возрастная динамика акцентуаций характера остается недостаточно разработанной. Все подростки обследованы по методике Леонгарда-Шмишека (акцентуация личности). У подростков пришлого населения лидирует аффективно-экзальтированный,

эмотивный и гипертимный типы, а у подростков коренного населения ведущими являются гипертимный, возбудимый и дистимный тип. Преобладание дистимного типа у представителей коренных народов свидетельствует о подавленности настроения, медлительности и слабости волевых нарушений. Для подростков коренного населения характерны пессимизм, заниженная самооценка, а также низкая контактность, заторможенность. Для них свойственна экзальтированность и гипертимность, уменьшение выраженности этих психологических составляющих, что свидетельствует о некоторой «бедности» в выражении чувств и эмоций. При анализе психологических портретов исследованных подростковых групп выявлено, что у подростков коренного населения снижены проявления тревоги, они менее подвержены стрессовым воздействиям, реже вступают в конфликты, не склонны к колебаниям настроения. Тестирование по методу Шмишека показало, что у 55% подростков коренного населения обнаруживаются те или иные типы акцентуации характера. Знание индивидуально-личностных особенностей подростка поможет снизить риск психопатизации личности, а также развитие алкоголизма, наркомании и асоциального образа жизни. Каждый второй подросток-нанаец пытался выглядеть в ответах тестов «лучше», чем есть на самом деле, причина этого, возможно, в заниженной самооценке, социально-культурной изоляции ребенка, что подавляет его потенциальные возможности.

Следовательно, как в 1990-е гг., так и теперь отмечается ухудшение состояния здоровья подростков к окончанию школы, что особенно проявляется в распространенности заболеваний ЖКТ, опорно-двигательного аппарата, эндокринной системы, органов зрения, психоневрологической патологии. Однако, следует отметить, что в целом у подростков Нанайского района Хабаровского края общая заболеваемость имеет тенденцию к снижению, что можно связать с проводимыми мероприятиями органов здравоохранения как на федеральном, так и муниципальном уровнях.

Литература

Васильева и др., 2005 — *Васильева Е.А., Шестакова В.Н., Доскин В.А.* Состояние здоровья допризывников // Вопросы современной педиатрии. Т. 4.

Кучма и др., 2005 — *Кучма В.Р., Сухарева Л.М.* Приоритетные критерии оценки состояния здоровья детей и подростков // Вопросы современной педиатрии. Т. 4.

Ракицкая, 2002 — *Ракицкая Е. В.* Состояние здоровья, физическое и половое развитие, особенности гормонального статуса мальчиков 7-17 лет Среднего Приамурья: Автореф. дисс. ... к. мед. наук. Хабаровск, 22 с.

Тырылгин, 2008 — *Тырылгин М.А.* Проблемы охраны здоровья населения Крайнего Севера. Новосибирск: Наука, 304 с.

Филиппова, 2002 — Филиппова В.В. Клинико-эндокринологические особенности препубертатного и пубертатного периодов у девочек Среднего Приамурья: Автореф. дисс. ... к. мед. наук. Хабаровск, 24 с.

Целых, 2008 — Целых Е.Д. Моделирование витальных факторов среды, определяющих состояние здоровья подростков Хабаровского края. Хабаровск: ДВГГУ, 164 с.

Щеплягина, 2002 — Щеплягина Л.А. Состояние здоровья подростков, научно-практические задачи и пути их решения // Симпозиумы в рамках итоговой коллегии Минздрава России. М. С. 9-10.

Ю.Н. Лобанова, А.Л. Горбачев, А.В. Скальный
ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ
И КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ПРОЖИВАНИЯ
НА МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ

Одним из перспективных направлений экологической физиологии является биоэлементология, которая изучает механизмы адаптивной перестройки организма в экстремальных климатогеографических и экологических условиях, сопровождающиеся сдвигами элементного гомеостаза и возникновением гипер- и гипозэлементозов (*Авцын, 1991: 1; Агаджанян, 2001: 2; Бабенко, 2001: 4* и др.). Стабильность химического состава организма является одним из важнейших и обязательных условий его нормального функционирования (*Сусликов, 2002: 17* и др.).

Согласно современным представлениям, биогеохимические факторы (микроэлементы почвы, воды, воздуха, продукты биотического и абиотического происхождения, промышленные и сельскохозяйственные отходы) оказывают влияние на нормальную жизнедеятельность и функциональные резервы организма человека (*Ковальский, 1987: 12; Решетник, 2000: 16; Велданова, 2002: 6; Нотова, 2005: 14; Горбачев, 2002: 8; 2007: 10*).

Детский организм является своеобразным маркером повышенной чувствительности организма к состоянию окружающей среды (*Вельтищев, 1994: 7; Баранов, 1998: 5*). Состояние здоровья детей — один из наиболее чувствительных показателей, отражающих изменения качества окружающей среды (*Одинаева, 2002: 15; Кучма, 2003: 13*). Неблагоприятные условия среды обитания, в первую очередь, представляют опасность для детей, которые в силу морфофункциональной незрелости отличаются повышенной чувствительностью к недостаточному или избыточному поступлению извне химических элементов (*Яцык, 1998: 20; Туркебаева, 2004: 18; Чернякина, 2006: 19*).

Таким образом, проблема изучения дефицита, недостатка и дисбаланса макро- и микроэлементов у детей Севера и Сибири является актуальной и служит методической основой для проведения эколого-физиологических исследований.

Для выяснения состояния минерального обмена было проведено обследование 543 детей, включавшее анкетирование и исследование содержания 24 химических элементов (Al, As, Be, Ca, Cd, Co, Cr, Cu, Fe, Hg, K, Li, Mg, Mn, Na, Ni, P, Pb, Se, Si, Sn, Ti, V, Zn) в волосах. Дети были сгруппированы по месту проживания: г. Новосибирск (n=302), г. Иркутск (n=141), г. Магадан (n=100). Аналитические исследования выполнены методом атомно-эмиссионной спектроскопии и масс-спектрометрии с индуктивно связанной аргоновой плазмой (АЭС-ИСП, МС-ИСП) в лаборатории Центра Биотической Медицины г. Москва (аттестат аккредитации ГСЭН.RU.ЦОА.311, регистрационный номер в Государственном реестре РОСС RU.0001.513118 от 29 мая 2003 г.).

В результате проведенной статистической обработки выявлена существенная разница в обеспеченности макро- и микроэлементами детей дошкольного возраста из различных городов Российской Федерации. Исследование волос детей, проживающих в г. Новосибирске (Западная Сибирь) выявило отклонения в минеральном составе от среднестатистических данных по РФ. Для детского населения данного региона характерно пониженное содержание в волосах магния (в 1,3 раза), меди и железа (в 1,1 раза) ($p < 0,05$). Из условно токсичных элементов наблюдалось повышенное содержание только ванадия (в 1,2 раза) ($p < 0,05$). Анализ волос детей, проживающих в г. Иркутске (Восточная Сибирь) выявил преимущественную склонность к дефицитным состояниям. Об этом свидетельствуют сниженные концентрации большинства исследуемых элементов. В волосах детей установлено пониженное содержание натрия, калия и марганца (в 1,3 раза), цинка и меди (в 1,2 раза), фосфора (в 1,1 раза) ($p < 0,05$ — 0,0001). Из эссенциальных элементов повышенные уровни наблюдались для кобальта (в 1,6 раза) и хрома (в 1,2 раза) ($p < 0,05$). Уровни токсичных элементов в целом сопоставимы со среднероссийскими данными, за исключением мышьяка и никеля, которые понижены в 1,4 раза ($p < 0,05$).

Для детей г. Магадана, проживающих в экстремальных климатогеографических условиях, выявлены микроэlementные характеристики, подобные показателям у взрослого населения (*Горбачев*: 2003, 9), что подчеркивает общий природно-социальный генез элементного статуса жителей Северо-Востока России. Относительно среднерос-

сийских показателей, в волосах детей, проживающих в г. Магадане, отмечены более низкие концентрации кобальта (в 3,6 раза), селена (в 1,8 раза), магния (в 1,4 раза), хрома (в 1,3 раза) ($p < 0,05$). Противоположное положение занимают марганец и железо, содержание которых оказались повышенными в 1,8 и 1,6 ($p < 0,05$) соответственно. Для таких токсичных элементов, как мышьяк, олово и кадмий наблюдалось сниженное содержание в волосах детей в 4 и 2,5 раза соответственно, а уровни титана и ртути оказались повышенными в 2,5 и 1,7 раза по сравнению со среднероссийскими данными ($p < 0,05$). Нами установлена у детей г. Магадана существенная деформация элементного профиля, что обусловлено различной степенью дефицита многих биогенных элементов.

Таким образом, анализ данных о количественном содержании химических элементов в волосах детей показал, что для детского населения Севера и Сибири в целом характерно значительное распространение недостаточности эссенциальных макро- и микроэлементов, в первую очередь магния, цинка, меди, кобальта. Наибольшую опасность для здоровья детей представляет избыточное накопление ртути, кадмия, свинца, типичные для промышленных центров. Результаты нашего исследования позволяют утверждать, что баланс химических элементов в организме человека определяется как естественным геохимическим профилем данного региона, так и техногенным загрязнением среды: воздуха, воды, почвы.

С целью подтверждения закономерностей, полученных при анализе среднего содержания химических элементов в волосах детей, проживающих в различных климатогеографических регионах Российской Федерации, нами была рассчитана частота встречаемости дефицитов и избытков.

Детское население г. Новосибирска характеризуется распространенностью пониженного содержания в волосах магния (52%), цинка (51%), калия (40%), хрома (38%), железа (31%), марганца (30%). Дети г. Новосибирска характеризуется относительно высокой встречаемостью в волосах высоких уровней свинца (24%), никеля (21%), кадмия (20%), мышьяка (17%), ртути (15%).

Среди детей, проживающих в г. Иркутске, повышена частота распространения пониженного содержания в волосах меди (46%), хрома (43%), цинка (41%), калия (41%), магния (39%), фосфора (34%), кальция (30%) вместе с повышенным содержанием свинца (37%), ртути (25%), мышьяка и алюминия (24%), кадмия и олова (22%), никеля (15%). На элементный статус детского населения Сибирского региона происходит сочетанное воздействие природных

факторов — подзолистые и серые лесные почвы с низким содержанием химических элементов и техногенное загрязнение окружающей среды, что приводит к развитию выявленных дисбалансов элементного статуса у населения гг. Новосибирска и Иркутска.

Анализ полученных данных выявил, что для детей г. Магадана характерна широкая распространенность пониженного содержания в волосах эссенциальных химических элементов кобальта (72%), калия (48%), кальция, меди, магния, цинка (41%), фосфора (36%), селена (32%), хрома (31%), марганца (30%) и повышенного — титана (17%) и свинца (14%). В северных регионах мало минерализованные питьевые воды и бедные подзолистые почвы формируют в организме жителей дефицит многих элементов. Дополнительно к этому физиологические механизмы адаптивной перестройки организма в условиях Севера могут закономерно приводить к сдвигу элементного гомеостаза (Агаджанян: 2000, 3; Егорова: 2007, 11).

Несмотря на различия в абсолютных значениях, полученных нами при сравнении содержания химических элементов в волосах детей из различных регионов, общие тенденции в формировании элементного статуса преобладают. Это видно при сравнении относительных величин распространенности дефицитов эссенциальных химических элементов в волосах. Отличия между регионами в основном прослеживаются при сравнении распространенностей избыточного накопления отдельных химических элементов. То есть, пониженное содержание химических элементов в волосах, возможно, в большей степени отражает физиологические особенности детского организма вне зависимости от условий проживания, тогда как повышенный уровень химических элементов в волосах, в основном, вероятно, связан с экологическими факторами. В пользу этого предположения говорят полученные данные о большой распространенности дефицитов эссенциальных элементов, в первую очередь, кальция, магния, железа, цинка, марганца, селена и кобальта в волосах детей независимо от места проживания.

Полученные данные убедительно свидетельствуют о необходимости проведения комплекса мероприятий по восполнению алиментарного дефицита микронутриентов у детей Севера и Сибири России. Поскольку содержание микроэлементов в пищевых продуктах и питьевой воде существенно различается в зависимости от места проживания человека, достаточно легко могут возникать состояния, связанные как с избыточным поступлением в организм микроэлементов из окружающей среды, так и с дефицитом их накопления. При прочих равных условиях наиболее часто нарушения содержания хими-

ческих элементов наблюдается у детей и подростков в период интенсивного роста. Своевременная коррекция возрастной повышенной физиологической потребности в микронутриентах с помощью обогащенных продуктов питания и биологически активных добавок к пище может существенно улучшить здоровье детей. Нормализация обмена химических элементов у детей сегодня способствует снижению заболеваемости населения в будущем, увеличению средней продолжительности жизни, повышению работоспособности, снижению частоты встречаемости аллергических заболеваний, потенцированию резистентности к бактериальным и вирусным инфекциям.

Литература

Авцын и др., 2001 — *Авцын А.П., Жаворонков А.А., Риш М.А., Строчкова Л.С.* Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органо-патология. М.: Медицина, 496 с.

Агаджанян и др., 2001 — *Агаджанян Н.А., Вельданова М.В., Скальный А.В.* Экологический портрет человека и роль микроэлементов. М., 236 с.

Агаджанян и др., 2000 — *Агаджанян Н.А., Сусликов В.Л., Ермакова Н.В., Капланова А.Ш.* Эколого-биогеохимические факторы и здоровье человека // Экология человека. №1. С. 3-5.

Бабенко, 2001 — *Бабенко Г.А.* Микроэлементозы человека: патогенез, профилактика, лечение // Микроэлементы в медицине. Т. 2. Вып. 1. С. 2-5.

Баранов, 1998 — *Баранов А. А.* Экология в педиатрической науке и практике. Экологические и гигиенические проблемы здоровья детей и подростков. М., 26 с.

Велданова, 2002 — *Велданова М.В.* Эколого-физиологическое обоснование системной профилактики коррекции микроэлементозной зубной эндемии у детей в различных регионах России. Авт. дисс...докт. мед. наук. М., 35 с.

Вельтищев, 1994 — *Вельтищев Ю.Е.* Концепция риска болезни и безопасности здоровья ребенка. Лекция 2 // Рос. вестн. перинат. и пед. Приложение к журналу. 83 с.

Горбачев и др., 2002 — *Горбачев А.Л., Скальный А.В., Вельданова М.В., Ефимова А.В., Луговая Е.А.* Особенности элементного статуса детей с эндемическим зобом в г. Магадан // Микроэлементы в медицине. Т. 3. Вып. 3. С. 22-19.

Горбачев и др., 2003 — *Горбачев А.Л., Ефимова А.В., Луговая Е.А., Бульбан А.П.* Особенности элементного статуса жителей различных природно-географических территорий Магаданского региона // Экология человека. № 5.

Горбачев и др., 2007 — *Горбачев А.Л., Добродеева Л.К., Теддер Ю.Р., Шацова Е.Н.* Биогеохимическая характеристика северных регионов. Микроэлементный статус населения Архангельской области и прогноз развития эндемических заболеваний // Экология человека. №1. С. 4-11.

Егорова, 2007 — *Егорова Г.А.* Эколого-физиологическая характеристика функциональных резервов организма и их связь с элементным ста-

тусом и здоровьем населения (по материалам Республики Саха (Якутия)). Автор. дисс. ... докт. мед. наук. М., 42 с.

Ковальский, 1987 — Ковальский В.В. Геохимическая среда и жизнь. М.: Наука, 76 с.

Кучма, 2003 — Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков: Учебник. М.: Медицина. 384 с.

Нотова, 2005 — Нотова С.В. Эколого-физиологические аспекты состояния здоровья жителей Южного Урала. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 40 с.

Одинаева и др., 2002 — Одинаева Н.Д., Яцык Г.В., Скальный А.В. Макро- и микроэлементы: анализ волос недоношенных новорожденных // Микроэлементы в медицине. Т. 3. Вып. 1. С. 63-66.

Решетник, 2000 — Решетник Л.А. Клинико-гигиеническая оценка микроэлементных дисбалансов у детей Прибайкалья. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Иркутск, 43 с.

Сусликов, 2002 — Сусликов В.Л. Геохимическая экология болезней. В 4 т. Т. 3. Атомовитозы. М.: Гелиос АРВ, 670 с.

Туркебаева, 2004 — Туркебаева Е.К. Эколого-физиологические особенности элементного статуса детей школьного возраста Республики Саха (Якутия). Автореф. дис. ... кандидата мед. наук. М., 20 с.

Чернякина, 2006 — Чернякина Т.С. Научное обоснование системы оздоровления детей в напряженных экологических и социально-гигиенических условиях. Автореф. дис. ... доктора мед. наук. СПб., 48 с.

Яцык и др., 1998 — Яцык Г.В., Акоев Ю.С. Влияние окружающей среды на здоровье новорожденных // Экология и здоровье детей / под ред. М.Я. Студеникина, А.А. Ефимовой. М.: Медицина. С. 153-187.

А.С. Пуликов

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ СЕРДЦА В ПРОЦЕССЕ ЕГО РОСТА И РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ КОРЕННОГО И ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАЙНЕГО СЕВЕРА И СИБИРИ

В связи с интенсивным освоением природных ресурсов обширных регионов Сибири и Крайнего Севера придается приоритетное значение развитию фундаментальной науки, обеспечивающей ускорение экономического и социального развития.

Преобразовательная деятельность человека оказывает существенное влияние на прогноз здоровья и характер детерминации экологически обусловленной патологии. Возникающие при этом социально-биологические и экологические проблемы не могут быть решены без реализации системного анализа явлений.

Особую остроту приобретают проблемы пульмонологии и кар-

диологии, так как патология органов дыхания и кровообращения занимает первые места в структуре общей заболеваемости и смертности населения в условиях Севера, имеет свою специфику, обусловленную комплексом экстремальных воздействий внешней среды (Ма-*рачев*, 1980: 13; *Казначеев*, 1980: 8; *Седов*, 1982: 19), которые затрудняют жизнедеятельность человека и предрасполагают к развитию различных заболеваний (*Данишевский*, 1968: 6; *Орехов*, 1982: 15; *Манчук*, 2008: 12). Все это обуславливает необходимость тщательного изучения морфологии человека при воздействии экстремальных природных факторов Сибири и Крайнего Севера, являющейся эквивалентом его функций (*Струков*, 1983: 23).

Наибольшее значение в данном случае имеет перинатальный период и первый год жизни, так как темпы роста и развития в эти сроки гораздо выше, чем в другие периоды онтогенеза (*Гармашева и др.*, 1978: 4). Организм ребенка наиболее подвержен воздействию факторов внешней среды, которые могут оказывать выраженные влияния на процессы роста, развития и состояния здоровья (*Рапорт*, 1979: 17; *Прахин*, 1982: 16; *Грицинская*, 2008: 5).

Важным приемом при изучении процессов приспособления является анализ качественных и количественных особенностей морфогенеза у коренного населения определенных климатогеографических зон. По мнению Т.И. Алексеевой (*Алексеева*, 1977: 3) и А.Д. Слонима (*Слоним*, 1982: 20), именно коренное население является эталоном биологической адаптации к конкретным условиям внешней среды, а сердце выступает как показатель адаптации организма к экстремальным воздействиям.

Большое влияние на развитие функциональных систем плода оказывает состояние функциональных систем матери. Плод выступает как дополнительный, новый орган матери, о деятельности которого мать получает полную информацию (*Сорокин*, 1984: 21), а гомологичные исполнительные механизмы одноименных функциональных систем матери и плода специфически интегрируются (*Савченков*, 1980: 18). Изменения реактивности у матери вызывают соответствующие изменения у плода (*Колесников*, 1985: 9).

Комплексное изучение роли экстремальных факторов и их влияния на сердце, формирования морфо-физиологических реакций у детей к конкретным условиям внешней среды имеет важное значение в понимании сущности и механизмов морфогенеза в организме новорожденного ребенка и детей последующих возрастных периодов. В настоящее время имеются данные такого характера, полученные лишь на экспериментальном материале и на взрослых людях в условиях

Крайнего Севера. В то же время детское население в условиях Севера и Сибири, особенно с периода новорожденности, является наиболее пластичным материалом в процессе становления нового устойчивого состояния с фиксацией морфо-физиологического стереотипа в экстремальных экологических условиях.

Учитывая остроту данной проблемы и отсутствие сведений по этой теме в отечественной и зарубежной литературе, мы поставили перед собой *цель* установить особенности морфогенеза сердца в перинатальном и раннем постнатальном периодах у коренного и пришлого населения Севера и Сибири как проявление функции возраста и компенсаторно-приспособительных реакций в различных по экстремальности климатических условиях.

Задачи исследования

Изучить морфо-функциональные особенности формирования сердца и отдельные органометрические показатели у плодов, новорожденных и детей первого года жизни в зависимости от климатогеографических условий и сроков проживания в них матерей.

Определить морфологические критерии органогенеза сердца у плодов новорожденных и детей первого года жизни коренного и пришлого населения Севера и Сибири в зависимости от экстремальности регионов, гестационного возраста плодов и новорожденных, времени жизни новорожденных и детей первого года жизни.

Материал и методы исследования

Основой для всех методов исследования являлся экспедиционный выезд в различные по своим климатогеографическим условиям регионы Севера и Сибири (Таймырский Север: г. Норильск, Дудинка; Центральная Якутия: г. Якутск).

Объектом исследования служили сердца плодов, новорожденных и детей первого года жизни коренного и пришлого населения изучаемых регионов. Материал получали от условно здоровых плодов и новорожденных детей, не имевших видимых и микроскопических изменений со стороны сердца и органов дыхания, умерших антенатально или после рождения от последствий дисциркуляторной гипоксии, акушерских и оперативных вмешательств, бытовых травм, несовместимых с жизнью. Последние являлись причиной смерти и у детей первого года жизни наряду с заболеваниями и оперативными вмешательствами, не связанными с сердечно-легочной патологией. При этом учитывались показатели физического развития плодов и детей, болезни матерей, время внутриутробного развития, время жизни после рождения, время жизни матерей в экстремальных условиях Севера и Сибири, сезонность. Обязательным условием яв-

лялось отсутствие сердечно-легочной патологии у родителей, особенно матерей, и отягощение акушерского анамнеза у последних.

Для исключения ошибок при определении гестационного возраста новорожденных детей, определении доношенности и недоношенности их производили учет всех данных по историям родов и развития новорожденных, по масса-ростовому (весо-ростовому) коэффициенту, равному у доношенных новорожденных детей 60-80 г/см (*Сотникова, 1982: 22*), по критериям определения морфологической зрелости новорожденных детей (*Ноерффер и. а., 1972: 27*).

Распределение материала по климатогеографическим регионам производили на полученное от коренного и пришлого населения. Всего было подвергнуто исследованию 357 случаев плодов, новорожденных и детей первого года жизни.

Раздельное взвешивание частей сердца производили по классической методике Мюллера с учетом рекомендаций Г.И. Ильина (*Ильин, 1956: 7*), А.М. Лифшица (*Лифшиц, 1979: 10*). Одновременно проводились морфометрические измерения предсердно-желудочковых отверстий, аорты и легочного ствола, приносящих и выносящих трактов обоих желудочков, баталова протока, толщины стенки желудочков, из которых в дальнейшем выводились различные показатели и индексы.

Результаты исследования и их обсуждение

По изученным нами ранее данным климата из всех месяцев года в Норильске 8 месяцев по шкале жесткости погоды относятся к критическим (свыше 3 баллов). Отдельные цифры жесткости погоды в январе превышают 9-10 баллов, отличаясь между сутками в 2-2,5 раза. Даже в июле отдельные сутки относятся по жесткости погоды к мягкой зиме. В зимний период в Норильске до 60-80% суток жесткость погоды превышает 5,1-7,1 балла.

В Якутске к критическим или близким к ним относятся только 5 месяцев, приходящихся на зиму, когда 60-80% суток имеют 3,1-5,0 баллов жесткости погоды. В Красноярске зима длится до трех месяцев и на градацию жесткости погоды от 3,1 до 5,0 баллов падает лишь 25-35% суток. Только январь по жесткости погоды близок к критическому.

Дополнительным неблагоприятным фактором является загрязнение промышленными отходами атмосферы над Красноярском и Норильском.

Исследования сердца у коренных и пришлых жителей Крайнего Севера показали заметное увеличение массы сердца и особенно его правого желудочка (*Авцын, 1974: 1*), что также было обнаружено в

ряде экспериментальных работ при холодовом воздействии на животных (*Шварц*, 1980: 25) и даже на их эмбрионы (*Лоттер*, 1976: 11).

Процессы морфогенеза сердца у плодов позволяют проследить их становление на протяжении антенатального периода в различных экологических условиях, когда ребенок еще не соприкасался напрямую с экстремальными условиями. Динамика морфологических параметров сердца и присердечных сосудов у новорожденных детей позволяет проследить их в зависимости от времени жизни новорожденных и особенностей влияния климатогеографических факторов.

Установлено, что рост размеров, массы и поверхности тела, массы и размеров сердца, присердечных сосудов происходит постоянно, но имеет как общие, так и специфические черты. Общим является увеличение перечисленных параметров массы всех отделов сердца и особенно правого желудочка в последние 8 недель внутриутробного развития, снижение сердечного индекса по мере созревания плода и нарастание индексов желудочкового и правого желудочка. Для новорожденных всех периодов развития характерно резкое замедление активного прироста массы правого желудочка, ускорение увеличения массы и темпов роста предсердий и левого желудочка, их индексов с возрастанием времени жизни новорожденных. Периметр легочного ствола на уровне свободных краев полулунных клапанов у новорожденных и плодов всех регионов больше, чем периметр аорты. По мере созревания плодов и новорожденных аорта растет более интенсивно, вследствие чего снижается отношение периметра легочного ствола к периметру аорты.

Специфические особенности в развитии сердца и его отделов у плодов и новорожденных заключаются в неравнозначных темпах роста параметров тела, сердца и его отделов с увеличением сроков развития.

До периода доношенности сердце плодов и новорожденных в условиях Крайнего Севера сравнительно небольшое по массе с уменьшенными вследствие этого размерами приносящих и выносящих трактов, периметрами атриовентрикулярных колец обоих желудочков, периметрами легочного ствола и аорты, низкими показателями свободных стенок обоих желудочков, их индексов, желудочкового индекса (ЖИ). Последний у новорожденных до 34-недельного гестационного возраста равен $1,14 \pm 0,03$, опускается в 35-37 недель до $1,0 \pm 0,03$. У плодов во все периоды развития отмечается расширение просвета легочного ствола по сравнению с просветом аорты, когда их отношение не опускается ниже 1,21. У плодов и новорожденных коренного и пришлого населения Якутии и Крайнего Севера отмечаются до 35 недель развития очень низкие показатели сердечного индекса (СИ),

что также свидетельствует о недостаточном функциональном соответствии масс тела и сердца и, тем самым, приводит к необходимости вынесения данных групп новорожденных в группы риска.

У доношенных плодов и новорожденных коренного населения Якутии и пришлого населения Крайнего Севера отмечаются наиболее низкие показатели поверхности тела, а сердце в условиях Крайнего Севера при сравнительно небольших размерах имеет самую высокую массу, достигая $19,422 \pm 0,78$ г. у плодов и $19,53 \pm 0,72$ г. у новорожденных. Соответственно массе сердца имеют самые высокие значения его отделы и индексы: сердечный ($5,88 \pm 0,14$ г/кг у плодов и $6,29 \pm 0,19$ г/кг у новорожденных), желудочковый ($1,34 \pm 0,04$ — у плодов и $1,27 \pm 0,021$ — у новорожденных), индекс правого желудочка ($44,0 \pm 1,14\%$ — у плодов и $45,49 \pm 0,4\%$ — новорожденных). Для периода доношенности характерно наличие у плодов высокого ЖИ и ИПЖ (индекса правого желудочка) во всех регионах: у коренного Якутии ЖИ= $1,32 \pm 0,05$; ИПЖ= $48,58 \pm 0,81\%$; у пришлого Якутии ЖИ= $1,31 \pm 0,025$, ИПЖ= $47,89 \pm 0,73\%$; у пришлого Сибири ЖИ= $1,29 \pm 0,04$, ИПЖ= $47,23 \pm 1,36\%$; масса сердца соответственно составляет $17,834 \pm 0,34$ г; $17,106 \pm 0,36$ г; $18,887 \pm 0,54$ г).

Особого внимания заслуживает факт, свидетельствующий о пролонгировании «редукции» правого желудочка в группах доношенных новорожденных с увеличением времени их жизни, когда преобладание правого желудочка над левым до величины ЖИ= $1,0$ продолжается после рождения более длительное время, чем у новорожденных Европейской части континента. У последних переход ЖИ через $1,0$ происходит в течение первых 1-2 суток. У новорожденных пришлого населения Крайнего Севера и коренного населения Якутии переход ЖИ через $1,0$ осуществляется в среднем через 6 суток, у пришлого населения Якутии — через 5 суток и у пришлого Сибири — в начале пятых суток.

Из всех регионов только в условиях Крайнего Севера у плодов и новорожденных в последние 3-4 недели внутриутробного развития (38-41 недели) значения показателей сердца, их отношений и индексов, динамика прироста, характеризуются максимальными величинами и широкой амплитудой по сравнению с таковыми в других регионах. Высокие значения массы сердца при сравнительно небольших размерах абсолютных величин массы отделов сердца, СИ, ЖИ и ИПЖ, отношений периметра легочного ствола к периметру аорты, слабый прирост индекса предсердий и развития выносящего тракта левого желудочка после рождения, длительное и медленное снижение ЖИ в период новорожденности, возрастание большинства пока-

зателей в период переносимости плода и у переносимых новорожденных свидетельствуют о наличии в экстремальных условиях Крайнего Севера кардиограммегалгии, гипертензии в малом круге кровообращения, сопровождающейся выраженной гипертрофией правого желудочка и сравнительным расширением легочного ствола. Данные проявления снижаются с возрастанием комфортности погодных условий в Якутии и особенно в Сибири.

Морфологические особенности в сердце и его отделах у плодов и новорожденных детей коренного и пришлого населения Якутки и Сибири активно проявляются на ранних этапах перинатального периода и постепенно, но не всегда равномерно, наращиваются в ходе последующего развития. В условиях Крайнего Севера морфологические реакции сердца и его отделов, легочного ствола и аорты до периода доношенности реагируют менее заметно, совершая резкий качественно-количественный скачок в последние 3-4 недели внутриутробного развития. Эта интенсификация сопровождается выраженной кардиограммегалгией сердца с гипертрофией правого желудочка, максимизацией абсолютных и относительных показателей, превышающей подобные процессы не только у плодов и новорожденных пришлого населения Якутии и Сибири в целом, но и адаптированного коренного населения, что свидетельствует о запаздывании морфологических реакций и о неэкономном реагировании морфологических структур (избыточном) сердца на комплекс экстремальных воздействий у плодов и новорожденных пришлого и менее коренного населения Севера.

В целом, исходя из данных морфологических реакций сердца в различных по экстремальности экологических условиях, можно отметить, что они являются функцией возраста, имеют определенное сходство, но по особенностям проявления отчетливо прослеживается зависимость от выраженности комплекса экстремальных факторов. При этом морфологические реакции по характеру проявления наиболее максимальны в крайне экстремальных условиях Крайнего Севера, минимальны из изучаемых регионов в условиях Сибири, занимая промежуточное положение в условиях Центральной Якутии, что соответствует возрастанию широты местности и экстремальности климата.

Рост и развитие тела, сердца и его отделов, присердечных сосудов происходят интенсивно у детей на протяжении всего первого года жизни. При этом темпы роста в первое полугодие жизни гораздо выше, чем во второе. У детей на Крайнем Севере площадь поверхности тела в первый месяц жизни колеблется от 0,24 до 0,26 м², повышаясь более стремительно до полугода (0,40-0,42м²), а затем более медленно к концу года (0,46-0,48м²). Большинство относитель-

ных показателей сердца имеют сходные небольшие значения с недо-
стоверным различием в начале и конце года с максимумом в сред-
ние месяцы года. Так, сердечный индекс (СИ), отражающий морфо-
функциональное соответствие между сердцем и телом и являющийся,
по мнению А.Т. Токтосунова (*Токтосунов*, 1984: 24), важным
показателем приспособления к условиям обитания, имеет одну об-
щую тенденцию к повышению в 5-7 месяцев жизни, являясь сравни-
тельно высоким у детей коренного (адаптированного) населения Се-
вера (6,15-7,1 г/кг) и наиболее низким у детей пришлого населения
Крайнего Севера (4,98-6,45 г/кг).

Более малые размеры сердца и кардиограммегалия, наблюдав-
шиеся у плодов и новорожденных пришлого населения Крайнего
Севера, остаются и у детей первого года жизни. Только к концу года
масса сердца у детей коренного населения Якутии становится равной
массе сердца пришлого населения Крайнего Севера ($60,0 \pm 2,5$ г), а с
середины года превышает ее у детей пришлого населения Якутии и
Сибири (31,0-32,5 г). В течение года масса сердца у пришлого насе-
ления Крайнего Севера выше таковой у пришлого населения Якутии
и Сибири на 4-5 г в начале года и на 7-8 г в конце года по средним
показателям. Значения желудочкового индекса у детей во всех реги-
онах находятся ниже величины 1,0, но выше 0,5, а темпы снижения,
более медленные и продолжительные, отмечаются у пришлого насе-
ления Крайнего Севера, что свидетельствует о продолжающейся гипер-
тензии в малом круге кровообращения с явлениями гипертрофии в
правом желудочке. Длины периметров аорты и легочного ствола на
протяжении первого года жизни остаются примерно равными, осо-
бенно у детей коренного и пришлого населения Якутии.

Физиологический смысл гипермускуляризации сердца и гиперт-
рофии его отделов состоит в том, что в результате усиления нагруз-
ки на сердце вначале закономерно возрастает интенсивность функ-
ционирования структур, которая является толчком для более напря-
женного синтеза белков и нуклеиновых кислот, что и обуславливает
гипертрофию (*Меерсон*, 1981: 14).

Таким образом, гипертрофия сердца и его отделов является струк-
турным эквивалентом функции, после чего орган продолжает свою
функциональную деятельность в более выгодном, экономном режи-
ме. Однако Ф.З. Меерсон рассматривает, в основном, явление гипер-
трофии в условиях высокогорной гипоксии. В то же время гипоксия
отмечается и в экстремальных условиях Крайнего Севера (эндоген-
ная гипоксия) при напряжении функционирования системы кисло-
родного обеспечения организма. И совсем она не является необыч-

ной для плодов. Окислительно-восстановительные процессы у плода могут поддерживаться на достаточном уровне при уменьшении доставки кислорода на 40-50% (Edelstone, 1984: 26). До тех пор, пока резервы плода не истощены, его метаболические функции могут осуществляться аэробно при наличии гипоксии.

Существование в условиях Крайнего Севера хронического напряжения систем кровообращения и дыхания (Авцын и др., 1985: 2) может отрицательно влиять через материнский организм на развитие плода и новорожденного ребенка, даже при наличии структурных компонентов адаптации, что увеличивает риск заболеваний после рождения и в первый год жизни детей, снижать их пластичность и резистентность по отношению к экстремальным факторам внешней среды, приводить к утяжелению течения патологических процессов.

Выводы

1. Особенности формирования сердца у человека в условиях Севера и Сибири характеризуются выраженной динамичностью и во многом детерминированы климато-географическими условиями. Они определяются с начала перинатального периода развития и продолжаются в течение первого года жизни, проявляясь в тесной связи с функцией возраста и в сопряженных формах компенсаторно-приспособительных реакций к условиям существования.

2. У плодов пришлого населения Крайнего Севера отмечается значительная интенсификация формирования структур сердца в последние 4 недели внутриутробного развития, которая сопровождается кардиограммегалией и гипертрофией правого желудочка, относительным расширением легочного ствола, возрастанием большинства абсолютных и относительных показателей.

3. У всех новорожденных происходит замедление активного прироста массы правого желудочка, ускорение увеличения массы и темпов роста предсердий и левого желудочка, их индексов. Величина кардиограммегалии и гипертрофии правого желудочка возрастает с увеличением широты и экстремальности регионов.

4. Во всех изучаемых регионах отчетливо выражена закономерность, проявляющаяся в пролонгировании редукции правого желудочка, когда преобладание массы правого желудочка над левым продолжается после рождения более длительное время (4-6 суток), чем у новорожденных Европейской части континента (1 сутки), что свидетельствует о длительно сохраняющейся гипертензии в малом круге кровообращения.

Литература

Авцын, 1974 — Авцын А.П. Адаптация и дизадаптация с позиций патолога // Клиническая медицина, № 5. С. 3-15.

Авцын и др., 1985 — *Авцын А.П., Жаворонков А.А., Марачев А.Г., Милованов А.П.* Патология человека на Севере. М.: Медицина, 416 с.

Алексеева, 1977 — *Алексеева Т.И.* Географическая среда и биология человека. М.: Мысль, 302 с.

Гармашева и др., 1978 — *Гармашева Н.Л., Константинова Н.Н.* Введение в перинатальную медицину. М. С.75-82.

Грицинская, 1978 — *Грицинская В.Л.* Современные тенденции роста, развития и здоровья школьников. Красноярск, 94 с.

Данишевский, 1968 — *Данишевский Г.М.* Патология человека и профилактика заболеваний на Севере. М.: Медицина, 412 с.

Ильин, 1956 — *Ильин Г.И.* К вопросу о диагностике гипертрофии миокарда методом раздельного взвешивания // Архив патологии. 1956, № 8. С. 24-26.

Казначеев, 1980 — *Казначеев В.П.* Современные аспекты адаптации. Новосибирск: Наука, 191 с.

Колесников, 1985 — *Колесников С.И.* Генетико-физиологические взаимоотношения матери и плода. Новосибирск, 182 с.

Лифшиц, 1979 — *Лифшиц А.М.* Патологоанатомическая оценка массы сердца по данным раздельного взвешивания его частей (Классификация и критерии гипертрофии и ожирения сердца): Методические рекомендации. М., 26 с.

Лоттер, 1976 — *Лоттер М.Г.* Особенности роста и гемопоэза в раннем постнатальном онтогенезе у крыс, периодически подвергавшихся воздействию холода // Бюлл. эксп. биол. и мед. Т. 81, №3. С. 269-271.

Манчук, 2008 — *Манчук В.Т.* Состояние и формирование здоровья коренных малочисленных народов Севера и Сибири. Красноярск, 179 с.

Марачев, 1980 — *Марачев А.Г.* Морфо-функциональные основы адаптации и патологии легких, сердца и красной крови человека в условиях Крайнего Севера. Автореф дисс. ... докт. мед наук. Москва, 60 с.

Меерсон, 1981 — *Меерсон Ф.З.* Адаптация, стресс и профилактика. М.: Наука, 1981, 279 с.

Орехов, 1982 — *Орехов К.В.* Онтогенез человека и цивилизация // Бюллетень СО АМН СССР. 1982, № 3. С. 82-90.

Прахин, 1982. — *Прахин Е.И.* Оценка физического развития новорожденных в условиях Норильского промышленного района: Методические рекомендации. Красноярск, 39 с.

Рапопорт, 1979 — *Рапопорт Ж.Ж.* Адаптация ребенка на Севере. Л.: Медицина, 192 с.

Савченков, 1980 — *Савченков Ю.И.* Очерки физиологии и морфологии функциональной системы мать-плод. М.: Медицина, 254 с.

Седов, 1982 — *Седов К.Р.* Медико-биологические проблемы западного участка БАМ. Новосибирск, 168 с.

Слоним, 1982 — *Слоним А.Д.* О формировании температурных адаптаций в онтогенезе // *Слоним А.Д.* Экологическая физиология животных. Часть III. Физиология животных в различных физико-географических зо-

нах. Л.: Наука. С. 56-59.

Сорокин, 1984 — *Сорокин А.А.* Морфофункциональное состояние легких потомства крыс с физиологически протекающей беременностью и беременностью, осложненной хроническим неспецифическим заболеванием легких или левосторонней пульмонэктомией. Дис. ... канд. мед. наук. Красноярск, 178 с.

Сотникова, 1982 — *Сотникова К.А.* Дифференциальная диагностика заболеваний новорожденных. Л.: Наука, 216 с.

Струков, 1983 — *Струков А.И.* Морфологический эквивалент функции (Методические основы). М.: Медицина, 208 с.

Токтосунов, 1984 — *Токтосунов А.Т.* Экологические основы высотной адаптации позвоночных Тянь-Шаня. Л.: Наука, 196 с.

Шварц, 1980 — *Шварц С.С.* Экологические закономерности эволюции. М., 278 с.

Edelstone, 1984 — *Edelstone Danill J.* Fetal compensatory responses to reduced oxygen delivery // *Semin. Perinatol.* V. 8. №. 3. P. 184-191.

Hoepffner u. a., 1972 — *Hoepffner W., Rautenbach M.* Wertigkeit morphologischer und neurologischer Befunde bei der Reifediagnostik Neugeborener mit niedrigen Geburtsgewicht // *Kinderarzt Prax.* № 40. S. 351-356.

Т.В. Поливанова, В.Т. Манчук

ГИСТАРХИТЕКТОНИКА КОЛЛАГЕНОВЫХ ВОЛОКОН В СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА У ШКОЛЬНИКОВ ЭВЕНКИИ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Высокая распространенность патологии гастродуоденальной зоны и увеличение в ее структуре эрозивно-язвенных заболеваний среди детского населения в последние годы диктуют необходимость дальнейшего изучения проблемы (*Осадчук и др.*, 2002). Развитие механизмов адаптивной перестройки в эволюционном плане происходит на популяционном уровне (*Шмальгаузен*, 1968). С экологических позиций изменчивости морфофункциональных особенностей популяций человека существует концепция об адаптивных типах. Адаптивный тип — это норма биологической реакции всех популяций вида на комплекс биоклиматических условий региона, обеспечивающая равновесие с этими условиями, а внешне выражающаяся в морфофункциональном статусе популяций (*Алексеева*, 1986). Получены убедительные данные о существовании особенностей в распространенности язвенной болезни, рака желудка в структуре патологии гастродуоденальной зоны у представите-

лей различных этнических популяций. При этом авторы высказывают мнение о существовании более мощного резерва защитных механизмов желудка у коренных жителей Севера, что объясняет редкое наличие у северных народов эрозивно-язвенных поражений слизистой желудка и ДПК (Белоусова и др., 1990; Цуканов и др., 2004).

Одной из активных структурных единиц, участвующих в патологических процессах, является коллаген, реакция которого на повреждение ткани — усиление метаболизма с последующим изменением гистархитектоники коллагеновых волокон с формированием склероза (Серов и др., 1981). Экспериментальными исследованиями было показано (Cioffi et al., 2002) увеличение обмена коллагена при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, которое имеет системный характер и сопряжено с появлением идентичных фиброзных изменений, как в тканях желудочно-кишечного тракта, так и в миокарде. Выраженность морфологических изменений при этом коррелирует с продолжительностью абдоминальной боли.

Выше изложенное предопределило проведение настоящего исследования.

Цель исследования: изучить ассоциацию гистархитектоники коллагеновых волокон в слизистой желудка с клинико-морфологическими проявлениями заболеваний гастродуоденальной зоны у школьников коренного и пришлого населения Эвенкии.

Материалы и методы исследования: проведено клиническое обследование и фиброгастроскопия с забором биопсийного материала для морфологического исследования слизистой желудка у 80 школьников коренного (эвенки) и 83 пришлого населения (европеоиды) Эвенкии с патологией гастродуоденальной зоны. Подбор детей в группы проведен методом простой рандомизации по возрасту. Возраст детей 7-17 лет. Основную часть обследованных школьников составили дети с клиническими проявлениями диспепсии. Диагностика синдрома диспепсии осуществлялась согласно Римским критериям I, II (1999, 2001), наличие которого оценивалось в тех случаях, когда в жалобах детей присутствовал симптомокомплекс, включающий боль или дискомфорт в эпигастральной области (Talley et al., 1989).

При эндоскопической диагностике гастрита использован Сиднейский подход (1990) (Щербakov, 2001). Для качественной морфологической оценки состояния слизистой желудка срезы из полученных препаратов окрашивались гематоксилин-эозином. Оценка активности гастрита проводилась согласно Сиднейской классификации, кото-

рая предусматривает определение трех степеней активности гастрита, которые оценивают по нейтрофильной инфильтрации эпителия и/или собственной пластинки (*Dixon et al.*, 1997).

Морфологическая оценка гистархитектоники коллагеновых волокон в слизистой тела желудка проводилась после окраски тонких срезов биопсийного материала по Ван-Гизон (*Меркулов*, 1969). Проявления склерогенеза в слизистой желудка расценивались по наличию коллагеновых волокон в пучках, очагов склероза.

Анализ статистической значимости различий качественных признаков проведен с помощью критерия² с поправкой Йейтса и двустороннего точного критерия Фишера. Статистическая значимость различий результатов оценивалась при $p < 0,05$ (*Реброва*, 2003).

Результаты исследования и их обсуждение

Отмечены особенности гистоархитектоники коллагеновых волокон в слизистой желудка у детей коренного и пришлого населения Эвенкии с гастродуоденальной патологией. У эвенков межжелезистое пространство слизистой желудка отличалось большим содержанием волокнистых структур, в частности коллагеновых волокон. У них же чаще определялись изменения гистоархитектоники коллагеновых волокон, характеризующие процесс склерогенеза (Табл. 1). У детей пришлого населения при морфологическом исследовании слизистой желудка признаки склерогенеза выявлены в 33,3% случаях. Все дети с морфологическими признаками склерогенеза имели клинические проявления диспепсии более 3 месяцев.

У эвенков аналогичные изменения гистархитектоники коллагеновых волокон в слизистой желудка встречались чаще (75,0%), чем у детей пришлого населения ($p=0,0350$). Дети коренных жителей Эвенкии имели проявления склерогенеза в слизистой желудка как при наличии диспепсии более 3 месяцев (70,0%), так при меньшей длительности диспептической симптоматики (83,3%). Склерогенез, в определенной мере, является защитной реакцией. С учетом меньшей предрасположенности жителей коренного населения Эвенкии к эрозивно-язвенным поражениям слизистой гастродуоденальной зоны можно предположить, что у них в процессе длительного проживания в экстремальных условиях региона сформировалась более эффективная защитная, тканевая реакция склерозирования на повреждение. В свою очередь, возможно именно этот защитный механизм (накопление волокнистых структур коллагена в строме СОЖ) позволяет жителям коренного населения Севера поддерживать и слизистый барьер слизистой желудка на более высоком функциональ-

ном уровне, так известно, что при аппликации коллагеном ткани улучшается дифференцировка эпителия, одного из основных клеточных компонентов, осуществляющих выработку желудочной слизи.

Таблица 1

Частота и проявления склерогенеза в слизистой тела желудка у школьников Эвенкии с гастродуоденальной патологией

Дети	Группы детей	n	Коллагеновые волокна в пучках		Склероз		Всего	
			Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Пришлое население	1. С синдромом диспепсии	53	7	13,2	17	32,1	24	45,3
	2. Без синдрома диспепсии	30	-	-	1	3,3	1	3,3
	3. Всего	83	7	8,4	18	21,7	25	30,1
Коренное население	4. С синдромом диспепсии	46	9	19,6	23	50,0	32	69,6
	5. Без синдрома диспепсии	34	9	26,5	7	20,6	16	47,1
	6. Всего	80	18	22,5	30	37,5	48	60,0
Статистическая значимость (p)			1-2=0,0375 3-6=0,0127		1-2=0,0023 4-5=0,0072 1-4=0,0699 3-6=0,0268		1-2=0,0008 4-5=0,0209 1-4=0,0065 3-6<0,0001	

Примечание: Значимость различий определена при помощи критерия χ^2 и точного критерия Фишера.

Морфологические признаки склерогенеза в слизистой желудка у европеоидов Эвенкии чаще наблюдалась при эрозивных изменениях гастродуоденальной зоны (дети с эрозивным гастритом в 100,0% имели различные проявления склерогенеза в слизистой желудка) (Табл. 2). Учитывая, что формирование склероза является репаративной реакцией коллагеновых волокон на повреждение, данные изменения у детей пришлого населения при эрозивном гастрите вполне закономерны.

У эвенков с признаками склерогенеза в слизистой желудка эрозивно-язвенных поражений не было. Известно, что причиной ускорения роста коллагеновых волокон, в частности, формирования склероза является стимулирующее влияние продуктов распада коллагена по механизму обратной связи (Серов и др., 1981). Результат еще раз подчеркивает особенности активации процесса склерогенеза в слизистой желудка у представителей коренного и пришлого населения Эвенкии. При этом у эвенков он находится на своеобразном

морфо-функциональном уровне, что в итоге снижает риск формирования эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таблица 2

Наличие склерогенеза в слизистой тела желудка у детей Эвенкии с эрозивно-язвенными изменениями в слизистой гастродуоденальной зоны

Дети	Патология	Группы	n	Коллагеновые волокна в пучках		Склероз		Всего	
				Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Пришлое население	Эрозивно-язвенные изменения	1. Всего	9	2	22,2	7	77,8	9	100,0
		2. В том числе с синдромом диспепсии	9	2	22,2	7	77,8	9	100,0
	Без эрозивно-язвенных дефектов	3. Всего	74	5	6,8	11	14,8	16	21,6
		4. В том числе с синдромом диспепсии	46	5	10,9	10	21,7	15	32,6
Коренное население	Эрозивно-язвенные изменения	5. Всего	6	-	-	6	100,0	6	100,0
		6. В том числе с синдромом диспепсии	3	-	-	3	100,0	3	100,0
	Без эрозивно-язвенных дефектов	7. Всего	74	18	24,3	24	32,4	42	56,8
		8. В том числе с синдромом диспепсии	43	9	20,9	20	46,5	29	67,4
Статистическая значимость (p)			3-7=0,0065		5-7=0,002 1-3=0,0002 2-4=0,0023 3-7=0,0203 4-8=0,0247		5-7=0,0408 1-3<0,0001 2-4=0,0002 3-7<0,0001 4-8=0,0010		

Примечание: Значимость различий определена при помощи критерия χ^2 и точного критерия Фишера.

У эвенков процесс склерогенеза более динамичный, на что указывает появление морфологических изменений уже при кратковременных клинических симптомах гастродуоденальных заболеваний. Среди пришлое населения морфологические признаки склерогенеза во всех случаях (100,0%) выявлены у детей с непрерывным течением диспепсии в течение года, тогда как только 37,5% эвенков с морфологическими проявлениями склерогенеза в слизистой желудка имели проявления диспепсии в течение всего года ($p=0,0435$). Другая часть коренных детей (62,5%) имела меньшую длительность диспепсии в течение года, в том числе и менее 3 месяцев (25,0%). Очевидно, более динамичная реакция склерогенеза может считаться еще одной особенностью функционирования защитных механизмов при патоло-

гическом процессе в слизистой желудка, что также объясняет более низкие показатели эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны у коренных детей Эвенкии.

При всем многообразии этиопатогенетических механизмов формирования склероза выделяется основной путь — это: повреждение — воспаление — склероз. У эвенков уже при первой степени активности антрального гастрита наблюдались признаки склерогенеза (33,4%) (Табл. 3, с. 136). Тогда как у пришлого населения морфологические проявления склерогенеза в слизистой желудка преимущественно наблюдались при высокой степени (II-III степень) активности антрального гастрита (83,3%; $p=0,0435$). Результат стал еще одним свидетельством своеобразия активизации процесса склерогенеза в слизистой желудка у школьников эвенков и школьников европеоидной группы с гастродуоденальной патологией.

Ассоциации процесса склерогенеза с активностью воспалительного процесса в теле желудка у детей обеих этнических популяций не установлено. Вероятно, это обусловлено более редким наличием высокой активности гастрита у детей в этом отделе.

Таким образом, течение патологии гастродуоденальной зоны у детей Эвенкии сопряжено с формированием диффузного реактивного склероза в слизистой желудка. Аналогичные особенности течения патологических процессов в экологических условиях Севера отмечали и другие авторы (*Савенко и др.*, 2002). Процесс склерогенеза в слизистой желудка у детей пришлого населения Эвенкии в большей степени ассоциирован с длительностью синдрома диспепсии, тяжестью патологического процесса гастродуоденальной зоны (с эрозивно-язвенными поражениями, высокой активностью гастрита), чем у детей коренного населения. С учетом того, что склерогенез является общей реакцией организма на повреждающее воздействие, выявленные особенности в его формировании у детей различных этнических групп, очевидно, являются одним из моментов, объясняющих более низкую распространенность эрозивно-язвенных поражений слизистой гастродуоденальной зоны у эвенков. Очевидно, в течение длительного исторического периода проживания в регионе у коренных жителей Эвенкии сформировалась более динамичная реакция склерогенеза, позволяющая более оптимально проживать в условиях экологического неблагополучия.

**Наличие склерогенеза в слизистой тела желудка
у школьников Эвенкии с различной активностью антрального гастрита**

Дети	Активность гастрита	Группы	n	Коллагеновые волокна в пучках		Склероз		Всего	
				Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Пришлое население	1 степень	1. Всего	49	3	6,1	1	2,0	4	8,2
		2. В том числе с диспепсией	26	3	11,5	1	3,8	4	15,4
	2-3 степень	3. Всего	28	4	14,3	17	60,7	21	75,0
		4. В том числе с диспепсией	24	4	16,7	16	66,7	18	75,0
	5. Всего	52	16	30,8	17	32,7	33	63,5	
Коренное население	1 степень	6. В том числе с диспепсией	35	8	22,8	10	28,6	18	51,4
		7. Всего	15	2	13,3	13	86,7	15	100,0
	2-3 степень	8. В том числе с диспепсией	14	1	7,1	13	92,9	14	100,0
Статистическая значимость (p)				1-5=0,0036		5-7<0,0001 1-3<0,0001 2-4<0,0001 2-6=0,0124 1-5=0,0001		5-7=0,0032 1-3<0,0001 2-4<0,0001 2-6=0,0086 1-5<0,0001 3-7=0,0367	

Примечание: Значимость различий определена при помощи критерия χ^2 и точного критерия Фишера.

Литература

Алексеева, 1986 — *Алексеева Т.И.* Адаптивные процессы в популяциях человека. М.: Изд-во МГУ, 216 с.

Белюсова и др., 1990 — *Белюсова Р.А., Кащеева М.В., Гандалова А.Я.* Факторы риска гастродуоденальной патологии у детей в условиях Севера и Восточной Сибири // Матер. научно-практ. конф. «Актуальные вопросы гастроэнтерологии в различных климатических условиях страны». Якутск. С. 111-112.

Меркулов, 1969 — *Меркулов М.Н.* Курс патологистологической техники. П.: Медицина, 423 с.

Осадчук и др., 2002 — *Осадчук М.А., Пахомова А.Л., Кветной И.М.* Хронический гастрит с функциональной диспепсией; патогенетические особенности клинических проявлений // РЖГГК, №2. С. 35-39.

Реброва, 2003 — *Реброва О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: Медиа Сфера, 312 с.

Савенко и др., 2002 — *Савенко И.А., Целуйко С.С.* Локализация коллагенов различных типов в слизистой оболочке бронхов человека в условиях Крайнего Севера // Морфология. Т. 121, № 2-3. С. 135.

Серов и др., 1981 — *Серов В.В., Шехтер А.Б.* Соединительная ткань (функциональная морфология и общая патология). М.: Медицина, 312 с.

Цуканов и др., 2004 — *Цуканов В.В., Штыгашева О.В., Баркалов С.В.* Эпидемиология язвенной болезни. Красноярск, 198 с.

Щербаков, 2001 — *Щербаков П.Л.* Классификация хронического гастрита и дуоденита у детей // Этно-экологические особенности ассоциации инфекционных факторов и патологии органов пищеварения у взрослого и детского населения: материалы научно-практической конференции. Красноярск. С. 217.

Шмальгаузен, 1968 — *Шмальгаузен И.И.* Факторы эволюции. М.: Медицина, 451 с.

Talley et. al., 1989 — *Talley N. J., Phillips S. F., Meton J. et al.* A patient questionnaire to identify bowel disease // *Ann Intern Med.* V.111. P. 671-674.

Cioffi et. al., 2002 — *Cioffi U. U., Ciulla M.M., De Simone M. et al.* Effects of chronic inflammatory bowel diseases on left ventricular structure and function: a study protocol // *BMC Public. Health.*, V. 10, № 2. P. 19.

Dixon et. al., 1997 — *Dixon M.F., Genta M.R., Yardley J.H.* Histological classification of gastritis and *Helicobacter pylori* infection: an agreement at last? // *Helicobacter.* V. 112 (Suppl.1). P. 17-24.

***Л.С. Эвэрт, В.Т. Манчук, М.Ю. Маслова,
О.И. Зайцева, Е.С. Паничева***

**ХАРАКТЕРИСТИКА АДАПТАЦИОННЫХ СОСТОЯНИЙ
И ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ
ПРИ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗКАХ
У ДЕТЕЙ КОРЕННОГО И ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ
СЕВЕРНЫХ И ЮЖНЫХ РЕГИОНОВ СИБИРИ
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
И НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ АД**

Приводимые авторами различных стран данные о функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы у детей свидетельствуют о чрезвычайной их вариабельности в зависимости от возрастных, половых, этнических, социальных и климатогеографических факторов (*Автандилов*, 1998; *Александров*, 1997; *Белозеров*, 2004; *Бороздун*, 2007; *Демко*, 2006). Экологические условия Крайнего Севера предъявляют повышенные требования к организму ребенка. Сердечно-сосудистая система (далее: ССС) у детей, проживающих в условиях Севера, напряженно функционирует в состоянии покоя и при физических нагрузках (*Пономаренко*, 1983).

Снижение двигательной активности у детей на Крайнем Севере и ее отрицательное влияние на состояние детского организма отмечают многие авторы (*Комиссарова*, 1990; *Шлык*, 1991). Гипокинезия изменяет реакцию ССС на физическую нагрузку, которая проявля-

ется неадекватным учащением ритма сердечных сокращений, удлиняет период вхождения в работу и время восстановления. Данные, свидетельствующие о том, что физическая активность у детей на Севере оказывает влияние на типы реакции ССС на физическую нагрузку и на уровень физической работоспособности приводят и другие авторы (Пономаренко, 1983).

Литературные сведения о функционировании ССС при выполнении физических нагрузок и уровне физической работоспособности у детей средних широт многочисленны и отличаются большим разнообразием, данные по этому поводу у детей Крайнего Севера, особенно у детей с артериальной гипертензией, весьма скудны. Особую значимость приобретает эта проблема с точки зрения адаптации человека на Севере. Показано, что процесс адаптации даже здорового человека в условиях Севера сопровождается обратимым снижением физической работоспособности, обусловленным, прежде всего, изменением деятельности системы кровообращения (Казначеев, 1986; Чухрова и др., 2005; Турчинский, 1980; Филиппова и др., 2006). Показатели, характеризующие состояние сердечно-сосудистой системы, могут быть использованы в качестве индикатора адаптационных реакций (Авцын, 1985).

Объект и методы исследования. Обследованы дети 7-17 лет (мальчики и девочки) с артериальной гипертензией (АГ) и нормальным уровнем артериального давления (НАД), проживающие в северных (Ямало-Ненецкий автономный округ, Эвенкия, Якутия) и южных (Р. Хакасия, Р. Тыва) регионах Сибири. В качестве вида нагрузочного теста в экспедиционных условиях была использована двухступенчатая лестничная проба (степ-тест) по методике PWC₁₇₀, рекомендованной ВОЗ (1970). Расчетным способом определяли ряд параметров, позволяющих объективно оценить происходящие при физической нагрузке изменения со стороны ССС: (эргометрических, гемодинамических).

1. Эргометрические показатели:

1. Пороговая мощность (PWC₁₇₀):

а) мощность нагрузки (в кгм/мин), при которой достигнута ЧСС 170 уд/мин;

б) та же величина, рассчитанная на 1 кг массы тела ребенка; Величина PWC₁₇₀ рассчитывалась по формуле В. Л. Карпмана (1969):

$PWC_{170} = N_1 + [(N_2 - N_1) * (170 - f_1) / (f_2 - f_1)]$, где PWC₁₇₀ — физическая работоспособность при пульсе 170 уд/мин, выраженная в кгм/мин; N₁, N₂ — мощность двух применяемых нагрузок (в кгм/мин); f₁, f₂ — ЧСС в конце 1-й и 2-й нагрузок.

2. Общая выполненная работа ($A_{\text{общ}}$):

$A_{\text{общ}} = N_1 * 5 + N_1 * t$ (в кгм), где $N_{1, 2, \dots, n}$ — мощность на каждой ступени нагрузки в кгм/мин; 5 — продолжительность 1-ой ступени нагрузки (в мин), t — время выполнения нагрузки на последней ступени (в мин.); кроме того, учитывалось время выполнения пробы в минутах.

II. Показатели гемодинамики:

3. Двойное произведение (ДП): $P = \text{ЧСС} * \text{САД} * 10^{-2}$. Двойное произведение определяли перед началом нагрузки ($\text{ДП}_{\text{исх}}$) и на пике нагрузки ($\text{ДП}_{\text{п}}$).

4. Прирост двойного произведения ($\Delta\text{ДП}$): $[(\text{ДП}_{\text{п}} - \text{ДП}_{\text{исх}})/\text{ДП}_{\text{исх}}] * 100$ (в %).

5. Индекс эффективности работы сердца (ИЭРС) рассчитывали по формуле, предложенной Aptecar M. et al., (1982): $\text{ИЭРС} = \text{PWC}_{170} / (\text{ЧСС} * \text{САД} * 10^{-2} * S)$, где PWC_{170} — мощность нагрузки при ЧСС 170 уд/мин (кгм/мин); ЧСС — пульс на пике нагрузки (уд/мин); САД — систолическое АД на пике нагрузки (мм рт.ст.); S — поверхность тела в м^2 .

6. Показатель энергозатрат (ПЭ), рассчитанный на единицу поверхности тела ребенка: $\text{ПЭ} = \text{ДП}_{\text{п}} * 100 / A * S$ (усл.ед).

7. САД и ДАД в исходном состоянии и на высоте нагрузки (в мм рт.ст.).

8. Прирост ЧСС ($\Delta\text{ЧСС}$): $[(\text{ЧСС на пике нагрузки} - \text{ЧСС}_{\text{исх}}) / \text{ЧСС}_{\text{исх}}] * 100$ (в %).

9. Индекс хронотропного резерва — отношение прироста ЧСС при дозированной физической нагрузке к исходной ЧСС ($\Delta\text{ЧСС} / \text{ЧСС}_{\text{исх}}$).

10. Прирост САД ($\Delta\text{САД}$): $[(\text{САД}_{\text{макс}} - \text{САД}_{\text{исх}}) / \text{САД}_{\text{исх}}] * 100$ (в %).

11. Индекс инотропного резерва — отношение прироста систолического АД на высоте нагрузки к исходному САД ($\Delta\text{САД} / \text{САД}_{\text{исх}}$).

12. Прирост ДАД ($\Delta\text{ДАД}$), а также отношение прироста ДАД к его значению в исходном состоянии (в %): $\Delta\text{ДАД} / \text{ДАД}_{\text{исх}}$.

13. Отношение прироста САД и ДАД к приросту ЧСС: $\Delta\text{САД} / \Delta\text{ЧСС}$ и $\Delta\text{ДАД} / \Delta\text{ЧСС}$.

Оценка типа реакции гемодинамики на нагрузку проводилась согласно рекомендациям Л.В. Петруниной и соавт. (1979). Уровень напряжения адаптационных механизмов организма детей оценивался по величине показателя ИФИ (Агаджанян и др., 2006; Баевский и др., 1997) и определялся по формуле: $\text{ИФИ} = 0,011 * \text{ЧП} + 0,014 * \text{САД} + 0,008 * \text{ДАД} + 0,014 * \text{В} + 0,009 * \text{MT} - 0,009 * \text{P} - 0,27$, где ЧП — частота пульса, САД и ДАД — систолическое и диастолическое АД, В —

возраст, МТ — масса тела, Р — рост. Использовалась классификация адаптационных состояний Р.М. Баевского (1989). Критерии степени адаптации: удовлетворительная — ИФИ $\leq 2,05$ усл.ед., напряженная — ИФИ 2,06-2,28, неудовлетворительная — ИФИ 2,29-2,65, срыв адаптации — ИФИ $> 2,65$ усл.ед.

Полученные результаты подвергнуты статистической обработке на персональном компьютере с применением пакета прикладных программ «Statistica 5.5 for Windows». Вид распределения рядов количественных признаков определяли по критериям Шапиро-Уилка, Колмогорова-Смирнова и Лиллиефорса. Статистическую значимость различий для двух не связанных выборок анализировали с помощью критерия Манна-Уитни, в случае множественного сравнения использовали критерий Крускала-Уоллиса.

Результаты исследования количественных параметров в группах сравнения представлены в формате N, M, Me, Mo; где N — число наблюдений, M — средняя арифметическая, Me — медиана, Mo — мода, кроме того, указывали значения 25д и 75д перцентилей, min-max (минимальные и максимальные значения признака).

Результаты. Коренные северяне отличались статистически значимо меньшей величиной удельной работы и меньшей продолжительностью выполнения нагрузочной пробы. Общая и удельная мощность нагрузки, общий объем выполненной работы у них также были ниже, хотя различия данных показателей не достигали уровня статистической значимости.

Анализ изменений гемодинамических параметров в ответ на одинаковую по мощности нагрузку выявил статистически значимые различия у коренных северян с АГ в сравнении с их сверстниками, имеющими нормальное АД. Первые имели значительно меньшие величины ЧСС, САД и ДАД, регистрируемые на высоте нагрузочной пробы, отличались значительно меньшими величинами ДПн и ПЭ. Коренные северяне с АГ имели также меньшие показатели индекса хронотропного и инотропного резерва, хотя различия данных параметров не имели статистически значимых различий. ИЭРС в сравниваемых группах был практически одинаков. Закономерности изменений эргометрических и гемодинамических показателей у детей пришлого населения Севера (ЯНАО) с АГ и НАД были аналогичны тем, которые выявлены у коренных северян с АГ и НАД.

Проведенные исследования показали, что физическая работоспособность и толерантность к физической нагрузке коренных школьников с АГ и нормальным АД статистически значимо не различаются.

Вместе с тем, дети коренного населения с АГ имеют меньшие величины ЧСС, САД, ДАД на высоте нагрузочного теста, у них ниже значения двойного произведения нагрузки и показателя энергозатрат, менее выражена хронотропная реакция и ниже мобилизация инотропного резерва миокарда в ответ на одинаковую по мощности нагрузку.

Дети коренного и пришлого населения, имеющие одинаковый исходный уровень АД и проживающие в аналогичных климатогеографических условиях, по показателям физической работоспособности, толерантности к физической нагрузке и динамике гемодинамических параметров в ходе выполнения нагрузочного теста статистически значимо не различаются.

У школьников коренного населения с АГ, проживающих в условиях северных (ЯНАО) и южных регионов Сибири (Хакасия), статистически значимых различий показателей физической работоспособности, толерантности к физической нагрузке и гемодинамических параметров получено не было. Вместе с тем, дети с АГ на Севере чаще имели неадекватные типы реакции гемодинамики на нагрузку, чем дети на Юге. Так, у них чаще регистрировался гипотонический и дистонический тип реакции — соответственно 23,6% и 27,4% против 12,8% и 11,6% у детей с АГ южных регионов.

Коренные северяне с нормальным АД отличались от школьников коренного детского населения южных регионов статистически значимо более высокими показателями общего объема выполненной работы ($A_{\text{общ}}$), работы, выполненной на единицу массы тела ($A_{\text{уд}}$), длительностью выполнения нагрузочного теста, большими значениями ЧСС, САД и двойного произведения ($ДП_{\text{н}}$) на высоте нагрузки. У части (12,7%) детей с нормальным АД в ходе степэргометрии регистрировался гипертонический тип реакции на нагрузку, что позволяло отнести этих детей к угрожаемым по развитию у них в дальнейшем АГ. Кроме того, северяне отличались от детей южных регионов большей встречаемостью у них дистонического типа реакции гемодинамики на нагрузку (36,7% против 15,9%).

Число школьников с удовлетворительной адаптацией по показателю ИФИ было более высоким среди коренного населения — 89,13% против 85,82% в группе пришлого населения. Последние же отличались большим числом детей с напряженной (9,33%) и неудовлетворительной адаптацией (4,10%); аналогичные показатели у коренных школьников составляли 6,75% и 3,37%.

Дети коренного населения отличались статистически значимо

меньшими величинами ИФИ (1,43 усл. ед.) в сопоставлении с величиной данного показателя у детей пришлого населения (2,52 усл. ед., $P < 0,001$). Коренное детское население ЯМНАО (ненцы, селькупы) имели значительно меньшие величины ИФИ в сравнении с детьми некоренного населения данного региона (соответственно 1,62 и 1,72 усл. ед., $P < 0,001$), коренные хакасы также отличались от некоренного населения Хакасии меньшими значениями ИФИ (соответственно 1,63 и 1,71 усл. ед., $P=0,0159$). Средние значения ИФИ у детей коренного населения Тывы и Якутии были равны соответственно 1,74 и 1,19 усл. ед.

Как в группах коренных, так и среди детей пришлого населения с АГ было значительно больше детей с неудовлетворительной адаптацией, либо ее срывом. Дети с нормальным АД чаще имели удовлетворительную адаптацию (от 86,67% до 62,5% по разным регионам) или напряженную адаптацию (от 2,11% до 19,64%). Средние значения ИФИ у детей с АГ и НАД, коренных и пришлых, проживающих в различных регионах Сибири, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Значения ИФИ у детей коренного и пришлого населения с АГ и НАД различных регионов Сибири (усл. ед.)

Группы			Регионы Сибири				
			Северные			Южные	
			Эвенкия	ЯНАО	Якутия	Хакасия	Тыва
Коренные	1гр.	НАД	1,91	1,77	1,19	1,79	1,80
	2гр.	АГ	2,27 $P=0,1171$	2,24 $P=0,0019$	1,37 $P=0,1247$	2,30 $P < 0,001$	2,14 $P < 0,001$
Пришлые	3гр.	НАД	1,83	1,86	-	1,85	-
	4гр.	АГ	2,28 $P < 0,001$	2,33 $P < 0,001$	-	2,35 $P < 0,001$	-
P 1-3			0,1751	0,0025	-	0,2178	-
P 2-4			0,9604	0,5614	-	0,6995	-

Как следует из таблицы, школьники с АГ, независимо от их принадлежности к коренному или пришлому населению, характеризовались значительно более высокими средними значениями ИФИ в сопоставлении с аналогичным показателем детей с нормальным АД. Школьники с АГ северных регионов отличались от своих сверстников, проживающих в центральных и южных регионах, более высокими значениями ИФИ, но эти различия не были статистически значимыми.

Дети коренного населения Сибири реже имели напряженную, неудовлетворительную адаптацию либо ее срыв, чем дети пришлого населения, величина показателя ИФИ у них была меньше. Наличие у детей АГ ассоциируется с более частой встречаемостью удовлетво-

рительной адаптации или ее срыва, более высоким уровнем показателя ИФИ в сравнении с детьми, имеющими нормальное АД. В то же время, не выявлено статистически значимых различий частоты встречаемости различных видов адаптации и средних значений показателя ИФИ у детей коренного и пришлого населения, проживающего в северных, центральных и южных регионах Сибири.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования позволяют сделать заключение, что более напряженный уровень функционирования системы кровообращения и более выраженное напряжение адаптационных механизмов, свидетельством чего является более частая встречаемость напряженной, неудовлетворительной адаптации или ее срыва, а также более высокие показатели индекса функциональных изменений, имеют место у детей пришлого населения и у детей, имеющих артериальную гипертензию. Сердечно-сосудистая система детей коренного населения, детей с нормальным уровнем АД функционирует в оптимальном режиме, что, очевидно, связано с долговременной адаптацией коренных жителей к экологическим условиям данного региона проживания.

Литература

Автандилов, 1998 — Автандилов А.Г. Значение информационных характеристик эхокардиографических параметров при диагностике нейродилататорной дистонии и гипертонической болезни в подростковом возрасте // Кардиология. № 6. С. 55-58.

Авцын, 1985 — Авцын А.П. Сосудистые дистонии как проявления дизадаптации // Патология человека на Севере. М.: Медицина. С. 159-164.

Агаджанян и др., 2006 — Агаджанян Н.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Проблемы адаптации и учение о здоровье. М.: РУДН, 283 с.

Александров, 1997 — Александров А.А. Повышенное артериальное давление в детском и подростковом возрасте (ювенильная артериальная гипертония) // Рос. мед. журн. № 9. С. 559-565.

Баевский и др., 1997 — Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей и риск развития заболеваний. М.: Медицина, 235 с.

Белозеров, 2004 — Белозеров Ю.М. Детская кардиология. М.: МЕД-пресс-информ., 600 с.

Бороздун, 2007 — Бороздун С.В. Клинико-метаболические особенности кристаллурии у детей с факторами риска развития сердечно-сосудистой патологии. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Красноярск, 19 с.

Демко, 2006 — Демко Е.А. Структурно-функциональные показатели сердца и метаболические особенности периферической крови детей с синдромом вегетативной дисфункции. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Красноярск, 24 с.

Казначеев, 1986 — Казначеев В.П. Клинические аспекты полярной медицины. М.: Медицина, 208 с.

Комиссарова, 1990 — Комиссарова Т.Ю. Предвестники атеросклероза у школьников коренного населения г. Якутска. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Омск, 22 с.

Пономаренко, 1983 — Пономаренко Г.С. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы здоровых детей младшего школьного возраста в экологических условиях Крайнего Севера. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Красноярск, 23 с.

Турчинский, 1980 — Турчинский В.И. Адаптация системы кровообращения у пришлого населения // Ишемическая болезнь сердца на Крайнем Севере. Новосибирск: Наука. С. 22-28.

Филиппова и др., 2006 — Филиппова С.Н., Федина Р.Г. Адаптация человека: интеграция биологических, психологических и социальных аспектов // 13 Международный конгресс по приполярной медицине: матер. конгр. Новосибирск. С. 89-90.

Чухрова и др., 2005 — Чухрова М.Г., Харина К.А., Хорошилова Л.С. и др. Психосоматическая патология на Севере // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. № 3 (37). С. 84-87.

Шлык, 1991 — Шлык Н.И. Сердечный ритм и центральная гемодинамика при физической активности у детей. Ижевск: Изд-во Ижевского ун-та, 417 с.

***О.И. Зайцева, В.Т. Манчук, Е.И. Прахин,
Т.А. Колодяжная, Л.С. Эверт***

**РЕАКТИВНОСТЬ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН
КАК МАРКЕР АДАПТАЦИИ К СРЕДОВЫМ ВЛИЯНИЯМ
У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ СИБИРИ**

Вегетативной нервной системе (ВНС) принадлежит ведущая роль в процессах адаптации. Рост ребенка сопровождается функциональным изменением ВНС, совершенствованием сложных нейрогуморальных механизмов вегетативной регуляции, обеспечивающих состояние индивидуального здоровья детского организма (*Вейн, 2000*).

Особое значение вопросы формирования адаптационно-приспособительных реакций у подрастающего поколения приобретают в Сибири. Экологические условия разных широт этого региона различаются по степени жесткости климатогеографических параметров. Так, для приезжего населения Эвенкии по сравнению с г. Красноярском климатические условия являются субэкстремальными и создают предпосылки для напряжения всех регуляторных систем, включая вегетативную нервную систему (*Манчук, 2006*). Неблагоприятные факторы окружающей среды могут способствовать развитию патологических состояний, являясь либо непосредственной причиной

болезней, либо условиями для их развития. В отдельных случаях средовые факторы могут опосредованно влиять на регуляторные системы детского организма, снижая их защитные и приспособительные возможности с трансформацией в последующем в синдром вегетативной дисфункции, сердечно-сосудистые и другие заболевания (Агаджанян, 2006).

Формирование адаптивных реакций осуществляется на различных структурных уровнях целостного организма, включая клеточно-молекулярный. Установлено, что мишенью первичного воздействия неблагоприятных экологических факторов (низкой температуры, геомагнитного излучения, ветрового режима, микроэлементного состава почвы, необычной фотопериодичности) являются регуляторно-метаболические параметры клетки и ее важнейшего элемента — плазматической мембраны. Плазматическая мембрана в этом плане представляет собой эффекторное звено вегетативного гомеостаза. Мембрана в своем составе содержит многочисленные рецепторы к гормонам и медиаторам (Кульберг, 1986; Терещенко, 2001). Такая структурная организация позволяет взаимодействовать с высшими центрами вегетативной регуляции через многочисленные регуляторные механизмы (нервные, гормональные и гуморальные), обеспечивая доминирующую роль того или иного звена регуляции на уровне клетки, обусловленную средовыми влияниями на организм (Новицкий, 2004).

Огромная социальная значимость процесса адаптации для растущего организма определяет необходимость оценки регуляторных возможностей организма на клеточном уровне, что позволит определить границы гомеостаза в рамках клетки, выход за которые влечет возникновение вегетативной неустойчивости и развитие состояния дезадаптации.

С целью изучения здоровья детей и их адаптационных возможностей были обследованы 208 детей 7-15 лет, проживающие в г. Красноярске и Эвенкии (Тунгусско-Чунский район: с. Ванавара и фактория Стрелка-на-Чуне). Всем школьникам проводилось соматическое и неврологическое обследование. Дети были признаны клиническими здоровыми, имели средние показатели физического и полового развития. По возрастной периодизации были сформированы 2 группы: первая 7-11 лет, вторая 12-15 лет.

Материал и методы исследования. Для оценки регуляторных возможностей вегетативной нервной системы и специфики адаптационно-компенсаторных механизмов у детей на уровне целостного организма был применен метод кардиоинтервалографии (КИГ) с клиноортостатической пробой с определением исходного вегетативного тонуса (ИВТ) и вегетативной реактивности (ВР) (Белоконь, 1987).

С целью изучения механизмов вегетативной регуляции и определения границ гомеостаза на клеточно-молекулярном уровне применялся метод микрофлуориметрии (Владимиров, 1980). Исследования проводились на спектрофлуориметре MPF-4 («Hitachi»). Использовался флуоресцентный зонд хлортетрациклин для проведения функциональных проб с экзогенными биорегуляторами ВНС: ацетилхолином (АХ), адреналином (АД) и дексаметазоном (ДМЗ). Флуоресцентный зонд хлортетрациклин вводился в суспензию мембран эритроцитов *in vitro* с биорегуляторами ВНС в физиологических дозах. Измерялась динамика флуоресценции зонда хлортетрациклина по пиковым (ФЛ пик.) и скоростным показателям (V включ.).

Цифровой материал обработан стандартным пакетом программ STATISTICA, ver. 6.0 (Реброва, 2002). Для обеспечения единства методологии применяли непараметрические методы. Количественные признаки оценивали с помощью непараметрического критерия Манн-Уитни (M-W) при сравнении двух несвязанных выборок. Для множественного сравнения более чем двух выборок применялся критерий Крускала-Уоллиса (M-W). Результаты исследования количественных параметров в группах сравнения представлены в виде M_e — медиана, 10%₀ - 90%₀ процентиля. Качественные признаки представлены в виде относительных (в %) частот. Изменения считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Анализ показателей КИГ свидетельствует о том, что среди детей всех групп, независимо от региона проживания, наиболее часто встречались школьники с эйтонической направленностью ИВТ (50-60% обследованных). В то же время процент детей с симпатикотонической направленностью ИВТ встречался статистически значимо чаще среди детей пришлого населения Эвенкии в сравнении с детьми г. Красноярска ($27,02 \pm 5,16\%$ и у детей-красноярцев $13,09 \pm 3,68\%$, $p = 0,0436$) и детьми коренного населения Эвенкии ($27,02 \pm 5,16\%$ и у детей-эвенков $10,41 \pm 4,41\%$, $p = 0,0376$).

Оценка ИВТ у детей различных групп приобретает большую информативность в сопоставлении с показателями вегетативной реактивности. Вегетативная реактивность, как известно, характеризует направленность и степень изменения функционирования ВНС в момент перехода организма из одного состояния в другое. При оценке динамических показателей ВНС учитывается закон гомеостаза об исходном уровне. Последний заключается в том, что чем выше уровень исходной активности физиологического состояния, тем меньше относительное изменение этого уровня при воздействии импульсов одной и той же интенсивности (Гринене, 1990) (Рис. 1.).

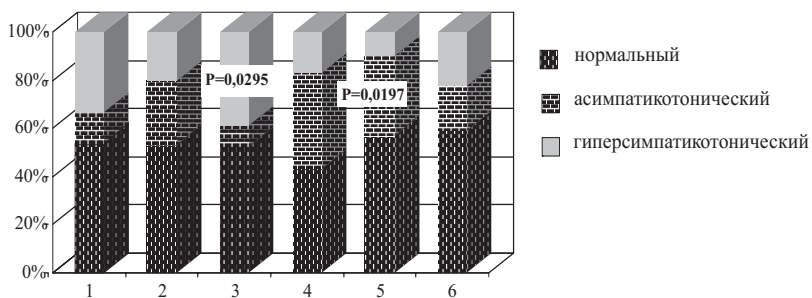


Рис. 1. Частота вариантов вегетативной реактивности у здоровых детей различного возраста г. Красноярска и Эвенкии.

1. Дети г. Красноярска 7-11 лет
2. Дети г. Красноярска 12-15 лет
3. Дети пришлого населения 7-11 лет
4. Дети пришлого населения 12-15 лет
5. Дети коренного населения 7-11 лет
6. Дети коренного населения 12-15 лет

Примечание: статистическая значимость различий между детьми младшего школьного возраста пришлого и коренного населения Эвенкии.

У здоровых детей различного возраста выявлена неоднородность адаптивных реакций на нагрузку. Нормальный вариант ВР преобладал у всех детей независимо от региона проживания, возраста и пола, что свидетельствовало о сохранении функционального резерва у большинства учащихся. Гиперсимпатикотонический вариант ВР регистрировался в равной степени среди детей г. Красноярска и детей пришлого населения. Причем в группе учащихся младшего школьного возраста вышеуказанный вариант встречался чаще среди детей пришлого населения ($p=0,0295$) в сравнении с детьми коренного населения, что свидетельствовало о напряжении адаптационно-приспособительных механизмов регуляции работы сердца. Асимпатикотонический вариант ВР наблюдался чаще у детей коренного населения младшего школьного возраста в сравнении с аналогичной группой учащихся пришлого населения ($p=0,0197$).

Следующим звеном в оценке адаптивных возможностей детского организма явилось исследование вегетативного гомеостаза на уровне клетки по параметрам клеточной реактивности.

Выявленная различная чувствительность мембран эритроцитов к экзогенным биорегуляторам ВНС (ацетилхолину, адреналину и дексаметазону) по критериям показателей пика флуоресценции и скорости включения флуоресценции у школьников позволили сформировать группы детей по типам реактивности к биорегуляторам.

Характеристика типов реактивности клеточных мембран рассмотрена на примере здоровых детей г. Красноярска (Табл. 1).

**Показатели реактивности мембран эритроцитов
при нагрузочных пробах с биорегуляторами
у здоровых детей г. Красноярска (Ме, 10%₀ — 90%₀)**

Показатели флуоресценции зонда ХТЦ с биорегуляторами	Типы реактивности				Статистическая значимость (p)	
	СХАГ-тип n=33	СХ-тип n=27	АГ-тип n=17	ГХАГ-тип n=7	по M-W	по M-W
	[1]	[2]	[3]	[4]		
Ф ФЛ пик. А АХ (усл.ед)	31,00 (29,00 - 34,00)	31,00 (29,00 - 36,00)	25,00 (29,00 - 36,00)	25,00 (19,00- 27,00)	p1-3< 0,001 p1-4< 0,001	p< 0,001
V включ. АХ (усл.ед./ мин)	0,74 (0,57- 0,94)	0,77 (0,59- 0,98)	0,35 (0,20- 0,61)	0,50 (0,24- 0,88)	p1-3< 0,001 p1-4< 0,001	p< 0,001
ФЛ пик. АД (усл.ед)	30,50 (26,00- 36,00)	25,00 (20,50- 28,00)	29,50 (26,00- 32,00)	24,50 (19,50- 29,00)	p1-2< 0,001 p1-4=0,0040	p< 0,001
V включ. АД (усл.ед./ мин)	0,77 (0,50- 0,95)	0,42 (0,16- 0,60)	0,74 (0,55- 0,96)	0,47 (0,18- 0,54)	p1-2< 0,001 p1-4=0,0030	p< 0,001
ФЛ пик. ДМЗ (усл.ед)	30,00 (27,00- 34,50)	25,00 (21,80- 28,50)	30,00 (27,00- 36,00)	25,00 (21,00- 30,50)	p1-2< 0,001 p1-4=0,0020	p< 0,001
V включ. ДМЗ (усл.ед./ мин)	0,86 (0,52- 1,20)	0,44 (0,30- 0,57)	1,01 (0,51- 1,15)	0,41 (0,29- 0,98)	p1-2< 0,001 p1-4=0,0109	p< 0,001

Первая группа — адекватный функциональный стереотип клеточной мембраны:

А. По изученным тестам к нему относились школьники с адекватно высокой чувствительностью эритроцитарных мембран на все биорегуляторы. Эти показатели клеточной реактивности расценивались нами как наличие у детей этой группы равновесного состояния клеточных механизмов регуляции с адекватными симпато-парасимпатомиметическими эффектами, в связи с чем данный тип клеточной реактивности был условно назван «сбалансированный холин-адренглюкокортикоидный тип» (СХАГ-тип). СХАГ-тип был самым многочисленным (около 40%) среди здоровых детей всех регионов проживания. У детей с данным типом реактивности отмечалось в 85% случаев сбалансированное состояние ВНС на уровне целого организма, т.е. эйтоническая направленность ИВТ в сочетании с различными вариантами ВР. Эти данные свидетельствовали о совпадении характера регуляции на уровне целого организма и на уровне мемб-

ранного звена клетки, что соответствовало по классификации Баевского Р.М. (1989) варианту удовлетворительной адаптации (*Баевский, 1997*). С одинаковой частотой данный тип реактивности встречался в анализируемых группах по возрасту и полу, а его параметры выбраны в качестве контрольных для сравнения с показателями других типов реактивности у здоровых детей.

Б. Следующим по распространенности среди здоровых детей был тип регуляции биомембран (31,5%), сопровождавшийся достаточной реакцией эритроцитарных мембран на ацетилхолин и сниженной реакцией на адреналин и дексаметазон в сравнении с контролем. Эти данные отражают адекватно высокую холинергическую активность субклеточного звена регуляции, а тип реактивности клеточных мембран условно назван «сбалансированным холинергическим» (СХ-тип).

На уровне организма СХ-тип реактивности клеточных мембран составляли учащиеся с ИВТ-ваготонией (48%) и с ИВТ-эйтонией (52%) с нормальным и асимпатикотоническим вариантами ВР. В данном случае наблюдалось совпадение характера регуляции на уровне мембранного звена клетки и на уровне организма, что служит также проявлением удовлетворительной адаптации.

2. Тип биомембран, сопровождающийся напряжением физиологических механизмов регуляции и менее распространенный среди здоровых детей (20%). Он характеризуется преобладающей реакцией эритроцитарных мембран на адреналин и дексаметазон и сниженной реакцией на ацетилхолин в сопоставлении с контролем. Такая ситуация указывает на высокую активность субклеточного звена симпатoadrenalовой и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем, отражает напряжение субклеточных звеньев регуляции. В этой связи выделенный тип реактивности клеточных мембран условно назван «адрено-глюкокортикоидный» (АГ-тип).

На уровне целого организма АГ-тип реактивности клеточных мембран в 35 % случаев регистрировался у детей с ИВТ-симпатикотонией с различными вариантами ВР и в 65% случаев — ИВТ-эйтония с преимущественно гиперсимпатикотоническим вариантом ВР. Эти данные указывали на совпадение характера регуляции на уровне клеточной подсистемы и на уровне целого организма и служили проявлением варианта напряженной адаптации с формированием донозологического состояния.

В возрастном аспекте независимо от региона проживания АГ-тип клеточной реактивности встречался в 1,5 раза чаще среди подростков (12-15 лет).

3. Тип биомембран, редко встречающийся среди здоровых детей (8%) и характеризующийся функциональной слабостью физиологических механизмов регуляции. Он характеризуется пониженной реакцией эритроцитарных мембран на все биорегуляторы в сопоставлении с контролем. Эти данные указывали на ослабление функциональной активности клеточных элементов вегетативной регуляции, а тип реактивности клеточных мембран условно назван «гипосенситивный холин-адрено-глюкокортикоидный» (ГХАГ-тип). На уровне организма ГХАГ-тип реактивности клеточных мембран регистрировался преимущественно у детей с ИВТ-симпатикотонией, реже — с ИВТ-ваготонией, с крайними вариантами ВР (асимпатикотоническим или гиперсимпатикотоническим). Полученные результаты свидетельствовали о развитии преморбидного состояния и соответствовали варианту неудовлетворительной адаптации.

Определены экологические особенности формирования типа реактивности клеточных мембран (СХАГ-типа реактивности), характеризовавшиеся усилением активности стратегических механизмов регуляции (субклеточных элементов гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы) у детей пришлого населения, что обусловлено субэкстремальными условиями проживания. При этом у здоровых детей пришлого населения Эвенкии в сопоставлении с аналогичной группой детей-красноярцев наблюдалась повышенная реакция эритроцитарных мембран на дексаметазон по показателю флуоресценции V включ. ДМЗ (1,15; 0,69-1,59 усл.ед./мин. и у детей г. Красноярска 0,86; 0,52-1,20 усл.ед./мин., $p=0,0014$).

Своеобразие субклеточных звеньев вегетативной регуляции, обусловленное этнической принадлежностью ребенка, проявлялось отсутствием мобилизации клеточного «аварийного» звена регуляции (невысокая функциональная активность симпатoadреналовой системы) у детей коренного населения, что является признаком адаптированности (Гичев, 1993). У детей-эвенков со СХАГ-типом реактивности клеточных мембран в сравнении с аналогичной группой детей пришлого населения обнаружено снижение реакции эритроцитарных мембран на адреналин по показателям ФЛ пик. АД (29,50; 25,00-32,00 усл.ед./мин. и у детей пришлого населения 33,00; 28,00-38,06 усл.ед./мин., $p=0,0167$) и V включ. АД (0,59; 0,27-0,89 усл.ед./мин. и у детей пришлого населения 0,94; 0,65-1,66 усл.ед./мин., $p=0,0088$).

Заключение. Таким образом, выявленные адаптационные реакции организма на клеточно-молекулярном уровне и в организме в целом у здоровых детей различных регионов проживания имеют универсальный характер, о чем свидетельствуют типы клеточной реактивности и данные КИГ.

Выделенные типы реактивности клеточных мембран позволяют судить о достаточности и эффективности мембранного звена клеточной регуляции для определения адаптивных возможностей детского организма и оценки индивидуального здоровья. Однако адапционно-приспособительная деятельность индивидуальна и реализуется у школьников в зависимости от региона проживания и возраста различной степенью участия стратегических механизмов регуляции гомеостатических функций.

Синдром напряжения вегетативной регуляции, установленный по индивидуальным типам клеточной реактивности у детского населения Эвенкии позволит выделить группы риска среди учащихся к сердечно-сосудистым заболеваниям. Выявление доклинических форм функциональной неустойчивости по параметрам вегетативной дисфункции на клеточно-молекулярном уровне позволит существенно улучшить профилактику сердечно-сосудистых заболеваний.

Литература

Агаджанян и др., 2006 — *Агаджанян Н.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П.* Проблемы адаптации и учение о здоровье. М.: РУДН, 283 с.

Баевский и др., 1997 — *Баевский Р.М., Берсенева А.П.* Оценка адаптационных возможностей и риск развития заболеваний. М.: Медицина, 235 с.

Белоконь и др., 1987 — *Белоконь Н.А., Кубергер М.Б.* Болезни сердца и сосудов у детей: Руководство для врачей. М.: Медицина. Т.1, 447 с.

Вейн, 2000 — *Вейн А.М.* Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. М.: МИА, 752 с.

Владимиров и др., 1980 — *Владимиров Ю.А., Добрецов Г.Е.* Флюоресцентные зонды в исследовании биологических мембран. М.: Медицина, 320 с.

Гичев, 1993 — *Гичев Ю.П.* Печень: адаптация, экология. Новосибирск: Наука, 152 с.

Гринене и др. — *Гринене Э., Вайткявичюс В.Ю., Марачинскене Э.* Особенности сердечного ритма у школьников // Физиология человека. №1. С. 88-93.

Кульберг, 1986 — *Кульберг А.Я.* Рецепторы клеточных мембран. М.: Высш. шк., 101 с.

Манчук, 2006 — *Манчук В.Т.* Этнические и средовые факторы формирования здоровья населения Сибири // Материалы 13 Межд. конгресса по приполярной медицине (Новосибирск, 12-16 июня, 2006 г.) / под ред. академика РАМН Л.Е.Панина. Новосибирск: ООО «РИЦ». С. 11.

Новицкий и др., 2004 — *Новицкий В.В., Рязанцева Н.В., Степовая Е.А.* Физиология и патофизиология эритроцита. Томск: Изд-во Том. ун-та, 202 с.

Реброва, 2002 — *Реброва О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ «STATISTICA». М.: Медиа Сфера, 305 с.

Терещенко, 2001 — *Терещенко В.П.* Варианты формирования мембран эритроцитов у детей, проживающих в северных районах Красноярс-

кого края. // Север — человек, проблемы сохранения здоровья: материалы научно-практической конференции. Красноярск. С. 360-361.

А.А. Ожиганова

ВАКЦИНАЦИЯ: МНЕНИЯ ОППОНЕНТОВ

Борьба сторонников и противников прививок идет с начала XVIII в., со времени первых опытов вакцинации от инфекционных заболеваний (прежде всего, от оспы). В настоящее время в России существует устойчивая тенденция к росту числа отказов родителей от иммунизации детей. Официальная статистика отсутствует, но, по мнению специалистов, в Москве насчитывается от 4 до 6 тысяч детей, не привитых ни от одного инфекционного заболевания. По данным автора, в некоторых частных московских школах и детских садах число полностью непривитых детей достигает 50%.

В детских поликлиниках, на страницах прессы, Интернет-форумах, телевизионных передачах, посвященных здоровью, не стихают споры о том, стоит ли делать детям прививки, не вредят ли они здоровью, не нарушают ли естественный иммунитет. Позиции сторон непримиримы и консенсуса достичь не удается.

Практически все направления комплементарной медицины, прежде всего гомеопатия, выступают против обязательного прививания. Еще более жесткая позиция у альтернативных целительских и оздоровительных движений. Большой популярностью среди родителей пользуется сайт общественной организации «Здоровье. Информированный выбор» — www.privivkam.net, представляющий информацию о негативных последствиях прививания и дающий возможность обсудить на форуме личный опыт.

В формировании негативного отношения к прививкам большую роль играет движение за «естественные роды». В школах подготовки к домашним родам у будущих родителей формируется альтернативное официальной медицинской модели представление о здоровье, в частности, об изначальном иммунитете, который нельзя «портить» прививками.

Известная в СССР семья Никитиных, вырастившая семерых детей, используя альтернативные методы оздоровления, выступила против прививок. Книга главы семейства, Б.П. Никитина «Здоровое детство без лекарств и прививок» выдержала уже шесть изданий и пользуется большой популярностью у молодых родителей.

Против вакцинации, как греховного посягательства на божью волю, выступают некоторые религиозные деятели, утверждающие, что идея поголовной вакцинации, обещающей человеку избавление

от будущих болезней, является богоборчеством. С этой позицией можно ознакомиться на православных сайтах. Исчерпывающе подобный взгляд выражен в радиогазете «Слово» в передаче «Православный час», вышедшей в эфир 5-7 марта 2005 г.: Братья и сестры, очевидно, что вакцинация является отвержением промысла Божия о мире и человеке. Вот и получается, что участие в таком, якобы «чисто медицинском» (как нам внушалось) деле как прививки является, по сути своей, участием в грехе отступления от Бога, «последованием за дьявольской ложью вместо Христовой истины» (*Правда о прививках...*, 2007: 13).

На титульном листе брошюры «Правда о прививках. Русские ученые и врачи против иродов XXI века», благословленной на издание ныне низложенным епископом Анадырским и Чукотским Диомидом, заявлено, что «вакцинация, как и аборт, является действенным средством по уничтожению русского народа».

Тем не менее, официально Русская православная церковь отвергает подобные взгляды. В частности, 23 сентября 2008 г. в Синодальном отделе по церковной благотворительности и социальному служению состоялся круглый стол на тему «Вакцинопрофилактика у детей: проблемы и пути их решения». В итоговом документе сказано: «...огорчает и тревожит тот факт, что распространение «антипрививочной» литературы, аудио- и видеоматериалов активно осуществляется в церковной ограде — храмах, монастырях, церковных книжных лавках. Доверчивые прихожане отказываются от прививок, а священнослужители нередко поощряют эти отказы, не благословляя проводить вакцинацию. При дальнейшем сохранении такого положения здоровью детей России может быть нанесен большой ущерб. Церковный амвон не может и не должен использоваться для распространения среди прихожан «негодного пустословия и прекословий лжеименного знания» (1 Тим. 6:20)». Православные врачи выступают против «антипрививочной» пропаганды. Вакцинация является мощным средством профилактики инфекционных заболеваний, включая и чрезвычайно опасные для человека (<http://patriarhia.ru/db/text/490935.html>).

Официальная биомедицина настаивает на соблюдении национального календаря прививок для предотвращения эпидемий инфекционных заболеваний. В рамках этого подхода отказ от иммунизации является нарушением прав ребенка на жизнь и здоровье. Считается, что в то время как развивающиеся страны борются за то, чтобы получить вакцины для детей, в развитых странах население успокоилось в связи с низким уровнем заболеваемости детей и взрослых и

родители в массовом порядке стали отказываться от проведения прививок.

В России обязательными являются прививки против девяти инфекций: туберкулеза, дифтерии, полиомиелита, кори, эпидемического паротита, краснухи, столбняка, коклюша и гепатита В. Для сравнения, в США, кроме перечисленных прививок, за исключением туберкулеза, обязательны еще прививки против гриппа, гемофильной инфекции, пневмококковой инфекции, ветряной оспы, опоясывающего герпеса. В Англии в национальный календарь входят прививки против туберкулеза, полиомиелита, дифтерии, столбняка, коклюша, кори, эпидемического паротита, краснухи.

Медики признают, что прививки небезопасны, но настаивают на том, что они являются самой эффективной защитой от эпидемий, и, таким образом, представляют собой «наименьшее зло».

Тем не менее, анализ аргументации сторонников иммунопрофилактики показывает уязвимость их позиции, подтверждая сомнения в ее эффективности. Так, необходимость ревакцинации против ряда инфекций вызвана тем, что у «ряда детей в ходе такой иммунизации вообще не формируется иммунитет, поэтому в календарях практически всех стран рекомендуется повторная прививка, но уже не столько с целью повышения иммунитета, сколько в расчете на детей, у которых в ходе проведения первой вакцинации иммунитет не сформировался». Поэтому вакцина против эпидемического паротита, краснухи и кори вводится двукратно — в 12 месяцев и в 6 лет. Инактивированные вакцины вызывают менее напряженный иммунный ответ, чем живые вакцины, поэтому для «эффективной защиты» их вводят несколько раз, а ревакцинацию делают на протяжении всей жизни (прежде всего, это АКС — комбинированная вакцина против коклюша и столбняка). Несмотря на то, что «при построении графика профилактических прививок в расчет берется способность организма к полноценному иммунному ответу» в определенном возрасте, сроки проведения прививок вводятся «с учетом даже относительно низкого иммунного ответа». Известно, что введение вакцины АКДС (комбинированной вакцины против дифтерии, коклюша и столбняка) и полиомиелитной вакцины в раннем младенческом возрасте вызывает меньший иммунный ответ, чем введение в более поздние сроки, но почти во всех странах мира вакцинации против этих инфекций начинается с 2-месячного возраста.

Особый вопрос — вакцинация против туберкулеза. Массовая вакцинация против этой инфекции в ряде стран не считается обязательной и не внесена в календарь прививок, т.к. признано, что заболеваемость зависит главным образом от социальных факторов.

В развитых странах вакцинацию против туберкулеза проводят только в группах риска. Но в России вакцинируют всех детей в периоде новорожденности (3-7-й день жизни) — прививку БЦЖ делают сразу в роддоме. Ревакцинация проводится в возрасте 7 и 14 лет при отрицательной туберкулиновой пробе Манту.

Не отрицают сторонники вакцинации и возможности осложнений после проведения прививки. Рабочая группа ВОЗ по неблагоприятным реакциям после вакцинации (исследования 1990-х гг.) выделила три группы осложнений: местные неблагоприятные явления (абсцесс, гнойный лимфоаденит); неблагоприятные явления со стороны центральной нервной системы (острый паралич, энцефалопатия, менингит, судороги); прочие неблагоприятные события (аллергические реакции, анафилактический шок). Однако, врачи неустанно повторяют, что процент заболевших после прививки детей незначителен, а главное, достаточно велика «возможность случайного совпадения развившейся патологии с вакцинацией» (*Учайкин и др., 2007: 97*).

Справедливое возмущение вызывает у участников антипрививочного движения позиция ВОЗ, эксперты которой рекомендуют всем странам «максимально сократить противопоказания к иммунизации путем исключения так называемых ложных противопоказаний к проведению профилактических прививок».

Медицина — это авторитетное знание, и врачи в силу своей профессиональной принадлежности оказывают властное давление на пациентов. Однако известно, что многие врачи в вопросе вакцинации занимают двойственную позицию: как медики они убеждают пациентов в необходимости прививок, будучи сами родителями зачастую отказываются делать прививки своим детям и внукам. Эти факты, ставшие широко известными, усиливают сомнения родителей в безвредности и необходимости прививок.

Именно врачи стоят у истоков формирования антипрививочного движения, они разрабатывали федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 1998 г., в котором впервые в нашей стране были установлены правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней. В соответствии с этим законом предусматривается бесплатное лечение в государственных и муниципальных организациях здравоохранения и социальная защита при возникновении поствакцинальных осложнений, возможность отказа от профилактических прививок. Благодаря работе комитета по биозтике при РАН было отменено постановление главного санитарного врача Москвы от 1992 г. об отказе в приеме в

детские дошкольные воспитательные учреждения детей, не привитых от туберкулеза, полиомиелита, коклюша, дифтерии, кори, столбняка.

Наиболее известными представителями антипрививочного движения в России являются вирусолог, член Российского Национального комитета по биоэтике РАН, к.б.н. Г.П. Червонская и врач-гомеопат А. Коток. Их книги стали для родителей основным источником информации о прививках.

А. Коток, доктор философии Еврейского университета в Иерусалиме, член европейского общества историков медицины, в своей книге «Беспощадная иммунизация. Правда о прививках» заявил, что его первоочередная задача состоит в «ознакомлении публики с накопившимися свидетельствами в пользу того, что вакцинация является процедурой как малоэффективной, так и весьма небезопасной» (Коток, 2008: 7).

Он утверждает, что прививочная практика ущербна с очень многих точек зрения — медико-биологической, правовой, социологической, философской, экономической, этической: «От прививаемых требуется подвергнуть себя реальному риску расстройства здоровья и даже смерти... ради предполагаемой пользы» (Коток, 2008: 13).

Утверждения, что вакцины безопасны, являются обманом, считает Коток: как и прежде, они содержат высокотоксичные вещества (ртуть, алюминий, формальдегид, фенол), а их эффективность безмерно преувеличена. Он обращает внимание на то, что сама оценка эффективности прививания, основанная на подсчете количества тех или иных антител, ошибочна по своей сути. Таким образом, проблема не только в том, что прививки небезопасны и малоэффективны, но «прививки противоестественны по своей сути».

Доктор Коток считает, что детские болезни запрограммированы Природой и необходимы для созревания иммунной системы. Противодействие Природе путем массовой вакцинации (термин «имуннопрофилактика» А. Коток отвергает) приводит к ослаблению здоровья: массовому распространению аллергий и астмы, резкому увеличению аутоиммунных и онкологических заболеваний. «У меня лично нет сомнений в том, что причиной этого в первую очередь являются прививки», — пишет А. Коток и цитирует немецкого врача Г. Бухвальда, считавшего вакцинопрофилактику бизнесом, основанном на страхе (Коток, 2008: 567). Он абсолютно убежден в том, детей в принципе не нужно прививать.

А. Коток считает, что для сохранения здоровья детей должно измениться все общество. Нужны не «разработчики, производители и распространители вакцин, паразитирующие на бюджете и отнима-

ющие здоровье у граждан», а домашние акушерки и специалисты по грудному вскармливанию; родительские центры, клубы по интересам, спортивные секции, библиотеки. Для того, чтобы быть здоровыми, детям «нужно приходить в этот мир естественным путем, в любви и радости, без помощи скальпеля и одуряющих их мать и их самих медикаментов» (Коток, 2008: 573). Но убежденность этого автора в том, что инфекционные заболевания вроде коклюша, кори и свинки, а тем более — дифтерии не так страшны, как их описывают врачи, вызывает серьезные сомнения. А его заявление, что за счет инфекционных заболеваний Природа «выбраковывает слабых, нежизнеспособных детей, которые должны были стать обузой для общества», производит шокирующее впечатление.

Более сдержанную позицию занимает врач-вирусолог Г.П. Червонская, один из создателей федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней человека» (1998 г.). В своей получившей широкую известность книге «Прививки: мифы и реальность» она называет «иллюзией» и «утопией» представления о том, что инфекционные заболевания можно ликвидировать с помощью прививок. Доктор Червонская уверена, что «улучшение» природы человека, начиная с новорожденности, без учета индивидуальных особенностей организма конкретного ребенка приводит к полному краху здоровья (Червонская, 2004: 103). Она также убеждена, что нет безопасных вакцин, в связи с вакцинацией постоянно растет число поствакцинальных осложнений: «Вакцина — чужеродна, об этом надо помнить всегда при введении ее в организм ребенка, поскольку она обязательно нарушает иммунологический баланс, присущий каждому ребенку» (Червонская, 2004: 39). Г.П. Червонская обращает внимание читателей на то, что вакцинацию часто проводят с многочисленными нарушениями, следствием чего становится детская инвалидность, например, нарушение опорно-двигательного аппарата или функций почек и др. В связи с этим она настаивает на проведении психологической переориентации медицинских работников для успешного рационального применения вакцин.

Но проблема еще и в том, что вакцина не всегда приводит к развитию полноценного желаемого иммунного ответа. После проведения прививки очень важно знать, циркулируют ли специфические антитела в организме ребенка. Это зависит от исходного состояния его иммунной системы, от генотипа. Поэтому доктор Червонская настаивает на введении для каждого ребенка паспорта здоровья с родословной семьи, а также оценкой общего иммунного статуса при рождении; она предлагает отслеживать состояние иммунной системы

в процессе его жизни. Это вполне реальная задача, так как, несмотря на исключительную вариабельность иммунологических показателей, норму индивидуальной иммунореактивности можно характеризовать при помощи известных методик.

Практикующие педиатры занимают более взвешенную позицию. Так, А.М. Тимофеева (к.м.н., педиатр с 50-летним стажем и автор популярной книги «Беседы детского врача») говорит о необходимости сбалансированного подхода к детским прививкам, свободного «как от формализма и начетничества, так и от новаторского экстремизма». Она считает, что, хотя прививки небезопасны, делать их нужно, особенно против дифтерии и полиомиелита.

А.М. Тимофеева отмечает, что все известные ей случаи послепрививочных осложнений связаны не с качеством самих вакцин, а с нарушением всех известных инструкций по проведению профилактических прививок. Особое возмущение вызывают у нее так называемые «туровые» прививки, в частности против полиомиелита. В этих случаях применяется обычная вакцина, но исключаются все те предосторожности, которые были записаны в инструкции к проведению обычной противополиомиелитной прививки. Часто прививают детей на фоне острого заболевания или сразу после него (если температура не превышает 38 градусов); ни диатез, ни атопический дерматит, ни несварение кишечника, ни дисбактериоз, ни инфекционные заболевания не являются противопоказаниями для «туровой» прививки (Тимофеева, 2005: 141). Распространенным результатом подобного прививания становится заболевание вакциноассоциированным полиомиелитом.

Доктор Тимофеева призывает врачей к осторожности и ответственности при проведении вакцинации. Необходимо вдумчивое индивидуальное отношение к каждому ребенку. Нельзя делать прививки при наличии противопоказаний, ведь в этом случае не достигается главная цель прививки — выработка иммунитета против конкретного заболевания. Она однозначно отвергает необходимость прививания новорожденных от гепатита В, так как это приводит к большому числу осложнений. При проведении прививки БЦЖ необходим индивидуальный подход к каждому ребенку. Прежде всего, нужно выяснить иммунологический статус новорожденного: у одного ребенка иммунная система к 3-му дню полностью сформировалась, и такому ребенку можно делать прививку в полном объеме, у другого сформировалась не полностью, и ему надо делать половинную прививку, у третьего — иммунная система не сформировалась совсем, и такому ребенку прививку делать нельзя.

На самом деле, «если мы хотим, чтобы здоровье детей не ухудшалось, а улучшалось, — убеждена А.М. Тимофеева, — надо призывать родителей не к тому, чтобы против каждой инфекции делать специфическую прививку, а к тому, чтобы обеспечивать благоприятные условия для жизни и развития ребенка: летний отдых за городом, здоровое питание, закалывающие процедуры» (Тимофеева, 2005: 155).

Отношение к прививкам участников альтернативных оздоровительных движений обусловлено принципиально иным представлением о природе здоровья и концепции человека. Критикуя официальную медицинскую концепцию, они представляют ее следующим образом: «Человек рождается слабым и беззащитным, болеет многочисленными детскими болезнями, которые необходимо лечить, формировать у ребенка иммунитет к изученным наукой инфекциям. Нам не прожить без врачей, необходимо постоянное наблюдение специалистов» (Фомин, 2005: 31). Этому противопоставляется представление об изначальном здоровье каждого человека. Дипломированный врач и духовный акушер, автор книги «Домашние роды — здоровый малыш. Практика духовного акушерства» М. Фомин представил свою концепцию на съезде народных целителей России в 2000 г.: «Здоровье как состояние физического, физиологического и психологического комфорта является естественным для человека и проистекает из всеобщей мировой гармонии. Человек рождается абсолютно здоровым, полным сил и готовым к сопротивлению любым повреждающим факторам. При условии сохранения потенциала, полученного при рождении, человек может существовать в своей физической оболочке столько времени, сколько захочет. Процессы старения и умирания никак не связаны с болезнями и запускаются самим человеком сознательно с целью освобождения от физической формы» (Фомин, 2005: 99).

Принципиальными являются следующие условия сохранения здоровья ребенка: домашние роды, своевременное прикладывание к груди, так называемые «лотосовые» роды (когда не перерезается пуповина), запуск терморегуляции, сон на материнской груди, полный отказ от профилактической вакцинации.

Для тех, кто стоит на позициях естественного воспитания и не считает, что природа делает ошибки, очевидно, что прививки, как всякое искусственное вмешательство в организм, могут оказаться отнюдь не безобидным делом, особенно на ранних стадиях развития. Прививку нельзя отнести к физиологической форме стрессового воздействия, повышающему адаптивные возможности. Приобретая ло-

кальный, направленный иммунитет, приходится расплачиваться общим, неспецифическим иммунитетом. Нужно не защищаться от инфекций, а усиливать иммунитет. Вести «естественный образ жизни». Жить в гармонии с природой, так как «природу трудно заподозрить в «античеловечности», нельзя противопоставлять себя окружающему миру и пытаться жить по собственным законам. Естественная жизнь охватывает не только физиологическую сторону человеческого существа, но его душевные и духовные проявления (Трунов, 2003: 167).

Отмечается и этическая сторона вопроса. В конечном счете, речь идет об ответственности родителей, которые должны ответить на вопрос «Делать прививки или нет?».

Литература

Коток, 2008 — Коток А. Беспощадная иммунизация. Правда о прививках. Новосибирск: Гомеопатическая книга, 2008, 587 с.

Никитин, 2001 — Никитин Б.П. Здоровое детство без лекарств и прививок. М.

Отказ от прививок..., 2006 — Отказ от прививок и права пациента. Тексты законов. Советы юриста. Образцы заявлений. СПб.: Лимбус-Пресс, 32 с.

Правда о прививках, 2007 — Правда о прививках. Русские ученые и врачи против Иродов XXI века. Сборник. Волшебный ребенок, 68 с.

Тимофеева, 2005 — Тимофеева А.М. Беседы детского доктора. М.: Теревинф, 174 с.

Трунов, 2003 — Трунов М.В. Первый год — первый опыт. М.: Статус-Кво, 201 с.

Учайкин и др., 2007 — Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей: Учебник для вузов. М.: Медкнига, 746 с.

Фомин, 2005 — Фомин М. Домашние роды — здоровый малыш. Практика духовного акушерства. М.: Питер, 159 с.

Червонская, 2004 — Червонская Г.П. Прививки: мифы и реальность. М.: «Волшебный ребёнок».

ПРОБЛЕМЫ АЛКОГОЛИЗМА И СУИЦИДА В СЕВЕРНЫХ И СИБИРСКИХ РЕГИОНАХ

А.В. Скальный, С.Ю. Курчашова, Е.С. Вятчанина
**ДИСБАЛАНС ЦИНКА И ДРУГИХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ
ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЭМБРИОФЕТОПАТИИ
В РОССИИ**

Алкоголизм в социальном смысле — неумеренное употребление спиртных напитков (пьянство), приводящее к нарушениям норм поведения в быту, обществе, в сфере трудовой деятельности, а в масштабах страны — к заметному ущербу для здоровья и благосостояния населения, а также экономическим потерям. Алкоголизм в медицинском смысле — болезнь, относящаяся к группе токсикоманий (пристрастие к этиловому спирту).

Хорошо известно, что во многих регионах России большое влияние на здоровье населения оказывают как природно обусловленные, так и имеющие антропогенную природу дефициты или избытки в организме химических элементов. В настоящее время установлено, что отклонения в поступлении в организм макро- и микроэлементов, нарушения их соотношения в рационе питания могут сказываться непосредственно на деятельности организма, снижать или повышать его сопротивляемость, а, следовательно, и способность к адаптации (*Агаджанян и др.*, 2001: 1).

Согласно современным представлениям, участие нарушений обмена цинка, меди и лития в патогенезе алкоголизма и алкогольных эмбриофетопатий обусловлено, в основном, влиянием этих микроэлементов на активность алкогольметаболизирующих ферментов (алкогольдегидрогеназы, альдегиддегидрогеназы, каталазы), ферментов, участвующих в метаболизме катехоламинов и других нейромедиаторов (дофамин- β -гидроксилаза, тирозингидролаза, моноаминоксидаза, энкефалиназа, ГАМК-трансфераза и др.), а также в перекисном окислении липидов (супероксиддисмутаза, церулоплазмин, трансферин) (*Бабенко и др.*, 1986: 2; *Бабенко и др.*, 2001: 3; *Скальный и др.*, 2001: 7). Подробное описание влияния дисбаланса микроэлементов на развитие хронической алкогольной интоксикации и алкогольных эмбриофетопатий необходимо для создания целостной картины обмена микроэлементов в организме и разработки патогенетически обоснованных подходов к коррекции психических и соматических отклонений.

В организме больных алкоголизмом отчетливо выявляется дисбаланс микроэлементов в различных органах и тканях (Семенов и др., 1987: 4; Скальный, 1990: 8; Скальный, Скосырева, 1987: 9). Первоочередность нарушения обмена Zn, Cu и Se при алкоголизме объясняют тем, что печень является основным органом метаболизма этих микроэлементов. По мнению ряда зарубежных авторов, одной из причин дисбаланса макро- и микроэлементов при алкоголизме могут быть повышенные концентрации, например, Li, Fe, Pb, As в вине, Se — в пиве, F, Ca, Cu — в большинстве алкогольных напитков (из-за их присутствия в воде, например).

При клинико-биохимическом обследовании больных хроническим алкоголизмом обнаружено снижение цинка в цельной крови (с 5 ± 0.1 мг/кг в норме до 2.3 ± 0.6 мг/кг при 2 стадии алкоголизма и 2.1 ± 0.3 при алкогольном делирии, $P < 0.01$) и увеличение содержания меди (1.0 ± 0.04 мг/кг в норме до 3.5 ± 1.0 мг/кг при третьей стадии заболевания, $P < 0.05$), а также повышение активности церулоплазмينا и каталазы в сыворотке крови (Скальный, 1991: 5). При этом в сыворотке крови у больных алкоголизмом 2-й стадии обнаружено повышенное содержание цинка (4.67 ± 0.73 по сравнению с контролем 1.86 ± 0.19 ; $P < 0.02$), меди (0.95 ± 0.12 по сравнению с контролем 0.63 ± 0.16 ; $P < 0.05$), снижение содержания лития.

В многочисленных исследованиях зарубежных авторов показано, что пониженное содержание в сыворотке крови цинка и селена является типичным, особенно, при наличии алкогольного гепатита или цирроза (Bergheim et al., 2003: 11; Gueguen et al., 2003: 13; Loguercio et al., 2001: 16; Maillot et al., 2001: 18). Важно отметить, что подобные изменения в обмене микроэлементов характерны для гепатитов, циррозов и панкреатитов любой, а не только алиментарной этиологии (Loguercio et al., 2001: 16).

В исследовании P. Kark Kainen с соавторами (1988) было установлено, что у алкоголиков имеется выраженная отрицательная корреляционная зависимость между дозой ежедневного потребления алкоголя и концентрацией сывороточного селена ($r = -0.49$; $P < 0.001$), магния ($r = 0.40$; $P < 0.01$) и положительная — с концентрацией меди ($r = 0.50$; $P < 0.001$) — антагониста цинка. В сыворотке ряда больных обнаружили очень низкий уровень цинка и повышенный — железа.

В исследованиях Dinsmore с соавторами (1985) обнаружено, что у больных алкоголизмом, вне зависимости от наличия цирроза печени, повышены сывороточная медь и железо и снижена концентрация цинка. Одновременное с приемом алкоголя назначение препарата цинка у здоровых добровольцев приводило к повышению сыворо-

точного цинка, однако снижало его абсорбцию в желудочно-кишечном тракте (*Dinsmore et al.*, 1985: 12).

Установлено, что у больных алкоголизмом значительная часть цинка выводится из организма с мочой. У трети из них почечный клиренс цинка значительно повышен, причем это не обязательно коррелирует с сывороточной концентрацией цинка (*Schymann et al.*, 2002: 23).

Помимо показателей содержания элементов крови, при хроническом алкоголизме и сопряженных с ним заболеваниях (хронический алкогольный гепатит и др.) наблюдается изменение содержания микроэлементов в волосах, что также может использоваться для диагностики заболеваний. Наличие хронического алкогольного гепатита сочетается со снижением содержания цинка и резко повышенным содержанием лития и меди в волосах. У больных молодого возраста (16-25 лет) наблюдается значительное снижение содержания цинка в волосах и повышенное содержание меди. В то же время, наличие в анамнезе черепно-мозговых травм не приводит к отличиям в содержании микроэлементов в волосах. Эти данные свидетельствуют о возможной связи недостаточности цинка с алкогольным поражением печени или с изначальной предрасположенностью к развитию алкоголизма. Таким образом, наличие дисбаланса микроэлементов в волосах больных алкоголизмом, с одной стороны, может служить диагностическими признаками разных стадий этого заболевания и, с другой стороны, позволяет искать пути преодоления алкогольной зависимости при помощи лекарственных препаратов (*Скальный и др.*, 1987: 9).

Нарушения обмена цинка, связанные как с его недостаточным поступлением в организм, так и с нарушениями биохимических процессов, сопутствуют алкогольной интоксикации. Показано, например, что у больных хроническим алкоголизмом содержание цинка во всех структурах головного мозга снижено на 15-30% (*Kasarskis et al.*, 1985: 14). Подобный дефицит цинка в тканях мозга приводит к сложному каскаду нарушений ферментативных и медиаторных процессов, к нарушению развития нейронов (*Скальный*, 1990: 8). Однако в зарубежной и отечественной литературе этот аспект практически не учитывается при объяснении влияния алкоголя на нейромедиаторные и нейрорегуляторные системы.

При аутопсии ткани печени 27 больных циррозом печени алкогольной и неалкогольной этиологии (14 и 13 человек, соответственно) обнаружено повышенное содержание меди и сниженное содержание селена, тогда как только у алкоголиков было существенно снижено

содержание цинка и повышено марганца и свинца (*Milman et al.*, 1986: 20). Это можно рассматривать как признак определенной специфичности дефицита цинка при алкогольном циррозе печени. Снижение содержания цинка объясняют нарушением образования его комплексов с металлотioneинами и другими транспортными белками в печени. Kiilerich S. с соавторами (1980), используя метод чрезкожной пункционной биопсии печени, показали, что содержание цинка в этом важнейшем органе при алкоголизме значительно ниже, чем в норме, и при заболеваниях печени другой этиологии. Назначение солей цинка положительно сказывалось на общем состоянии пациентов и улучшало результаты лечения (*Kiilerich et al.*, 1980: 15).

Согласно нашим исследованиям (*Скальный*, 1990: 8), наблюдалась несбалансированность рациона больных наркологического стационара по этим микроэлементам. Было отмечено содержание цинка в потребляемой ими пище в 2 раза ниже нормативов, рекомендуемых ВОЗ (7.00 ± 0.37 мг/сут по сравнению с 12.36 ± 1.37 мг/сут в контроле и 15 мг/сут по рекомендации ВОЗ), что в условиях имеющегося дефицита цинка в организме отрицательно сказывается на обеспечении потребности в этом элементе и, соответственно, эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий. В то же время содержание железа в пище повышено при достаточном содержании меди. Абсорбция цинка у больных в начальный период пребывания в стационаре выше, а железа и меди ниже, чем в контроле, что говорит о наличии в организме дефицита цинка и избыточном накоплении меди и железа — функциональных антагонистов (цинка) во многих биохимических процессах. В Великобритании (*Manari et al.*, 2003: 19) у 50-85% пациентов наркологических клиник выявлен алиментарный дефицит цинка.

Дефицит цинка в мозге может быть одной из причин повышенной частоты депрессий и суицидов у больных алкоголизмом. У лиц, умерших от суицида, в головном мозге снижено содержание цинка, особенно в мозжечке, в меньшей степени снижено в коре и гиппокампе. Ряд авторов описали сниженное содержание цинка в крови больных с депрессиями (*Maes et al.*, 1997: 17; *Narang et al.*, 1991: 21), при этом эффективное лечение депрессии сопровождалось нормализацией уровня цинка (*Maes et al.*, 1997: 17; *Schlegel-Zawadzka et al.*, 2000: 22).

Цинк обладает выраженной способностью образовывать комплексные соединения, что делает этот металл, с учетом его разнообразной и очень важной роли в организме, очень удобным и перспективным для создания лекарственных соединений.

Использование цинка в малых концентрациях позволяет селективно влиять на различные группы ферментов (*Скальный*, 1991: 5). Эти данные свидетельствуют в пользу дифференцированного применения его соединений в физиологических концентрациях, которые не превышают суточного поступления цинка в организм и, таким образом, не вызывающих сопротивления функциональных барьеров, естественным путем регулирующих и стимулирующих нарушенные функции. До настоящего времени преобладала тенденция назначения с лечебной целью неорганических солей цинка, менее эффективных, чем его комплексные соединения, и в то же время более токсичных, в дозах в 10 и более раз превышающих суточную потребность организма в цинке. При этом всасывание цинка повышается очень незначительно при одновременном нарушении абсорбции других нутриентов.

С одной стороны, представляет интерес получение препаратов из вытяжек природных веществ, богатых цинком, так как последний находится в них в комплексных соединениях с биологически активными веществами. С другой стороны, можно идти по пути создания новых комплексных соединений цинка, по аналогии с существующими в организме, для направленного воздействия, а также для заместительной терапии при дефиците определенных цинксодержащих комплексов. Некоторые попытки, предпринятые в данном направлении, увенчались успехом. Синтезированный по аналогии с соответствующим комплексом поджелудочной железы, препарат дипиколинат цинка оказался высокоэффективным средством быстрого купирования выраженного дефицита цинка при энтеропатическом акродерматите и ряде других заболеваний. Представляют также интерес дальнейшие испытания препаратов, в которых цинк находится, подобно комплексным соединениям, в электронейтральной форме — в виде высокодисперсного порошка металлического цинка (*Фаткуллина и др.*, 1984: 10), поскольку в этом случае возникает возможность создания депо металла для пролонгированного парентерального поступления его в организм. Это особенно важно, так как процессы всасывания в тонком кишечнике цинка и поступления его в различные органы и системы часто нарушены под влиянием алкогольной интоксикации.

Определенное значение для снижения уровня недостаточности цинка в организме у больных алкоголизмом и их потомков имеет увеличение потребления цинка с пищевыми продуктами, богатыми этим элементом, такими как печень, мясо, орехи, грибы, томаты, бобовые, лук, гречневая крупа, чеснок, яйца (*Скальный*, 2003: 6).

Таким образом, накопленные к настоящему времени литературные данные свидетельствуют о перспективности препаратов цинка для купирования эффектов острой и хронической алкогольной интоксикации, тератогенного действия этанола, а также, возможно, и для профилактики алкоголизма.

Литература

Bergheim et al., 2003 — *Bergheim I., Parlesak A., Dierks C., Bode J.C., Bode C.* Nutritional deficiencies in German middle-class male alcohol consumers: relation to dietary intake and severity of liver disease // *Eur J Clin Nutr. Mar*; 57(3). P. 431-438.

Dinsmore et al., 1985 — *Dinsmore W.W., McMaster D., Callender M.E. et al.* Trace elements and alcohol // *Sci. Total Enviroment. Vol. 42. №. 4.* P. 109-119.

Gueguen et al., 2003 — *Gueguen S., Pirollet P., Leroy P. et al.* Changes in serum retinol, alpha-tocopherol, vitamin C, carotenoids, zinc and selenium after micronutrient supplementation during alcohol rehabilitation / *Journal of the American College of Nutrition. Aug*; 22(4). P. 303-310.

Kasarskis et al., 1985 — *Kasarskis E.J., Mantou W.L., Devenport J. B et al.* Effect of alcohol ingestion on Zinc content of human and rat central nervous system // *Exp. Neurol. Vol. 90.* P. 81-95.

Kiilerich et al., 1980 — *Kiilerich S., Dietrichson O., Loud F. B. et al.* Zinc depletion in alcoholic liver diseases // *Scand. J. Gastroenterol. Vol. 15.* P. 363-367.

Loguercio et al., 2001 — *Loguercio C., De Girolamo V., Federico A. et al.* Relationship of blood trace elements to liver damage, nutritional status, and oxidative stress in chronic nonalcoholic liver disease // *Biol Trace Elem Res. Sep*; 81 (3). P. 245-254.

Maes et al., 1997 — *Maes M., Vandoolaeghe E., Neels H. et al.* Lower serum zinc in major depression is a sensitive marker of treatment resistance and of the immune/inflammatory response in that illness // *Biol Psychiatry. Sep 1*; 42 (5). P. 349-358.

Maillot et al., 2001 — *Maillot F., Farad S., Lamisse F.* Alcohol and nutrition // *Pathol Biol (Paris). Nov*; 49 (9). P. 683-688.

Manari et al., 2003 — *Manari A.P., Preedy V.R., Peters T.J.* Nutritional intake of hazardous drinkers and dependent alcoholics in the UK // *Addiction biology. Jun*; 8 (2). P. 201-210.

Milman et al., 1986 — *Milman N., Laursen J., P?denphant J., Asnaes S.* Trace elements in normal and cirrhotic human liver tissue. I. Iron, copper, zinc, selenium, manganese, titanium and lead measured by X-ray fluorescence spectrometry // *Liver. Apr*; 6 (2). P. 111-117.

Narang et al., 1991 — *Narang R.L., Gupta K.R., Narang A.P., Singh R.* Levels of copper and zinc in depression // *Indian J Physiol Pharmacol. Oct*; 35 (4). P. 272-274.

Schlegel-Zawadzka et al., 2000 — *Schlegel-Zawadzka M., Nowak G.* Alterations in serum and brain trace element levels after antidepressant

treatment. Part II. Copper // *Biol Trace Elem Res. Jan*; 73 (1). P. 37-45.

Schymann et al., 2002 — *Schymann K., Elsenhans B.* The impact of food contaminants on the bioavailability of trace metals // *J Trace Elem Med Biol.* 16 (3). P. 139-144.

Агаджанян и др., 2001 — *Агаджанян Н.А., Скальный А.В.* Химические элементы в среде обитания и экологический портрет человека. М.: КМК, 83 с.

Бабенко и др., 1986 — *Бабенко Г.А., Скальный А.В.* Влияние хронической алкогольной интоксикации на обмен цинка у матери и потомства // *Акушерство и гинекология.* №3. С. 50-52.

Бабенко и др., 2001 — *Бабенко Г.А., Скальный А.В.* Спонтанная и индуцированная хемилюминесценция сыворотки крови при хроническом алкоголизме // *Микроэлементы в медицине.* Т. 2. Вып. 2. С. 46-47.

Семенов и др., 1987 — *Семенов А.С., Серганова Т.И., Скальный А.В., Эйдельман Т.Н.* О влиянии алкоголизма родителей на развитие потомства // *Педиатрия.* № 4. С. 49-53.

Скальный и др., 1987 — *Скальный А.В., Скосырева А.М.* Дефицит цинка у матери, плода и потомства при злоупотреблении алкоголем // *Акушерство и гинекология.* № 4. С. 51-56.

Скальный и др., 2001 — *Скальный А.В., Кампов-Полевой А.Б., Воронин А.Е.* Влияние цинка на активность этанолюксилирующих ферментов потомков алкоголизированных крыс // *Микроэлементы в медицине.* Т. 2. Вып. 2. С. 21-23.

Скальный, 1990 — *Скальный А.В.* Исследование влияния хронической алкогольной интоксикации на обмен цинка, меди и лития в организме. Дисс. ... канд. мед. наук. М., 137 с.

Скальный, 1991 — *Скальный А.В.* Дисбаланс цинка при алкоголизме и пути его коррекции // *Микроэлементы в СССР.* Вып. 32. С. 82-89.

Скальный, 2003 — *Скальный А.В.* Цинк и здоровье человека (книга для современных думающих врачей и любознательных пациентов). Оренбург: РИК ГОУ ОГУ, 80 с.

Фаткуллина и др., 1984 — *Фаткуллина Л.Д., Глуценко Н.Н., Коссова Г.В.* Стимуляция синтеза ДНК и белка высокодисперсным порошком цинка // *Изв. АН СССР. Сер. Биология.* №1. С. 130-133.

В.Т. Манчук, Н.Б. Семенова

ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА

Территория восточной Сибири относится к неблагоприятным регионам страны, где регистрируются высокие показатели смертности населения от самоубийств. Наиболее неблагоприятная ситуация сложилась в Республике Тыва (РТ), где в 2005 г. частота самоубийств

составляла 51,6 на 100 тысяч населения, в 2006 г. — 62,6 на 100 тысяч, в 2007 г. — 53,2 на 100 тысяч. В мире частота суицидов в среднем составляет 14,5 на 100 тысяч населения, в РФ в 2007 г. 29,1 на 100 000. Свидетельством выраженного социального неблагополучия является рост числа самоубийств среди детей и подростков, который увеличился по сравнению с 2005 годом на 22,5%.

Целью настоящего исследования явилось изучение причин и факторов риска суицидального и саморазрушающего поведения коренного населения РТ. Рассматривались три группы факторов. В первую группу вошли культуральные, этнополитические и социально-экономические факторы риска. Во вторую группу вошли экологические факторы риска (особенностью экологической ситуации в РТ является экологически обусловленный тяжелый дефицит йода на большинстве территорий республики). К третьей группе факторов были отнесены этнические особенности эмоциональной сферы тувинцев и эмоционального реагирования в стрессовых ситуациях.

Были обследованы выпускники общеобразовательных школ тувинской национальности, проживающие в сельской и городской местности (206 человек), дети младшего школьного возраста, проживающие на территории с разным йодным обеспечением (416 человек), и семьи коренного населения, проживающие в сельской и городской местности (286 семей). В контрольную группу вошли выпускники общеобразовательных школ русской национальности (274 человека).

Применялись следующие методы: психологический (исследование когнитивных функций с применением методик невербального плана, методика «Самооценка психических состояний»; метод свободного выбора самоидентификаций «Twenty statements self attitude Test» Kuhn M., McPortland T.); социологический (анкетирование и интервьюирование старшеклассников и семей коренного населения); метод статистического анализа (ранговая корреляция по Спирмену, U-критерий Манна-Уитни, точный критерий Фишера).

Культуральные, этнополитические и социально-экономические факторы риска

РТ — самое молодое административное образование в составе РФ. Тувинская автономная область (ТАО) была образована в 1944 г., а в 1961 г. преобразована в Тувинскую АССР.

Традиционное вероисповедание тувинцев — буддизм, с сохранением элементов более древних верований — шаманизма. Основным занятием тувинцев издавна было скотоводство, большинство тувинцев-аратов жили в юртах и вели кочевой образ жизни. Во второй

половине XX века в Тыве за короткое время совершилась культурная революция, в результате которой изменился облик тувинской земли. Важнейшим этнополитическим и социально-экономическим преобразованием в истории тувинского народа явилось осуществление седентеризации (перевода на оседлость) аратских хозяйств (*Харунова*, 2003; *Москаленко*, 2004).

Седентеризация — сложное и противоречивое явление, которое нельзя рассматривать однозначно. Позитивные стороны перехода кочевников на оседлый образ жизни связаны с развитием строительства, образования и здравоохранения. Отрицательные последствия седентеризации связаны с утратой традиционного национального промысла. Но основное негативное последствие перехода на оседлость — это разрушение традиционной культуры, складывавшейся в кочевых условиях не менее двух тысячелетий. Особенно пострадали духовная культура, традиции шаманизма и буддизма, на протяжении многих сотен лет формировавших самосознание тувинцев. Это привело к изменению и иных ценностных ориентаций, в частности, в сфере семейных отношений и родовых традиций.

Самосознание тувинцев является продуктом коллективистской культуры, т.е. культуры традиционного типа, в которой человек с самого рождения интегрирован в сплоченные группы, защищающие его. Личность в таких культурах принадлежит группе, видит смысл жизни в социальных связях, в идентификации с группой, в разделении общего образа жизни. Самоотчеты тувинских старшеклассников содержат многочисленные описания собственных чувств и отношений, в которых проявляется выраженная аффилиативная потребность (метод свободного выбора самоидентификаций): «люблю маму и папу», «очень люблю свою семью», «уважаю старших», «уважаю своих близких, родных, друзей», «люблю всех своих родственников», «не хочу ни с кем ссориться», «хочу жить дружно», «хочу, чтобы меня любили и уважали», «хочу быть любимым для всех», «хочу, чтобы мама была довольна, как я учусь» и т.д. Тувинцы больше привязаны к своей семье по сравнению с русской молодежью, которая отличается большей самостоятельностью ($p < 0,001$).

Вместе с этим анализ тувинских семей показал, что в большинстве семей коренного населения отсутствуют условия для полноценного развития семейных отношений и гармоничного воспитания детей (*Семенова*, 2006). Наблюдается рост неполных семей (в сельской местности около 22%, в городской местности — свыше 30%), высокий уровень бытового пьянства (в сельской местности алкоголь употребляют свыше 20% матерей и свыше 60% отцов). На этом фоне

растет психологическое неблагополучие тувинских семей: конфликтные отношения присутствуют в каждой второй сельской семье и более чем в 30% городских семей.

В системе жизненных ценностей у современной тувинской молодежи отмечается падение ценности семейных отношений: создание собственной семьи занимает одну из последних позиций в ценностном мировоззрении (*Семенова, 2007*). Помимо этого у тувинской молодежи произошла утрата и других древнейших составляющих национального самосознания, типичных для коллективистской культуры: религиозной идентичности и этнической принадлежности. Национальная идентификация занимает одно из последних мест в структуре самосознания у тувинских старшеклассников: на этническую принадлежность указывают всего 17,9% выпускников школ, проживающих в сельской местности, и 7,7% городских выпускников. Религиозная идентичность представляется практически утраченной: среди всех опрошенных тувинцев имелись лишь два высказывания, касающиеся религии — «хочу увидеть бога Иегову» и «верю в бога».

Все это свидетельствует о том, что этнополитические и социально-экономические преобразования, происшедшие в Туве во второй половине XX века, привели к радикальным изменениям не только образа жизни тувинцев, но и их мировоззрения. Наибольшим изменениям подверглась внешняя, материальная сфера жизни общества. На сегодняшний день в ценностном мировоззрении у тувинской молодежи определяется переориентация на жизненные ценности западной культуры: направленность на учебу и получение высшего образования, материальное благосостояние и карьерный рост (*Семенова, 2007*). Утрата прежней ценностной ориентации населения с переориентацией на другие социализирующие ценности привела к разрыву между внешним проявлением жизни тувинцев и их внутренним миром. Духовная сфера, являясь глубинной стороной многовековой культуры тувинского народа, не могла полностью трансформироваться за столь короткий исторический срок. Кризис самосознания заключается в том, что основная потребность тувинцев, аффилиативная потребность, т.е. потребность в интеграции и групповой сплоченности, представляется неудовлетворенной. Эта потребность может фрустрироваться и подавляться, но такое подавление приводит к новым реакциям, в частности, к появлению разрушительных тенденций (*Фромм, 1990*).

Следствием ассимиляции западной культуры в сознание коренного населения РТ явилось и то, что большинство тувинских выпускников (87,1% сельских и 93,8% городских старшеклассников) имеют

большие надежды на будущее, идеализированные представления о своем будущем и о собственной социальной роли. Подтверждением этому является анализ самоотчетов выпускников с временной позиции («Я-реальное» и «Я-идеальное»). В своих самоотчетах тувинцы актуализируют свое будущее в пять-десять раз чаще, чем русские ($p < 0,001$): «хочу быть главным врачом», «уважаемым врачом-хирургом», «хочу быть кинозвездой», «топ-моделью», «актрисой», «президентом РФ», «поэтессой», «банкиром», «я — будущий прокурор», «хочу стать миллионером», «я — будущий ваш директор», «хочу начать хорошую карьеру», «хочу быть важным человеком», «хочу выйти в светское общество», «хочу добиться сногшибательной карьеры» и т.д. Фактический же анализ уровня жизни тувинцев показывает, что большинство их семей проживает за пределами бедности, практически в нищете (свыше 84% сельских семей и около 70% городских семей), крайне высок уровень безработицы, особенно в сельской местности (среди мужчин уровень безработицы доходит до 43%, а среди женщин — свыше 30%).

Соотношение «Я-реального» и «Я-идеального» лежит в основе самооценки личности, как соотношение реальных достижений индивида и его притязаний. Эти основные звенья самосознания обычно не совпадают, однако большие расхождения между ними считаются тревожным симптомом, так как ведут к нарушениям поведения и дезадаптивности. Конфликт между «Я-идеальным» и «Я-реальным» может явиться причиной депрессивных переживаний и постоянного недовольства собой, как признаков фрустрированности. Следствием неблагоприятной, дезадаптивной Я-концепции может быть снижение самоуважения, социальная деградация, агрессивное и аутоагрессивное поведение (*Карвасарский, 2006*).

Экологические факторы риска

Среди факторов риска суицидального поведения значительная роль принадлежит неумению решать конфликты конструктивным путем, негибкости мышления, трудностям планировать будущее — т.е. когнитивным факторам риска. Существенное влияние на развитие высших психических функций и понятийного аппарата оказывают условия проживания в экологически неблагоприятной среде.

Республика Тыва находится в самом центре Азии, на юге Сибири. По своему рельефу — это горно-котловинная республика, горы занимают около 80% ее площади. Отдаленность от Мирового океана обуславливает недостаток йода в почве, воде и воздухе практически на всей территории республики. Тяжелый йодный дефицит отмечает-

ся на западе РТ, умеренный йодный дефицит выявлен в центральных и восточных районах, легкий йодный дефицит — лишь в 4 районах на юге РТ (Осокина, 2000).

Известно, что йодный дефицит оказывает повреждающее воздействие на головной мозг. Клинические проявления такого влияния могут быть весьма разнообразны — от разной степени снижения интеллектуального развития и способности к обучению до крайней степени поражения мозга, что проявляется развитием эндемического кретинизма. Повреждение головного мозга при тяжелом дефиците йода происходит внутриутробно и является необратимым. Установлено, что в условиях йодной недостаточности показатели интеллекта у здорового населения, выраженные в единицах IQ, снижаются на 10-15% по сравнению с регионами с адекватным обеспечением йода.

Предыдущими нашими исследованиями было показано, что поражение головного мозга при тяжелом йодном дефиците в случае легкого психического дефекта имеет парциальный характер (Семенова, 2007а). В структуре патопсихологических нарушений отмечаются нарушения памяти, внимания, умственной работоспособности, мышления и перцептивные расстройства. Нарушение динамики умственной деятельности проявляется в заторможенности реакций, ригидности и торпидности мышления. В интеллектуальной сфере определяются нарушения аналитико-синтетической функции мышления и способности к логическому мышлению.

Вышеперечисленные нарушения когнитивных функций снижают способность к анализу текущей ситуации и поиску логического выхода из нее, что приводит к невозможности разрешения конфликта конструктивным путем. В стрессовых ситуациях отмечается склонность к фокусированию в большей степени на негативных сторонах вопроса, чем на поиске адекватного решения. Поведенческие стереотипы отличаются отсутствием гибкости, наличием внутренней и ситуационной ригидности. Стереотипное поведение характеризуется самоизоляцией от общества, уходом от общения в мир внутренних переживаний, отказом от предлагаемой помощи, поиском выхода из сложившейся ситуации в алкоголе или других пагубных пристратах.

Этнические особенности эмоциональной сферы и эмоционального реагирования в стрессовых ситуациях

Нами были показаны этнопсихологические особенности эмоциональной сферы тувинской молодежи (Семенова, 2007). Анализ эмоционального состояния тувинцев с позиции этнических различий сви-

детельствует о том, девушки-тувинки более тревожны и менее стрессоустойчивы, по сравнению с русскими девушками ($p < 0,01$). Юноши-тувинцы более стрессоустойчивы по сравнению с тувинскими девушками, но по сравнению с русскими юношами у них выявляется более высокий уровень тревоги ($p < 0,01$).

Известно, что тревога изменяет характер поведения личности, ведет к усилению поведенческой активности. Однако в случае неадекватности интенсивности и длительности тревоги, возникают нарушения поведенческой интеграции, что препятствует формированию адаптивного поведения, переводя его в разряд дезадаптивных. При высокой толерантности по отношению к фрустраторам поведение индивида остается в рамках адаптивной нормы, отличается конструктивностью и приводит к разрешению ситуации. Но при низкой толерантности к стрессовым факторам могут появляться различные виды неконструктивного поведения, которые чаще всего проявляются в виде агрессии либо аутоагрессии или «саморазрушающего» поведения.

Анализ ответов старшеклассников показал, что девушки тувинской национальности менее уверены в себе по сравнению с русскими девушками ($p = 0,01$), чаще чувствуют себя беззащитными ($p = 0,0005$), у них часто отмечается склонность к меланхолии и унынию ($p = 0,018$), они более чувствительны к неприятностям ($p = 0,002$), более чувствительны к стрессам и испытывают страх перед трудностями ($p = 0,004$). В ситуации стресса у тувинок чаще, чем у русских, появляется чувство страха и растерянности, блокирование активности, неумение найти выход из сложной ситуации ($p = 0,01$). Способность к анализу и конструктивным выводам у тувинок по сравнению с русскими девушками снижена ($p = 0,03$), а в состоянии гнева они менее сдержанны, чем русские девушки ($p = 0,002$). Анализ ответов тувинских юношей показал, что в трудных ситуациях они чаще, чем русские, испытывают чувство страха и растерянности ($p = 0,01$).

Нестабильность эмоционального состояния в большей степени выражена у сельской молодежи. Так, 48,7% сельских девушек и 28,3% городских девушек «не чувствуют в себе уверенности»; 37,2% сельских девушек и 34,8% городских девушек «чувствуют себя беззащитными»; у 37,2% сельских девушек и 17,4% городских тувинков отмечается «повышенное беспокойство в отношении предстоящих неприятностей». О том, что они «легко впадают в уныние», сообщили 41,1% сельских тувинков и 30,4% городских тувинков. Девушки коренной национальности более чувствительны к неприятностям: о том, что «неприятности сильно их расстраивают, они падают духом» выс-

казались 38,5% сельских девушек и 30,4% городских девушек. Страх перед трудностями испытывают 43,6% сельских тувинок и 28,3% городских тувинок. В ситуации стресса у 39,7% сельских девушек и 36,9% городских девушек появляется чувство растерянности. Склонность к импульсивным поступкам отмечается у 30,4% девушек. У тувинских девушек, проживающих в сельской местности, выше показатель личностной ригидности ($p < 0,01$). Сельские девушки по складу своего характера отличаются консерватизмом, склонностью к сохранению культурных традиций и ценностей. Но личностная ригидность, которая свидетельствует о низкой подвижности психических процессов и инертности установок, значительно затрудняет адаптацию личности к изменяющимся условиям внешней среды, способствует накоплению негативных эмоций, застреваемости на неприятных переживаниях. Эмоциональная и личностная ригидность в сочетании с высоким уровнем тревожности приводят к неконструктивному стилю переживаний и саморазрушающему поведению (Карвасарский, 2006).

Анализ эмоционального состояния у тувинских юношей показал, что 71,7% сельских и 33,3% городских юношей не чувствуют уверенности в себе. В стрессовых ситуациях испытывают чувство страха и растерянности 24,1% юношей. Юноши-тувинцы отличаются повышенной склонностью к рефлексии: на утверждение «люблю копаться в своих недостатках» положительно ответили 41,3% сельских тувинцев и 58,6% городских тувинцев. Сельские юноши отличаются большей внушаемостью: о том, что их «легко убедить», сообщили положительно 23,9% тувинских юношей.

Этнические особенности эмоциональной сферы молодежи коренного населения определяют их поведение в стрессовых ситуациях. Трудные жизненные ситуации вызывают состояние страха, неуверенности и растерянности. В ситуации стресса у них отмечается блокирование активности, неумение найти выход из сложной ситуации, что наряду с застреваемостью на негативных переживаниях и склонностью к импульсивным реакциям формирует неконструктивный стиль поведения. Условия социально-экономической нестабильности негативным образом сказываются на эмоциональном состоянии молодежи, увеличивают уровень тревожности, приводят к неуверенности и чувству беспомощности, нарушают поведенческую интеграцию, переводя тем самым поведение в разряд дезадаптивных.

Таким образом, в основе суицидального поведения коренного населения восточной Сибири лежит множество факторов, которые, дополняя и усиливая друг друга, приводят к появлению разрушительных тенденций. Радикальное изменение образа жизни является

закономерным и всеобщим историческим процессом, неизбежным в условиях современной цивилизации. На изменение социально-экономических условий человек реагирует собственными внутренними изменениями, т.е. происходит динамическая адаптация человеческих потребностей к определенному образу жизни. Для коренных народов характерна низкая динамическая адаптация, которая обусловлена как культурно-этническими особенностями психических процессов, так и следствием влияния экологических факторов (тяжелого дефицита йода). Смена социально-экономической формации за столь короткий период, нарушение сложившегося жизненного уклада, привнесение несвойственных коренному населению элементов культуры и быта явились чрезмерными стрессовыми факторами для коренного населения. В связи с этим можно констатировать, что суицидальное поведение подростков коренного населения республики Тыва является исходом нарушения психической адаптации и признаком психического истощения как следствие повышенных требований к адаптационным механизмам в результате нарушений сбалансированности в системе человек-среда.

Литература

Карвасарский, 2006 — *Карвасарский Б.В.* Клиническая психология. СПб: Питер, 960 с.

Москаленко, 2004 — *Москаленко Н.П.* Этнополитическая история Тувы в XX веке. М.: Наука, 222 с.

Осокина, 2000 — *Осокина И.В.* Эпидемиология йододефицитных заболеваний в республике Тыва по результатам скрининга врожденного гипотиреоза // Проблемы эндокринологии. № 1. С. 7-9.

Семенова и др., 2007 — *Семенова Н.Б., Манчук В.Т.* Медико-социальный статус подростков Республики Тыва // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. № 3. С. 17-20.

Семенова и др., 2006 — *Семенова Н.Б., Манчук В.Т.* Социально-гигиеническая и медико-демографическая характеристика семей коренного населения Республики Тыва в современных социально-экономических условиях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. № 5. С. 4-37.

Семенова и др., 2007а — *Семенова Н.Б., Манчук В.Т.* Характер интеллектуального дефекта при тяжелом йодном дефиците // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. № 4. С. 59-63.

Семенова и др., 2007 — *Семенова Н.Б., Манчук В.Т.* Характеристика эмоциональной сферы подростков коренного населения Республики Тыва // Социальная и клиническая психиатрия. № 3. С. 15-19.

Харунова, 2003 — *Харунова М.М.* Социально-политические преобразования в Тувинской автономной области (1944 -1961 гг.). Автореф. дис... канд. истор. наук. Абакан, 24 с.

В.Н. Тугужекова

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДА В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ ХАКАСИИ

Изучением проблем, связанных с суицидом, Хакассский научно-исследовательский институт языка, литературы и истории начал заниматься с 2001 г., когда совместно с Институтом этнологии и антропологии РАН вел подготовку Международного интердисциплинарного научно-практического симпозиума «Экология и традиционные религиозно-магические знания» (9-21 июля 2001 г.): на базе ХакНИ-ИЯЛИ 14 июля работал научно-теоретический семинар «Экология человека: проблема суицида в традиционном обществе» (*Материалы...*, 2001; см. также: *Материалы...*, 2004).

Количество совершенных самоубийств в последние годы в Хакасии составляет более 20% от общей доли «неестественных причин» смертности. В абсолютных цифрах: 303 случая в 1995 г.; 317 — 1996; 319 — 1997; 299 — 1998; 317 — 1999; 334 — 2000. Эта тенденция стабильна; по данным МВД Республики Хакасии ежегодно, начиная с 2000 г., до сегодняшнего дня более 300 чел. совершают самоубийства.

Возрастной анализ показал, что наибольшее количество случаев самоубийств приходится на группу 20-24 года (*Топоев и др.*, 2001: 210; см. также: *Топоев*: 2004). В последние годы отмечается негативная тенденция увеличения количества самоубийств в подростковой среде. Трагический случай произошел в Аскизском районе в средней школе села Кызлас (численность учащихся 302 чел.), когда в течение одного месяца марта (7, 23, 28) 2002 г. в двух восьмых классах ушли из жизни 3 ученика.

В другой школе на станции Бискамажа этого же района в течение 1998-2004 г. произошло 5 случаев суицида подростков, последний — в январе 2004 г. (ученик 8 класса).

Тенденция самоубийств в подростковой среде остается высокой. Динамика такова: в 2006 г. — 18 самоубийств, из них в Аскизском районе — 7, в 2007 г. — 14, из них 6, в 2008 г. — 9, из них 4, в 2009 — 3 случая. Если учесть попытки самоубийства среди подростков, то мы видим, что эти цифры еще более внушительны: в 2007 г. — 44 случая, 2008 г. — 34 случая, только за первую декаду марта 2009 г. из 10 попыток совершить суицид 3 приходится на школьников. Большая часть суицида и попыток самоубийства совершается в национальном районе (Аскизском).

В развитых странах подростковый суицид стал острой проблемой, начиная с 60-х гг. XX в. Так, в США на долю подростков до

1958 г. приходилось только 8% суициальных попыток, а после 1960 — более 20% (*Личко*, 1999: 96). Среди мужчин в возрасте 15-24 лет на 100 тыс. населения приходится 22 самоубийства, а среди женщин — 3,8. В 1990-х гг. самоубийства занимали второе место среди причин гибели молодых людей в США, подобная статистика существует и среди большинства европейских стран, где подростковый суицид стоит на 2-3-м месте (*Райс*, 2000: 186).

Как считает американский суицидолог Эдвин Шнейдман, одна из причин суицида — это сужение когнитивной сферы, когда доминирует туннельное сознание, заключающееся в резком ограничении выбора вариантов поведения (*Шнейдман и др.*, 2001: 268).

Одна из задач современного образования — это проблема когнитивного развития личности.

В ноябре-декабре 2003 г. сотрудники ХакНИИЯЛИ (лаборатория этнопсихологии) в составе Ю.Ю. Белоглазова, Т.Н. Капичниковой, В.Н. Тугужековой, В.А. Чебочакова и М.Н. Чарковой провели психологический мониторинг 3-х школ Аскизского района, где отмечены более частые случаи суицида.

В эксперименте приняло участие 388 респондентов — это учащиеся подросткового и юношеского возрастов (7-11 классы). Количество испытуемых представлено по школам следующим образом: Кызласовская школа — 117, Усть-Чульская школа — 138, Бискалжинская школа — 133.

Результаты проведенной опытно-экспериментальной работы показали глубокую связь между уровнем развития интеллекта и когнитивными процессами. Нами дополнительно было выявлено, что испытуемые с высоким уровнем развития мотивационной сферы имеют высокий уровень когнитивного развития и наоборот, испытуемые с низким уровнем мотивации показали низкие результаты. Учебно-познавательная деятельность побуждается целой системой разнообразных мотивов, причем для индивидов разного возраста не все мотивы имеют одинаковую побудительную силу, одни мотивы являются основными (доминирующими), другие второстепенными. Результаты исследования показали, что процесс развития мотивации в основном идет спонтанно и зависит от многих внешних факторов, следовательно, есть необходимость этот процесс сделать управляемым, планируемым. Так, например, состояние тревожности и мотив избегания неудач негативно сказывается на продуктивности учебно-познавательной деятельности, так как не формирует у испытуемых представление о конечном результате деятельности, не приводят к осознанию готовности выполнить действия по достижению конечного

результата. Осознание цели является действенным фактором мотива, поэтому в дальнейшей деятельности необходимо подкрепление процессуальной мотивацией и формирование положительного эмоционального фона (желание ходить в школу, учиться, не пропускать занятия, не бродяжничать и т.д.).

Нами обнаружено, что респонденты с низким и средним уровнем развития когнитивных процессов могут быть успешны в учебно-познавательной деятельности при условии сформированности у них позитивной учебно-познавательной мотивации.

Испытуемые с престижной мотивацией придают большое значение своим успехам, а респонденты с высоким уровнем когнитивного развития добиваются высоких результатов в учебе; труднее учащимся с низким уровнем когнитивного развития. При ориентации на престижную мотивацию они более тревожны, и при неудачах и затруднениях в учебе их отношение к учению может стать негативным. Респонденты с мотивацией избегания неприятностей, как и их сверстники с престижной мотивацией, более успешны в учебе только при условии высокого уровня развития когнитивных процессов.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что испытуемые с высоким уровнем учебно-познавательной мотивации даже при сравнительно низком уровне развития когнитивных процессов достигают большой продуктивности в учебной деятельности. Учебно-познавательные мотивы имеют огромное значение в развитии когнитивных процессов и, следовательно, умственных способностей испытуемых.

Итак, по всем трем школам из 388 учащихся высоким уровнем мышления обладают 54 ученика, средним уровнем — 171 и 163 ученика обладатели низкого уровня развития мышления.

Подтверждается выдвинутая рабочая гипотеза, что существует тесная корреляционная связь между уровнем когнитивного развития и суицидальной наклонности, иначе говоря, чем ниже уровень развития когнитивных процессов, который коррелирует с социально-психологическими факторами, тем выше уровень суицидальной направленности личности.

Аналогичным образом можно рассмотреть все исследованные компоненты: самооценка, темперамент, социальный фактор — и соотнести показатели с фактором риска суицидальной наклонности (СН). С полученным эмпирическим материалом необходима тщательная работа на местах.

Учитывая, что социальный фактор оказывается способствующим формированию СН, можно считать, что наименее благоприятной является Кызласовская школа, где из 117 учащихся 74 воспитываются в неблагополучных семьях, следовательно, высокий процент учащихся

ся попадает в группу риска. Анализ показывает, что среди обследованных в этой школе: с очень высоким уровнем СН — 3 школьника, с высоким — 28, средним — 49 и низким всего 37 человек. К тому же необходимо учитывать динамичность таких показателей, которые при неблагоприятных, кризисных, экстремальных, нештатных обстоятельствах и ситуациях могут приобретать знак «-» и наоборот.

Результаты по Усть-Чульской школе выглядят следующим образом: из 138 учеников 79 воспитываются в неблагополучных семьях; контингент высокого и среднего уровней СН составляет 96 человек, с очень высоким уровнем — 5 человек. Здесь необходимо говорить о достаточно высоком уровне факторе риска.

Более благоприятная ситуация в Бискалжинской школе, где при самых высоких показателях когнитивного развития, 32 ученика от общего числа испытуемых имеют высокий уровень мышления и воображения, около 60% учащихся воспитываются в благополучных семьях. Здесь мы видим самый низкий фактор риска СН, он в целом в два раза ниже, чем в других школах: так, в Кызласовской и Усть-Чульской школах низкий уровень невелик — 37, тогда как в Бискалжинской школе он составляет 61.

Кратко рассмотрим область профессиональной ориентации респондентов. Юноши предпочитают такие профессии как машинист электровоза, водитель, программист, милиционер, таможенник, железнодорожный работник; положительным является факт, что большинство хотели бы пойти на службу в армию. Девушки предпочитают профессии: журналист, адвокат, учитель начальных классов, дизайнер различных направлений, переводчик, «высокооплачиваемую работу», юрист, археолог, врач, медработник, предприниматель и т.д. Многие старшекласники мечтают продолжить учебу в колледжах, институтах, но имеют мало информации о них.

Круг интересов, увлечений довольно узок, в большинстве своем представлен танцами, дискотеками, компьютером, телевизором; больше заняты домашним трудом. Реже занимаются вязанием, техникой и др.

Наши исследования показали, что в каждой из этих школ есть учащиеся с высоким уровнем суицидальных наклонностей, для работы с ними нужны психологи, к сожалению, не все школы их имеют. Особенно по отношению к этим подросткам необходимо внимательное, бережное, корректное и тактичное обращение.

Из-за отсутствия материальной поддержки наши исследования пришлось прервать. Однако тенденция резкого увеличения суицида в конце 2008 — начале 2009 гг., особенно среди молодежи, побудило Правительство РХ обратить внимание на эту проблему: 21 апреля

2009 г. на оперативном совещании при Председателе Правительства Республики Хакасия В.М. Зимине был заслушан вопрос «Профилактика суицида среди несовершеннолетних в образовательных учреждениях Республики Хакасия». По этому вопросу выступили министр образования и науки РХ Г.А. Салата и директор ХакНИИЯЛИ В.Н. Тугужекова. Было принято предложение о создании Координационного Центра для всестороннего изучения и профилактики суицида в республике. Надеемся, что будут предприняты серьезные меры для профилактики суицида в молодежной среде.

Литература

Личко, 1999 — Личко А.Е. Типы акцентуации характера и психопатии у подростка. М., 96 с.

Материалы..., 2001 — Материалы Международного интердисциплинарного научно-практического симпозиума «Экология и традиционные религиозно-магические знания». Москва — Абакан — Кызыл, 9-21 июля 2001 г. Ч. 2. М.: ИЭА РАН, 307 с. (ЭИ... Т. 7); круглый стол № 8 «Экология человека: проблемы суицида в традиционном обществе». С. 210-225.

Материалы..., 2004 — Материалы международного интердисциплинарного научно-практического конгресса «Сакральное глазами «профанов» и «посвященных». Москва, 21-30 июня 2004 г. Ч. 1. М.: МЭА РАН. С. 243-257 (ЭИ... Т. 10); круглый стол № 5 «Суицид как проблема сакрального: исследовательские подходы и возможности решения проблемы». С. 243-313.

Райс, 2000 — Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. СПб, 186 с.

Топоев и др., 2001 — Топоев В.С., Чаркова М.Н. Традиционные методы профилактики суицида в хакасском обществе // Материалы... С. 210.

Топоев, 2004 — Топоев В.С. Об этнической картине мира, суициде и роли шамана в его предупреждении // Материалы... С. 243-257.

Шнейдман и др., 2001 — Шнейдман, Эдвин С. Душа самоубийцы. М., 268 с.

В.Ф. Войцех

ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДА У МАЛОЧИСЛЕННЫХ НАРОДОВ СЕВЕРА

Самоубийство — одна из вечных проблем человечества, поскольку существует как явление практически столько же, сколько существует на Земле человек. Сознательное самоубийство не считается продуктом новейшей цивилизации. Известно, что в доисторические времена, когда только-только начинали образовываться крупные общинно-родовые союзы, самоубийство имело чисто прагматическую социальную функцию и помогало выживанию рода и племени в целом. На протяжении последующей истории человечества менялись и усложнялись мотивы и способы самоубийства, периоды относительно-

го спокойствия в том или ином регионе сменялись годами подлинных эпидемий самовольного ухода из жизни. Рост числа самоубийств мы видим и в настоящее время.

Анализ суицида для русских мыслителей всегда представлял собой анализ предельной, «пограничной ситуации» для личности при выборе определенного жизненного пути. Исключительно как человеческий акт суицид встречается во всех культурах. Самоубийство обнажает «изнанку» существующего строя и способно дать определенную оценку происходящим событиям в обществе.

Процесс социализации (процесс усвоения индивидом образцов поведения, социальных норм и ценностей, необходимых для его успешного функционирования в данном обществе) достигает определенной степени завершенности в период социальной зрелости, которая характеризуется обретением личностью интегрального социального статуса (статус, определяющий положение человека в обществе). Однако в процессе социализации возможны сбои, неудачи. Проявлением недостатков социализации является отклоняющееся поведение — это различные формы негативного поведения лиц, нравственные пороки, отступление от принципов, норм морали и права.

Максимальные показатели смертности от самоубийств (%) на 100 тыс. человек зафиксированы на Европейском Севере (Архангельская область — 50,5, республика Коми — 45,7, Ненецкий автономный округ — 119,1), в Поволжье (республики Марий-Эл — 59,7, Удмуртия — 61,4, Пермский край — 48,7, Кировская область — 51,2), на юге и северо-востоке Сибири (республики Бурятия — 70,4, Алтай — 71,8, Читинская область — 80,0) и на Дальнем Востоке (Чукотский автономный округ — 89,3, Еврейская автономная область — 63,0). Данные превышают смертность в странах Центральной и Восточной Европы в 3-5 раз. Эти районы характеризуются суровыми климатическими условиями, а северный климат, как известно, влияет на показатель самоубийств в сторону увеличения, негативное воздействие оказывает и остро ощущаемый во всех этих районах дефицит мужского населения.

Понятие народы Севера включает представителей 30 национальностей от Таймыра до Саян и Приморья с севера на юг, от Кольского полуострова до Чукотки с запада на восток. В северных регионах России, занимающих примерно две трети территории страны, живет 11 млн. человек. Представителей коренных малочисленных народов Севера насчитывается в настоящее время около 300 тысяч.

Традиционно считается, что существуют этнические группы, предрасположенные к суициду, например, среди угро-финских народов. Ученые связывают это с культурными традициями, характерологи-

ческими особенностями, повышенной чувствительностью к стрессовым воздействиям. Факторами, влияющими на уровень суицидов, признаются и экологические условия проживания.

Коренные малочисленные народы Севера представляют собой своеобразные этнические группы, вся деятельность которых проходит в тесном взаимодействии с природой, в результате чего сложились определенные нормы и правила поведения. Мировоззрение коренных малочисленных народов базируется на особом восприятии мира, в котором природные явления отражали и суть человеческого бытия. Духовное и материальное, соединяясь, формировали синкретическое мировоззрение, в котором мир мыслится неизменным и устойчивым, а все процессы в нем регулярно повторяющимися («вечное возвращение»). Такое представление отразилось и на отношении к смерти, чему способствуют сохраняющиеся родовые языческие верования.

Было бы односторонне выводить высокий уровень суицидов только из представления об особом состоянии культуры северных народов, исходя из того, что «народы Севера — это очень старые этносы» (*Гумилев и др.*, 1982). Многие этносы Севера, считавшиеся находящимися на ранних ступенях развития цивилизации, в силу крайне низкого уровня техники, которой они пользуются, переживают конечные, а не начальные фазы этногенеза. В то же время для этих народов переход к современным формам производства представляет собой необыкновенную линию исторического развития. Они не прошли стадию промышленного развития и не развили некоторых навыков, присущих иным народам. В настоящее время семья (род), которая выступала в первобытности базовым социальным институтом и главным механизмом социальной организации любого вида деятельности (именно доминирующая роль семьи и обеспечивала целостность деятельности и ее поглощение бытом), утрачивает свое прежнее положение. Она оказывается в подчинении возникающих социальных институтов в результате активного освоения Севера и формирования там мощной переселенческой культуры индустриального типа, сконцентрированной в больших северных городах. В то же время за пределами этих индустриальных анклавов сохранилась доиндустриальная культура коренных малочисленных народов Севера, которая за многие века существования идеально соответствовала местным климатическим условиям.

Индустриальная культура переселенцев разрушает хрупкую северную природу и оказывает негативное влияние на культуры коренных малочисленных народов. Они проживали малыми семейны-

ми группами на далеко расположенных друг от друга факториях. Каждая фактория являлась центром семейных угодий. Между угодьями и людьми возникала тесная связь, каждый житель являлся универсалом и сохранял высокую степень бытовой автономии и самостоятельности в своих делах. Воспитание детей представляло собой усвоение жизненного опыта старших членов семьи в процессе непосредственной деятельности. Привнесение в эти условия цивилизованных моделей, в том числе и образования, имеет негативные последствия. Молодежь не идет в оленеводы, уезжает в города. Большинство этносов по-прежнему предпочитают работать в привычных для себя условиях и считают оленьи пастбища, водоемы и охотничьи угодья своей собственностью. Но промышленное освоение территорий, где проживают малочисленные народы Севера, привело к деградации и сокращению оленьих пастбищ. По данным Московской Хельсинской группы (*Положение...*, 2008) в последние годы резко сокращается поголовье оленей, невыгодно стало ловить рыбу, добывать пушнину. При распределении квот на лов рыбы нарушается право приоритетного доступа коренных народов к территориям традиционного природопользования. С исчезновением лесного фонда заметно поубавилось зверя, который составляет экономическое благополучие жителей национальных поселков. В то же время в Эвенкийский, Корякский, Ненецкий и Чукотский АО, в Амурскую, Иркутскую, Камчатскую, Магаданскую, Свердловскую, Томскую и Читинскую области, в Приморский край — в удаленные поселки и целые районы — последнее время не систематически производится северный завоз. Тысячи рыбаков, охотников, оленеводов остаются без средств к существованию. Семьи живут на стариковские пенсии и детские пособия.

По словам члена Ассоциации Кольских саамов, председателя правления общины «Кильдин» Е. Яковлевой (*Есть ли будущее...*, 2008), социальные трудности приводят к тому, что простых саамов одолевает отчаяние, апатия, депрессия, которые являются неизменными спутниками суицидов, наркомании, алкоголизма.

Северные этносы не смогли быстро воспринять привычные для остальных народов нормы поведения. Следствием насаждения нововведений явились нервно-психические расстройства, ущемленность и подавленность личности. Численность большинства коренных народов Севера неуклонно снижается. Рождаемость среди северных народов с 1990 г. упала на треть, смертность увеличилась почти в два раза. Продолжительность жизни коренного населения Севера меньше среднероссийской на 10-12 лет (так, российский эскимос в среднем живет 45 лет).

Высокая смертность среди коренных малочисленных народов Севера связана с общесоциальными и специфическими биологическими факторами. К числу первых следует отнести резкое уменьшение государственного обеспечения детей народов Севера, закрытие государственных магазинов и магазинов-факторий, крайнюю бедность, скудность и неправильное питание подавляющего большинства населения, особенно в весеннее время. Из-за многовековой изоляции коренные малочисленные народы Севера не имеют генетической защиты от многих инфекционных заболеваний, которые протекают у них значительно тяжелее, чем у европейцев. Кроме того, у большинства коренных жителей Севера генетически нет защиты от отравления алкоголем, и алкоголизм может возникнуть после нескольких приемов спиртного. По данным СО РАМН смертность от спиртосодержащих напитков у них в 15-20 раз превышает аналогичную смертность уроженцев средних и южных территорий. Как заявил член Совета Федерации от Эвенкийского АО Н. Анисимов, результат бесконтрольной продажи алкоголя в Эвенкии сравним с эпидемией — тысячи людей уходят из-за этого из жизни. Здесь в 2-3 раза выше, чем в среднем по России, выросла доля смертности от болезней системы кровообращения и от несчастных случаев. Следует отметить, что российская статистика в настоящее время выделяет смертность от несчастных случаев, отравлений, травм, убийств и самоубийств в одну группу «несчастные случаи». Вообще, ситуация со смертностью у народов Севера — как бы усиленное отражение общероссийской. Самая большая проблема смертности в России, кроме смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, чрезмерно большое число смертей от несчастных случаев, самоубийств, убийств. Для коренных северян эти проблемы особенно значимы. Так, по данным Д. Богоявленского (*Богоявленский, 2004*), доля смертей от травм у народов Севера Тюменской области составляла в 1998-2001 годах почти 37% от всего числа смертей, в то время как в России в целом — 14%. Если сравнить с другими развитыми странами, то в Финляндии эта доля — менее 8%, в США — 6% (1998), в других европейских странах и того меньше.

Следует учитывать, что на Севере крайне низкая плотность населения, что делает малодоступным для его части многие социальные услуги, в том числе и медицинское обслуживание.

Таким образом, целый ряд экономических, социальных и экологических факторов представляют собой особую неблагоприятную среду и условия проживания северных этносов, что подтверждает общая высокая смертность населения. Совокупность этих факторов суще-

ственно дезадаптирует коренные народы Севера без конкретной возможности разрешения этой ситуации. Резкое изменение привычного стереотипа жизни ведет к нарушению идентификации личности, что является прямым условием формирования суицидального поведения. Следует признать также одним из важных факторов роста уровня суицидов алкоголизацию населения.

Литература

Паперно, 1999 — *Паперно И.* Самоубийство как культурный институт. М., 256 с.

Суровцев, 2008 — *Суровцев С.* Есть ли будущее у саамов? // *АиФ* на Мурмане. № 23 (1439) от 04.06.2008.

Налетов, 2005 — *Налетов А.М.* Взаимодействие быта коренных малочисленных народов Севера и культуры переселенцев в современных условиях. Автореф. дисс. ... канд. философ. н. Тюмень, 23 с.

Гумилев и др., 1982 — *Гумилев Л.Н., Окладников А.П.* Феномен культуры малых народов Севера // *Декоративное искусство*. № 8. С. 23-28.

Положение..., 2008 — *Положение коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока* // Доклад Московской Хельсинской Группы.

Гаврилова, 1997 — *Гаврилова И.Н.* Проблемы малочисленных народов севера России // *Представительная власть: мониторинг, анализ, информация*. № 1 (18).

Богоявленский, 2004 — *Богоявленский Д.* Вымирают ли народы Севера? // *Демоскоп Weekly*. № 165-166, 16-19 августа 2004 г.

Население..., 2000 — *Население России*. М.

Г.Й. Хёрш

КУЛЬТУРНЫЙ СУИЦИД В НУНАВУТЕ, ИЛИ ПОЧЕМУ У ЭСКИМОСОВ НЕТ СЛОВ И КОНЦЕПЦИЙ, ОПИСЫВАЮЩИХ БУДУЩЕЕ (этнографический очерк)

В конце сентября 2006 года я побывала на Северном полюсе¹ в селении Кембридж-Бей, расположенном на территории Нунавут. Целью моей поездки была съемка фильма об образе жизни, среде обитания, земле и культуре инуитов. Особое внимание я уделяла их языку инуктитуту, пытаюсь найти образцы письма, которые я могла бы включить в свой фильм «Говорящие ландшафты». До этой поездки я не представляла, как сильно она изменит мою жизнь.

Чтобы долететь туда, мне понадобилось два дня: я вылетела из Лос-Анджелеса в Солт-Лейк-Сити, штат Юта, затем в Эдмонтон, провинция Альберта, Канада, затем в Йеллоунайф, провинция Севе-

ро-западные территории, и затем в Кембридж-Бей, Нунавут. С каждой следующей пересадкой я попадала во все меньший самолет. Цена перелета росла в геометрической прогрессии и была выше, чем на рейс в какую-либо другую точку земли, куда я летала. Ошеломляющая цена на один только билет в оба конца по маршруту Эдмонтон — Йеллоунайф — Кембридж-Бей составляет 4000 долларов, поскольку туда летают только частные самолеты. Дополнительные средства потребовались на перелет и неизбежные расходы, связанные с ожиданием рейса Лос-Анджелес — Эдмонтон. Последний самолет из Йеллоунайфа в Кембридж-Бей по форме напоминал скорее круг, чем цилиндр, и был разработан специально для полетов над Северным полярным кругом. Эскимосы, сидевшие по обе стороны от меня в маленьком закругленном самолете, сказали мне на взлете, что голова будет «разрываться», когда мы будем пересекать Полярный круг. И все мы почувствовали себя ужасно; нам на самом деле казалось, как несколько минут голова разрывалась от боли, которая стихла, когда мы влетели в другое магнитное поле.

Я остановилась у старейшины Билла Лиалла², одного из основателей Нунавута и без сомнения одного из людей, ответственных за судьбу деревни Кембридж-Бей, расположенной в 500 милях севернее Полярного круга, на юго-восточном берегу острова Виктория на территории Нунавут. Билл встретил меня в маленьком аэропорту; казалось, это крошечное здание случайно занесло в тундру. Эскимосы переполняли его небольшое помещение, заморожено следя за тем, как прилетали их друзья и родственники, несущие с собой большие пакеты с едой и вещами, а также покрытые густой листвой растения и живых птиц в клетках, которые они размещали под своими креслами.

Билл отвез меня в гостиницу, находящуюся в пяти минутах езды, на пикапе невероятных размеров, с колесами величиной с небольшой дом. Он организовал мое размещение в единственной гостинице в городе, в двухэтажном металлическом здании, напоминающем куонсетский барак³. Комната в «Мотеле №6», стоившая 200 долларов в день, своими расценками напоминала отель «Ритц». Такой же дорогой была и еда — пара яиц стоила 12 долларов. Найти фрукты или овощи было трудно, зато мясо мускусного быка было дешевым и изобиловало повсюду; оно и обладало более специфическим запахом, чем мясо яка, которое я пробовала в Тибете.

Это отдаленное поселение было построено в 1957 году, когда правительства США и Канады соорудили «линию Дью»⁴, чтобы защититься от угрожающих Западу российских ракетных установок,

которые, как считалось, были нацелены на него во время холодной войны. Линия Дью, демонтированная в 1997 г., была введена в строй после терактов 11 сентября. Огромные белые шары, в которых размещались вооруженные силы, стоят как большие додекаэдры Бакминстера Фуллера, слепленные из снега, на бескрайнем просторе тундры, виднеясь отовсюду — стоило лишь немного прогуляться в сторону от «делового центра» Кембридж-Бей. Линии электропередач отчетливо выделяются на фоне тундры, когда они не засыпаны снегом. Моя поездка была организована моим другом из канадского правительства, который знал Билла по его многочисленным визитам в Оттаву, где он выступал от лица населения Нунавута. И тем не менее, Билл не очень обрадовался моему приезду. Было очевидно, что он относится ко мне с подозрением. Я догадывалась, о чем он думал: «Что это за женщина, которая одна приезжает на край света? Какое представление она имеет о том, куда приехала, если на ней легкая красная куртка, которая не сможет защитить от холода даже в Эдмонтоне?»

За пять месяцев Биллу несколько раз сообщалось о том, что именно я ищу; я также соглашалась приходить в удобное для него время, поскольку он постоянно путешествовал по Нунавуту. Высадив меня у гостиницы, он предложил мне прийти к нему в кооператив после того, как я устроюсь. Чувствуя, что собирается разыграть пурга, я переоделась в свою полярную парку сразу же, как только попала в гостиницу «Арктик Лодж», а когда я отправилась в кооператив на встречу с Биллом (через два часа, как он и просил), то надела на себя все свое арктическое снаряжение. Шон, европеец из Принс Джорджа, приехавший работать управляющим «Арктик Лодж» из провинции Остров Принца Эдуарда, был поражен тем, что меня сюда привез сам Билл. Он сказал мне, что Билл был самым важным человеком в Кембридж-Бей и в Нунавуте и, помимо прочих своих достижений, также основал кооператив — первое универсальное учреждение.

По пути в кооператив сквозь спящую пургу я с трудом разглядела красный знак «STOP» на английском и инуктитуте, который находился вовсе не в пяти минутах ходьбы от гостиницы. Добрую треть помещения магазина занимали парки и зимнее снаряжение, еще одну часть — хозяйственные товары, а остальное место было отведено под консервы и продукты. В отделе замороженной продукции в продовольственной части магазина не было ничего, кроме пирожков с мясом мускусного быка и арктического гольца (рыбы), которые, казалось, были самыми распространенными продуктами, как в свежем, так и в замороженном виде.

Когда меня проводили в маленький простой кабинет Билла, он с одобрением осмотрел мое снаряжение и поприветствовал меня чуть менее враждебно. Я поняла, что меня испытывают. Он начал разговор с совершенно четкого заявления: «Я не могу помочь тебе. Если люди увидят нас вместе, то они подумают, что я лично получаю из этого какую-то выгоду. А мне еще здесь жить!»

Слегка ошеломленная и ужасно разочарованная, я ответила, что понимаю, в какой он ситуации, и попросила не беспокоиться обо мне. Я путешествовала по миру в полном одиночестве, и всегда мне удавалось найти то, что я искала.

Я ушла и продолжила свой путь сквозь пургу, заходя в начальную и среднюю школу и различные деревенские здания, чтобы расспросить людей о местном языке и алфавите. Меня тронули разрисованные знаки и плакаты, которые я видела повсюду, особенно в школьных фойе; они рассказывали о Восьми ценностях трех языков — инуктитута, инуиннанктуна, самого распространенного в Нунавуте эскимосского языка, а также английского: извинение, помощь, работа в команде, согласие, сохранение, одобрение, единство, находчивость. Я также нашла много других поучительных плакатов с надписями: «Вас любят» и «Уважайте наших старейшин», украшавших стены.

Я поела в маленькой столовой «Арктик Лодж» — единственном ресторане или общественном месте во всем поселке. Когда столовая была открыта, там были местные дети, державшие на спинах своих младших братьев и сестер и тянущие за собой еще нескольких детей. Они покупали сладости, болтали о подарках взрослых и истерически смеялись. За некоторыми столами, очевидно, встречались пары — модно одетые женщины на каблуках высотой 3 дюйма⁵ и в платьях с глубокими декольте (и это на Северном полюсе!) и обходительные мужчины, старающиеся произвести впечатление, явно нервничавшие при этом.

На следующее утро Билл оставил в гостинице телефонное послание о том, что он хотел встретиться со мной в кооперативе. Когда я пришла к Биллу во второй раз, он уже знал, что я общалась в деревне со всеми, кто соглашался разговаривать со мной. Я собирала необходимые мне материалы, несмотря на то, что Билл изо всех сил старался избегать меня, и на нескрываемую враждебность директоров начальной и средней школ. Он также знал, что я побывала в Обществе культурного наследия Китикмеот и в Культурном центре при библиотеке, которые находились в том же здании, что и средняя школа. Эмили Ангулалик, библиотекарь и лингвист по образова-

нию, очень заинтересовалась моим проектом и сказала, что поможет мне. Она согласилась перевести на язык инуктитут, написать и записать на пленку (за оплату в размере 150 долларов наличными) 25 слов, которые я дала ей, и посоветовала мне встретиться с разными людьми, живущими в разных корпусах, под которыми она имела в виду маленькие металлические здания Арктического колледжа.

«Я не могу помочь тебе, — Билл начал с того, что уже говорил в первый день, — но так как ты проделала такой большой путь, чтобы попасть сюда, я отвезу тебя в тундру рано утром в субботу на час и покажу тебе мускусного быка».

«А Вы уверены в том, что готовы потратить время и, возможно, создать себе неприятности?» — спросила я, искренне волнуясь о том, что это могло поставить под сомнение авторитет, которым он пользовался в сообществе.

«Только на час, очень рано. Люди еще не будут разгуливать на улице», — я начала прислушиваться к его разговорным выражениям.

Следующие два дня я занималась тем, что гуляла по деревне. В разгар короткого лета население большой деревни Кембридж-Бей, раскинувшейся на сотни миль, достигает 1300 человек. Во время полярной ночи, зимой, когда температура падает до минус 60 по Фаренгейту, население резко сокращается, и здесь остаются только самые стойкие, потому что любой, кто может, на зиму уезжает отсюда. Уезжают на зиму и команды суден, выполняющих поставки, и другие сезонные работники. Я много раз ходила в одну и другую сторону по неасфальтированной, покрытой выбоинами главной улице, по ведущим от центра города боковым «улицам», а также вдоль берега, обойдя город со всех трех сторон. В гавани на якоре стоял огромный корабль, поставлявший товары. Его команда ела в столовой «Арктик Лодж» одновременно со мной. Они, очевидно, заинтересовались присутствием новой женщины в городе.

Каждый вечер я заворожено смотрела на величественную вселенскую игру северного сияния. Вечернее представление начиналось на закате с появления невероятно пестрых световых полос и завес, которые как будто таяли, превращаясь в неземное сияние, набирающее силу с наступлением ночи. К половине двенадцатого разноцветные огни северного сияния кружились, спадали каскадом, переплетались, беззастенчиво танцуют в глубине Вселенной. Несмотря на пробирающий до костей холод, каждый вечер я гуляла до тех пор, пока в небесном театре не начиналось грандиозное священнодействие, которое я, укутанная в многочисленные слои пуха и снаряжения «Гортекс», смотрела, присев на выступ или край камня. Как художник, я

была особенно потрясена этим спектаклем. Зачем вообще рисовать, когда этот незамысловатый набор танцующих красок на подвижном небесном холсте необозримых масштабов, так трогает душу? Мне рассказывали, что зимой, когда темно двадцать четыре часа в сутки, полосы светового спектра отражают огни, которые колышутся, танцуют и парят в небе и так низко опускаются, что задевают лед, вызывая гул. Эта космическая симфония основана на том, что частота определенного цвета транслируется в частоту соответствующего звука, передающегося отдельными нотами и напоминающего гул, громахание, щебетание, пение или кашель, которые сопровождают феерию света.

Сдержав свое слово, Билл Лиалл приехал рано утром в субботу и отвез меня на бескрайние просторы тундры, чтобы я смогла ощутить красоту этого ландшафта. Он показал мне причудливые обнажения горной породы — единственные низкие, давно ставшие легендарными, антропоморфные холмистые участки земли в сотнях миль⁶ от нас. Говорят, что эти холмы — мифические фигуры семейства гигантских богов, которые пришли на эту землю несколько тысячелетий назад и прославились тем, что изобрели смерть. Билл показал мне инукшуков — традиционные фигуры, сложенные из камней в форме человеческих фигур и служащие опознавательными знаками. Охотник любого рода мог расшифровать послания, которые несла в себе конструкция, обозначавшая места, где паслись стада карibu и водилась рыба, и т.д. Он показал мне совершенно современное христианское кладбище — правильные ряды маленьких деревянных крестов, расположившиеся сразу за городом и обращенные к Северному Ледовитому океану.

Билл подъехал к стаду мускусных быков (мясо этих животных я ела на завтрак и обед). Он предложил подъехать поближе и спрятаться за открытой дверью грузовика, что мы и сделали. Взглянув на этих огромных горбатых животных, похожих на ландшафт и покрытых ярко красной шерстью и богатой гривой золотисто-табачного цвета, я сказала своему проводнику: «Они напоминают мне верблюдов».

«Что такое верблюд?» — спросил эскимос.

Я рассказала ему о «кораблях пустыни» и о яках в Тибете, и об орангутангах, среди которых я жила на Суматре. Он очень увлекся рассказом и захотел узнать больше о мире. В искреннем порыве нескрываемого теплого и дружеского расположения, пытаюсь найти общие темы для обсуждения, он спросил меня: «Где ты была 9 сентября?» Мы обменивались подробностями историй, объединявших

миры, прежде казавшиеся несопоставимыми. Мы оба были людьми, которых объединяла пережитая глобальная катастрофа.

Билл сказал мне, что за день до этого стучал в дверь моей комнаты в гостинице в половине одиннадцатого, чтобы позвать меня посмотреть на особенно зрелищное северное сияние. Он был поражен, когда я рассказала, что, замороженная его красотой, я пробыла на улице до двух часов ночи.

Именно Билл уговорил меня не употреблять слово «инуит», которое меня со школы учили использовать как политически корректное. Он объяснил, что на инуктитуте «инуит» означает «человечество», а «эскимос» — человека, который ест сырое мясо: «А мы ведь именно такие люди!» Он сказал мне, что из-за экстремально сурового климата и аскетических условий жизни почти никто не заезжает так далеко на север и что белых людей здесь, конечно, не ждут. Белые охотники приезжают сюда убивать священных животных на трофеи. Другие люди нашли алмазные жилы и раскопали и разрушили земли, где они добывают полезные ископаемые. Третьи изыскатели грабительски выкачивают нефть из хрупких земель тундры.

Поездка в тундру, начавшая тайком рано утром, была рассчитана лишь на один час. Однако чем больше Билл узнавал о моей жизни и моей миссии, состоящей в сохранении исчезающих культур мира, тем более теплым становилось его отношение ко мне. Он рассказывал мне о себе, и один час растянулся на шесть.

Билл рассказал мне ужасную историю уничтожения его народа, которое произошло очень быстро, на протяжении жизни одного лишь его/моего поколения. Англиканцы были первыми миссионерами, попавшими в Кембридж-Бей в 1932 году. Сегодня семь из почти двадцати зданий на «Главной улице» являются христианскими церквями. Самую крупную из них — симпатичную белую деревянную англиканскую церковь с красной отделкой — посещают лишь несколько живущих старейших. Наиболее популярной, несмотря на то, что она расположена в самом маленьком деревянном доме в городе, является Церковь пятидесятников. Билла, как и большинство других эскимосских детей, забрали у родителей миссионеры, когда он был совсем маленьким. Сотни детей были отвезены в школы-интернаты, расположенные далеко в северных штатах США, где их постоянно подвергали идеологической обработке и называли новыми христианскими именами. Детям дали другие имена, им запрещалось разговаривать на своем языке и сохранять свою культуру; они подвергались всяческому насилию, в том числе сексуальному, не получали образования и бросались миссионерами на произвол судьбы в че-

тырнадцать лет. Только в конце девяностых в Канаде эта практика была признана незаконной. Биллу удалось получить специальность механика и уехать в поисках работы на север до того, как он услышал о том, что на «линии Дью» требовались механики. Он доехал до Кембридж-Бей, не зная, что это его родина: как почтовый голубь, прилетающий домой, он вернулся на место своего рождения. Он стал активистом, а в 1997 году одним из основателей территории эскимосов — Нунавута, лежащей в отдалении от Северных Территорий в области самого крайнего севера в Канадской Арктике.

От Билла я впервые узнала, что в каждой семье по крайней мере один из мужчин совершает суицид до того, как ему исполняется двадцать, а оставшиеся умирают в результате убийства или самоубийства к тому времени, как им исполняется сорок лет. За день до того, как я приехала, в Кембридж-Бей проходил широко разрекламированный фестиваль под названием «Торжество жизни», который должен был объяснить эскимосам смысл жизни и предотвратить самоубийства. Эскимосские женщины не живут с мужчинами-эскимосами, потому что те оскорбляют и избивают их; они предпочитают жизнь в одиночестве или непродолжительные временные отношения с белыми мужчинами, служащими в вооруженных силах либо работающими на судах, осуществляющих поставки и стоящих в Кембридж-Бей на протяжении нескольких месяцев, пока позволяет погода. Почти все дети здесь — метисы и воспитываются матерями-одиночками.

В другой раз, когда Билл неожиданно посетил меня в кооперативе (Шон передал мне сообщение, оставленное по телефону), он сказал, что я должна навестить кого-нибудь из старейшин, но, что касалось организации этого визита, он повторил: «Я не могу помочь тебе».

«Сходи в воскресенье в англиканскую церковь...куда ходят старейшины, — убеждал он, — может быть, они пригласят тебя на чай...»

В воскресенье утром я зашла в несколько церквей, направляясь в конец Главной улицы к живописной англиканской церкви той религиозной группы, которая похитила в свое время Билла и еще очень многих детей. Громкое пение, доносившееся из крошечной евангелистской церкви пятидесятников, отвлекло меня от пункта назначения, и я вошла в переполненное радостными людьми помещение. Пастор-эскимос пел и играл на гитаре, а игра на пианино и барабанах, стоявших сбоку от церковных скамей, дополняла ансамбль. Религиозное братство пело, молилось, танцевало, каталось по полу, сви-

детельствовало, говорило на неведомых языках⁷ — там я увидела проявления самых сильных эмоций, с которыми столкнулась в Кембридж-Бей. Это культура невозмутимых лиц. Чтобы выучить инуктитут, необходимо зажать карандаш между зубов и постараться не открывать рот, потому что в экстремальном холоде можно умереть от слишком глубокого вдоха. Но ничем не прикрытые эмоции и религиозное безумство, которые я почувствовала здесь, могли сравниться только с подобным безумством в Комптоне или Уоттсе, афроамериканских городах, расположенных в южной Калифорнии.

Перейдя немощеную дорогу и пройдя несколько ярдов⁸, я вошла в англиканскую церковь, отличающуюся своей строгой и одновременно классической английской деревянной архитектурой. Дюжина старейшин дремала и громко храпела на передних скамьях, в то время как мирская служительница с выражением читала молитву на монотонном инуктитуте. Я не почувствовала здесь никакого воодушевления, однако меня увлекла красота и неожиданная тема витражей, украшавших наружные стены, а также удивительные фрески из фетра над алтарем. Я погрузилась в мир образов христианских эскимосов — защищенные слоями парки люди, стоящие на льду перед иглу, и объединяющий их белый Иисус, парящий в небесах. Эта церковь была такой тихой и безжизненной, что через дощатые стены я могла расслышать напевы восторженных пятидесятников, которые кричали, пели и в экстазе восхваляли Иисуса через дорогу отсюда.

После службы приветливая мирская служительница меня все-таки пригласила на чай. Я попросила разрешения сфотографировать церковные витражи и фрески — единственные объекты искусства в западном понимании, которые я видела в Кембридж-Бей. Я представляла, как должны были привлекать внимание самых первых прихожан эти образы, исполненные яркими красками и отражающие суть конкретной культуры. Я присоединилась к старейшинам, которые сидели, тесно прижавшись друг к другу, на обетшавших диванах и расшатанных стульях в маленьком помещении с низким потолком, расположенном перед церковью. В то время как мужчины были одеты, в основном, в парки фабричного производства с застегками-молниями, все женщины надели свои красивые, сшитые вручную и в большинстве своем вышитые цельнокроенные парки с воротниками, украшенными «блестками» из различных видов меха. Я пожалела, что не могла сразу же сфотографировать их. Однако, почувствовав враждебность к себе сразу же после приезда в Кембридж-Бей, я поняла, что мои планы по съемке фильма срываются: только тайком я осмелилась снять кадр своей миниатюрной камерой,

спрятанной в перчатке, да и то с самого незаметного ракурса. Когда однажды вечером я гуляла по городу, думая, что меня не видят (было темно), я сфотографировала эскимосских подростков на их багги для езды по песку: они пили, становясь невменяемыми, возле какой-то прокуренной лачуги, где давали на прокат видеофильмы. Парни увидели меня и разразились потоками брани. В конечном итоге я решила, что они были правы. Другим вечером я тайком сфотографировала событие недели: мальчишек-подростков, гоняющих на мотосанях по озеру на окраине города. Если им удавалось пересечь озеро, они становились героями. Если нет, то они соскальзывали в воду и нехотя доставали свои мотосани из глубокого холодного озера.

Старейшины, служительница и я пили чай и ели маннок (жареный хлеб) в натопленной комнате. Изучая друг друга, мы не могли беседовать из-за языкового барьера. Я знала, что они говорили обо мне: о моих рыжих волосах, о веснушчатой белой коже, о том, как могла женщина в одиночку отправиться так далеко на север. Я жаждала сфотографировать неотразимую женщину-старейшину, одетую в красивую красную вышитую парку, с маленькой девочкой в синей парке, сидевшую как раз напротив меня. Я сдерживала свое желание и попыталась зрительно запомнить эту картину.

После церкви я решила заглянуть в Культурный центр, чтобы проверить, не пора ли еще забрать переводы, которые Эмили подготовила для меня.

«Я договорилась о встрече со старейшиной у нее дома через 10 минут, в час дня», — с гордостью сообщила она. Мы быстро пошли на другую «улицу» в куонсетский барак. Это был один из домов, подаренных канадским правительством ради поддержки старейшин. Мария со своей внучкой, которую она воспитывала, жила в одной половине дома. К своему удовлетворению я обнаружила, что это были те двое, которых я так сильно хотела сфотографировать за чаем в англиканской церкви. Интервью проходило в кухне-гостиной.

Я не поверила своим глазам. Старейшина Мария Каоталок и ее внучка Маток Каоталок, которую в школе называли Трейси Энн, одетые в свои традиционные парки, находились на ультрасовременной кухне, где были микроволновая печь, электрическая печь и холодильник, стиральная машина и сушилка, посудомоечная машина, блендер, тостер, а также картины с Иисусом, развешанные на стенах и прикрепленные магнитами к двери холодильника. С помощью Эмили, которая переводила на инуктитут и обратно, я услышала рассказ Марии. Старейшая женщина в Кембридж-Бей, которой сейчас было

65, выросла среди племени кочевников, передвигавшихся на собачьих упряжках и занимавшихся охотой. До этого мне говорили, что дети рождались в просторной парке матери, пока женщина ехала на упряжке, а мужчины смутно догадывались о том, что непосредственно рядом с ними происходило знаменательное событие. Младенца носят на перевязи под паркой у груди обнаженной матери, которая может кормить его по требованию и удовлетворять все потребности новорожденного, всегда надежно укрытого паркой. В три месяца для ребенка делается новая перевязь, позволяющая ему находиться за обнаженной спиной матери и легко поворачиваться вперед для кормления. В год изнутри в задней части парки пришивается дополнительное отделение, позволяющее ребенку по-прежнему находиться за спиной матери, хотя теперь они оба уже легко одеты. Когда ребенку исполняется два года, в большом капюшоне снаружи на парку пришивается еще одно отделение, в котором ребенок будет ездить еще несколько лет, уютно устроившись рядом с матерью.

Мое образование в области эскимосской культуры, начатое Биллом Лиаллом в тундре, было продолжено Эмили и Марией. Я узнала, что эта культура была и до сих пор остается матриархальной. Именно бабушка объявляет время, когда нужно запрягать собак и готовить сани к шестимесячной ритуальной охоте. Как только объявляется начало охоты, все повседневные дела неожиданно прекращаются и все готовятся к долгому и трудному походу в тундру. Чтобы прокормить племя, убивают только одно животное: оно полностью употребляется в пищу, для постройки жилища, получения масла и пошива одежды. Этому животному поклоняются, его забивают в соответствии с ритуалом, проводится церемония выкладывания и захоронения его особым образом расположенных костей. Отходов не остается.

Среди очень немногочисленных собак, которых я видела, были подавленные, а иногда воюющие домашние лайки, привязанные на цепи возле домов. Мне сказали, что больше никто не использует собачьи упряжки, хотя я видела несколько штук, поставленных на стоянку на окраинах города. В Кембридж-Бей на собак смотрят, по меньшей мере, как на животных, причиняющих неудобства. Эти животные, обладающие огромной энергией, испытывают неудовлетворение и легко вступают в смертельные схватки с противниками. Собак регулярно отстреливают. Бешенство стало таким, что его может распознать каждый ребенок. Мотосани — предпочтительное средство передвижения, так же, как и внедорожные багги, которые заг-

рязняют чистый воздух ядовитыми выхлопными газами, а нетронутую природу — громкими визжащими звуками.

«Расскажите о медицине и шаманских ритуалах», — попросила я Марию с помощью Эмили. Взгляд Марии вспыхнул и потух. Она рассказала, что раньше было много шаманов и целителей, но сейчас никого не осталось. Затем и Мария, и Эмили сказали, что все еще есть несколько шаманов, имена которых держатся в секрете и известны только небольшой кучке старейшин, потому что в настоящее время люди еще недостаточно хорошо эмоционально и психически подготовлены к тому, чтобы перенять такое знание. Эти неизвестные шаманы хранят свои знания до тех пор, пока не найдут кого-то, кто готов перенять и умело использовать их. В одно время может существовать только один такой неизвестный шаман, который является хранителем всех эзотерических знаний. Они обе согласились, что эти знания могут открываться людям на протяжении жизни нескольких поколений. Каждая из них сказала, что знает, по крайней мере, одного шамана в деревне, но большинство жителей уже не знали об их существовании. Западная медицина, как и западная религия, сейчас нужна для лечения болезней белых людей, которые завезли миссионеры. Эскимосы, отвыкшие от своего традиционного активного образа жизни и в настоящее время живущие оседло, употребляющие в пищу сахар и жиры, болеют диабетом, сердечными заболеваниями, гипертонией, СПИДом и раком.

Я спросила о том, что они думали о глобальном потеплении. Обе женщины сказали, что стало гораздо теплее, и что биологические циклы животных изменялись в результате потепления климата. Обе сказали, что к этому времени года, к концу сентября, обычно на земле лежал снег высотой в несколько футов⁹, но с каждым годом его становится все меньше и меньше. Обе связывали изменение климата с естественными эволюционными циклами земли. Ни одна из женщин не выразила беспокойства по поводу того, что это явление было вызвано человеческой деятельностью, не сказала, что нужно было ограничивать ее, препятствовать или противостоять ей.

В 1957 году отец Марии услышал о том, что в Кембридж-Бей требовалась рабочая сила для строительства линии Дью, и он, как и другие эскимосы, приехал сюда на собачьей упряжке со своей семьей в поисках работы. Тут Мария вышла замуж, родила четверых сыновей, каждый из которых совершил суицид в очень раннем возрасте. Все ее невестки уехали, как они выражаются, на юг, в Йеллоунайф, а Маток была оставлена на воспитание своей бабушке. Когда я сказала женщинам, что на иврите Маток означает «сладкая» и

часто используется как уменьшительно-ласкательное имя, они обе спросили меня о том, что такое иврит. Я сказала, что на иврите говорил Иисус. Они обе улыбнулись во все зубы, и я поняла, что они меня признали. В рассказе Марии, как и в рассказах всех остальных людей, поведенных мне, было несколько сообщений о самоубийствах среди членов как ее собственной малой, так и большой семьи. В завершении интервью, которое продлилось час, я попросила Эмили спросить у Марии, что бы она загадала, если бы у нее было какое-либо желание. Эмили сказала мне, что перевести слово «желание» невозможно, потому что у них нет концепции или слова, которые бы обозначали желание или будущее или все, что как-то связано с будущим. Эмили рассказала, что есть большое количество слов, описывающих ландшафт, снег, погоду и ситуации в настоящем времени, но не в будущем. Изумленная, я попросила Эмили спросить Марию, есть ли у нее цель. Да, я имела в виду ее следующий шаг.

В это мгновение меня до глубины души потрясла открывшаяся истина. Почему совершалось так много самоубийств? Перед нами культура, которая жила успешной и полной жизнью до настоящего времени на протяжении сотен тысяч лет, что подтверждают найденные артефакты, которые были изготовлены не позднее 75 тысяч лет назад. В 1930-х гг. приехали миссионеры, а к началу 1940-х стали похищаться, подвергаться идеологической обработке и насилию эскимосские дети. Христианство, которое основано на вере в будущее, было наложено, а затем встроено в культуру, в которой нет слов или понятий, описывающих будущее. Благодаря строительству линии Дью в Кембридж-Бей было проведено электричество. Таким образом, у следующих поколений появился доступ к спутниковому радио и телевидению. Живя на отдаленном острове в Северном Ледовитом океане, они видят и начинают хотеть все то, что есть на юге. Молодые люди едут «на юг» в Йеллоунайф, думая, что станут городскими эскимосами. Будучи социально или экономически не приспособленными к жизни в городе, они быстро становятся зависимыми от алкоголя, наркотиков и азартных игр; это порабощает их, они вынуждены платить постоянно растущие долги. Не сумев адаптироваться, униженные, они возвращаются в Кембридж-Бей и вскоре совершают самоубийство. Те, кто никогда не уезжал, точно так же попадают в зависимость и долги, потому что алкоголь и наркотики контрабандой провозятся в Кембридж-Бей (поселение, в котором официально действует сухой закон). Они так же быстро скатываются к самоубийству.

За полжизни одного поколения закончилась кочевая жизнь эскимосских родов, основанная на ритуальной охоте и уходящая корнями

в древность. Жизнь настоящим, вдох за вдохом, поклонение земле, животным, свету и темноте, северному сиянию, были вытеснены верой в лоне той или иной христианской церкви. Противоречивые непримиримые верования, сосуществующие в культуре, в которой нет представлений о будущем, и религия, которая рассказывает о жизни в будущем, в конечном итоге, ведет к последствиям в виде зависимости, суицида, убийств.

В тот вечер, я сидела в охваченной морозом тундре, укутавшись в свое полярное снаряжение, завернувшись в несколько платков, и наблюдала за небесным световым шоу: вдруг я поняла, что мое мировоззрение основательно поменялось. До того момента я верила в усвоенную мною истину о том, что человеческий род будет вечно продолжаться на земле. Потом я осознала, что мы, подобно другим видам, лишь небольшой миг в истории эволюции и что со временем мы так же, как и все наши предшественники, исчезнем. Осознание этого продолжает влиять на мое мировосприятие. (Мой прадед Ари Лейб Йелин, который был раввином в Белостоке (Польша), написал последнюю статью в Талмуде Бавли под названием «Ефег Эйнаим». Буквально эти слова означают «красивые глаза». Ее суть состоит в изменении мировоззренческой концепции будущего.)

Современная история эскимосов Нунавута поражала до глубины души. В оставшиеся дни моего пребывания, когда я продолжала разговаривать с разными людьми, собирать материалы, книги, газеты и фотографии и ходила в гости к разным людям, меня одолевало глубокое отчаяние. Дети, особенно девочки предподросткового возраста, следовали за мной по пятам и проводили много времени рядом со мной, теснясь на кровати, в моей комнатухе в «Арктик Лодж». Мы разговаривали об их жизни, их мечтах, их любимых телевизионных «мыльных операх», одежде, прическах и лаке для ногтей, и они умоляли меня забрать их с собой в Лос-Анджелес.

В телефонном послании, которое я получила в предпоследний день пребывания, Билл снова пригласил меня к себе в кооператив. Он спрашивал, что я нашла и с кем разговаривала, и в самой дружеской, общинской манере озвучил свое убедительное и пронзительное мнение о каждом из этих людей, полностью соглашаясь с моей оценкой как людей, так и крайне тяжелых обстоятельств. Именно тогда он рассказал мне, что создал Организацию аборигенов-целителей, которая должна была сохранять и поддерживать традиционные шаманские практики в области медицины и предсказаний. Он возглавлял проект по созданию архива и записей историй нескольких живущих старейшин. Он ввел обязательное изучение инук-

титута и инуиннактуна в школах. Он также ввел шестимесячную охоту родовыми группами, привлекая молодежь к участию в традиционном обряде охоты на собачьих упряжках. Я рассказала Биллу об Элизабет Халдари, белокожей женщине, которая вышла замуж за эскимоса 30 лет назад и была директором-основателем Туристического центра Арктического побережья. Элизабет, одаренная художница, мать четырех сыновей, которые были воспитаны по традиционным канонам и сейчас обучались в различных университетах Канады, планируя вернуться в Кембридж-Бей. Преданная делу сохранения этой быстро исчезающей культуры, Элизабет ведет семинары по сбиванию войлока, который ткнут из квивиута (подшерстка мускусного быка), и изготовлению войлочных изделий, а также преподает древнее искусство резьбы по рогу карибу. Элизабет приглашает молодежь жить «по старому образцу» в свой отдаленный «летний домик», расположенный в нескольких милях¹⁰ от города вблизи от холмов, напоминающих гигантских богов. Там они охотятся, рыбачат, готовят еду и ведут традиционный образ жизни, изучая мифы, осваивая знания предков. Элизабет предложила мне прокатиться на заднем сиденье ее мотоцикла, когда я приняла ее приглашение поехать в гости к ней домой, где она показала мне свои рисунки и украшения, а также многочисленные чудесные парки, которые сшила и вышила для членов своей семьи. Сейчас я ношу серебряную подвеску овальной формы, где написано по-инукутитутски: oot-jig-toot-se-ag-nesq, что значит «полное осознание настоящего момента» и символизирует образ жизни эскимосов.

Элизабет с большим энтузиазмом отнеслась к моему кинопроекту «Говорящие ландшафты»¹¹ и пообещала прислать фотографии инуктитутских форм ландшафта. К этому времени я узнала, что традиционно инуктитут был бесписьменным языком, но в 1870-х англиканский миссионер Эдмунд Пек адаптировал слоговую азбуку индейцев для создания инуктитута. Я обнаружила, что буквы в инуктитутском алфавите были совершенно идентичны буквам любого другого из существующих в мире алфавитов. Их формы напоминают пять форм, обнаруженных мной в природе и отвечающих за восприятие и сознание на уровне нейронов и процессов, протекающих в нервной системе. Показывая, что эти структуры получили повсеместное распространение в период, когда были изобретены алфавиты, я предположила: поскольку все мы словно связаны невидимыми нитями, в нашем поведении больше сходств, чем различий.

Билл, Элизабет и другие члены поселкового совета ведут споры о туризме. Они выступают против нашествия групп туристов. Молодые члены совета считают их консерваторами и хотят добиться того, чтобы туристические группы приносили прибыль в бюджет. Они хотят построить площадки для игры в гольф, создать условия для охоты и рыбалки.

Билл спросил меня, как бы я поступила в их ситуации. Я предложила: «Пускайте путешественников только по одному или по парам. Групповой туризм, как ты понимаешь, подпишет смертный приговор Кембридж-Бей». Я рассказала ему о своем опыте, полученном в Тибете, Бутане, Японии и во многих других погибающих цивилизациях.

Я размышляла над особенностями «высокоразвитой культуры» США и Канады. В 1960-х годах книга «Быть здесь-и-теперь» Ричарда Альперта (Рама Дасса) о том, что все, кроме жизни настоящим, иллюзорно, стала величайшим событием в мире современной психологии. Пока направление нью-эйдж перерождалось в постоянно развивающееся прибыльное занятие, те, кто жил по законам «нового времени» с незапамятных времен, как ни парадоксально, были вынужденно преданы забвению в странах, где возомнившие себя пророками возвещали о начале нового мира, ничего не зная о нем.

Билл предложил отвезти меня в аэропорт. Я спросила, хотел ли бы он посетить университеты, принять участие в конференциях в США и рассказать об эскимосах, опираясь на свой большой жизненный опыт и знания. Он сказал мне, что скоро будет отмечать свой 65-летний юбилей и станет одним из немногих мужчин, доживших до такого возраста. После этого он снимет с себя многие из своих обязанностей руководителя и тогда, действительно, будет готов принять это приглашение. Он сказал мне, что на самом деле понял, зачем я приехала и чем я занималась, чтобы принести пользу его культуре, и поблагодарил меня. Он пригласил меня принять участие в шестимесячном обряде охоты и сказал мне, что его семья приютит меня для этой цели. Так я смогу узнать гораздо больше об эскимосах. Я прошла испытание. Потом он спросил, разрешит ли мне муж уехать на охоту на шесть месяцев. Я сказала, что у меня нет мужа. Подумав, он заметил, что ни один мужчина не дал бы женщине такой свободы.

На следующее утро я получила послание от Билла о том, что ему пришлось уехать из Кембридж-Бей очень рано, чтобы уладить чрезвычайное происшествие в отдаленном поселке. Когда пришло время оплачивать счет, я спросила Шона, почему в селении Кембридж-Бэй, которое, судя по моему опыту, было самым дорогим местом в

мире, такие высокие цены на все. Он сказал, что это можно объяснить двумя причинами. Первая заключалась в том, что родовая охота больше не была источником пищи и жизнеобеспечения; все, что употреблялось в пищу или для других нужд, приходилось завозить на корабле или самолете, если это позволяли время года и погодные условия. Вторая причина состояла в том, что они были против приезда белых людей в Кембридж-Бей, учитывая вред, причиненный земле и культуре приезжим белым населением. Потом Шон сообщил, что мой счет был урезан вдвое в благодарность за то, что я делала во благо эскимосской культуры. Во время недолгого пути в маленький аэропорт Шон сказал мне, что Билл также являлся учредительным директором «Арктик Лодж». Именно он предложил урезать мой счет.

Меня до глубины души потрясла неумолимая статистика: 23000 человек. Именно столько эскимосов — народа, находящегося на грани исчезновения, было разбросано по одной из крупнейших территорий в мире. Какими бы безжалостными и неизбежными не казались глобализация, растущее потребление и исчезновение святынь, эту культуру еще можно сохранить. Из четырех увиденных мной цивилизаций, находившихся на грани уничтожения, Нунавут имеет самое благоприятное положение, возможно, именно благодаря своей удаленности. Тот печальный факт, что современные эскимосы с трудом адаптируются в городских условиях, может обернуться им во благо, потому что они все-таки возвращаются домой. Стремление активистов, подобных Биллу, как можно более полно возродить родовые обряды в контексте родной культуры, также может удержать и заинтересовать отчаявшуюся молодежь. Появление электричества и современных благ в традиционной культуре может сделать жизнь молодежи более привлекательной и дать им стимул к возвращению сюда. Обретение утраченных видов искусства, языка и культуры вполне может возродить когда-то существующий традиционный образ жизни и стимулировать развитие хозяйства коренного населения. А сохранение высоких долларовых цен на посещение этого особого анклава послужит сдерживающим фактором для тех, кто хочет «пожиться» за счет этой последней святыни на краю света.

На протяжении многих веков культура и традиционные практики коренных народов уничтожались ради получения прибыли этносами, имеющими экономическое превосходство. Из древних алфавитов, подобных китайскому и японскому, исчезают тысячи иероглифов; при этом происходит латинизация других алфавитов с целью упрощения их компьютерной обработки. Тонкости перевода, устой-

чивые выражения и оттенки значения, присущие лишь оригиналу, неизбежно утрачиваются при переводе на другой язык. Литература забывается, а история легко пересматривается в соответствии с существующей политической конъюнктурой, в то время как все меньше ученых заинтересованы в изучении древних алфавитов. Языки утрачиваются, потому что акцент на развитии бизнеса разрушает культуру, а в английском языке нет разграничения смысла и цели. Медицинские и духовные практики, которые доказали свою эффективность в целом ряде аборигенных культур, трактуются в пользу западных протоколов. Как ни парадоксально, мы, живущие на Западе, осознаем, что эти древние практики на самом деле эффективны, и все чаще и чаще используем их для обогащения западной медицины.

Бурно развивающийся туристический бизнес в местах проживания коренных народов растет вместе с ростом продолжительности жизни богатых и образованных представителей послевоенных поколений¹², нуждающихся в бодрящих путешествиях в «дикие места» в условиях пятизвездочного комфорта. Наркотиуризм в южноамериканских странах убивает культуры и причиняет вред туристам. Слепое и необдуманное копирование давно существующих эзотерических обрядов коренных народов унижает представителей этих народов и подвергает риску гостей.

Мы стоим на пороге эры глобального культурного суицида и убийств. С исчезновением культур и священных мест мы должны стремиться к освящению своих взаимоотношений. Чтобы сохранить начало, объединяющее наши сообщества, мы сами должны стать богами на индивидуальном и коллективном уровне. Всему человеческому присуще божественное, а нашему поведению — духовность. Цени и отдавая должное различиям и одновременно испытывая удовлетворение от сходств, мы освящаем наши взаимоотношения, что во всех делах направляет нас по пути, ведущему к всеобщему благу.

¹ Фактически речь идет о населенном пункте, расположенном в географической точке с координатами 69°07'02" 023° с. ш. 105°03' 11" з. д. (*прим. пер.*).

² 8 мая 2003 года Уильяму Лиаллу был вручен Орден Канады (процедура награждения прошла 20 февраля 2004 года).

³ Куонсетский барак/ангар, куонсетский сборный модуль — ангар полуцилиндрической формы из гофрированного железа; во время Второй мировой войны использовался в качестве временной армейской казармы или хозяйственной постройки; первые строения такого типа были собраны в 1941 в местечке Квонсет-Пойнт, шт. Род-Айленд; прототипом для конструкции послужил «ниссеновский барак» (*прим. пер.*).

⁴ Цепочка радиолокационных станций (РЛС), расположенных вдоль территории Аляски и Канады, предназначенная для раннего радиолокационного обнаружения воздушных целей (*прим. пер.*).

⁵ Около 7,6 см.

⁶ 1 сухопутная миля = 1609 м. (*прим. пер.*).

⁷ Говорить на неведомом языке в состоянии религиозного экстаза. (*прим. пер.*)

⁸ 1 ярд=91,4 см.

⁹ 1 фут=30,48 см

¹⁰ 1 миля=1609 м.

¹¹ Автор интересуется тем, как физическая оболочка того, что она называет «алфавитной морфологией», соотносится с ландшафтами мест проживания коренного населения. С 1983 г. она собирала образцы алфавитных форм, встречающихся в природе. Она разработала и впервые представила свою теорию происхождения алфавитов в 1983 г. в книге «Космография», где выдвинула гипотезу о том, что все алфавиты, от древнейших до современных, созданы на основе пяти форм, найденных ею в природе и включающих линию, угол, дугу, извилину и произвольно пересекающиеся косые черты в форме икса. Эти формы получили признание во всех культурах, поскольку отражают процессы восприятия и познания на уровне нейронов и нервных процессов. Автор обнаружила, что эти формы также присутствуют во всех объектах искусства и архитектуры, переживших свою эпоху и культуру. В 1995 г. она выпустила одночасовой документальный фильм, рассказывающий об открытии этой теории, под названием «Космография: письма Вселенной». Большой успех, который получил этот фильм, вдохновил меня на принятие предложения о создании фильма, экстраполирующего крупницы этой идеи и рассчитанного на детей всех возрастов. «Говорящие ландшафты» - новый фильм, подготовленный ею непосредственно по материалам 12 культур и языков, иллюстрирующих направления эволюционного развития человечества. Исследования проводились в Кении, Израиле, Египте, Индии, Китае, Японии, Англии, России, Тибете, а также среди индейцев навахо и майя и латиноамериканского населения. Именно в связи с подготовкой этого фильма, который должен выйти в 2010 году, автор поехала на Северный полюс.

¹² В оригинале: baby boomer – представитель поколения, родившегося в период демографического взрыва (особенно в 1946-64 гг. в США или Канаде).

Перевод О.А. Поворознюк

ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СИСТЕМ В ЦЕЛЯХ НАИБОЛЕЕ ПРОДУКТИВНОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Е.С. Молчанова, Г.А. Айтпаева, В.И. Тен, П.М. Кога

ЦЕЛИТЕЛЬСТВО И ОФИЦИАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ: ВОЗМОЖНОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Введение

Традиционно-мистические взгляды жителей Кыргызской Республики на возникновение и течение психических расстройств остаются неизменными, несмотря на постоянное реформирование службы психического здоровья. Высказываемые и реальные взгляды на причины возникновения психопатологии могут быть диаметрально противоположными — за помощью к народному целителю обращаются даже те представители официальной медицины, которые декларируют свою нетерпимость по отношению к «шарлатанам». Представляется, что мистически-ориентированный призыв к помощи является формой универсального защитного механизма — регрессии, который включается в трудных жизненных ситуациях и не зависит ни от возраста, ни от социального статуса и уровня образования пациента. В том случае, если обращение к психиатру все же происходит, авторитет народного целителя остается высоким. Причины заболевания рассматриваются пациентами как следствие воздействия внешней, сверхъестественной силы, а симптомы — как результат повреждающего воздействия этой силы на организм. В основу собственного представления пациента о том, как должно лечиться его/ее расстройство, таким образом, ложится принцип «разделения труда». Ответственность за устранение причины расстройства возлагается на народного целителя, а устранение симптомов, которые остаются после ликвидации причины, становится прерогативой врача, причем как врач, так и народный целитель, пользуясь одного и того же пациента, порой не догадываются о существовании друг друга.

Концепция психического расстройства: проблемы определения

Одни и те же данные, проинтерпретированные в разных индивидуальных моделях, могут подтвердить две противоречащие друг другу гипотезы. Одним из наиболее ярких объяснений противоречивости и многозначности взглядов на одно явление являются законы димензиональной онтологии, которые были использованы Виктором Франк-

лом для объяснения многомерности человеческой ответственности (Франкл, 1990: 52). Первый из них звучит так: «Один и тот же предмет, спроектированный из своего измерения в низшие по отношению к нему измерения, отображается в этих проекциях так, что различные проекции могут противоречить друг другу». Например, если стакан, геометрической формой которого является цилиндр, спроектировать из трехмерного пространства на двумерные плоскости, соответствующие его поперечному и продольному сечениям, то в одном случае получается круг, в другом — прямоугольник. Помимо этого несоответствия, проекции противоречивы уже постольку, поскольку в обоих случаях перед нами замкнутые фигуры, тогда как стакан — открытый сосуд. Найти причинно-следственные отношения между двумя проекциями одного целого невозможно, также как круг не следует из треугольника и наоборот.

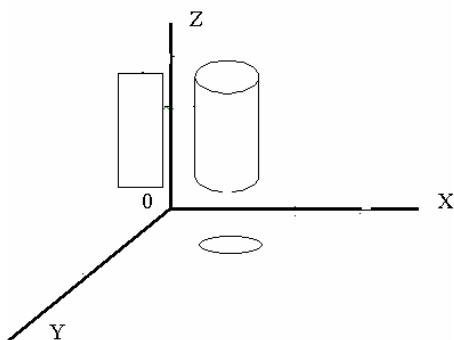


Рис. 1. Первый закон размерной онтологии Виктора Франкла.

Согласно второму закону, уже не один, а различные предметы, спроектированные из их измерений не в разные, а в одно и то же низшее по отношению к нему измерение, отображаются в своих проекциях так, что проекции оказываются не противоречивыми, но многозначными. Если, например, спроектировать цилиндр, конус и шар из трехмерного пространства на двумерную плоскость, параллельную основаниям цилиндра и конуса, то во всех трех случаях получится круг. Тени, отбрасываемые цилиндром, конусом и шаром, многозначны и нельзя только на основании тени определить исходную фигуру, как и нельзя обозначить более тонкие ее характеристики (например, цвет).

В то же время, если проекции двух многомерных объектов на плоскости перекрывают друг друга, то это не всегда означает их пересечение в трехмерном пространстве.

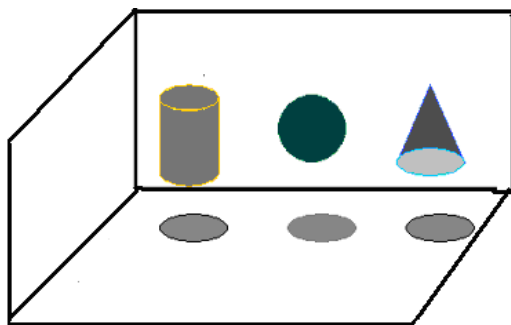


Рис. 2. Второй закон размерной онтологии Виктора Франкла.

Многочисленные тени целого не являются его полным изображением. При этом, согласно перечисленным выше законам размерной онтологии, данные, полученные в плоскости менее объемных измерений, полностью сохраняют свою значимость в более объемных. Так, прямая включает все свойства точки, плоскость — все свойства прямой, трехмерное пространство — свойства плоскости, n -мерное пространство — все свойства трехмерного. Таким образом, интерпретация любого явления всегда ограничена и зависит от выбранной системы координат, в поле которой формируются теоретические концепции. Примером подобной двойственности интерпретаций может служить концепция психического расстройства.

В книге, ставшей классикой антипсихиатрического движения, профессор Томас Саз (*Szasz, 2002*) последовательно и весьма логично развенчивает психопатологические мифы, утверждая, что «такой вещи, как психическое заболевание, не существует». «Это, — добавляет он, — всего лишь некая метафора, удобная для общества и помогающая опосредованно, через специалистов в области душевного здоровья, манипулировать поведением людей»¹.

Термин «антипсихиатрия» был предложен Дэвидом Купером, считавшим, что психиатрия — это не клиническая дисциплина, но созданная государством система репрессивного воздействия на личность. Возникновение антипсихиатрического направления в 1960-х гг. явилось следствием популярных в то время леворадикальных молодежных движений, которые сопровождалась массовой выпиской пациентов из психиатрических больниц в Англии и США. Стабильность антипсихиатрического движения, вопреки новым открытиям в области биологической психиатрии, можно объяснить вялотекущим идеологическим конфликтом между различными теоретическими и исследовательскими подходами, существующими внутри профессио-

нального коммуникативного пространства, язык которого, строго говоря, должен быть единым и определяться рамками современных классификационных систем. Интересно, что шокирующий профессионалов вызов Томаса Саса и его последователей одержал своего рода победу, продемонстрированную фактом изменения столь привычной для специалистов терминологии в Международной Классификации Болезней десятого пересмотра (МКБ-10). В рамках МКБ-10 действительно не существует такой вещи как «психическое заболевание», но есть некая совокупность «расстройств», которые проявляются четкими диагностическими критериями, прописанными в этой редакции «психиатрической Библии».

Одно из распространенных определений психического расстройства в англоязычной литературе звучит как «harmful dysfunction»², (harmful — вредоносный, dysfunction — нарушение функции). Определение «harmful» в этом контексте имеет четкий ценностный, социальный оттенок, в то время как «dysfunction» употребляется в качестве указания на нарушение приспособительных механизмов, выработанных в результате эволюции. Психическая патология в этих системах координат не является болезнью в строгом смысле слова, и, просто продолжая начатую мысль, депрессия и шизофрения не могут быть сравнимы с «классическими» пневмонией, дизентерией, инфарктом миокарда. В этом теоретическом измерении «расстройство» приобретает особый статус, отличный от проявления «настоящего» заболевания, превращаясь в «как бы» болезнь³. В то же время выдающиеся успехи биологической психиатрии, свидетелями которой мы являемся на протяжении последних нескольких десятилетий, переместили фокус внимания с психологического функционирования на медицинские, но никак не на психологические модели, придав психическим расстройствам статус «биологических» болезней и уравняв их в этом смысле с соматической патологией.

Одно из наиболее простых определений концепции «психическая болезнь», которое в данном случае мы цитируем в качестве компромиссного, приводит Кенделл (*Kendell, 2002*). «Психической болезнью» может быть обозначен такой комплекс поведенческих изменений, коррекция которых является более эффективной при использовании мер медицинского характера, прежде всего, медикаментозной терапии, а работе социальных служб, представителей церкви или правоохранительных органов отводится далеко не ведущее место. В рамках данного определения весь диагностический перечень современных классификационных систем распадается на две подгруппы: «болезни», при которых врачебное вмешательство является, бе-

зусловно, более предпочтительным, и «расстройства» — совокупность признаков нарушенного поведения, при коррекции которых более полезными могут оказаться меры немедицинского характера.

Приходится признать, что современная психиатрия находится в состоянии идеологического расщепления: фундаментальная концепция «расстройства», основного термина современных классификационных систем, не имеет четкого определения, является чужеродной для нозологически-ориентированного психиатра и становится легкой мишенью для теоретических спекуляций. Существование в двух концептуальных пространствах — одном, официально принятом поле «расстройств» и профессиональном пространстве «психических болезней» — не может быть признаком здоровой системы.

Концепция психического расстройства и традиционная модель мира жителей сельских районов Кыргызстана

Обе концепции — «психического расстройства» и «психической болезни» не являются органичными составляющими традиционной картины мира жителей сельских районов Киргизской Республики, в соответствие с которой: (1) человек есть часть природы и неотделим от нее, поэтому разрыв естественной связи приводит к жизненным трудностям; (2) духи предков (*арбаки*) являются не только объектом поклонения, но и источником получения информации о настоящем и будущем, знающими советниками и незаменимыми помощниками в лечении страждущих.

Традиционная картина мира приводит к формированию традиционного же представления о «здоровье» и «болезни» (*Адылов, 2008: 378*). В редких случаях болезнь может быть своеобразным свидетельством избранности для последующего духовного пути и предшественником появления особых способностей. Реальность того, что обозначается сейчас термином «*кыргызчылык*» — существование сверхъестественных способностей у избранных (*Айтраева, 2006: 120*), является предметом научных обсуждений и споров, фабулой множества самых невероятных историй и документальных описаний ритуалов, совершаемых на святых местах (*мазарах*). Собственно, кыргызская духовная практика не является в этом случае исключением (*Fry, 1976: 68*) — активные интеллектуализации окружают спиритические культы в Латинской Америке (*Koss-Chioino, 2003: 200*) и церемонии общения с духами предков в Африке (*Cox, 2005: 195*). Прекрасный пример инициации избранного и последующего обращения к духам (ритуал *doro remvura yenyota* — церемония посвящения старшему из предков — *VaBhunu*) у людей племени *Zezugu*, приводит в своей работе Питер Фрай (*Fry, 1976: 90*).

Не вдаваясь в подробности, отметим только поразительное сходство признаков «избранности» у людей *Zezugu* и отмеченных «*кыргызчылык*». Странная болезнь с неблагоприятным прогнозом служит своего рода предвестником последующей инициации. У «избранного» не остается выбора — или посвятить свою жизнь посредничеству между миром людей и Высшими силами, или погибнуть. Старейшина племени должен совершить обряд посвящения высшему духу в присутствии членов семьи. Обряд строго ритуализирован, проводится *n'ganga* (колдуном) и включает в себя традиционные песнопения, телодвижения и прием священного напитка (особого пива у *Zezugu*). После дня, проведенного в окружении близких родственников, обрядов *n'ganga*, ритуалов в честь старших духов — предков племени, избранный становится посредником в коммуникации между реальностями. Сигналом к завершению церемонии инициации становится его полное выздоровление.

Удивительно похожий алгоритм прослеживается у представителей кыргызской традиционной культуры. В частности, долгая и продолжительная болезнь с неясным диагнозом и бесполезные обращения к представителям официальной медицины повторяются в каждом случае. Непонятные и пугающие сновидения или видения становятся откровением (*аян*), во время которого избранный получает информацию о своем предназначении. Обязательный поиск старшего, учителя, способного разъяснить происходящее, и ритуал посвящения с жертвоприношением на святом месте в присутствии близких родственников знаменуют собой окончание свободы выбора жизненного пути и начало реализации своего предназначения.

Многочисленные интервью с людьми, избранными для духовного служения, с прогнозируемым постоянством демонстрируют одинаковые вехи их личностной истории. Свобода выбора в этом случае заключается в выборе между жизнью с предназначением и гибелью в случае отказа от него. Результаты балансирования между желанием «быть как все» и естественной базовой потребностью выжить принимают порой химерические формы. Эти люди в любом случае остаются «иными» как для современного, так и для традиционного общества, стигматизированными собственным даром чудаками — потенциальными клиентами представителей официальной психиатрии. Следует отметить, что «истинных» избранных, прошедших подобные испытания, немного. Гораздо чаще болезнь воспринимается как результат неверного понимания желаний, а иногда и требований арбаков или же возникает как следствие их явного недовольства действиями и самим образом жизни страдающего человека, как прямое указание изменить что-либо, например, восстановить нарушенную связь человек — природа.

Методологические сложности изучения традиционной картины мира и ритуалов

Перечисление трудностей, связанных с изучением особенностей традиционной картины мира и лечебных ритуалов, способно превратить данную статью в солидный манускрипт. Заметим только, что результаты использования даже столь, казалось бы, распространенного метода, как метод включенного наблюдения, существенно меняются в зависимости от степени «включенности» наблюдателя в систему, за которой наблюдение ведется. На знаменитый вопрос Альберта Эйнштейна (цит. по: *Пригожин*, 1986: 40) «Меняется ли Вселенная, если на нее смотрит мышь?» — мы без колебаний отвечаем: «Да», добавляя, что в процессе включенного наблюдения за Вселенной неизбежно меняется и сама Мышь — взаимодействие есть многосторонний процесс, приводящий к трансформации поведения всех участников. Нормальная доказательная наука в эпоху смены научных парадигм неизбежно теряет часть своей доказательности, так как новорожденные системы взглядов диктуют использование иных инструментов исследования даже, казалось бы, для уже хорошо изученных явлений. Отсутствие убедительных и логичных объяснений непонятных феноменов и их несоответствие принятой системе вызывает к жизни функционирование механизмов психологической защиты, таких как отрицание («этого не может быть, так как этого не может быть никогда»), рационализацию («это все самовнушение») и обесценивание («они тут все ненормальные»). Этот совершенно естественный процесс, помогающий справиться с возникающей тревогой при встрече с неизвестным и непрогнозируемым, формирует весьма прочные дополнительные барьеры, препятствующие исследованию всего того, что не вписывается в узкие «нормальные» рамки.

Попытки использования *количественных* методов исследования традиционной картины мира прогнозируют ряд артефактов, наиболее невинной причиной которых является понятное стремление респондента отразить в ответах на вопросы не столько «истину», сколько совокупность представлений о самом себе, которые могут быть достаточно далеки от репрезентаций того же самого человека окружающими. Более того, рутинные статистические методы обработки результатов не дают представления о динамике явления, фиксируя, как на фотопленке, какой-то определенный момент состояния системы, которая в другое время или при наличии других условий (например, иное отношение к группе исследователей) может претерпеть существенные изменения. Следует также отметить, что доступными для изучения часто становятся лишь поверхностные признаки фено-

мена, в нашем случае — открытое для окружающих поведение целителей и страждущих на *мазарах*, немногочисленные записи и документальные свидетельства, слухи и мифы, отношение к явлению со стороны широких слоев населения. Вывод о необходимости междисциплинарного (как минимум — историко-антропо-социопсихологического) подхода к описанию и объяснению того, что не вмещается в рамки какого-то одного научного направления, столь очевиден, что представляется банальным.

Тем не менее, не стоит отказываться от фотоаппарата только потому, что пока нет кинокамеры. Результаты использования комплекса строго формализованных интервью, полученных от 200 респондентов — жителей Таласской области, позволили подтвердить наличие мощного культурального подкрепления феномена народного целительства. Так, большинство (77,5%) опрошенных нами не подвергают сомнению факт существования людей, способных общаться с душами умерших; 44,9% респондентов уверены в том, что души умерших способны проявлять себя и общаться с живыми (заметим, не только с избранными). Похожие результаты демонстрируют ответы и на многие другие прямые утверждения интервью, описывающие способности посредников, их ответственность и значение для сообщества в целом.

Основные этапы целительских ритуалов

Киргизские традиционные ритуалы, предпринимаемые с лечебной целью, отличаются характером создаваемой «промежуточной» Вселенной. Они формируют условия для реальности, занимающей пограничное положение между миром, данным нам в ощущениях, и миром иррациональным, населенным духами умерших предков и Природы, сверхъестественными сущностями; измерением, где возможны события, противоречащие законам классической науки («чудеса»), миром страшным, но сильным. Ритуалы создают условия для диалога между обычными людьми и сверхъестественным при условии наличия подготовленного посредника — избранного, умеющего поддерживать контакт как с «этой», так и с «той» реальностью. Понятно, что избранные, вынужденные балансировать между реальностями, сами порой пребывают в пограничном состоянии, демонстрируя в ряде ситуаций радостно узнаваемые психиатрами признаки психического расстройства. Опять же понятно в целом негативное отношение представителей официальной медицины к народным целителям и борьбу против явления в целом: компромисс между двумя столь различными представлениями о мире кажется маловероятным. С другой стороны, предпринимаемые способы переубеждения

населения не могут иметь желаемую эффективность по двум основным причинам.

Первая заключается в том, что вера в сверхъестественное⁴, как убедительно доказывают постепенно завоевывающие популярность эволюционно-когнитивные исследования, является продуктом выживания и приспособления человека. Так, Дэвид Басс (*Buss*: 2008) повторяет, что «вера... есть результат эволюции, причем имеющий такое же значение для выживания и преуспевания человека, как и особое положение большого пальца на человеческой кисти», а убедительные данные изящных экспериментов когнитивного психолога — атеиста Джесси Беринг (*Bering*: 2002; 2004) позволили ему сформулировать следующий вывод: «Вера в Бога, в духов или в жизнь после смерти может быть побочным продуктом эволюционно приобретенного человеческим существом дара понимать параметры внутренней реальности себе подобного». Ни в коем случае не противоречит приведенным высказываниям мнение российского философа А.П. Назаретяна (*Назаретян*, 2002), придающего мистическому страху ранних гоминид перед умершими драматическую по адаптационному значению силу⁵. Способность наделять «другого» разумом («theory of mind») тесно связана с рефлексией, воображением и фантазированием, кроме того, это еще и результат проекции характеристик своей личности на то, что видится — слышится — чувствуется, поэтому характеры сверхъестественных персонажей вполне естественно отражают особенности внутренних состояний и поведения групп людей, принимающих без доказательств факт их существования.

Ритуалы целительства при всем своем многообразии имеют несколько стабильных составляющих: они проводятся в несколько этапов на святом месте (*мазаре*) в определенное время определенным человеком.

Основные ступени целительского ритуала неудивительным образом укладываются в алгоритм формирования классической диады «директивный психотерапевт — пациент». «Неудивительным» потому, что основные приемы работы с живым человеком с неизменной последовательностью повторяются в самых различных системах теоретических координат, многократно проверены практикой и рекомендуются к использованию начинающим специалистам.

Итак, *первый этап* (назовем его *подготовительным*) начинается с создания у страждущего мотивации обращения за помощью к другому — «знающему», более умелому и сильному, потенциально способному помочь. Логично, что формирование мотивации происходит одновременно с нарастающим осознанием ограниченности

своих ресурсов, отказа от собственных амбиций излечиться без посторонней помощи и, что немаловажно, готовности переложить ответственность за результат терапии на дружественные плечи. Желательно, чтобы фигура, от которой ждут помощи и на которую, соответственно, перекалдывают ответственность за последствия вмешательства, была как можно более могущественной. В этом отношении у народных целителей имеются определенные преимущества перед представителями официальной медицины. Первые являются всего лишь посредниками в коммуникации пациента со сверхъестественными силами (само воплощение могущества, другое дело — захочет ли подобная сила вмешиваться в динамику течения болезни — выздоровления), в то время как вторым в прямом смысле слова «трудно быть Богами». Заметим, что в среде избранных существует своего рода иерархия, в основу которой положено интуитивное понимание силы коммуникатора. Точно так же, как и в любой профессии, эффективность профессии посредничества между «той» и «этой» реальностями оценивается по конкретным результатам деятельности: способности правильно диагностировать недуг, предупреждать об опасности, подсказывать способ решения проблем.

Второй этап — ожидания процедуры, необходим для нарастания эмоционального напряжения у пациента и создания условий безоценочного восприятия словесных инструкций и действий целителя, которые принимают характер гипнотических внушений. Если добавить, что в этап ожидания процедуры входит еще и нелегкий горный путь к месту ее проведения, обмен позитивными (зачастую) слухами о могуществе как мазара, так и практикующего там святого человека, рассказы и легенды о чудесных событиях, то целитель получает, в соответствии с психотерапевтической терминологией, «хорошо подготовленного клиента» для работы в техниках директивного внушения. Напряжение этапа ожидания ритуала усиливается проведением жертвоприношения Высшим силам (Богу, покровителю мазара, духам предков), ведь именно они будут играть основную роль в процессе последующего лечения.

Третий этап — встреча с целителем или его помощником и налаживание эмоционального контакта. Отметим, что обязательной составляющей целительского дара является выраженная способность к эмпатии — сочувствию и сопереживанию. Целители обычно внимательные и активные слушатели, мастерски использующие известный в клиент-центрированной терапии прием вербализации. Эффективность этого приема, тем не менее, существенно зависит от способностей одаренного. Так, один из наиболее простых вариантов

заключается в назывании очевидных признаков страдания («у тебя болит голова..., ты боишься..., у тебя проблемы в семье»), в более сложных случаях целитель поражает пациента изложением таких подробностей его личной истории и настоящего состояния, которые могут быть известны только очень ограниченному кругу избранных. Источник подобных знаний, тем не менее, известен заранее — целитель является лишь посредником в коммуникации, а важность переданной им информации зависит от желания *арбаков* общаться с больным.

Дуйшенкул Адылов, подробно исследовавший феномен народного целительства в Кыргызстане, выделяет следующие основные категории посредников:

Шайык — хранитель святого места, избранный зачастую вне своего осознанного желания, посвятивший себя духовному служению. Многие *шайыки* демонстрируют способности к целительству без достаточной медицинской подготовки и могут иметь одну из перечисленных ниже «специализаций».

Куучу («прогоняющий») сходен с шаманом, он соединяет в себе жреца и врача (*дарыгера*). *Куучу* верят в *кудая* (древнего тюркского бога). Они — хранители уникального опыта кыргызских шаманских традиций; как «черные», так и «белые» *куучу* используют широкий арсенал самых разнообразных атрибутов. Так, подвески в виде хвостиков (*кандолек*) символизируют сильного мифического зверя, схожего с медведем. Оружие, чаще нож и плетка (*камча*) — это символы защиты от злых духов. Ритуальный *асатаяк* — символ жизни, и, одновременно, источник особого ритма во время сеансов коллективной магии.

Бакшы считают целительство своей основной профессией, они религиозны и соблюдают все обряды и предписания ислама. Многие из них обладают даром поэтической импровизации и хорошо играют на *комузе*. Процесс целительства часто начинается с песнопений и музыки, так как хорошая музыка, как и красивое, ритмичное слово, нравится духам.

Кез-ачык (ясновидящий) — человек, считающий себя способным предвидеть будущее, знать прошлое и диагностировать болезни других. Это целители, как считается, получившие в силу разных причин и мотивации «признание» духов, но как показывают наблюдения, не имеющие достаточного опыта работы и взаимодействия с пациентами.

Четвертый этап — *этап изменений*, во время которого налаживается мистический контакт с духами предков. Здесь используют

ся как усиливающие эффект приемы (ритм, молитва, музыка, мелодичное пение у дубана, причитания у женщин, выкрики), так и те природные средства, которые оказывают наибольшее лечебное воздействие именно на этом мазаре (умывание или обрызгивание водой из святого источника, питье, прикосновение к лечебным камням или деревьям). Чтение молитв, жертвоприношение и общая для всех участников ритуальная трапеза поддерживают состояние веры в помощь сверхъестественных сил.

Пятый этап логично включает в себя директивные инструкции для пациента о правилах поведения и ритуальной активности по возвращении домой.

Поиск компромисса между традиционно-духовным и научным подходами к оказанию психологической помощи

Феномен народного целительства в современном Кыргызстане продолжает быть популярным не только среди жителей регионов, но завоевывает признание среди хорошо обеспеченных и образованных горожан. Один из вариантов создания компромисса между традиционным и профессиональным подходом к терапии психических расстройств хорошо известен всем пациентам Республиканского центра психического здоровья, которые обращались как к врачам, так и к целителям. Этот способ подразумевает отчуждение причин болезни от ее симптомов. Причина расстройства объясняется в рамках традиционной парадигмы (например, нарушением связи человек — природа или человек — традиционное общество), поэтому с причинным фактором может справиться только избранный. Что же касается самих симптомов страдания, то (опять-таки с позиций традиционного мировоззрения), они могут сохраниться даже после вмешательства целителя. Подобный парадокс легко объясняется своего рода «порочным кругом органических изменений», который первоначально был запущен некой глубинной причиной страдания. В этом случае болезнь «с уже удаленной причиной» становится мишенью деятельности медика. Подобный способ разделения причин и симптомов страдания обычно не принимается представителями профессиональной медицины, которые настойчиво продолжают убеждать своих пациентов не обращаться за помощью к «шарлатанам». Тем не менее, уважение к модели мира другого человека не предусматривает отвержения его/ее взглядов на причины возникновения расстройства.

С момента образования культурно-исследовательского центра «Айгине» его сотрудники становились свидетелями случаев совместного ведения одного и того же пациента с непсихотическим расстройством двумя ко-терапевтами: народным целителем и психиат-

ром. В процессе подобного взаимодействия ведущая роль постепенно отводилась одному из членов терапевтической команды — в случаях соматоформных расстройств лидером становился народный целитель, в случае тревожно-фобических расстройств — психиатр. Наиболее важным результатом подобного сотрудничества явилось возрастающее доверие пациента к врачу, понимающему и принимающему особенности его/ее верований и не отрицающего терапевтический эффект традиционных целительских ритуалов.

Следует, тем не менее, отметить, что подобное взаимодействие предусматривает достаточную широту взглядов как психиатра, с одной стороны, так и врача, с другой. Молдо, запрещающий верующему обращаться за помощью к официальной медицине, не является хорошей кандидатурой для подобного терапевтического взаимодействия, так же как и ортодоксальный врач-психиатр, считающий народных целителей или «психически нездоровыми», или «шарлатанами» и не скрывающий своего негативного отношения к вмешательствам такого рода.

Результаты двойного патронажа позволяют утверждать, что подобное сотрудничество является эффективной формой взаимодействия при ведении непсихотических пациентов с традиционной картиной мира.

Литература

Адылов, 2008 — Адылов Д.У. Народные целители, практикующие на мазарах: истоки целительства и типы целителей, методы лечебного воздействия и критерии оценки квалификации // *Mazar Worship in Kyrgyzstan: Rituals and Practitioners in Talas*. Bishkek: Aigine Research Centre. P. 377-394

МКБ-10, 1994 — Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ. СПб.: «Оверлайн», 340 с.

Назаретян, 2002 — Назаретян А.П. Некрофобия и ее роль в человеческой предыстории // *Прикладная психология*, № 6. С. 34-48

Пригожин и др., 1986 — Пригожин И., Стенгерс И. Порядок из хаоса: новый диалог человека с природой. М.: Прогресс, 330 с.

Франкл, 1990 — Виктор Франкл. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 220 с.

Айтпаева, 2006 — Айтпаева Gulnara. The Phenomenon of sacred sites in Kyrgyzstan: interweaving of mythology and reality // *Conserving Cultural and Biological Diversity: The Role of Sacred Natural Sites and Cultural Landscapes*. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Paris: UNESCO. P. 118-123.

Bering, 2002 — Bering J.M. Intuitive conceptions of dead agents' minds: The natural foundations of afterlife beliefs as phenomenological boundary // *Journal of Cognition and Culture*. № 2. P. 263-308.

Bering, 2004 — Bering J.M., Bjorklund D.F. The natural emergence of reasoning about the afterlife as a developmental regularity // *Developmental Psychology*. № 40. P. 217-233.

Buss, 2008 — David Buss. *Evolutionary Psychology: The New Science of the Mind*. Boston, MA: Omegatype Typography, Inc..

Cox, 2005 — Cox James. Spirit mediums in Zimbabwe. Religious Experience in and on Behalf of the Community. № 6. P. 190-205.

Fry, 1976 — Fry Peter. Spirits of Protest: Spirit-Mediums and Articulation of Consensus Among the Zezuru of Southern Rhodesia // *Cambridge Studies in Social Anthropology*. № 14, Cambridge University press. P. 65-90.

Gabbard, 2000 — Glen O. Gabbard. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy // *British Journal of Psychiatry*. № 8. P. 117-122.

Koss-Chioino, 2003 — Koss-Chioino Joan D., Thomas Leatherman and Christine Greenway. *Medical Pluralism in the Andes*. London and New York: Routledge, 256 p.

Kendell, 2002 — Robert Kendell & Assen Jablensky. Distinguishing Between the Validity and Utility of Psychiatric Diagnoses. *Am J Psychiatry*, Jan 2003; 160: 4-12.

Szasz, 1960/2002 — Thomas S. Szasz. *The Myth of Mental Illness*. Perrenial: Harper Collins Publisher, 1960/2002.

¹ См.: *Thomas S. Szasz.* *The Myth of Mental Illness 1960/2002*. Именно Томасу Сазу принадлежит ставший классическим афоризм: «If you talk to God, you are praying; If God talks to you, you have schizophrenia».

² См., например, Wakefield J.S. *The concept of mental disorder*. 1992.

³ Особый статус «как бы» врача приобретает в общественном сознании и врач-психиатр.

⁴ Рискнем перефразировать: хотя бы на уровне желания поверить в чудо.

⁵ «Чрезвычайно развившийся психический аппарат таил в себе... опасность... и решающее приспособительное значение в процессе орудийного развития гоминид приобрело “болезненное воображение”, формирование мистического страха уберегло гоминид от реальной опасности самоистребления».

Е.Е. Ермакова

**ОФИЦИАЛЬНАЯ И НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА:
ПРОТИВОСТОЯНИЕ ИЛИ СОТРУДНИЧЕСТВО?**

Оказанием лечебно-оздоровительной помощи в наши дни занимаются не только врачи, фельдшеры, медсестры, но, как сто и тысячу лет назад, бабки, деды, лекари, знахари, колдуны, травники. Медицина разделена на «официальную» (академическую, профессиональную) и «неофициальную» (народную, традиционную и др.), но это разграничение условно, ибо последняя также вполне официальна, т.к. даже в варианте народного целительства разрешена законом РФ «Об охране здоровья граждан» (1993 г.).

Еще в 1923 г. Г.С. Виноградов писал: «Проникновение средств научной медицины в народ исследователю деревенской жизни интересно наблюдать потому, что народ подходит по-своему к оценке полезных качеств покупаемых им лекарств; многие лекарства, полученные из аптеки, применяются народом совершенно иначе, чем докторами — иным образом и против иных болезней» (*Виноградов, 1923: 46*). Интерес к взаимодействию народной и официальной медицины к настоящему времени только усиливается, приобретая, конечно, совершенно иные формы, чем это было почти 90 лет назад.

По нашим наблюдениям, и в сельской местности (чаще), и в городе существует некое «перераспределение» лечебных функций между медициной официальной и народной. С одной стороны, врачи рекомендуют своим пациентам обращаться к представителям народной медицины (например, для лечения грыжи у маленьких детей). Как утверждает один из информаторов, сейчас в больницах стали говорить: «Идите к бабушкам» (Савченко Л.К., с. Нижняя Тавда). Интересный случай «отождествления» практикующей знахарки с врачом — человеком в белом халате — записан мной от Л.Е. Шальгиной (с. Десятово Ишимского р-на): «Ну, я лет сорок лечу. Да. Сейчас мне надо хоть простыньку завертывайся. Я говорю: “Галя (дочь. — Е.Е.), прошу, принести мне из больницы халат, какой-нибудь принеси ты мне халат, ну”». С другой стороны, в некоторых случаях бабушки отправляют обратившихся к ним людей к врачам, особенно тогда, когда болезнь запущена. Р.Д. Мишарина (с. Ивановка Ялуторовского р-на) рассказала: «Мужчина в позапрошлый год пришел, на шее такой чирей здоровенный, я почертила, но уже... Говорю: “Надо чертить в меньшем размере...” Я говорю: “Обратись-ка ты в больницу”. Вырезали ему. А детям что я делаю — в больницу не ходят потом».

Обращение людей к услугам врачей продиктовано в основном традицией, а также некоторыми другими факторами, в частности, современной неблагоприятной ситуацией: так, штаты больниц, поликлиник и прочих медицинских учреждений сокращаются (особенно остро эта проблема, по моим наблюдениям, стоит в сельской местности Тюменской области), лекарства дорожают, многие из них уже почти недоступны. Кроме того, пропаганда безмедикаментозных (альтернативных) способов лечения со стороны СМИ (упомянем передачу «Малахов+» на Первом канале с огромной зрительской аудиторией) способствует переходу к народным способам лечения и профилактики многих болезней. Также имеет место дискредитация медицинской помощи, а истории, связанные с неудачным лечением, становятся своего рода притчей во языцех. Мною был записан, например, такой рассказ: «В деревне Бутусово проживал дедушка пенсионного возраста. Поехал в Тюмень, в больницу, на обследование. Прошел обследование, был какой-то нехороший диагноз, но врачи не сказали об этом, о диагнозе. И сказали приехать через год на новое обследование. Дед приехал домой, чувствует себя хорошо, но, как и положено, через год приехал снова на прием. Врач с удивлением сказал: “О, дак Вы еще живы! А мы думали, Вам недолго осталось”. Дед приезжает домой из больницы и следом умирает» (Г.К. Чаукерова, г. Тюмень; рассказала свекровь информатора, проживающая в д. Бутусово Ишимского р-на).

Мнение о народной медицине среди разных слоев населения видится неоднозначным. Цель настоящего исследования, основанного на социологическом опросе представителей официальной медицины, — выяснить, как относятся представители официальной медицины к медицине народной. Мнение этой референтной группы представляется важным по нескольким основаниям. За время господства в нашей стране марксистского учения было сформировано мнение о народной медицине (особенно той ее части, где были задействованы «иррациональные» приемы) как о пережитке прошлого. Отрицательное отношение к народной медицине (кстати, в том числе и к траволечению) насаждалось в первую очередь среди медиков. Однако со сменой власти в настоящее время отношение к народной медицине изменилось, и это видно, прежде всего, по количеству людей, обращающихся за помощью к представителям данной медицины (по нашим наблюдениям). В связи с этим интересно узнать мнение медиков-аллопатов о тех, кто практикует иные способы лечения и к кому «уходят» их пациенты.

Было опрошено (анонимно) 288 медицинских работников Тюмени, Заводоуковска, ряда сельских населенных пунктов юга Тюменской области, а также студентов старших курсов Тюменской государственной медицинской академии. Опрос велся три года, с 2005 по 2007 гг. Пилотные данные анкетирования были опубликованы (Ермакова: 2006). Отдельные наблюдения, в том числе сама анкета, также представлены в опубликованном издании (Ермакова: 2008).

Вопросы анкеты, предложенной медикам, можно отнести к трем типам:

- во-первых, это идентификационная группа вопросов, направленная на определение места жительства, образования, специализации, возраста самих медиков;

- во-вторых, это группа вопросов, выявляющая содержательный, когнитивный компонент — кого относят медики к представителям нетрадиционной медицины, что они понимают под нетрадиционными знаниями;

- в-третьих, это вопросы, выявляющие оценочный, эмоциональный компонент в отношении медиков к нетрадиционной медицине.

Анкетирование проводилось в течение трех лет в различных медицинских учреждениях. Сама анкета несколько видоизменялась, увеличивалось число включенных в нее вопросов. Не все респонденты по разным причинам отвечали на 100% вопросов, обозначенных в анкете. В итоге мы высчитывали проценты не от общего числа опрошенных, а от числа ответивших на конкретную группу вопросов. В некоторых случаях приводятся не процентные, а количественные данные, лучше иллюстрирующие ответы информаторов. В большинстве случаев на каждую группу вопросов приведено общее число ответивших.

Кто Вы?

Среди опрошенных респондентов 82% составили женщины, 18% — мужчины (всего 273 ответа). Средний возраст опрашиваемых — 37 лет (при этом 20 лет среди студентов и 41 год среди работающих медицинских работников). Большая часть имеет высшее образование — 51%, среднее специальное у 34%, незаконченное высшее (студенты) имеет 13%, послевузовское высшее (кандидат, доктор наук) — 1% и среднее начальное у 1% (всего 262 ответа). В выборку попали медицинские работники разных специализаций, при этом большинство из них — врачи, меньше младшего медицинского персонала — медсестер, еще меньше среднего медицинского персонала — фельдшеров. Большинство опрошен-

ных медицинских работников проживает в городе — 83%, в сельской населенной местности (село, деревня) — 17% (всего 246 ответов).

В данной статье (из-за ограничений ее объема) мы не рассматривали разницу ответов среди мужчин и женщин-медиков, среди работающих и студентов, а также не разграничивали ответы медиков, проживающих в разной местности. Однако, как показывает наше пилотное исследование, более консервативными, скептически настроенными по отношению к народной медицине оказались мужчины и сельские медицинские работники. Более осведомленными в вопросах народной медицины были городские медики по сравнению с сельскими (однако это может быть объяснено большим числом респондентов со средним образованием среди сельских медиков).

Например, больше разнообразных народных методов лечения знают городские медицинские работники; медицинские работники из сельской местности указали на знание в основном только траволечения. В опросе нам было важно выявить осведомленность медиков и студентов о том, знают ли они народных врачей, проживающих в одном с ними населенном пункте и в целом в стране. Более осведомленными в этом вопросе оказались студенты, а также городские медики, менее осведомленными — сельские медики, хотя узкие рамки деревенского социума, казалось бы, предполагают большую осведомленность о практикующем знахаре. Тем более в селах, где проводился опрос, по нашим сведениям, такие люди есть, причем часто их несколько на один населенный пункт. Осведомленнее по сравнению с сельчанами оказались горожане (городские медики и студенты) и в знании имен народных врачей.

Наконец, важным с точки зрения отношения работников официальной медицины к медицине народной является вопрос о правомерности существования народной медицинской практики. Сельские медики свои ответы никак не уточняли, в чем проявилась их меньшая заинтересованность в данном вопросе, меньшая социальная активность по сравнению с врачами городскими и студентами. В ответах на этот вопрос более либеральными были городские медики.

Что Вы думаете?

Нам важно было выявить, как медицинские работники относятся к народной медицине. Положительный ответ дали 61% респонден-

тов, отрицательно к народной медицине относится 14%, безразлично — 25% (всего 277 ответов). Некоторые респонденты объяснили свой скептический настрой так: «народных целителей, действительно занимающихся народной медициной, мало, много шарлатанов, использующих это как средство заработка»; «некоторые элементы ее возможны в профилактических и в незапущенных случаях».

Далее мы просили отдельно уточнить отношение к траволечению и лечению заговорами. Более лояльно медики относятся к траволечению по сравнению с лечением только заговорами — 73% (с комментариями: «если есть опыт и знание у народных целителей», «к знатокам трав») и 23% (с комментарием «когда для облегчения важен психический момент») соответственно. Отрицательно относится 24% к траволечению (комментарий: «к знахарям-невеждам, эксплуатирующим веру больных») и 41% к лечению заговорами. Безразлично — 2% к траволечению и 30% к лечению заговорами. В группе ответов «другое» (1% — травы и 2% — заговоры) были следующие комментарии: траволечение «принимаю как часть лечения» и «только в сочетании с методами традиционной медицины»; лечение заговорами возможно, «если болезнь не угрожает жизни и заговор — в качестве внушения — то положительно (т.к. есть психосоматика)».

При опросе нам был важен эмпирический опыт медицинских работников, связанный с обращением к услугам народной медицины. На вопрос «помог ли народный врачеватель Вашим знакомым, друзьям справиться с болезнью» положительно ответили 60%, отрицательно — 39% (1 ответ — «нет, и не верю») (всего 121 ответ). Интересно, что 37% опрошенных сами обращались к народным врачевателям за лечебной помощью (всего 275 ответов), при этом весьма внушительным выглядит список болезней, которые названы респондентами. Обращались с заболеваниями практически всех систем и органов. Среди самых частых заболеваний: различные виды грыжи — 47 случаев обращения (больше всего); нервные заболевания (испуг, слез, уроки, порча, детский родимчик, детская невралгия, неврастения, невроз, эпилепсия, заикание); кожные болезни (бородавки, дерматит, лишай, ожог, рожа, шипицы, экзема); болезни ЖКТ (дисбактериоз, желчнокаменная болезнь, «заболевания живота»); заболевания дыхательной системы (болезни органов дыхания, бронхиальная астма, бронхит); заболевания сердечно-сосудистой, костно-мышечной и эндокринной систем, онкозаболевания, иммунные болезни, болезни женской и мужской половой сфер и др.

Любопытным также представляется вопрос «Принесло ли Вам пользу лечение у народных врачей?» Положительно ответили на него 81% (!) респондентов, отрицательно — 17% (другое — 2%) (всего 116 ответов). Только 2% лечение у народных целителей принесло, как они считают, вред (всего 58 ответов).

В анкетах мы просили описать те методики, средства, которые применяли лекари. Чаще всего это было лечение заговорами, молитвами и траволечением. Например, использование заговора: «Вокруг шипицы завязывали нить на 2 узелка, затем ее закопали в землю под дверными петлями, и бабушка сказала, что не увидишь, не услышишь, как она пройдет. И действительно, где-то через месяц ее не стало». Пример траволечения: «Врачеватель посмотрел на человека, назвал точный диагноз, который совпал с диагнозом, поставленным доктором в медучреждении, затем попросил привезти травку, рассказал, как пользоваться». Респонденты описывают и ритуальные действия: «Закоптила обух топора лучиной и намазала лишай, сошло сразу и навсегда (с наговором), на закате солнца»; «на сучок чертила, мел на красную тряпочку строгала и прикладывала к ноге (шептала, безымянным пальцем и наговаривала)». Также упоминаются (в единичных случаях) гирудотерапия, иглоукалывание, массаж, дыхательная гимнастика, выливание воском, гомеопатия.

Из ответов на вопрос «Где проживал тот врачеватель, к которому Вы обращались?», мы выяснили, что список адресов чрезвычайно многообразен: здесь населенные пункты Тюменской области и Ханты-Мансийского автономного округа (называются чаще всего), а также других областей, республик и даже стран — Кемеровская (р.п. Яшкино), Свердловская, Курганская, Новосибирская, Волгоградская (г. Камышин) область, Алтай, Карелия, Китай (Пекин), Казахстан (г. Караганда).

Наконец, в этом разделе важным с точки зрения отношения работников официальной медицины к медицине народной является вопрос о правомерности существования народной медицинской практики. Признают ее правомерной 65% респондентов, не признают — 35,5%, ответ «другое» — 9,5% (всего 244 ответов). В анкетах респонденты указали свое отношение к народной медицине, отметив варианты ответов: «считаю это бессмысленным и бесполезным, в наше время есть более современные, эффективные методы лечения», «при наличии сертификата для врачевания», «если законом разрешено, то пусть лечат», «более эффективны гомеопатические методы лечения», «если лечат свои родственники», «заговоры», «не знаю», «по мере востребования», «траволечение»,

«если есть медобразование», «альтернативный вариант традиционной медицине либо дополнение», «только в случае доказанного и проверенного эффекта от лечения», «да, если не шарлатанство и не метод зарабатывать путем обмана», «в целом народные советы не исключаю, но занятие практикой не признаю», «для тех, кто верит в нее» и др.

Что Вы знаете?

Осведомленность медиков о народных медицинских знаниях освещают ответы на вопрос: «Знаете ли Вы народные методы лечения?» В целом их знает больше половина опрошенных — 59%, не знает 41% (всего 261 ответ). Примерно такое же соотношение тех, кто применяет народные методы лечения для себя, своих родственников, пациентов — 57% и 42% (другое — 1%) (всего 134 ответов).

Среди известных медицинским работникам народных методов лечения преобладает лечение препаратами, изготовленными на основе трав: траволечение используют 120 человек (некоторые указали конкретные рецепты). Апитерапия знакома 31 респондентам, лечение пиявками — 25, лечение заговорами, молитвами известно 19 опрошенным.

Были названы также следующие способы лечения и профилактики заболеваний: обереги, металлотерапия, биоэнергетика, биоэнерготерапия, лечение медвежьей желчью, жиром, работа по причинно-следственной методике, использование ушной серы при герпесе, баня, закаливание, кумысотерапия (при туберкулезе), лечение солью, перекисью водорода, гомеопатия, гирудотерапия, водолечение, подтягивание внутренних органов и др. В то же время некоторые студенты на вопрос о знании ими нетрадиционных методов лечения проявили нигилистическое недоверие к народной медицине: «я в это не верю и никогда не обращусь» — 1; «я не знаю, доверяю специалистам» — 1.

Ответы медиков на вопрос об источнике получения знаний разнообразны. Эти источники можно разделить на несколько групп (всего 230 ответов). Первая группа — родственники: мама, бабушка (в совокупности 35%), отдельные случаи получения знаний от отца, родственников, тети, жены. Вторая группа — печатные источники и СМИ: из книг — 27%, отдельные случаи — газеты, газета «Здоровый образ жизни», журналы, журнал «Вестник надежды». Третья группа — во время обучения (12%). От знакомых, в том числе знакомых целителей, врачей и т.п., узнали о народных методах лечения 12% респондентов. Упоминались и иные (единич-

ные) источники получения таких знаний: все источники, из разных источников, из жизни, из личного опыта, из общения, история медицины, общеизвестно, самостоятельно, случайно, цикл фитотерапии, «не надо мне это — я буду врач». Любопытно, что у 47 опрошенных с помощью народных способов лечили родственники, чаще бабушка и затем мама (всего 118 ответов).

В опросе нам было важно выявить осведомленность медиков и студентов о том, знают ли они народных врачей, проживающих в одном с ними населенном пункте и в целом в стране. Так, на вопрос «знаете ли Вы народных врачей, проживающих в Вашем населенном пункте» ответило «да» 31% респондентов, «нет» — 69% (всего 271 ответ). На вопрос «знаете ли Вы народных врачей, которые проживают в другой местности (районе, области, стране)» мы получили такие ответы: «да» — 30%, «нет» — 70% (всего 237 ответов). Среди персоналий чаще всего назывались Л.Н. Сурина (тюменская травница) — 30 опрошенных и В.И. Диккуль — 15 опрошенных. Упоминалось множество других имен — от известных по всей России до местных целителей: Г.П. Малахов, Ванга, Касьян, Кашпировский, Чумак, Норбеков и др. Был и ответ: «Зайдите в книжный магазин. Большинство друг друга переписывают. Ничего нового. Начиная с Авиценны». По ответам на данный вопрос можно также определить, что представители официальной медицины вкладывают в понятие «нетрадиционная медицина». В предлагаемых списках мы видим экстрасенсов, травников, костоправов, «народных целителей» (так позиционируют упомянутую Н. Степанову в различных изданиях), ясновидящих, гирудотерапевтов, тех, кто занимается гаданием, создателей нетрадиционных систем оздоровления организма.

Больше всего медики симпатизируют таким методам лечения, как фитотерапия (43%), гирудотерапия (17%), лечение заговорами, молитвами (13%), сочетание лечения заговорами и травами (11%), апитерапия (8%).

По итогам опроса можно отметить интерес представителей официальной медицины к медицине народной и традиционной. Он заключается не только в одобрении, но и в знании врачами многих методов, приемов, имен из альтернативной медицины, которая во многом противоположна аллопатической медицинской практике. Однако негативное отношение медиков к народной медицине может быть продиктовано, в частности, ее незнанием. Большее количество положительных отзывов о народной медицине среди городских медиков по сравнению с сельскими (хотя гипотетически мы предпо-

лагали, что результаты будут обратными) вызвано, с нашей точки зрения, несколькими причинами. Можно предположить, что на положительное отношение влияет более высокий уровень образования городских медиков, большая информированность в этом вопросе. У них больше возможностей в выборе того или иного знахаря, чему способствует материальное состояние (если лечение платное) и осведомленность о знахарях, специализирующихся на лечении конкретной болезни.

Можно процитировать ответ одного из информаторов: он признает «любой метод нетрадиционной медицины, который вселяет надежду на исцеление и успех, если есть у пациента вера». Думается, этого мнения о народной медицине, судя по статистике, придерживается большинство наших респондентов, не отмечая те методики лечения, которые действительно помогают.

Литература

Виноградов, 1923 — *Виноградов Г.* К изучению народной медицины у русского населения Сибири: Инструкция и программа. Иркутск: Тип. ГубВПО, 1923, 56 с.

Ермакова, 2006 — *Ермакова Е.Е.* Народная медицина: взгляд со стороны официальной медицины (по данным пилотного опроса) // Вестник Тюменского государственного университета. 2006. №4. С. 43-49.

Ермакова, 2008 — *Ермакова Е.Е.* Традиционные магико-медицинские знания: учебно-методическое пособие / под ред. *В.И. Харитоновой*. Новосибирск: Наука, 2008, 119 с

Список упомянутых информаторов

Мишарина Раиса Дмитриевна, 1933 г. р., место рождения (далее: м.р.) и место жительства (далее: м.ж.) — с. Ивановка Ялуторовского р-на. Комизьянка. (Лето 2005 г.)

Савченко Любовь Константиновна, 1948 г. р., м. р. и м. ж. — с. Нижняя Тавда. Кладовщица, завхоз. (Лето 2004 г.)

Шалыгина Любовь Егоровна, 1936 г. р., м. р. — д. Коротаяевка Казанского р-на; м. ж. — с. Десятово Ишимского р-на. Грамотная. Колхозница. Русская. (Лето 2004 г.)

Чаукерова Гульзара Кабибуллоевна, 1977 г.р., м. р. — с. Степное Сладковского р-на; м. ж. — г. Тюмень. (Июль 2007 г.)

В.Н. Трофимов

АРХЕТИП ТЕНИ

В ТРАДИЦИОННОЙ И НЕТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЕ

Поскольку в использовании терминов «традиционная» и «нетрадиционная» медицина существует путаница, условимся, что первым термином здесь будет обозначаться медицина официальная, аллопа-

тическая, а вторым — вся та обширная, в действительности куда более древняя и соприродная человеку область целительских практик, к которой можно отнести шаманское целительство, экстрасенсорные виды воздействия, народные магико-медицинские практики и т.д. Объясняется это тем, что так называемая «нетрадиционная» медицина чрезвычайно бурно эволюционирует в последние десятилетия, лишь внешне, на наш взгляд, опираясь на архаическую, исчезающую в глубине веков традицию. В действительности философия какой-либо ветви «нетрадиционной» медицины может быть и самой современной, постмодернистской, только поверхностно заимствующей некоторые подходы и методики древности. Похоже, чистые реликты сакральной, архаической медицины сохранились только в ограниченных областях проживания народностей, являющихся носителями соответствующей ментальной карты, а в большинстве случаев идет процесс перемешивания, взаимной инфильтрации различных подходов и представлений. Но именно эта стихийность, непредсказуемость и спонтанность «нетрадиционной» медицины позволяет нам, мысленно встав на позицию властей предрешающих и довлеющих установок официальной позитивистской науки, считать ее пребывающей ныне вне рамок господствующей «традиции». Возможно, спустя десятилетия или столетия вновь что-то изменится, и две эти ветви сольются, образовав нечто третье. Но при этом всегда, подтверждая многообразие, противоречивость жизни и самой природы человека, будут образовываться новые маргинальные ветви медицины, в том числе, и тупиковые, и прогрессивные.

Собственно, что такое медицина? Это область науки и практическая деятельность, направленная на сохранение и укрепление здоровья людей, предупреждение и лечение болезней. Однако само понятие «болезни» применительно, по крайней мере, к некоторым областям медицины представляется сейчас недостаточно корректным. Так, Ю.В. Попов и В.Д. Вид во введении к «Руководству по современной клинической психиатрии» пишут, оправдывая отказ от термина «болезнь» и замену его на термин «расстройство»: «Непривычным и, возможно, спорным может показаться и само отсутствие таких понятий, как «болезнь», «заболевание», но поскольку традиционные в медицине требования к нозологической привязке нередко трудновыполнимы в психиатрии, термин «расстройство», употребляемый в МКБ-10, представляется достаточно удачным. Он указывает, прежде всего, на определенную дисфункцию, отклонение от нормы, доставляющее индивидууму или его окружению выраженное беспокойство или даже страдание» (Попов и др., 2007: 7-8). Иными словами, право голоса получает сам человек и

его окружение, а не только посторонний эксперт с прибором в руках. Сам человек субъективно оценивает степень выраженности своего беспокойства и страдания, делая вывод в пользу условной нормы или патологии. Но есть в этом и определенное лукавство, поскольку ни одно государство, как системно выстроенный организм, со всеми его социальными институтами, не рискнет доверить ни одному из своих членов выступить в роли окончательного и единственного арбитра по вопросу «болен» («расстроен») или «здоров» («нормален»). И меньше всего этой свободы можно ожидать именно от психиатрии.

Таким образом, дипломированный государственный специалист в области официальной «традиционной» медицины все-таки выступает в роли того самого постороннего эксперта с прибором или тестами в руках, который выносит в спорных случаях вердикт за самого пациента «нормален» или «ненормален». Это значит, что официальный врач высказывается не от себя лично, а наделяется властью, за которой стоит весь ресурс государственной машины, включающий органы правопорядка, суды, социальные службы, исправительные учреждения и т.п. Подобная ситуация, безусловно, чревата конфликтами той или иной степени остроты между «традиционной» медициной и гражданами, не разделяющими мнения большинства, использующими свою собственную ментальную карту здоровья и отклонений от него.

Если воспользоваться метафорой аналитической психологии К. Юнга, «традиционную» медицину можно наделить качествами архетипа «персоны», а «нетрадиционную» качествами «тени». Юнгианский аналитик А. Гуггенбуль-Крейг в своей работе «Власть архетипа в психотерапии и медицине» пишет: «Философия «нормальности и социальной адекватности» не всегда была ведущей. В частности, ранние и средневековые христиане придерживались иных взглядов. Они не стремились к воспитанию здоровых «нормальных» и социально адекватных людей, а заботились о спасении души и обретении царства небесного...» И далее: «На протяжении истории ориентиры духовного и общественного развития человека менялись до неузнаваемости, и современный взгляд на задачи, стоящие перед индивидом, не единственный и, разумеется, не последний в этой бесконечной череде мнений» (*Гуггенбуль-Крейг, 1997: 9-11*)

Мы полагаем, что только самые наивные граждане видят в «традиционной» медицине «жену Цезаря», которая всегда вне подозрений. Коллективное бессознательное, проявляющее себя в мифах и анекдотах, зорко подмечает архетипическую фигуру тени в корпоративно сплоченных рядах представителей «традиционной» медицины. Порой дипломированный врач ассоциируется с такими качествами,

как черствость, цинизм, некомпетентность, корыстолюбие, механистичность по отношению к пациенту, бездуховность, властолюбие, лицемерие, зауженный, нецелостный подход к человеку, граничащий с патологическим упрямством, уверенностью в собственной непогрешимости и праве вершить судьбы людей. Достаточно вспомнить фразу доктора из анекдота, у постели больного советующегося с коллегой: «Ну что, будем лечить или пусть живет?» А ведь медицина сейчас это не только власть, но и прибыльный бизнес. Как во всяком бизнесе, в ней идет ожесточенная борьба за рынки сбыта, за деньги потребителя и не только внутрицеховая, но и со всеми внешними конкурентами, в частности, с представителями «нетрадиционной» медицины. Самое распространенное мнение о последних, циркулирующее среди «традиционных» специалистов, — это мнение как о недоучках и шарлатанах.

Кстати говоря, особенности архетипа тени таковы, что он, как правило, возникает в результате срабатывания механизма проекции, переноса собственных, вытесненных из сознания негативных качеств, на внешние объекты. Так, наделенный властью и государственным ресурсом, представитель «традиционной» медицины может видеть в своем «нетрадиционном» оппоненте все то, чего не желает замечать в себе. Упомянутый выше Гуггенбуль-Крейг приводит в качестве примера этому практику средневековой инквизиции, внешне руководившейся самыми благими намерениями. Вместе с тем, граждане, становившиеся объектами ее пристального внимания, теряли зачастую здоровье, чувство собственной аутентичности и самоуважения, имущество, а то и жизнь.

Наверное, было бы честнее задаться следующим вопросом: «Почему, несмотря на внедрение новейших технологий, порожденных научно-техническим прогрессом, несмотря на сравнительно высокую грамотность и информированность населения, спрос на “нетрадиционную” медицину не только не исчезает, но остается стабильно высоким, если не растет?»

По нашему мнению, одной из причин является тот факт, что для большинства вполне нормальных людей, не склонных рассматривать самих себя лишь в качестве биологических машин, не имеющих трансцендентной цели, здоровье служит только средством, условием для чего-то более важного. Но деятельность любого из узких специалистов «традиционной» медицины не рассматривает здоровье в таком широком контексте, наоборот, подобный специалист считает свою работу законченной, как только снята острота симптоматики или восстановлено функционирование подведомственной ему системы.

В результате неудержимо растет количество хроников, не имеющих возможности установить наличие взаимосвязей между причиной и следствием. Многие, если не большинство, пациентов «традиционной» медицины никогда не смогут найти ответа на следующие сакраментальные вопросы: «Откуда взялась моя болезнь? Почему я болею именно этой болезнью? Наконец, почему этой болезнью болею именно я, как уникальная личность, не желающая прозябать в бессмысленном мире статистических закономерностей и случайных совпадений?» Медицина «традиционная» профанирует духовное измерение, опираясь на следующую небесспорную аксиому: «В здоровом теле здоровый дух». В общем, если вновь вернуться к примеру из коллективного бессознательного, можно в ответ на озабоченность пациента тем или иным телесным страданием привести фразу из еще одного анекдота: «Это Вы съели чё-нибудь».

Американский психиатр Е. Фуллер Торрей, подчеркивая экзистенциальную составляющую любой болезни, пишет в своей книге «Древний Шаманизм, Средневековое Знахарство, Современная Психотерапия»: «Сам акт поименования причины имеет терапевтический эффект. Тревога и беспокойство клиента уменьшаются, если он знает, что уважаемый и пользующийся доверием терапевт понимает, в чем суть проблемы... Оно (поименование) говорит пациенту, что кто-то понимает, что он не остался один на один со своей болезнью, и это подразумевает, что есть способ вернуться в здоровое состояние... При сравнении шаманов и психоаналитиков он (К. Леви-Строс) обнаружил, что целью и тех и других является выведение на сознательный уровень конфликтов и блокировок, которые остались в подсознании пациента. Процесс дачи имени, то есть использования слов в качестве символов того, что породило проблему, эффективен не в силу того, что именно передается значением этих слов, «а потому, что это знание делает возможным особое специфическое переживание, в результате которого конфликты материализуются в том порядке и на том уровне, которые создают условия для их свободного развития и ведут к их рассасыванию». Другими словами, когда терапевт корректно указывает и называет причину проблемы (в психиатрической терминологии «дает корректную интерпретацию»), то клиент способен разрешить этот конкретный конфликт» (Фуллер Торрей, 2003: 30).

Отсюда проистекают еще два соображения. Первое связано с тем, что в бездуховной «традиционной» медицине пациент со своим страданием не подключается ни к какому более масштабному контексту, плану бытия.

Значит, он и не может использовать ресурса «большого трансцендентного семантического поля». При этом официальная медицина признает эффект плацебо, но рассматривает его слишком узко, не вникая в глубинное содержание феномена. Что значит «самовнушение» в каждом конкретном случае, почему именно этот пациент верит в действенность именно этого средства или именно этому специалисту? Какие смысловые, ассоциативные связи устанавливаются в бессознательном, давая эффект исцеления?

Второе соображение связано с тем обстоятельством, что процесс поименования, или интерпретации должен быть действительно корректным, эффективно работающим, то есть, обязан попадать в цель. Е. Фуллер Торрей пишет об этом в цитированной выше работе: «...для того, чтобы знать правильное имя, терапевт должен разделять, хотя бы частично, взгляд на мир, присущий его пациенту, особенно ту часть этого взгляда на мир, которая непосредственно касается самого заболевания. Психиатр, который скажет неграмотному африканцу, что его фобия связана со страхом неудачи, или знахарь, который скажет американскому туристу, что его фобия возникла как следствие вселения в него духа предка, встретят в ответ одинаково пустой взгляд» (Фуллер Торрей, 2003: 31).

Спрос рождает предложение. Не является ли рост популярности альтернативных, «нетрадиционных» видов медицины ответом на содержащийся в коллективном бессознательном запрос, вызванный фрустрацией чувства принадлежности к чему-то большему, недовольством атомизированностью, разобщенностью современных людей, взыскующих какого-то объединяющего смысла, консолидирующего мифа, ищущих общечеловеческие корни в глубокой древности? Холодный, подобный рациональной машине, бездушной матрице, компьютерной игре мир, озабоченный умножением материальных благ, тотальной конкуренцией, стяжательством, войной всех против всех, может, сам того не желая, вызвать из области коллективной тени хорошо забытую, но вечную архетипическую фигуру пророка, психопомпа, посредника между тленным, суетным, профанным и вечным, величавым, сакральным.

Эта теневая фигура способна спровоцировать, побудить, как это всегда и было, многих желающих занять прельстительное место сверхчеловека. Но многие ли среди «званных» окажутся «избранными»?

В среде народных целителей, экстрасенсов, шаманов, как можно предположить, по определению еще меньше скромности, смире-

ния, самокритики, примет диалектически корректной осознанной этики, чем у представителей «традиционной» медицины. Во-первых, «нетрадиционные» медики пребывают в оппозиции, своеобразном андеграунде, должны кому-то что-то доказывать, бороться, завоевывать жизненное пространство и клиента, а значит, любое сомнение в обоснованности их сверхчеловеческих притязаний может быть истолковано как неуверенность, низкое качество специалиста. Как известно из опыта, ни один классический директивный гипнотизер, типа Кашпировского, не может ни на секунду позволить себе на публике предстать сомневающимся, по-человечески несовершенным, открытым, доверчивым, слабым. Во-вторых, заказчик сам вольно или невольно наделяет «нетрадиционного» целителя чертами сверхчеловека, всезнающего, всемогущего, таинственного, непостижимого и ужасного, как Гудвин. Кроме того, что это само по себе лестно и приятно, это еще и технически целесообразно, так как повышает количество клиентов и процент исцелившихся. В-третьих, по мнению К. Юнга, скромное человеческое Эго таких специалистов подвергается профессиональной деформации, или инфляции, будучи поглощенным мощной архетипической фигурой Пророка, Спасителя и т.п. Состояние это, судя по всему, еще и просто приятное, так как подобная «мана-личность» накачивается энергией коллективного бессознательного, вызывающей состояние пьянящего экстаза или хотя бы эйфории. Надо полагать, отказ от этой роли соизмерим с синдромом отмены у наркомана. В-четвертых, вера в могущество «нетрадиционного» целителя, в общем-то, может быть достаточно нелепой, не требующей доказательств, как и всякая вера — лишь бы срабатывало. А это открывает дорогу не только искренне влюбленным в себя маниакальным субъектам, но и чистой воды шарлатанам. Кстати, на всякий случай, дабы не быть схваченными за руку, такие «специалисты», в свою очередь, помещают официальную медицину в область тени, огульно отрицая все ее завоевания и достоинства. Если подобный целитель кому-то не помог, то в этом, по его мнению, виноват сам клиент — не достаточно верил своему гуру, не соблюдал заморочных рекомендаций, позволил себе в них усомниться, обращался к конкурентам и т.п.

Строго говоря, конфликт между «традиционной» и «нетрадиционной» медициной далеко не всегда достигает большого накала. В обычной житейской практике, на уровне конкретных людей проблемы подчас мирно разрешаются — как раз тогда, когда ни одна из сторон не узурпирует право на истину в последней инстан-

ции и не видит в оппоненте воплощения «темных сил». Врачи официальной медицины — в какой-то части, тоже живые, сомневающиеся в своем всемогуществе люди. Столкнувшись с собственной беспомощностью, руководствуясь своим опытом или советами заслуживающих доверия лиц и опираясь на здравый смысл, они, не афишируя этого, могут сами порекомендовать кому-то из своих плохо поддающихся излечению пациентов того или иного целителя, экстрасенса или шамана.

Сложнее складывается ситуация тогда, когда «традиционные» медики берутся аттестовать и сертифицировать специалистов из той области, в которой сами не разбираются, хотя из соображений экономических это весьма выгодно и престижно. Всегда легче критиковать, поучать, разрешать или запрещать, чем работать и что-либо доказывать самому. При этом можно для солидности использовать какие-нибудь приборы и механизмы, якобы измеряющие эффективность целительского воздействия, игнорируя тот факт, что природа его до сих пор не известна, а значит, и измерению не поддается. А кроме того, по заказу ни один представитель творческой профессии не может гарантированно выдавать на-горб шедевры — ни поэт, ни художник, ни музыкант, особенно если он увешан датчиками, должен понравиться недоверчиво, а то и небескорыстно настроенному дяде, да еще и в жестко отведенные сроки и в жестко заданных условиях. Вообще-то, настоящие состоявшиеся целители редко нуждаются в подобных экспериментах, их выручает сарафанное радио, которому безразличны глубокомысленные заключения всяческих комиссий. Вероятнее как раз то, что человек, сделавший «нетрадиционную» медицину бизнесом, прагматично поставивший ее на поток, просто купит себе заключение любой комиссии и все. В оправдание подобной практики можно сказать только, что она в какой-то степени противостоит полному хаосу и анархии, а некоторые члены подобных экспертных комиссий, может быть, остаются порядочными людьми, настоящими учеными, а не циничными стяжателями, использующими преимущества официальной медицины и своего положения.

Существует ли какой-нибудь выход, способ разрешения проблемы? На наш взгляд, он заключается не в поиске простых и сиюминутных механизмов по типу поголовного запрещения или тотальной стандартизации. Как было сказано выше, мы видим возможности постепенного сближения «традиционной» и «нетрадиционной» медицины в холистическом, целостном подходе к человеку. Современные направления психосоматической медицины, юнгианская аналитическая психология, психосинтез, трансперсональная, процессуальная

психотерапия, с одной стороны, и современная непредвзятая антропология, использующая интегральный подход к человеку, с другой, — должны войти в программу если не старших курсов медицинских вузов, то по крайней мере в программу последипломного медицинского образования. Тогда альтернативная «нетрадиционная» медицина выйдет из области тени, станет предметом изучения, а не поношения и обогатит философию современной медицины. Сейчас «нетрадиционным» целителям зачастую просто не с кем да и бессмысленно разговаривать, так как «традиционные» медики глубоко несведущи в этих вопросах и предвзято настроены.

Следующим условием гармоничного разрешения противоречий было бы, как мы считаем, привитие культуры супервизии и Балинтовских групп как среди «традиционных», так и среди «нетрадиционных» специалистов. Предоставление возможности открыто и доброжелательно обсудить какой-либо случай из практики способствует профессиональному росту, предупреждает развитие профессионального выгорания со всеми вытекающими из него издержками, делает медицину прозрачной и человечной. Здесь уже вполне применима административная мера, ставящая выдачу профессионального сертификата в зависимость от регулярного участия в супервизорских и Балинтовских группах. Сами ведущие подобных групп должны проходить всестороннюю и углубленную подготовку, предполагающую наличие теоретических знаний и практических навыков как в сфере «традиционной», так и в области «нетрадиционной» медицины.

Но все эти условия, в свою очередь, зависят еще от одного, самого важного условия — воли государства в лице его законодательной и исполнительной власти. Если государство является социально ориентированным не номинально, а фактически, то его политика в сфере здравоохранения будет направлена на удовлетворение нужд человека, а не на получение сверхприбылей и экономию на несчастьях и страданиях людей во имя самой экономии. Если человек в государстве действительно является мерилом всех вещей, то оно будет чутко прислушиваться к его потребностям во всем их многообразии. Оно не будет отрицать пестроты и многоголосия человеческого сообщества. В первую очередь, само государство через внутреннюю и внешнюю политику, если уподобить его некоему собирательному образу множественной личности, воплощению коллективного разума, будет подавать пример здоровья и динамического равновесия, гармонич-

ного разрешения диалектических противоречий, устремленности к высоким идеалам.

В противном случае центростремительные силы, направленные на расщепление, деструкцию, разрушают само государство, и тогда каждый его член будет сам за себя, сам для себя, и его целью останется только выживание любым способом, и эта цель будет оправдывать средства. В целом мир, конечно, не рухнет, но прервется связь времен, и уже другие, пока неизвестные, но более разумные люди будут населять эту территорию, объединяя усилия для взаимного обогащения «традиционной» и «нетрадиционной» медицины, а память об исторических неудачниках растворится в архетипической тени.

Литература

Гуггенбель-Крейг, 1997 — *Гуггенбель-Крейг А.* Власть архетипа в психотерапии и медицине. СПб.: Б.С.К., 1997, 117 с.

Попов и др., 2007 — *Попов Ю.В., Вид В.Д.* Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро, 1997, 496 с.

Фуллер Торрей, 2003 — *Фуллер Торрей Е.* Древний Шаманизм, Средневековое Знахарство, Современная Психотерапия. М.: Издатель «Valbe», 2003, 296 с.

Э. Вигет

ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА НАВАХО И ЗАПАДНАЯ МЕДИЦИНА СЕГОДНЯ

В этом докладе я буду говорить о традиционных верованиях и целительских практиках индейцев племени Навахо и об их взаимоотношениях с западной медициной.

Навахо появились в пустынях американского юго-запада сравнительно недавно, начав свой путь на юг от восточных склонов Скалистых гор Канады около 700 лет назад. Изначально навахо были охотниками и собирателями, хотя позже, когда обосновались на открытых местах и в горах между деревнями индейцев пуэбло, они переняли от соседей сельскохозяйственный комплекс, основанный на кукурузе, тыкве и бобах. Коневодство и овцеводство они позаимствовали сравнительно недавно у испанцев, которые были первой европейской властью на их территориях. Навахо успешно адаптировались, во-первых, благодаря своей физической выносливости и социокультурной упругости, во-вторых, благодаря жизнеспособности сложной системы родственных отношений, которая зиждется на очень независимых больших семьях. Ядерный инженер из племени Навахо с университетским образованием (и такие находятся), если он вырос в резервации, может рассказать

вам, к какому из 33 кланов он принадлежит, к какому принадлежит его отец и назвать те кланы, где он может найти себе невесту. Этот фактор также укоренен в легендарной способности навахо инкорпорировать «иностранные» элементы, такие чуждые им, как сельское хозяйство, скотоводство и конституционное правительство, не разрывая при этом собственную вековую ткань культуры. В результате сегодня Навахо — это самое большое индейское племя в США, насчитывающее более 300 тыс. человек. Резервация, оставленная им от их исконных земель, одна из немногих, которая выросла в размерах за прошедшие сто лет, в основном благодаря тому, что американское правительство считало эти земли бросовыми. Сегодня резервация навахо располагается на землях четырех штатов и равна по величине территории Ирландии. Правительство племени управляет ежегодным бюджетом в 400 млн дол.; 180 млн из них получают от продажи собственных природных ресурсов «бросовых земель» — прежде всего угля, нефти, газа и урана. Часть этих денег идет на поддержку колледжа, принадлежащего племени. Несмотря на улучшение ситуации с жильем и образованием за последние 50 лет, многие семьи до сих пор живут в отдаленных поселениях без электричества, водопровода или связи и несколько раз в году бывают совершенно оторваны от мира из-за погодных условий. Навахо — не только официальный язык конституционного правительства племени, но и первый язык, на котором говорит большинство населения резервации.

Медицина навахо, как и у многих коренных народов, холистическая. Навахо понимают здоровье как условие благосостояния, вытекающее из «соответствия» или «правильного места» человека в мире. Это простое представление осложняется рядом обстоятельств. С одной стороны, чувство локуса начинается с каждой отдельной вещи, которая, согласно этому представлению, имеет внутреннюю форму и внешнюю форму. Западные люди часто говорят о внутренней форме как о «душе», но концепция навахо совершенно другая, скорее ближе к идее Платона о форме, в этой концепции фактически отсутствует этическое измерение «души» в христианском смысле. Каждое человеческое существо в момент зарождения получает форму дыхания, но эта живительная сила отличается от формы ветра, которая является местом памяти, планирования и индивидуальной идентичности. Эта душа-ветер поставляет информацию мозгу, внедряя туда знание, которое является внутренней формой мысли. Сама мысль — это внешняя форма знания и, в продолжение этого, — языка: так как для навахо «знать» означает «называть»; мысль и язык, в свою очередь служат внутренними формами поведения и речи. Таким образом, каждый человек — сложная конфигурация глубоко гнездящихся взаимосвязей между формой и субстанцией, бытием и действием, языком

и речью. Что верно для отдельной личности — то верно и для каждого элемента в мире: гор, животных, насекомых, растений, звезд, облаков. Все это также имеет внутреннюю форму, которая структурирует и мотивирует свою внешнюю форму, хотя только человеческие существа и *Дигин Дигине* (обладающие Силой) имеют находящуюся внутри ветер-душу, которая дает индивидуальность¹.

Дигин Дигине — это силы, которые, по представлениям навахо, вначале вообразили этот мир, а потом пением создали его; они «священные» в смысле обладания несравненной силой, а не моральной святостью. Данный процесс создания существующего мира требовал концептуализации и воплощения нескольких предыдущих миров. В настоящем мире некоторые из этих Дигин Дигине были названы, узнаны и к ним обращаются как к отдельным существам, составляющим своего рода Пантеон. На самом деле Пантеон этот неисчислим, потому что во множестве эманаций Дигин Дигине зачинают внутри себя и рождают с помощью слов все внутренние формы всех вещей, появляющихся в этом мире ежесекундно. Некоторые Дигин Дигине, такие как Грозы и Медведи, внушают мощью своей и масштабом больше благоговейного ужаса, чем другие, скажем, жук, опыляющий кукурузу или жук-плавунец, но каждое существо, независимо от размеров, имеет подвластную ему сферу (*Wyman, 1970; Zolbrod, 1984*).

Видимый мир предметов, речи и действия понимается как комплекс, упорядоченная конфигурация отношений между невидимыми внутренними формами, внутри отдельных существ, и между ними. Идеальная конфигурация этих отношений персонифицирована в верованиях навахо в корреляцию между двумя существами, которые образуют нераздельную пару, выражаемую в языке навахо фразой *sq'ah naaghai bik'eh hozho*, (*SNBH*). Первый термин *sq'ah naaghai* означает «Мысль» и часто переводится как «Долгая Жизнь», хотя лучше было бы перевести его как «Достижение полноты возраста» (имеется в виду достижение зрелого возраста); вторая часть термина — *bik'eh hozho* означает «Речь» и часто переводится «Счастье», но его лучше переводить словом «Гармония» (*Witherspoon, 1977; Faris, 1990*).

Для навахо все болезни распознаются как помехи в поведении внешней формы, выражающиеся в речи или действии и происходящие в результате нарушения гармонии (*hozho*) между внутренними формами, что ставит под угрозу возможность достижения полного возраста (*sq'ah naaghai*). Болезнь может быть манифестирована симптоматически, но все болезни навахо — психосоматические; эффективное лечение их должно быть обращено на корневую причину, а не

только на симптомы. Только так нарушение может быть исправлено и *hozho*, или гармония восстановлена. Навахо сопротивлялись внедрению западной медицины в первой половине XX в., поскольку считали ее механистическую модель неадекватной, так как она занималась только частью проблемы заболевания. По этой же причине травники, хотя и пользуются уважением среди навахо, все же принадлежат к категории наименее престижных врачей. Навахо ждут от лечения полного и совершенного восстановления нарушенных связей между внутренней и внешней формами в мире больного. В этом смысл системы целительства навахо, которая строится вокруг очень сложных ритуалов, называемых «песнопением» или «путями песен»².

Как упоминалось выше, болезнь распознается по нарушениям поведения или органических функций. Серьезная болезнь — это болезнь, продолжающаяся долгое время либо неподдающаяся обычному лечению травами либо ваннами с паром, часто понимается как нарушение конфигурации отношений между внутренними формами, которые существуют в мире больного. Так, например, мой коллега обсуждал с целителем случай, связанный с другим человеком, у которого было воспаление мочеиспускательного канала. Целитель сказал ему, что этот человек страдает от «муравьев». «От муравьев?» — спросил недоверчиво мой коллега. «Не муравьев, — ответил целитель, — а МУРАВЬЕВ!». Этим он хотел сказать, что видит причину болезни не в реальных муравьях, а из-за контакта с их внутренними формами (*Toelken*, 1969). Поскольку у каждой внутренней формы есть своя сфера влияния, к миру нужно относиться с величайшей осторожностью и пониманием, дающимся знанием, которое вселяется в душу-ветер и развивается путем последующих наставлений. Для навахо невежество не может быть благом. Неуправляемый или неструктурированный контакт между внутренними формами, обычно вызываемый непредусмотрительностью в результате незнания, и есть причина всех недугов (*Leighton et al.*, 1941).

Вся этиология болезни навахо, таким образом, основана на теории загрязнения. Загрязнение может происходить от первичного контакта, благодаря какому-то физическому столкновению с могущественными внутренними формами (в таких случаях наиболее часто говорят о Медведе, Змее, Дикобразе, Хорьке, Олене, Муравьях, Кактусе, Растениях, Грозе, Молнии и Ветре). Самые неподходящие контакты происходят во время охоты, трапперства, убийства, приготовления еды — при непосредственном участии или от того, что человек это наблюдает. Равным образом, если даже не более часто, загрязнение происходит путем вторичного контакта, являющегося следствием

осознанного вторжение на территорию, маркированную Другим. Не нужно, чтобы в тебя ударила молния, покусали муравьи или змея, — вполне достаточно наступить на муравьиную тропку или подобрать для хвороста ветку, упавшую с дерева, в которое ударила молния, либо увидеть во сне медведя или змею. В этой схеме навахо болезни половых и мочеиспускательных органов, болезненное горло и кожные заболевания часто приписываются Муравьям, но в некоторых случаях Змее, а грудные и легочные проблемы связываются с Ветром, грозой или Молнией. Артрит и психические расстройства находятся в ведении Медведя. Моль или бабочка приводят к различным формам сексуального расстройства и болезненному возбуждению.

Поскольку внутренние формы существуют отдельно от их внешней формы, болезнь случается из-за контакта с мертвыми, их вещами, их духами или из-за колдовства. Примером могут быть случаи с ведьмами, которых считают способными «изменять свою форму» и занимать внешние формы, отличные от их собственных. Симптомы болезней, случившихся из-за привидений или колдовства, — плохие сны, бессонница, обмороки, нервозность, потеря аппетита, веса либо депрессия. Наконец, болезнь может быть вызвана ошибками или небрежением в проведении ритуалов либо в обращении с ритуальными объектами.

Диагноз состоит в определении нарушенного табу или нанесенной обиды, которые являются казуальными факторами болезни. Его часто бывает сложно установить, поскольку схожие симптомы могут возникнуть как от разных причин, так и от одного и того же казуального фактора, особенно Змеи, которая фигурирует в различных симптомологиях. В случаях затруднения с диагнозом, если пациент не может ничего вспомнить или помочь в определении нарушенного запрета, навахо обращаются за помощью к традиционным специалистам, которые имеют особый дар диагностики. Два наиболее достоверных способа диагноза — это дрожание руки (неподконтрольно в ответ на вопрос, заданный специалисту) или наблюдение за звездами, которое является разновидностью чтения по звездам в состоянии транса. Как категория традиционных специалистов, диагносты пользуются большим уважением, чем простые травники, хотя и не таким, как песнопевцы, которые владеют искусством изощренного ритуала, известного как «песнопения» или «путем песни».

Диагносты определяют, какие из сложных песнопений будут исполняться для больного, чтобы умиротворить силы, оскорбленные нарушением табу, без всякого или почти без всякого внимания к реальным физическим симптомам заболевания. Система целительских ритуалов Навахо делится на три важнейших блока. Самая большая группа их

направлена на умиротворение обиженного Дигин Дигине; они притягивают положительное исцеление и силы роста и тем самым возвращают пациента к жизни. Священные ритуалы включают ряд элементов: натирание тела мазями, опрыскивание пылью с головы до ног, прикладывание к телу узелков (потом их развязывают, чтобы освободить зло, запертое внутри больного), умывания, ванны, вырезание молельных палочек (их прикладывают к телу, чтобы поддержать его силы) и рисунки на песке. Ритуалы, борющиеся со злом, имеют характер экзорцизма и включают элементы, избавляющие от влияния привидений, ведьм и другого зла. К ним относятся: ритуал с обручем, во время которого пациент, облаченный в белую оленью шкуру, пролезает через четыре обруча (они сдирают «шкуру зла», в которой он якобы увяз), или церемония покрывала из еловых веток, во время которой пациент освобождается из душасящего одеяла с помощью ритуальных актеров, представляющих мифических близнецов, победителей чудовища. Один из этих ритуалов, «путем врага», который исторически использовался как ритуал очищения воинов Навахо от контактов с мертвыми врагами и их привидениями, был адаптирован и использован в XX веке применительно к военнослужащим навахо, возвращавшимся со Второй мировой войны, из Кореи, Вьетнама и Ирака. Третья группа — самая маленькая, она направлена на восстановление пациентов с травмами, полученными в результате несчастного случая.

Обряд песнопений начинается вечером и заканчивается на рассвете, сопровождаясь специальными действиями, продолжающимися в течение дня и ночи. В зависимости от тяжести нарушения табу и ресурсов самого больного, ему могут прописать «пение» в течение двух, пяти или девяти ночей. В идеале на протяжении нескольких лет обряд должен повторяться четыре раза, обычно с чередованием форм исполнения в течение двух и пяти ночей. Каждое исполнение песен, независимо от его формы, включает не менее 300 различных песнопений, имеющих отношение к данному ритуалу. Для запоминания и исполнения песен и нарративов из мифа о сотворении, на котором основан сам ритуал, требуется не менее 300 часов. На задумывание и изготовление прямо на месте ритуальных объектов и лекарств, точное выполнение десятков малых ритуалов и создание рисунков на песке, достигающих зачастую шести футов в диаметре, затрачивается много часов (*Kluckhohn et al.*, 1940). В результате проведения церемоний накапливаются не только ритуальные объекты в медицинских мешочках (*Frisbie*, 1987), но и навыки, которые целители — исполнители песен — развивают за годы ученичества (*Faris*, 1990). Дигин Дигине, к которым обращаются в молитвах, песнях и ритуа-

лах «песнопения», приглашаются на священные места, и если скрупулезное исполнение ритуала их «удовлетворяет», то они морально обязаны исцелить пациента и восстановить гармонию в больном, в его семье и в мире.

Этическое принуждение встроено в природу самого ритуала. В песнях, нарративах и ритуальных актах пациент, которого именуют «тот, о ком поется», никогда не называется по имени. Пациент уподобляется герою мифа о сотворении, который первым вторгся куда-то или нарушил запрет, и, таким образом, очертил сферу влияния Дигин Дигине. После того, как мифологический герой впервые нарушил табу, Дигин Дигине пришли к нему и научили его, как следует входить в эти запретные области. Затем они провели для него первую церемонию ради исцеления героя с тем, чтобы он мог вернуться домой и учить навахо не только хорошему поведению, но и правилам проведения церемонии на случай, если они в результате невежества или ошибки нанесут себе вред и потребуется лечение. В церемонии рисунки на песке воссоздают мифический мир происхождения навахо, и пациент, который сидит в центре этого рисунка, становится героем мифа, первым «о котором поется», а целитель становится Дигин Дигине, первым исполнителем песен, какие дал этот ритуал исцеления навахо. Когда пациент выходит из целительного пространства мифа и приветствует рассвет в последний день церемонии, тогда гармония связей с мифическим миром сотворения восстанавливается. Эффект от лечения необычайно сильный, поскольку имеет абсолютный характер (*Reichard, 1950*).

Теперь несколько слов о западной медицине в резервации Навахо. Начнем с цитаты из доклада Ли (*Lee, 2003*): «Как эксплицитно или имплицитно сказано в договоре, правительство США взяло на себя обязанность обеспечивать медицинское обслуживание и образование коренного населения страны. Члены 560 племен, которые признаются федеральным правительством, имеют право на медицинское обслуживание, за что отвечает Индейская служба здоровья, подразделение Департамента здоровья США и Социальных служб. Индейская служба здоровья обеспечивает медицинскую помощь для примерно 1,6 млн из 2,6 млн коренных американцев и индейцев Аляски, расходуя на это ежегодно 2,8 млрд амер. дол. Для того чтобы обеспечивать основные потребности коренного населения, существуют специальные программы по традиционной медицине, по уходу за престарелыми, по здоровью женщин, профилактике травм, насилия в семье, насилия над детьми, санитарии и стоматологии. Система службы здоровья включает 36 больниц, 63 медицинских

центра, 44 медицинских пункта и 5 районных клиник в основном в сельскохозяйственных районах страны.

Первая федеральная больница для навахо была открыта в форте Дефианс в штате Аризона в 1912 г., но за 40 лет в нее обратилось считанное количество индейских пациентов. Навахо не только не понимали и не могли оценить механистический подход западной медицины, которая рассматривает болезнь как исключительно физическую проблему, большинство из них боялись больниц, считая их домами, куда люди уходят умирать. До 1950-х годов индейцам навахо не разрешалось покидать эту больницу, если они хотели устроить традиционную целительскую церемонию. Ситуация постепенно менялась в несколько этапов, начиная с середины 1950-х гг. Были построены новые больницы, нанято больше докторов и сиделок, а медицинское обслуживание от Отдела здоровья Бюро по делам индейцев, у которого не было финансирования и не было налаженной системы управления, перешло в ведение Службы общественного здоровья США. Образовательные программы по профилактике здоровья в индейских общинах дали возможность принимать на работу самих индейцев навахо, а западные врачи начали сознательно и настойчиво искать взаимопонимание и сотрудничество с традиционными целителями.

Когда в 1953 г. больные навахо стали просто вставать с коек и уходить из больницы города Туксона, расположенной в 200 милях от резервации, консультант навахо пришла к выводу: это происходит потому, что дерево, в которое ударила молния, отравляет почву во дворе больницы. Она попросила, чтобы в больницу из резервации навахо доставили целителя, а он провел бы церемонию «путем благословения» и очистил зараженную землю. Взаимодействие с целителями, которые смотрели в микроскопы и изучали рентгеновские снимки в первый раз в их практике, позволило племени и Службе общественного здоровья совершить огромный прорыв в борьбе с эпидемией туберкулеза в резервации. Решение племени «дать зеленый свет» первому клиническому испытанию лекарства на человеке (оно оказалось столь успешным, что лекарство затем разошлось по всему миру, сыграло значительную роль в глобальном сокращении туберкулеза). Сотрудничество с западной медициной привело к тому, что, если младенец навахо, рожденный в 1945 г. имел только 50% шанса дожить до школьного возраста, то в 1967 г. этот шанс возрос до 97%. За это же время младенческая смертность уменьшилась вполтину, а случаи туберкулезных вспышек на 70% (*Bergman*, 1973).

Именно тогда, когда традиционная медицина навахо была оценена по достоинству, скачкообразные изменения в экономике опять привели к ее угасанию. Известно более двадцати ритуалов «священного пути»; к началу 1970-х гг. только шесть из них проводились более или менее регулярно. Другие восемь исполнялись не регулярно или не полностью, а шесть или больше оказались на разных стадиях исчезновения.

Такая же ситуация наблюдалась и с другой традицией — исполнением песен «Путем зла». Система клонилась к закату по ряду причин. Во-первых, навахо все больше сживались с ценностями среднего класса англо-американцев и, как следствие, пошатнулась их вера в культурную традицию, размываемую западным образованием. Более того, высокая себестоимость поддержания традиции в смысле денег и времени сделали ее почти непозволительной роскошью. Поскольку индейцы навахо начали покидать резервацию и уезжать в город в поисках работы, все меньше людей соглашались провести три года (как правило, не меньше) в учениках традиционного целителя (*Mitchell, 1978*). В то же время те, кто оставался в резервации, не имели достаточно средств, чтобы позволить себе главную церемонию исцеления. Ее стоимость включает не только оплату услуг целителя, но и проживание всей большой семьи, приезжающей на церемонию (иногда до тридцати человек, в течение десяти дней), и материального обеспечения церемонии, в том числе оплату обработанной шкуры ритуально задушенного оленя, рулоны материи и другие вещи.

Ответ навахо на вызовы современности можно разделить на две части. Племя сделало большие инвестиции в образование, контролируемое им самим (эта система включала создание общинного колледжа), и превратило аутентичную культуру, включая традиционную медицину, в центральную часть учебного расписания. Кроме того, навахо начали радикально трансформировать экспериментальную школу в медицинский колледж своего рода для подготовки традиционных целителей. Учебные группы, состоящие из целителя и двух учеников по его выбору, имели право в период обучения подавать заявки в администрацию племени на небольшую финансовую помощь. Как правило, при выделении финансовой помощи учитывались такие позиции, как хороший характер, память и внимание к мелочам, а также в какой степени сохранности находилась традиция, на которой концентрировалась данная группа в рамках программы «мастер-ученик». Западные врачи и психиатры из больницы приходили туда раз в неделю, чтобы прочитать дневную лекцию о физиологии, анатомии и пр., и, что не менее важно, обсудить с целителями

навахо традиционные медицинские практики, как они понимают болезнь, как ставят диагнозы. Когда западный доктор, психиатр Роберт Бергман, провел сеанс гипноза, один из целителей навахо сказал: «Мне 82 года, я видел много белых людей за свою жизнь, но в первый раз один из них удивил меня. Меня не удивляет то, что произошло, поскольку мы сами умеем это делать, я удивлен тем, что белый человек знает что-то стоящее» (*Бергман, 1973: 666*).

Несмотря на все усилия, к середине 1990-х гг. ситуация заметно не улучшилась. Исследование, проведенное в 1997 г., в котором участвовали 300 пациентов больницы навахо, показало, что 62% участников обращались к традиционному целителю один раз в жизни, а 39% сделали это в предыдущем году. Согласно данным врачей, которые проводили опрос, «больше всего обращаются к традиционным целителям в случаях артрита, боли в животе, депрессии/возбуждения и боли в груди. Ни один из больных не обращался к целителю с жалобами на респираторные инфекции, с вопросами профилактики здоровья, с беременностью или аллергией» (*Kim et al., 1998: 2247*). Это особенно интересно, поскольку некоторые песнопения направлены именно на излечение респираторных болезней, которые в 1950-х гг. были предметом специальных забот и западных, и традиционных докторов. Самым большим препятствием к восстановлению влияния традиционной медицины являлась ее дороговизна.

Стоимость лечения у традиционного целителя, как сообщается, варьировалась от 1 доллара до 3000, средняя плата за одно посещение примерно 388 долларов. Среднегодовая стоимость обращения к традиционному целителю в соотношении со среднегодовым доходом составляла 0,21 или примерно одну пятую часть. Высокая цена была отмечена 108 пациентами (36%) как причина того, что они не обращались к традиционному целителю более часто, и как главное препятствие к этому. Названные цены можно считать очень консервативными, поскольку здесь, вероятно, не учитывались обычные расходы ни на транспортировку, ни на содержание всех, кто участвовал в церемонии, ни стоимость материального обеспечения (обработанные шкуры или травы). Счета, выставленные пациенту, обычно не коррелируют с его доходами (*Kim et al., 1998: 2247*).

Большой процент опрошенных (23%) заявили, что не обращались к традиционным целителям, поскольку они принадлежат к деноминации христиан-евангелистов и их религия запрещала им это. Большинство навахо пришли к компромиссу в своем отношении к западной и традиционной медицинам. Один из опрашиваемых выразил общее мнение, сказав так: «Доктора дают мне таблетки для тела,

а целители дают мне песни для души». Это комментарий, который отражает существенный сдвиг в представлении навахо о том, что значит быть личностью (*Kim et al.*, 1998: 2248). Таким образом, несмотря на первые усилия, сделанные в 1960-х гг., утрата знания и уменьшение количества целителей продолжались в течение тридцати лет. Недавно народ навахо предпринял еще две попытки изменить ход вещей.

Первое и самое важное: в 1990-х гг. правительство племени одобрило устав Ассоциации целителей навахо — организации, насчитывающей более 300 человек, с выборным президентом во главе. Вначале правительство отказывалось от этого, мотивируя отказ тем, что церемонии конституируют религию навахо, а религиозные церемонии должны быть отделены от политической администрации. Традиционалисты навахо говорили, что различия между традиционной религией и традиционной медициной искать бессмысленно: они основаны не на западных категориях, а последние ни в коем случае не должны ограничивать действия навахо. Более того, они понимали, что старый спор о том, является ли традиционная церемония «религией» или «культурой» всегда служил для оправдания отказа в материальной помощи. Например, церемонии навахо (и мастера церемоний), если понимать их как «религию», не имеют права на федеральное финансирование любого рода. Но если это называется «медициной», то имеют. Таким образом, сегодня часть оплаты, сделанной отдельными пациентами или больницей целителю навахо, либо другие оплаты (например, за сооружение церемониального места на больничном дворе) могут быть возмещены федеральным правительством. По крайней мере, Ассоциация сумела стать реальной силой в деле консервации традиций и культурных ценностей, а также церемониализма навахо, и в наш век всевозможных шарлатанов и авантюристов, принадлежащих к движению «Нью Эйдж», она играет роль организации общественного контроля за качеством и роль центрального агентства межкультурных консультаций.

Ассоциация целителей играла решающую роль также в проведении ряда важных публичных акций различного масштаба. Как официальная структура, она предоставила ряд важных свидетельских документов для судебных дел по землепользованию и воспрепятствовала строительству лыжного курорта и рытью угольных шахт на священных горах; она выступала против общественного мнения и Конгресса, добиваясь устранения дамбы, которая должна была затопить природный мост, образованный скалами и уступами, мотивируя это тем, что дамба — это, прежде всего, насилие над природой.

В случае с дамбой она потерпела поражение, но достигла успеха в судебном решении, касающемся священных гор. Целители оказывают поддержку политическим кандидатам, индейцам и не-индейцам, на всех этапах политических выборов.

Совсем недавно члены Ассоциации достигли успеха в деле, связанном с солдатом навахо — морским пехотинцем, который вернулся домой в отпуск и странно заболел: его мучили приступы неудержимой дрожи в левой руке. Целители и диагносты, обсуждая этот случай, проанализировали его сны, душевное состояние и поведение и пришли к выводу, что у него редкий дар дрожания рук, это подтвердилось рядом диагнозов. Пехотинец обратился к командованию с просьбой дать ему почетную отставку на основании его убеждений, поскольку целитель не может убивать. Первоначально командование морской пехотой отклонило его прошение, объясняя это тем, что он не представил очевидных доказательств его религиозных убеждений. В дело вмешалась Ассоциация целителей навахо и сделала коллективное заявление в поддержку солдата, объявив его обладателем религиозного дара и подтвердив, что обладающий этим даром не может убивать. В результате такой поддержки прошение солдата было удовлетворено в январе того же года на самом высоком уровне — командующим морскими пехотными силами США³.

Второй шаг, предпринятый племенем Навахо — это возрождение программы традиционного ученичества, которую впервые пытались запустить в 1960-х гг. Программа традиционного ученичества навахо начала действовать снова в декабре 1999 г. Как поощрение, программа назначила ежемесячную стипендию в размере 300 долларов для учеников и 350 долларов для их учителей. Это не большие деньги, но их оказалось достаточно, чтобы отобрать семь учеников для занятий с практикующими традиционные церемонии целителями. Чтобы стать «официальным» учеником и завершить обучение, нужно прежде обучиться проведению церемоний навахо, побыть неофициальным учеником у того же самого целителя несколько лет, получить от него рекомендацию; при этом надо быть целеустремленным и преданным, быть ответственным, вежливым, уважительным и полным решимости учиться, кроме того, нужно быть навахо, родители которого также принадлежат к племени Навахо, жить в резервации навахо, понимать и свободно говорить на родном языке, хорошо знать церемонии, ценности навахо, клановую систему, традицию и культуру. Ученики и мастера должны заниматься, как минимум, 24 часа каждые две недели, чтобы изучить церемонии, и каждые три месяца сдавать проверочные экзамены. Эту программу можно счи-

тать успешной, несмотря на небольшой охват претендентов, в основном потому, что приоритет давался при выборе учеников тем, кто был близок к завершению курса изучения церемоний навахо и соби-рался стать знатоком тех церемоний, которые считались почти ис-чезнувшими, и особенно тем, кто занимался с одними и теми же учителями в течение нескольких лет.

Конечно, поскольку фундаментальные факторы, увеличивающие эррозию церемониальных традиций навахо, не могут быть исключе-ны, подобные программы и организации не имеют возможность изме-нить ход вещей, но могут замедлить его и сократить масштабы разрушения. Но только «земля живет вечно». Культура навахо ока-залась очень жизнеспособной, и если столкновение с западной меди-циной изменяет их, то они также изменяют нас.

В маленьком городке Пейдж в сельскохозяйственном районе Аризоны на западной границе резервации навахо находится кро-шечная больница на 25 коек. В 2002 г. в больнице был сформирован культурный комитет, включавший много местных индейцев навахо, чтобы приспособить оборудование больницы, организацию работы и саму работу к нуждам навахо, которые составляли половину всех пациентов. В январе 2008 г. в больнице были построены новое отде-ление скорой помощи, отделение регистрации и въезд в больничный комплекс. Въезд в больницу обращен на восток, где согласно пред-ставлениям навахо начинается жизнь. Перед открытием отделения скорой помощи в больнице провели церемонию «Путем благослове-ния» с традиционным целителем. Комитет выделил деньги на строи-тельство традиционного дома навахо — *хогана*, сооруженного на месте для проведения церемоний. Но влияние целителя простирается дальше хогана — в больничные палаты, где он дает советы врачам и способствует тому, что больные чувствуют постоянную связь с тра-диционными культурными представлениями. Когда женщина навахо рождает ребенка в больнице города Пейджа в северной Аризоне, она приглашает всю семью — часто более 10 человек, в родильное поме-щение. Она может рожать, сидя на корточках, как принято во мно-гих индейских племенах Северной Америки. Целитель для облегчения родов будет использовать древние молитвы и растения. После родов медицинские сестры сохраняют плаценту, чтобы семья могла забрать ее домой и похоронить на священном месте. Sa'ah naaghai bik'eh hozho.

Литература

«Navajo Traditional Apprenticeship Project.» Online at: http://www.odclc.navajo.org/NTAP_p.htm.

Bergman, 1973 — *Bergman R. L.* A School for Medicine Men // American Journal of Psychiatry 130. P. 663-666.

Bergman, 1983 — *Bergman R. L.* Navajo Health Services and Projects // Handbook of the North American Indians. Vol. 10: The Southwest / Ed. Alfonso Ortiz. Washington DC: Smithsonian. P. 672-78.

Farella, 1984 — *Farella J.* The Main Stalk: A Synthesis of Navajo Philosophy. Tucson.

Faris, 1990 — *Faris J.* The Nightway: A History and a History of Documentation of a Navajo Ceremonial. Albuquerque.

Frisbie, 1987 — *Frisbie C. J.* Navajo Medicine Bundles or Jish. Albuquerque.

Kim et al., 1998 — *Kim C. and Kwok Y.* Navajo Use of Native Healers // Archives of Internal Medicine 158. P. 2245-2249.

Kluckhohn et al., 1940 — *Kluckhohn C. and Wyman L.* An Introduction to Navaho Chant Practice. Menasha, Wisconsin.

Kluckhohn et al., 1962 — *Kluckhohn C. and Leighton D.* The Navaho. New York.

Lee, 2003 — *Lee T.* The Practice of Community-based Psychological Medicine in the Navajo Nation // Online at: [http://www.acpm.org.au/pdf/Navajo%20Nation%20psychological%20medicine%20\(Feb%202003\).pdf](http://www.acpm.org.au/pdf/Navajo%20Nation%20psychological%20medicine%20(Feb%202003).pdf)

Leighton et al., 1941 — *Leighton A. and Leighton D.* Elements of psychotherapy in Navajo religion // Psychiatry 4. P. 515-523.

McNeley, 1981 — *McNeley J.* Holy Wind in Navajo Philosophy. Tucson.

Mitchell, 1978 — *Mitchell F.* Navajo Blessingway Singer: The Autobiography of Frank Mitchell. Tucson.

Reichard, 1950 — *Reichard G.* Navajo Religion. Princeton.

Spencer, 1957 — *Spencer K.* Mythology and Values: An Analysis of Navaho Chantway Myths. Philadelphia: American Folklore Society.

Toelken, 1969 — *Toelken J. B.* The 'Pretty Languages' of Yellowman: Genre, Mode, and Texture in Navaho Coyote Narratives // Genre 2. P. 211-235.

Unpublished notes of the author from fieldwork on the Ramah Navajo and big Navajo Reservations in 1978, 1989, 1991, 1998.

Witherspoon, 1977 — *Witherspoon Gary.* Language and Art in the Navajo Universe. Ann Arbor, Michigan.

Witherspoon, 1983 — *Witherspoon Gary.* Language and Reality in Navajo World View // Handbook of the North American Indians. Vol. 10: The Southwest / Ed. Alfonso Ortiz. Washington DC: Smithsonian. P. 570-78.

Wyman, 1970 — *Wyman Leland C.* Blessingway. Tucson.

Wyman, 1983 — *Wyman Leland C.* Navajo Ceremonial System // Handbook of the North American Indians. Vol. 10: The Southwest / Ed. Alfonso Ortiz. Washington DC: Smithsonian. P. 536-57.

Zolbrod, 1984 — *Zolbrod P.* Dinǫ́o Bahañ: The Navajo Creation Story. Albuquerque.

¹ Литература, посвященная церемониям навахо, огромна. Начинать лучше всего с Ваймана (*Wyman*, 1970; 1983; *Kluckhohn*; *McNeley*, 1981; *Spencer*, 1957).

² Литература о песнопениях очень обширна; для профессионального анализа лучше обратиться к корпусам мифологических и песенных текстов (слишком многообразным, чтобы перечислять их в этой библиографии) под редакцией Б. Хайле, К. Лукерта, В. Мэттьюза, Дж. Рейчарда, М. Уилрайта и Л. Ваймана.

³ Если кто-нибудь думает, что это какая-то индейская стратегия, чтобы избежать армии, добавлю, что навахо исторически были самыми патриотичными из всех индейских племен и отправляли своих детей в американскую армию в непропорционально больших количествах.

Перевод О.Э. Балалаевой

М. Уолкер

ШАМАНИЗМ И СИММЕТРИЯ

Сфера моих интересов как специалиста по медицинской антропологии соединила в себе традиционную аллопатическую/научную медицину и КАМ (комплементарную и альтернативную медицину) в Сибири, Монголии, Юго-Восточной Азии и Северной Америке. Меня также интересовало то, как общепринятая западная медицина и традиции лечения коренных народов могут быть соединены и использованы для пропаганды здорового образа жизни в обеих культурах. В то время как большинство теоретиков и практиков делают упор на различия этих подходов или, по крайней мере, считают их находящимися на противоположных краях спектра, шаманизм позволяет выявить базовые принципы, универсальные для всех культур и всех дисциплин. Мои поиски соответствующих аналогов в социальных и гуманитарных науках, и в попытках науки открыть «теорию всего» привели меня от священной геометрии¹ шаманизма к основным концептам симметрии в математике.

Далее в статье я рассмотрю основные подходы естественнонаучной и антропологической литературы к изучению западной и традиционной медицины, священного и мирского, науки и искусства. Должны ли объяснения всегда базироваться на материалистическом или метафизическом, природном или культурном? Или же мы можем выявить универсальные базовые принципы или концепты? Астроном Марио Ливлио, астрофизик-теоретик по образованию, чьи работы я буду неоднократно цитировать в своей статье, объясняет симметрию и законы природного и человеческого миров. Я применяю его подход к культурным практикам, в особенности — к шаманизму, чтобы предположить, что симметрия представляет собой также «сущность» культурных парадигм и архетипов, являющихся языком культуры.

В «Инстинкте искусства» (имеется в виду наша естественная склонность создавать и ценить произведения искусства) Даттон рассмат-

ривает искусство как генетическое свойство, отражающее адаптивное преимущество — результат эволюции в строго биологическом смысле. Критик Мартин Кемп (заслуженный профессор истории искусств Оксфордского университета) отмечает, что мы находимся только на пороге понимания того, как «способность создавать образы, включая искусство в трактовке Даттона, служит широкому кругу функций (включая эстетическое удовольствие) и тому, как эти функции относятся к тем интеллектуальным, интуитивным, творческим и миметическим способностям, которыми мы обладаем» (Кемп, 2009: 45).

Мирча Элиаде, чьи исследования я сравниваю с этим материалистическим по сути взглядом на «искусство», ссылается на то, что все «примитивные» общества обладают четким сводом мифологических традиций, «концепцией мира», которую непосвященные (Элиаде описывает обряд инициации) узнают как священное учение: «Поскольку то, что он узнает о мире и о человеческой жизни, не включает в себя знания в современном смысле слова, то есть объективную и узкоспециализированную информацию, которую можно бесконечно изменять и дополнять. Мир — результат работы сверхъестественных существ, божественной работы, и потому сакрален по самой своей структуре» (Eliade, 1958: x).

В таких обществах искусство — это еще одно воплощение священного. Элиаде соглашается с тем, что примитивные общества признали и используют «многочисленные изобретения», «но, в отличие от современных обществ, примитивные восприняли эти изобретения как откровения, имеющие, следовательно, сверхъестественное происхождение» (Eliade, 1958: xi). Элиаде далее пишет, что «ничто не объясняет идею творения, построения, создания из небытия лучше, чем космогония. Космогонический миф служит парадигмой, иллюстрацией, образцом для подражания каждый раз, когда человек сталкивается с необходимостью что-то создать. Ничто не уверит в успехе создания (идет ли речь о деревне, доме, ребенке и т.д.) лучше, чем повторение космогонии. (Eliade, 1958: x).

Можно ли как-то примирить эти противоположные взгляды на науку и искусство или хотя бы рассматривать их в рамках общего дискурса? Кемп говорит, что «в настоящее время мы даже близко не подошли к пониманию «биологии искусства». Ученым и деятелям искусства еще предстоит сформулировать взаимовлияющие проблемы в области эстетики, истории искусства, биологии и наук о функционировании мозга» (Кемп: 2009, 44). И хотя наука продолжает свои поиски «теории всего», вопрос о том, будет ли такая теория

(если окажется, что она все же существует) применима в повседневной жизни, остается спорным.

Далее в статье рассматривается вопрос о существовании общих парадигм, лежащих в основе физики и математики, психологии, социальных наук, эстетики и искусств. Рассматриваются также дихотомии «священное/мирское» и «культура/природа» (Кемп обозначал их как «инстинкт/культура» и «материализм/метафизика») в отношении общих для этих дихотомий проблем, областей, где они пересекаются и где существует возможность для совместной работы. Возможно, во всех видах искусства существует ключевая, архетипическая общность, не зависящая от культурного контекста, и наука, а особенно — язык математики — может дать нам карту, которая поможет в их понимании и интерпретации. Шаманизм, будучи по сути междисциплинарным, предлагает поле исследования, в рамках которого, вероятно, станет возможным сформулировать и объединить аспекты всех дисциплин или, по крайней мере, сформировать дискуссию об общих парадигмах. EMDR², энергетическая психология³, EFT⁴ — все относительно новые терапевтические методы характеризует схожая элементарная структура.

Симметрия и наука

«Математика тысячелетиями была языком науки, и она по-прежнему пользуется успехом» (Rees⁵, 2009: 37). Эйнштейн, например, рассматривал мир в основном как геометрическую структуру (Rees, 2009: 38). Другие теоретики, особенно в области исследования сознания, математику и геометрию объединяли в единую метасистему с культурой, в которую можно было интегрировать данные различных дисциплин, в том числе, парапсихологии. «Геометрия смысла» Артура М. Янга, например, — это поиски способа объединить миф, математику и морфологию. Символическое значение приравнивается к математическому действию, и, таким образом, создается универсальная метафора для описания процессов сознания. Такие метасистемы связывают воедино человечество, отдельного индивида и вселенную⁶. Подобные базовые и универсальные языки можно встретить в любой культуре (например, «золотое сечение» Леонардо да Винчи и ряд Фибоначчи) и, разумеется, в Природе (см.: Lundy, 1998).

Какая синергическая концепция может стать целью и источником широкой междисциплинарной и межкультурной дискуссии? Джонсон, описывая юнгианское понятие «самости», пишет, что пробуждение симметричной целостности самости — это величайшая цель психологической эволюции: «Самость представляет собой сумму всех разнообразных сил, энергий и качеств, которые живут внутри нас и

делают нас теми, кто мы есть — уникальными личностями. Самость — это сбалансированное, гармоничное и симметричное единство, находящееся в самом центре человеческого бытия, которое каждый из нас ощущает у себя внутри» (*Johnson*, 1983: 18-19).

В более широком смысле, симметрия стала основным концептом «в наших представлениях о космосе вокруг нас и фундаментальных теориях, пытающихся его объяснить» (*Livio*, 2005: 2), и значимым эстетическим элементом. Симметрия имеет значение даже в процессе выбора партнера в животном мире. А симметричный рисунок вызывает глубокий эмоциональный отклик.

В шаманизме, как мне удалось выяснить в ходе исследований, симметрия становится ключевым (и, возможно, самым главным) объясняющим и формирующим концептом для вроде бы независимых феноменов — шаманских ритуалов, шаманских инструментов, песен, отношения шаманов к миру духов, планировке домов в коренных сообществах и т.д., если мы будем учитывать их суть и лежащую в основе структуру. Ниже я приведу примеры симметрии из моих исследований в Центральной Азии, Юго-Восточной Азии, Канадской Арктике и тибетской традиции Бон. Но сначала краткий обзор симметрии с точки зрения научной перспективы.

Слово «симметрия» происходит от греческого *сим* и *метрия* (*συμμετρία*), что значит «соразмерность», и изначально использовалось для обсуждения красоты пропорций. В XVIII в. его стали использовать в математике для обозначения «неизменности при преобразованиях». «Теория групп» Эвариста Галуа (1811-1832) «на сегодняшний день считается “официальным” языком симметрии» и, следовательно, всех дисциплин (*Livio*, 2005: ix), а также «математическим языком, который описывает суть симметрий и изучает их свойства» (*ibid*, 2).

Ливьо далее описывает роль симметрии: «С каждым шагом навстречу революции относительности и квантовой механики роль симметрии в законах природы ценится все больше. Физиков больше не устраивает объяснение отдельных феноменов. Напротив, сейчас они более, чем когда-либо уверены, что в основе природы лежит общий принцип, в котором симметрия является ключевой составляющей... — симметрия является одним из основных инструментов для понимания принципа природы» (*Livio*, 2005: 43-45).

Ливьо отмечает, что симметрия «располагается на пересечении науки, искусства и психологии восприятия. Симметрия отражает ту основу форм, законов и математических объектов, которая после трансформаций остается неизменной» (*ibid*: 45). Далее он выделяет

эти неизменные основы в различных дисциплинах, от финансов до абстрактного искусства. В языке социальных наук, психологии и шаманизма такими основами, безусловно, являются прототипы, парадигмы и архетипы.

С концепцией Элиаде о космогонии как парадигме связана интерпретация архетипа Карлом Юнгом. Хотя концепцию архетипа связывают именно с его именем, она появилось намного раньше и восходит как минимум к античным философским текстам, в частности, к Платону. В платоновских терминах архетип относится к незримым идеальным базовым идеям, находящим свое воплощение в материальных объектах. Юнг же считал архетипы архаичными и первичными: «Вечные идеи являются первообразами, хранящимися (выше небесных сфер) в виде вечных трансцендентных форм» (*Jung*, 1969: 33). Таким образом, архетип представляет собой основной принцип формы и порядка, из которых берут начало психика и, что в дальнейшем важно для этой статьи, культура⁷. Юнг далее предполагал, что архетипы имеют нуминозный или божественный характер⁸.

Симметрия и симметрии

Ливиньо предполагает, что мы можем распознавать множество разных типов симметрии (например, «существует всего 230 различных типов групп пространственной симметрии (и всего 7 групп линейной симметрии на плоскости)» (*Livio*, 2005: 246). Далее я более детально расскажу о тех видах симметрии, которые мне удалось обнаружить в шаманизме.

Во многих словарных определениях симметрия приводится в значении *билатеральной*, или *двусторонней* (ее также называют зеркальной), то есть верх/низ, право/лево, характеристики человеческого тела, животных и многих артефактов. Например, сибирские каменные антропоморфные изображения, «мужские» и «женские», одновременно представляют гендерные отношения как билатерально симметричные и как врата между нашим миром и миром духов.

С другой стороны, растения и некоторые животные, например, медуза, обладают симметрией, близкой к симметрии конуса, то есть образуют симметричное зеркальное отражение через проходящую сквозь центр вертикальную ось. В шаманизме 4 считается священным числом (хотя в разных культурных традициях оно наделяется разными свойствами) и является примером билатеральной симметрии. В гималайском шаманизме, например, оно «символизирует точку, в которой сходятся все 4 стороны небес» (*Möller-Ebelin*, 2002: vii).

В математике известны и многие другие типы симметрии, такие, как вращательная, зеркальная, трансляционная, симметрия скользя-

щего отражения, а также негеометрические по природе преобразования, например, перестановочная симметрия.

Вращательная симметрия — это симметрия снежинок. Их можно повернуть под любым углом вокруг оси, перпендикулярной к их плоскости (и проходящей сквозь их центр), и они останутся неизменными (Livio, 2005: 10). Если снежинки обладают шестилучевой вращательной симметрией, то морские звезды — пятилучевой. Многие цветы (например, маргаритки и хризантемы) обладают примерной вращательной симметрией в том смысле, что выглядят почти одинаково вне зависимости от угла вращения; такая симметрия добавляет им эстетической привлекательности (Livio, 2005: 10). Примером вращательной симметрии может также служить цветочный узор в костюмах горных племен Юго-Восточной Азии.

Круг — один из простейших примеров вращательной симметрии: «Если вы повернете его вокруг центра, скажем, на 37 градусов, он останется неизменным. В сущности, вы можете вращать его под любым углом вокруг перпендикулярной его центру оси и не заметите никакой разницы. Круг, таким образом, обладает бесконечным числом вращательных симметрий. И это не единственные симметрии, свойственные кругу. Отражения во всех осях, проходящих сквозь диаметр, также не вносят никаких изменений» (Livio, 2005: 14).

В шаманизме круг является распространенным элементом узора. Круги на оленных камнях Центральной Азии интерпретируют как изображение серьги или солнца⁹. Круглый бубен символизирует мир или космос. В гималайском шаманизме «предполагается, что повязки или тесьма, 8 раз обернутые вокруг запястья, должны с помощью «магического круга» защитить людей от дурных влияний» (Müller-Ebeling, 2002: 52). У горных племен Юго-Восточной Азии красную нить повязывают на запястье ребенка, чтобы защитить его от злых духов. Оленеводы севера Монголии посвященного духам оленя отмечают красной нитью вокруг шеи, что также призвано защищать пастухов и стадо.

Ливิโอ отмечает, что одна и та же система «может, таким образом, обладать несколькими симметриями или быть симметричной под воздействием различных преобразований симметрии» (Livio, 2005: 15), подобно сфере или равностороннему треугольнику. Если применять эту идею по отношению к культуре, символ может иметь много интерпретаций или производных (поскольку круг — простейший и повсеместно распространенный элемент в природном мире).

Сфера. О сфере как форме симметрии Ливิโอ пишет: «Если вращать идеальную сферу вокруг ее центра по оси, идущей в любом

направлении, сфера остается неизменной» (*Livio*, 2005: 14). Солнце и луна, представленные в двухмерной форме, как на оленных камнях, превращаются в круг.

Равносторонний треугольник. «Существует 6 преобразований симметрии — 3 вращения и 3 отражения, связанных с равносторонним треугольником» (*Livio*, 2005: 15). Эти формы или их производные часто бывают представлены или интерпретированы как горы, как на этом узоре из северного Таиланда.

Симметрия повторяющихся паттернов. «Один из наиболее известных паттернов симметрии — это повторяющийся мотив. От фризов... до ковров и даже пения птиц симметрия повторяющихся паттернов создает ощущение комфорта и эффект узнавания» (*Livio*, 2005: 15).

Преобразование симметрии в данном случае называется трансляцией, подразумевая замену или перенос на определенное расстояние вдоль определенной линии. Паттерн называется симметричным, если его можно перемещать в разных направлениях без изменений для целого. Другими словами, обычные узоры, в которых тема повторяется через определенные промежутки, обладают трансляционной симметрией. Сохраняющие симметрию в результате трансляции орнаменты существовали еще в эпоху палеолита. Найденный в Украине браслет из бивня мамонта, например, украшен повторяющимся зигзагообразным орнаментом. Другие трансляционно-симметричные узоры можно обнаружить на множестве произведений искусства, например, в работах Мориса Эшера и Уильяма Морриса. В природе встречаются трансляционно-симметричные существа, например, сороконожки, у которых одинаковые сегменты тела повторяются ни много ни мало 170 раз (*Livio*, 2005: 16). Изображение оленя на оленных камнях Центральной Азии может служить примером такого типа симметрии.

Симметрия в музыке. В ответ на свой вопрос о том, «можно ли распространять симметрию (со всем уважением к трансляции, а также отражению и вращению) на другие формы искусства, такие, как музыка, или же она ограничена только визуальными», Ливио приводит несколько примеров из западной музыки и отмечает, что если отойти от восприятия симметрии исключительно в рамках геометрии и звуков как набора партитур, то можно обнаружить трансляционную симметрию в музыке: «Как писал в 1908 году русский кристаллофизик Г.Ю. Вульф: “Дух музыки — это ритм. Он состоит из регулярных периодических повторений фрагментов музыкальной композиции... постоянное повторение идентичных частей целого составляет

суть симметрии... В более общем смысле, композиции часто основаны на основном мотиве, представленном в начале и далее подвергающемся различным преобразованиям»» (*Livio*, 2005: 18).

Что касается произведений Моцарта, «британский музыковед и композитор Дональд Тови определил их «прекрасные и симметричные пропорции» как одну из ключевых причин их популярности» (*Livio*, 2005: 19). Кстати, любопытный факт: современники называли Моцарта шаманом (*Flaherty*, 1992).

Шаманские песни северной Канады служат иллюстрацией словам о повторяющихся фрагментах и трансформации основного мотива. В одной из своих статей (*Walker*, 2003) я анализировала песню и сопровождающие ее движения с точки зрения их «уравновешивающих» качеств; в цитате несколько примеров симметрии, от симметрии круга до покачиваний направо и налево. Даймонд Дженнесс пишет о раннем опыте с шаманскими заклинаниями (песнями) среди эскимосов реки Копер: «У инуитов сивулингги из поколения в поколение, «от первых людей», как они говорят, передаются разнообразные заклинания (акеути), чтобы задобрить или отогнать злых духов. Заклинания обычно поют все люди, при этом один из шаманов стоит в центре круга; во время пения их тела раскачиваются из стороны в сторону, хотя их ноги стоят неподвижно. В завершении припева шаман призывает своих духов-помощников и с их помощью достигает желаемой цели. Дети обычно не допускаются до подобных церемоний. Многие заклинания очень старые и утратили свое первоначальное значение, но это не уменьшает их силы. Я слышал одно такое заклинание во время бурана в конце лета 1915 года. У Тусайока и Кессулика не было палатки (так в тексте. — *М.О.*), так что они сделали навес, растянув шкуры между двумя камнями; но поскольку, несмотря на это, им было холодно и неудобно, Тусайок пел заклинание и повторял его снова и снова в течение часа. В нем было всего с полдюжины слов, и каждое само по себе было вполне понятным, но ни у кого не было ни малейшего представления о смысле песни в целом. Тем не менее, Тусайок думал, что, хотя он и не был шаманом, простое повторение заклинания отпугнет злых духов, приносящих бурю, и вернет хорошую погоду. В буквальном переводе песня звучит так:

Я прихожу снова, я, снова.

Я прихожу снова, я, снова. Ты не знаешь?

Я прихожу снова, я, снова.

(*Примечание*: предполагается, что дух все это время разговаривает) (*Jenness*, 1923: 187).

Амар хуур (на монгольском), или варган широко используется в Центральной и Юго-Восточной Азии. Он требует определенного размеренного дыхания (дыхание само по себе симметрично); можно предположить, что музыка, во время исполнения которой используется дыхание шамана или музыканта, имеет симметричную структуру. Я также предполагаю, что целительные свойства музыки берут свое начало из того, о чем выше говорил Вульф. Ниже шаман Халтсан¹⁰ описывает целительные возможности *варгана*: «Шаман Халтсан рассказал Оюмаа, что он лишился рассудка на целую неделю — бегал повсюду голым и не осознавал, что происходит. Повар отвел его к психологу, но это не помогло. Халтсан сказал, что смог прийти в себя, когда играл на варгане» (ПМА: Монголия-2007).

Это произошло потому, что он вновь стал единым целым, в соответствии с приведенным выше описанием симметричного единства у Джонсона.

Симметрия скользящего отражения в описании Ливио представляет собой комбинацию трансляционной симметрии и симметрии отражения: «Трансляционная симметрия и симметрия отражения могут объединяться в единое действие симметрии, известное как скользящее отражение. Отпечатки следов, образованные чередованием шагов правой и левой ногой являются примером такой симметрии. Действие состоит из трансляции (скольжение), за которой следует отражение в линии, параллельной направлению смещения (пунктирная линия на рисунке). Точно так же вы можете смотреть на скользящее отражение как на зеркальное отражение, за которым следует смещение, параллельное зеркалу. Симметрия скользящего отражения часто встречается на классических фризах (бордюрах)... Тогда как паттерны трансляционной симметрии создают впечатление движения в одном направлении, узоры, создаваемые симметрией скользящего отражения, наводят на мысль о змее. В природе змеи достигают такого эффекта, поочередно сокращая и расслабляя группы мышц по обеим сторонам тела — когда сокращаются мышцы справа, соответствующие мышцы слева расслабляются и наоборот» (Livio, 2005: 21).

Как отмечено в цитате, змея может образовывать круг и обладает билатеральной симметрией. На одежде монгольских шаманов змея представлена в виде «веревки», свисающих с каждого плеча. Они являются классическим мотивом на одежде даже в тех регионах, где змеи не водятся. Ливио также отмечает интересную связь между симметрией и пространственной ориентацией: «Симметричные фигуры не изменяются, будучи повернутыми, отраженными или смещенными определенным обра-

зом» (*Livio*, 2005: 38). Змея, как элементная форма и повторяющийся во многих культурах символ бессмертия, является примером постоянной ориентации симметричных форм. Интересно, что Джереми Нарби говорит об изображениях змеи в терминах двойной спирали ДНК.

Трехмерная симметрия. Все приведенные выше примеры относятся к неизменным преобразованиям, которые выражаются в симметриях в двумерном пространстве («неизменный» в данном случае относится к тому, что после трансформации каждые две точки оказываются на том же расстоянии друг от друга, что и в начале — мы не можем сжать, растянуть или деформировать фигуры). В трехмерном пространстве, в дополнение к трансляционной, вращательной, зеркальной и симметрии скользящего отражения, появляется винтовая симметрия. Это симметрия спирали, когда вращение вокруг оси сопровождается перемещением вдоль нее. Такой симметрией обладают некоторые виды растений, у которых листья располагаются через определенные промежутки, образуя полный круг вокруг стебля (*Livio*, 2005: 22). В качестве примера можно также привести дерево в Монголии, растущее по спирали. Этому дается метафизическое объяснение — считается, что оно растет на точке пересечения энергетических потоков. Буддийские монахи умащивают его сливочным маслом, признавая таким образом его сакральную природу.

Перестановка и сознание (восприятие). Существует множество других симметрий, однако эти являются наиболее наглядными для данной статьи. Стоит, однако, отдельно упомянуть о перестановочной симметрии как о типе трансформации, не геометрическом по своей природе, однако включающем в себя разные комбинации объектов, чисел и концепций. Система может быть симметричной (то есть не изменяться) в результате перестановок, и симметрия в результате перестановок проявляется в разных обстоятельствах, включая абстрактные ситуации и математические формулы. Перестановочную симметрию можно наблюдать в расположении черных и белых клеток на шахматной доске или в работах Эшера: «при перестановке черного и белого образ не остается прежним... Однако общее впечатление остается неизменным» (*Livio*, 2005: 28). Эшер объединил трансляционную симметрию и симметричные цветковые узоры. Возможно, сибирские берестяные шляпы и другие прорезные изделия относятся к этому типу симметрии. Прорезные, похожие на мандалу узоры, сделанные для меня сибирской шаманкой и медиумом Людмилой несколько лет назад, были описаны как «исцеляющие», «как медитация».

Перестановочная симметрия привлекает внимание Ливиио к «примитивному процессу восприятия и правилам, лежащим в основе симметрии» (*Livio*, 2005: 28). Отмечая, что «поскольку всю информацию

о мире мы получаем с помощью органов чувств, вопрос о симметрии как потенциальном факторе восприятия приобретает особую важность» (*ibid*: 28), будучи вместе со зрением важнейшим средством восприятия: «В основном, последние психологические исследования и результаты экспериментов подтверждают важную роль симметрии в процессе восприятия. Билатеральная симметрия вдоль вертикальной оси распознается проще (то есть быстрее) всего. По сути, симметрия — это то качество, которое схватывает глаз на самых ранних стадиях процесса восприятия зрительного образа» (*Livio*, 2005: 37).

Важнейшая для восприятия (*Livio*, 2005: 39) билатеральная симметрия обычно появляется на одежде шамана. Правая и левая части одежды, как и правая и левая стороны человеческого тела, билатерально симметричны во всех случаях, которые мне встречались. Таким образом, когда мы видим шамана в полном облачении, мы быстро воспринимаем его цельность и гармонию. Благодаря особенностям человеческого восприятия, одежда шамана, как и другие его атрибуты, немедленно настраивает наблюдателя на желаемый результат. Также одежда придает шаману «исцеляющие» или «гармонизирующие» способности, которых он старается достичь или увеличить в ходе шаманского ритуала. Как говорит тамангский шаман Майле Лама: «Исцеление в первую очередь заключается в восстановлении психической гармонии общества» (*Müller-Ebeling*, 2002: 53).

Высококонтрастные повторяющиеся паттерны, расположенные очень близко друг к другу, могут создавать убедительную иллюзию движения. Ливио приводит в пример узоры художников «оп-арта»: черные волнистые линии на белом фоне (или наоборот), расположенные через равные промежутки.

Наглазник и бахрома на одежде при движении усиливают ощущения шамана, который находится в измененном состоянии сознания или путешествует по другим мирам.

Шаманизм и симметрия

Симметрия как основной концепт шаманской космологии и практика объясняет общепринятые характеристики шаманизма: то, что он «природоцентричен», что его артефакты наполнены силой, что он состоит из множества согласующихся друг с другом компонентов, что он одновременно прагматичный и интуитивный, мирской и сакральный, служащий мирским функциям, о которых говорил Даттон в начале этой статьи, но также и метафизическим целям, таким как трансцендентальность, трансгуманизм и космогенез по Элиаде и Юнгу. Симметрия также подтверждает и менее распространенные идеи, например, о том, что шаманизм — это одновременно наука и искусство.

Симметричные связи, повсеместно распространенные в шаманских культурах, являются двухмерным выражением связей эзотерических. Например, Зукелли, говоря об ирландских мегалитах, интерпретирует спираль, круг, треугольник, лунки, зигзагообразные и волнообразные линии как «культурные иконы»: «Самый распространенный мотив — это спирали, которые чаще всего используются как символ постоянного потока энергии и жизненного цикла и, таким образом, как олицетворение богини земли. Концентрические круги и лунки символизируют солнце или же центр, из которого происходит жизнь. Зигзагообразные линии обозначают воду, а волнообразные — опять-таки мать-землю» (*Zucchelli*, 2007: 17).

Археологи заново исследуют древние памятники с точки зрения их симметрии. Канадский ученый Гордон Фриман обнаружил сходную геометрию поверхности на трех древних памятниках, находящихся примерно на одной широте. Это Стоунхендж в Великобритании, гора Пресели в Юго-Западном Уэльсе и насчитывающие 5000 лет храм Солнца и календарь в канадской провинции Альберта (последний использовался еще 300 лет назад). Каждый из этих памятников свидетельствует о познаниях в области астрономии и геометрии, которые применялись для наблюдения за движением Солнца и Луны и сменой времен года. Я использую данные Фримана как свидетельство «баланса» или симметрии между Солнцем и Луной, проявляющихся во время равноденствия¹¹, а также между светом и тьмой, днем и ночью, например: «Полная Луна расположена на небе прямо напротив Солнца, так что полная Луна восходит напротив того места, где заходит Солнце и заходит напротив того места, где Солнце встает. Таким образом, в районе летнего солнцестояния полная Луна восходит и заходит рядом с теми местами, где во время зимнего солнцестояния восходит и заходит Солнце, если наблюдать за этим с одной точки. Во время зимнего солнцестояния полная Луна восходит и заходит рядом с тем местом, где во время летнего солнцестояния восходит и заходит Солнце» (*Freeman*, 2009: 70).

О затмениях Фриман пишет: «Орбита Луны вокруг Земли пересекается с орбитой Земли вокруг Солнца. Иногда все три планеты оказываются на одной линии, что приводит к солнечным или лунным затмениям. Солнечное затмение случается тогда, когда Луна оказывается точно посередине между Солнцем и Землей, а лунное — когда Земля оказывается между Солнцем и Луной» (*Freeman*, 2009: 71).

В основе шаманизма лежит природа или природная гармония противоположностей (солнце/луна, ночь/день, свет/тьма, мужчина/женщина, небо/земля). Эти дихотомии отражаются в культуре как наш мир/мир духов, отец Небо/мать Земля, и даже в планировке монгольской юрты или индейского типи, где вход обращен на юг.

Шаманизм использует различные техники для того, чтобы повлиять на мир полярностей, чтобы сохранить их в равновесии или объединить, если «изначальное» целое и, следовательно, симметрия, были нарушены. Примером первого может служить достижение равновесия между нашим миром и миром духов путем принесения им подношений, примером последнего — нейтральность гендерной роли шамана в трансе. В ходе культурной деятельности убитые птицы и животные становятся артефактами в составе набора шаманских инструментов; животные атрибуты помогают действиям человека. Шаманы находятся на границе человека и природы. Хотя шаман сам по себе не является ни животным, ни божеством, он олицетворяет дуальность мира животных и мира духов, одновременно «посюсторонность» и «потусторонность».

Шаманизм искусно управляет энергией, жизненной силой, способностью чувствовать, которыми, как принято считать, обладают все живые существа. Предполагаю, что эта жизненная сила основана на симметрии, которую учитывают и некоторые целительские практики. Энергия Кундалини, например, поднимается по спирали от нижних чакр вдоль позвоночного столба к верхней чакре. Таманский шаман Майле Лама объясняет это авторам «*Shamanism and Tantra in the Himalayas*» следующим образом: «Энергия (шакти) возникает в сексуальной чакре¹². Оттуда она поднимается к сердечной чакре, где превращается в любовь. Это исцеляющая сила шамана. Если энергия поднимается вверх, в лобную чакру, то энергия-любовь превращается в осознание. Только когда все чакры соединены между собой потоком энергии, можно считать себя цельным человеком» (Möller-Ebeling, 2002: 3).

Этот и другие примеры из Гималаев, которые я уже приводила в своей статье, интересны, потому что демонстрируют пересечение шаманизма и буддизма, который использует базовые принципы симметрии, чтобы объяснять причины здоровья и болезней. Это также служит иллюстрацией ключевых идей относительно энергии в энергетической психологии, сравнительно новой области западной терапии. Я коротко упомяну о ней, поскольку она добилась огромных успехов в борьбе с различными травмами или, если пользоваться шаманскими терминами, «нарушениями равновесия», такими как посттравма-

тический синдром, депрессия, гнев, ожирение, вредные привычки и т.д. Терапия используется для того, чтобы высвободить подсознательные факторы, ставшие причиной болей в пояснице или других недомоганий, или чтобы определить выбор и дозировку лекарственных препаратов¹³. Подобно EMDR¹⁴, энергетическая психология быстро продемонстрировала свою эффективность. Научные исследования пока находятся только в процессе разработки, и некоторые из них связаны с этническими группами или коренными жителями Америки, но ее использование в культуре малочисленных народов еще недостаточно хорошо изучено. Я говорю об этом на этой конференции, поскольку считаю, что между энергетической психологией и шаманизмом существует пространство для диалога. Я знакома в основном с работами Гари Крейга, создателя EFT (техника эмоциональной свободы)¹⁵ и Донны Иден.

Энергетическая психология

Называя здоровье состоянием «равновесия», энергетическая психология¹⁶ пользуется тем же языком, что и шаманизм. Она также пользуется и языком науки, например, термином «гомеостаз», который выражает одно из важнейших для биологии понятий: «Все системы стремятся к энергетическому равновесию, состоянию внутренней стабильности и гармонии с другими энергиями. В то же время, каждое затраченное усилие и каждое взаимодействие с окружающей средой нарушает это равновесие... Когда равновесие одной из ваших энергетических систем нарушено постоянно или когда несколько систем дисгармонируют друг с другом, тело не может функционировать нормально» (Eden, 1998: 22).

В условиях современной жизни, с ее экологическими и социальными минусами, трудно находиться в состоянии энергетического равновесия. Такая модель здоровья смещает фокус от *культуры* (как неадекватной, разрушающей, находящейся в состоянии кризиса или перехода) к *контексту*. И предполагает, что саморегуляция свойственна всем формам жизни, включая животных.

Диагностический инструмент кинезиологии — мышечное тестирование — здесь трансформируется в «энергетическое тестирование», или «энергетическую кинезиологию», и фокусируется на использовании мышц для измерения энергии. Цель тестирования, таким образом, состоит не в том, чтобы определить *силу* мышц, а чтобы понять, как энергии тела движутся по нему, чтобы определить «состояние энергий, выявить нарушения равновесия и определить, что нужно... чтобы вы соответствовали своим потребностям или потребностям своих близких. Это позволяет увидеть, свободен путь энергии или же

заблокирован, получают ли органы достаточно энергии, чтобы нормально функционировать, и не вредна ли внешняя энергия (например, определенная еда или токсины) для вашей системы» (*Eden, 1998: 45*).

Можно сказать, что энергетическая психология «простукивает» определенные точки тела, используя пальцы левой и правой рук (вместе или поочередно) терапевта и пациента. Далее я приведу пример. Я выбрала пример под названием «ZipUp» из Донны Иден, потому что на нем хорошо видны симметрии, о которых я говорила раньше.

1. Слегка нажмите на две точки на ключицах одновременно каждой рукой, чтобы убедиться, что ваши меридианы движутся вперед.

2. Расположите руки на нижнем конце центрального меридиана, который находится на лобковой кости.

3. Сделайте глубокий вдох и одновременно медленно продвигайте руки вдоль центра тела к нижней губе.

4. Продолжайте двигаться вверх и поднимите руки высоко вверх. Сделайте круг назад к тазу. Повторите три раза.

Иден продвигает энергию вдоль центральной оси тела, используя билатеральную симметрию тела. Она использует круг, чтобы завершить движение.

Возвращаясь к началу

Говоря о Бахе, Ливио указывает на симметрию отражения и трансляционную симметрию в его музыке, заметную на многих уровнях, особенно в канонах, и отмечает, что «каноны в целом одно время считались своего рода симметричными пазлами. Композитор задавал тему, но задачей музыканта было определить, какой тип симметрии понадобится, чтобы ее воспроизвести... Это не слишком отличается от той задачи, которую ставит перед нами вселенная — определить лежащие в ее основе паттерны и симметрии» (*Livio, 2005: 21*).

Это именно то, чем занимаются шаманы, кто-то более, а кто-то менее умело. Некоторые шаманы действуют, полностью осознавая свои практики, для других более важно интуитивное понимание. Некоторые вносят в ритуал свои изменения, возможно, основываясь на видениях или указаниях из мира духов, другие предпочитают следовать традиции. Это позволяет увидеть, что многие (если не подавляющее большинство) культур и шаманов предпочитают следовать устоявшимся культурным паттернам, поскольку так *сохраняется космогоническая структура*. (Слово «симметрия», как я упоминала в начале данной статьи, подразумевает «устойчивость к преобразованию».)

Будучи природоцентричным, шаманизм обладает более прямой связью с этими паттернами и симметриями, нежели религия и наука, которые нуждаются в посредниках в виде текстов и методик. Даже восприятие (облегченное билатеральной симметрией) менее опосредовано. В этом контексте подобные «истоковые», изначальные и универсальные связи остаются узнаваемыми и доступными. Последние слова я оставляю за Мирча Элиаде (1958: x). Они относятся, подобно словам Ливио, к науке и искусству, культуре и природе, физическому и метафизическому. Элиаде говорит о том, что мы живем во вселенной, «которая сверхъестественна по происхождению и при этом сакральна по форме, а иногда даже по самой своей сути».

Литература

Dutton, 2009 — *Dutton Denis*. The Art Instinct: Beauty, pleasure and human evolution. New York: Bloomsbury Press.

Eden, 1999 — *Eden Donna*. Energy Psychology. Putnam: Jeremy P. Tarcher.

Flaherty, 1992 — *Flaherty Gloria*. Shamanism and the Eighteenth Century. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Jeness, 1923 — *Jeness Diamond*. The Copper Eskimos. Southern Party 1913-16. Report of the Canadian Arctic Expedition 1913-18. Ottawa: F. A. Acland.

Johnson, 1983 — *Johnson Robert A*. We: Understanding the Psychology of Romantic Love. Harper: San Francisco.

Jung, 1969 — *Jung C.G*. The Collected Works of C.G. Jung, vol. 9: the archetypes and the collective unconscious (2nd ed.). London: Routledge and Kegan Paul.

Kemp, 2009 — *Kemp Martin*. Darwin's Masterpiece // (Review of: The Art Instinct: Beauty, pleasure and human evolution / by Denis Dutton, Bloomsbury Press) New Scientist 31 January 2009. P. 44-45.

Livio, 2005 — *Livio Mario*. The Equation That Couldn't Be Solved: How mathematical genius discovered the language of symmetry. New York: Simon & Schuster.

Lundy, 1998 — *Lundy Miranda*. Sacred Geometry. New York: Walker and Company.

Møller-Ebeling et al., 2002 — *Møller-Ebeling, Claudia; Christian Ratsch; Surendra Bahadur Shahi*. Shamanism and Tantra in the Himalayas. Vermont: Inner Traditions.

Narby, 1998 — *Narby Jeremy*. The Cosmic Serpent: DNA and the Origins of Knowledge. New York: Jeremy P. Tarcher / Putnam.

Rees, 2009 — *Rees Martin*. New Scientist 14 February 2009. P. 39.

Walker, 2003 — *Walker Marilyn*. Music As Knowledge in Siberian Shamanism and Other Healing Traditions of Siberia // Arctic Anthropology. Vol. 40, №. 2, December 2003. P. 40-48.

Zucchelli, 2007 — Zucchelli Christine. Stones of Adoration: Sacred stones and mystic megaliths of Ireland. Cork: Collins.

¹ Священная геометрия подразумевает изучение архетипических образов, на которых основан материальный мир и которые являются основными паттернами творения.

² Десенсибилизация и коррекция переработки информации с помощью быстрого движения глаз (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) – разработанный Фрэнсин Шапиро метод лечения травм на основе быстрого движения глаз.

³ В разработке Донны Иден.

⁴ Техника эмоциональной свободы (Emotional Freedom Technique), разработанная Гари Крейгом.

⁵ Мартин Рис – профессор космологии и астрофизики Кембриджского университета. Его работы посвящены взаимосвязи математики и науки. Мое использование его и других научных подходов для исследований шаманизма и культуры является моей личной инициативой и спекулятивно.

⁶ Цит. по: *Jeffrey Mishlove. The Roots of Consciousness. New York: Marlowe and Company, 1993. P. 82-86.*

⁷ Юнг (цит. по: *M. Stein. Jung's Map of the Soul: An introduction. Chicago: Open Court Publishing Company 1998. P. 127*) считал: «Не архетипы произошли из культуры; скорее культурные формы основаны на архетипах».

⁸ И таким образом (возвращаясь к Даттону, чья работа об инстинкте искусства уже упоминалась в этой статье), архетип не является инстинктом, который относится к поведенческим паттернам и психологическим стимулам

⁹ Уильям Фитцхью, Смитсоновский институт, комментарий в частной беседе 2007 и 2006.

¹⁰ Халтсан – оленевод из северной Монголии.

¹¹ Фриман считает западные даты весеннего и осеннего равноденствия неточными. Его версия соответствует более точному неолитическому календарю.

¹² В шаманизме Центральной Азии корневая чakra соотносится со священным огнем, огнем космогонии (о котором Чулу, старейшина оленеводов, живущих на севере Монголии, говорит как о центре шаманской космологии) и с планировкой дома, при которой очаг располагается в центре помещения. К очагу поэтому следует относиться с уважением, например, нельзя бросать в огонь мусор.

¹³ Согласно *Biology of Belief* Брюса Липтона, энергетическая психология использует последние исследования тела и сознания для быстрого перепрограммирования ограничивающих подсознательных установок. Липтон описывает, как установки контролируют поведение и генетическую активность (таким образом избавляя нас от необходимости использовать позитивное мышление и силу воли, чтобы попытаться «пересилить» негативное поведение).

¹⁴ См. прим. 2.

¹⁵ EFT – техника эмоциональной свободы (Emotional Freedom Technique), разработанная Гари Крейгом. Инструкции доступны онлайн бесплатно.

¹⁶ В смысле, используемом ISSSEEM (*Международное общество по изучению тонких энергий и энергетической медицины*).

Перевод М.Н. Ошуркова

С.В. Харитонов

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИЛОЖЕНИЯ ТЕОРИИ СИСТЕМ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАДАЧАМ ПСИХОТЕРАПИИ

На сегодняшний день сформировалось большое количество направлений психотерапии (гештальттерапия, психоанализ, психодрама, телесно ориентированная психотерапия, танцевальная терапия и многие другие), точное количество школ и направлений не удалось установить, только более-менее известных мы насчитали до 500. При этом не учитывалось, что к психотерапевтическим практикам в какой-то мере могут быть отнесены некоторые традиционно-эмпирические приемы йоги, даосские практики, шаманизм, ведовство и т.п.

В науке нет четко определенного термина *психотерапия*. Попытки выработать определение понятия предлагались многими авторами и профессиональными ассоциациями. Однако признать их удовлетворительными пока нельзя.

Наиболее острой проблемой психотерапии можно считать проблему создания надежного теоретического обеспечения (*Огинская и др.*, 1991; *Тукаев*, 2007), которое позволит решить проблемы клинической эффективности, надежности, валидности, оценки результатов терапии, контроля качества, прогнозируемости результатов. В качестве такого обеспечения нам представляются адекватными попытки синтеза гуманитарного подхода (Страсбургская декларация относит психотерапию к гуманитарным наукам) и естественнонаучного. В частности, речь идет об эвентуальных возможностях применения некоторых законов, вытекающих из теорий систем (*Bertalanffy*, 1962) в психотерапии.

Со стороны математических исследований системных процессов установлено, что любая сложная система (техническая, экономическая, экологическая, социальная, биологическая) обладает некоторыми системообразующими атрибутами, главными из которых являются четыре:

- первичные элементы систем;
- отношения между элементами систем;
- законы композиции отношений систем;
- фон системы (*Прангишвили*, 2000).

С другой стороны, в современных нейронаучных исследованиях сложилось представление о функциональных состояниях, которые включают в себя разные психобиологические элементы, системы и подсистемы (*Данилова*, 1992; *Данилова*, 2007; *Марютина и др.*, 2001; *Филиппов*, 2006).

Таким образом, нам представляется оправданным применение закономерностей, описывающих системные механизмы в контексте

функциональных состояний (обе составляющие имеют хорошее логическое и эмпирическое подтверждение).

В клинической практике функциональным состояниям частично тождественны нозологические единицы, общепринятые в международной классификации болезней. С той поправкой, что функциональное состояние — это вся совокупность относительно устойчивых феноменов. В связи с некоторыми из них пациент и обратился за помощью. Только часть из этих феноменов обычно используется в качестве диагностических критериев и беспокоит пациента. Действительно, как предыдущие МКБ, так и современная МКБ-10 не содержат критериев оценки, которые полностью и всегда совпадали бы с реальными клиническими случаями.

Рассмотрим более конкретно некоторые системные закономерности и их возможные приложения в психотерапии через призму функциональных состояний:

1. Возможность фазовых переходов, когда происходит смена одного качественного состояния на другое при минимальном воздействии в критическую точку (*Ландау и др.*, 1976; *Прангшвили*, 2000; *Bertalanffy*, 1962). Этот принцип позволяет сформулировать две важные задачи психотерапевтического процесса:

- поиск внутри психопатологического функционального состояния таких точек (феноменов), воздействие на которые позволит изменить состояние пациента;

- генерация методов, позволяющих наиболее адекватно воздействовать на эти точки «фазового» перехода, обеспечивающего смену текущего функционального состояния.

2. Зависимость потенциала (силы) системы от степени ее организованности и характера взаимодействия ее элементов (*Богданов*, 1989).

Речь идет о принципе «целое больше суммы своих составных частей». При этом: чем выше организована система, тем целое больше суммы составных частей (эта обратная пропорциональная связь не обязательно имеет линейный характер).

Из вышесказанного вытекает, что от степени организации системы (А) и/или от характера взаимодействия автономных составных элементов (A_1, A_2, \dots, A_n) системы (А) существенно зависит сила или потенциал (Р) всей системы А. Потенциал или силу составных автономных элементов (частей системы) обозначим через р, тогда имеем выражение $P(A) \gg p(A_1) + p(A_2) + \dots + p(A_n)$. В слабо организованных или неорганизованных системах потенциал всей системы стремится к уменьшению.

Применительно к психотерапии эта закономерность позволяет рассчитывать:

- на большую эффективность терапевтического процесса, если терапевтические воздействия направлены на конкретные элементы (феномены) психопатологического функционального состояния, а не на все состояние в целом;

- функциональная согласованность психотерапевтических методов (техник, упражнений, заданий) может позволить достигать больших результатов, чем в случаях, когда эта согласованность отсутствует;

- дезорганизация (например, нарушение причинно-следственных отношений внутри патологического алгоритма) психопатологического функционального состояния снижает его устойчивость.

- укрепление и наибольшая частота актуализаций адаптивных функциональных состояний может содействовать скорейшему выздоровлению.

- включение элементов психопатологического функционального состояния в другие (не патологические) функциональные состояния и актуализация этих не патологических состояний могут содействовать скорейшему выздоровлению (данное предположение может быть описано с помощью уравнений из теории множеств, в частности, речь идет о пересекающихся множествах).

3. Принцип единства и борьбы противоположностей (*Свечников, 1971; Свечников, 1973; Хомская, 1980*). Этот принцип определяет возможность и условия объединения нескольких систем-противоположностей в более крупные системы. При этом в структурно устойчивую систему могут быть объединены два потенциальных антагониста. Необходимое условие для такого «склеивания» — «зеркальное» объединение потенциальных антагонистов, причем для каждого его оппонент выполняет функцию регулятора по законам обратной связи.

В психотерапевтической практике данная закономерность свидетельствует о необходимости переориентации мышления клинициста с восприятия проблемных феноменов и сигналов, свидетельствующих о неблагополучии, на взаимосвязи между благополучными (здоровыми и саногенными) и неблагополучными элементами функциональных состояний.

4. Наличие причинно-следственных отношений в системах (*Свечников, 1971; Свечников, 1973*). Для анализа, предсказания развития событий и понимания поведения сложных систем принято использовать структурные схемы причинно-следственных связей. Так, если элемент А является причиной, а элемент В — следствием, то тогда элементы А и В системы связаны причинно-следственной связью.

В психотерапии вся совокупность имеющихся элементов функционального состояния может быть представлена в виде матрицы, элементы которой взаимозависимы в большей или меньшей степени. Следовательно, терапевтическое воздействие должно быть направлено на эти связи и быть адекватным их характеру. В качестве примера можно привести ассоциативные связи, основанные на образном мышлении, когда применение формально-логических процедур коррекции будет не релевантно и, соответственно, недостаточно эффективно (в практике это хорошо известно). Таким образом, характер связей между теми или иными элементами функционального состояния предполагает не только синтез технических решений, но и выбор адекватного «языка» (психотерапевтической парадигмы).

5. Системы способны противодействовать внешним возмущениям для сохранения внутреннего равновесия (Бриллюэн, 2006). Закономерность «стремления сохранения равновесия (уравновешивания) со средой» сформулировал А.Л. Ле-Шателье в следующем виде: «Если существующее равновесие системы подвергается внешнему воздействию, изменяющему какое-либо из условий равновесия, то в ней возникают процессы, направленные так, чтобы противодействовать этому изменению». Это положение позволит сделать несколько выводов:

- необходима разработка психотерапевтических воздействий, направленных не только на какой-либо патологический феномен, но и на процессы, обеспечивающие его устойчивость;

- «сопротивление» отображает свойство системы (патологическое состояние по мере возрастания его организованности приобретает сопротивляемость внешним воздействиям);

- чем дольше существует патологическое функциональное состояние и, соответственно, чем больше «обрастает» патогенная система новыми элементами и связями, тем более высокий уровень сопротивления можно прогнозировать.

6. Закон наиболее слабых мест в системе (Богданов, 1989; Прангшвили, 2000). Существует связь между устойчивостью всей системы с устойчивостью ее отдельных частей (подсистем или элементов). Устойчивость всей системы зависит от наименьших относительных сопротивлений, входящих подсистем или наиболее слабых мест в системе. Эта закономерность может быть выражена просто: «Где тонко, там и рвется». Устойчивость системы определяется устойчивостью наиболее слабой подсистемы. Следовательно:

- создание инструментов анализа патологического функционального состояния (в результате применения которых могут быть обна-

ружены наиболее «слабые» элементы) позволит воздействовать «точечно» и достигать скорейших результатов терапии;

- синтез новых (адаптивных) функциональных состояний или реставрация прежней функциональной динамики требует укрепления слабых подсистем.

7. Временная асинхрония. Расхождение или рассогласование темпов жизни элементов системы (Аксенов, 2006; Владимиров, 1996; Кондрашина и др., 1989). Любая система имеет свое течение времени и в своем развитии, как правило, проходит фазы: рождения, детства, зрелости, старения и смерти. «Системное расхождение или рассогласование» означает постепенное увеличение разности между составными элементами системы путем их дифференциации. Со временем это расхождение элементов системы становится значительным и части целого становятся «различными» в своей организации настолько, что начинают расходиться как по темпам жизни, так и по силе относительного сопротивления среде, что ведет к дезорганизации всей системы, а в дальнейшем и к ее смерти.

Из этого положения вытекает возможность создания описательной модели, где психобиологическое может рассматриваться как группа подпространств, каждое из которых имеет свое особое наполнение в виде психических и психобиологических форм (по аналогии с материей физического пространства) и свои характеристики времени. Таким образом, мы можем говорить об особых пространственно-временных континуумах психобиологического мира (то, что разные функциональные состояния имеют свое время — речь идет о субъективном ощущении течения времени при разных состояниях — подтверждено экспериментально: Чернышева и др., 2006).

Наблюдаемая при расхождении времени смерть системы или ее дезорганизация позволяет рассчитывать на успех от применения воздействий, увеличивающих внутреннюю рассогласованность патологических функциональных состояний.

8. Системогенетическая закономерность или закономерность эволюции (Колесников, 2004; Колесников и др., 2007). Любая система в ходе своего развития проходит в сокращенной форме собственный эволюционный путь, включая все его этапы (например, развитие эмбриона).

Из этого положения следует, что психотерапевтический процесс, в ходе которого осуществляется синтез новых (ранее отсутствовавших) функциональных состояний, должен включать филогенетические модели. Решению данной задачи могла бы содействовать эволюционная теория развития психики человека.

9. «**Островной эффект**» (Эткин, 1991; Эткин, 1998). Эта закономерность не позволяет мощным системам продолжительное время существовать в более примитивном окружении. Происходит своего рода гомеостатическое выравнивание системы, предполагающее ее стремление к относительной гомогенности (усреднение).

Данная закономерность указывает на то, что большую психотерапевтическую эффективность будут иметь те методы и приемы, которые «вырастают» из самой системы или, по крайней мере, имеют достаточный уровень сродства к ней. Неадекватные для функционального состояния способы терапии окажутся изолированными от системы и будут растворены в ней (если, конечно, сила воздействия не будет запредельной).

С другой стороны, эффекты, которые будут растворяться от серии воздействий, не давая очевидного эффекта сразу, могут иметь стратегический смысл через создание потенциала трансформации системы.

10. **Регулируемость системы термодинамическими законами.** Известно, что КПД любых реальных систем не может достигать 100% по причине рассеивания части энергии в окружающую среду (Мартюшев и др., 2004; Циглер, 2002; Эткин, 1991; Эткин, 1998; Garstecki and Whitesides, 2006). Следовательно:

- функциональное состояние одного человека входит в систему не только его самого, но и во множество других систем, расположенных за пределами этого человека (отношения с другими людьми, деятельность и т.п.);

- должны существовать правила и принципы, регулирующие межсистемные отношения;

- для создания эффективной психотерапевтической концепции применения законов только классической теории систем недостаточно, требуются поправки из теории гибридных систем (гибридной называется система, состоящая из двух или более интегрированных подсистем, каждая из которых может иметь различные языки представления и методы вывода, — Колесников и др., 2007). В практическом отношении известно, что гибридные интеллектуальные системы — это совокупность аналитических моделей, экспертных систем, искусственных нейронных сетей, нечетких систем, генетических алгоритмов и имитационных статистических моделей.

Обсуждение

Таким образом, мы пришли к шести конкретным механизмам создания психотерапевтической концепции, которая включала бы в себя не только гуманистический, но и естественнонаучный алгоритм.

По сути, этот вид терапии может быть направлен на динамические трансформации функциональных состояний (если в качестве систем рассматривать функциональные состояния в их динамике) и имеет весьма убедительные теоретические основы, например, в синергетике (Колесников, 2004), предполагающие синтез гуманитарных и естественнонаучных воззрений. Обозначенные шесть инструментов разработки методов динамической трансформации (аналитические модели, экспертные системы, искусственные нейронные сети, нечеткие системы, генетические алгоритмы и имитационные статистические модели) могут быть использованы в ограниченном формате выводов, полученных при анализе общесистемных законов и имеющих многочисленные экспериментальные подтверждения. В сокращенном виде эти ограничения выглядят следующим образом:

1. Необходимо найти и описать внутри психопатологического функционального состояния такие элементы, воздействие на которые позволит изменить это состояние (используя возможность фазовых переходов в системе). Генерировать (или адаптировать уже известные) методы, позволяющие наиболее адекватно воздействовать на точки «фазового» перехода, обеспечивающего смену текущего функционального состояния, и создать инструменты анализа функциональных состояний.

2. Так как в психотерапии приходится иметь дело с разными системами, должны применяться несколько языков или (в идеально-утопическом варианте) один универсальный язык. Собственно психотерапевтический процесс тоже может рассматриваться как система, включающая в себя состояния и взаимодействие пациента, психотерапевта, социальных и прочих систем.

3. Модель, описывающая функциональные состояния, должна включать в себя не только критерии содержания (какие феномены включаются в состояние), но и критерии времени, согласованные как целостный пространственно-временной континуум.

4. Функционально согласованные (связанные в логике гибридных алгоритмов) терапевтические воздействия эффективнее направлять на связи между конкретными элементами (феноменами) психопатологического функционального состояния и на процессы, обеспечивающие устойчивость системы, а не только на все состояние в целом. При этом в структуру патологического функционального состояния входят и адаптивные элементы, связь которых с неадаптивными также должна быть разрушена и рассогласована по времени, а сопротивление системы минимизировано.

5. Кроме деконструкции патологического функционального состояния должна быть обеспечена динамика актуализаций адаптивных функциональных состояний и укрепление слабых подсистем, формирующихся или реставрируемых функциональных состояний.

6. Элементы, входившие в патологическое функциональное состояние, требуют обеспечения адаптивной связи и интеграции в адаптивные функциональные состояния.

7. Требуется создание эволюционной теории психической деятельности.

8. Функциональное состояние одного человека входит в систему не только его самого, но и во множество других систем, расположенных за пределами этого человека (например, отношения с другими людьми, разные виды предметной деятельности и т.п.). Это требует идентификации и исследования реальных правил и принципов такого межсистемного регулирования.

Литература

Bertalanffy, 1962 — *L. von Bertalanffy*. General System Theory // A Critical Review «General Systems». Vol. VII, 1962. P. 1-20.

Garstecki et al., 2006 — *Garstecki P. and Whitesides G. M.* Physical Review Letters, 97, 024503 (14 July 2006).

Аксенов, 2006 — *Аксенов Г.П.* О биологическом времени у В.И. Вернадского. М.: Эволюция, 2006, № 3. С. 14-16.

Богданов, 1989 — *Богданов А.А.* Тектология: Всеобщая организационная наука. М.: Экономика, 1989, 351 с.

Бриллюэн, 2006 — *Бриллюэн Л.* Научная неопределенность и информация. М.: КомКнига, 2006, 272 с.

Владимиров, 1996 — *Владимиров Ю.С.* Реляционная теория пространства, времени и взаимодействия. Часть I — Теория систем отношений. М.: МГУ, 1996, 262 с.

Данилова, 1992 — *Данилова Н.Н.* Психофизиологическая диагностика функциональных состояний. М.: МГУ, 1992.

Данилова, 2007 — *Данилова Н.Н.* Психофизиология. М.: Аспект Пресс, 2007, 368 с.

Колесников и др., 2007 — *Колесников А.В., Кириков И.А.* Методология и технология решения сложных задач методами функциональных гибридных интеллектуальных систем. М.: ИПИ РАН, 2007, 387 с.

Колесников, 2004 — *Колесников А.А.* Синергетика: процессы самоорганизации и управления. Учебное пособие / под общ. ред. А.А. Колесникова. В 2-х частях. Ч. I. Таганрог: Изд-во ТРТУ, 2004, 360 с.

Кондрашина и др., 1989 — *Кондрашина Е.Ю., Литвинцева Л.В., Поспелов Д.А.* Представление знаний о времени и пространстве в интеллектуальных системах. М.: 1989, 328 с.

Ландау и др., 1976 — *Ландау Л.Д., Лифшиц Е.М.* Статистическая физика. Ч.1. М.: Наука, 1976, 584 с.

Мартюшев и др., 2004 — *Мартюшев Л.М., Сальникова Е.М.* Развитие экосистем и современная термодинамика. М.: ИКИ, 2004, 80 с.

Огинская и др., 1991 — *Огинская М.М., Розин М.В.* Мифы психотерапии и их функциональность // Вопросы психологии. 1991, № 4. С 23-27.

Прангишвили, 2000 — *Прангишвили И.В.* Системный подход и общесистемные закономерности. М.: Синтег, 2000, 528 с.

Свечников, 1971 — *Свечников Г.А.* Причинность и связь состояний в физике. М.: Наука, 1971, 304 с.

Свечников, 1973 — *Свечников Г.А.* Диалектико-материалистическая концепция причинности // Современный детерминизм: Законы природы. М.: Мысль, 1973, 304 с.

Тукаев, 2007 — *Тукаев Р.Д.* Психотерапия (теории, структуры, механизмы). М.: МИА, 2007, 392 с.

Филлипов, 2006 — *Филлипов М.М.* Психофизиология функциональных состояний. Киев: МАУП, 2006, 240 с.

Хомская, 1980 — *Хомская Е.Д.* Психологические исследования в СССР: проблемы межполушарной асимметрии мозга // Психологический журнал. 1980, №3. С 116-122.

Циглер, 2002 — *Циглер Ф.* Механика твердых тел и жидкости. Издво: Регулярная и хаотическая динамика, 2002, 406 с.

Чернышева и др., 2006 — *Чернышева М.П., Ноздрачев А.Д.* Гормональный фактор пространства и времени внутренней среды организма. СПб.: Наука, 2006, 296 с.

Эткин, 1991 — *Эткин В.А.* Термодинамика неравновесных процессов переноса и преобразования энергии. Саратов: СГУ, 1991, 168 с.

Эткин, 1998 — *Эткин В.А.* Синтез и новые приложения теорий переноса и преобразования энергии. Автореф. дисс. ... д. техн. наук. М.: МЭИ, 1998. 35 с.

В.И. Харитонова

ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СИСТЕМ: ИДЕЯ, ПРАКТИКА, ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ФАКТОР

Идея интеграции разнородных медицинских и лекарско-целительских систем в единую систему по обеспечению сохранения здоровья человека в настоящее время воспринимается, скорее, как научно-фантастическая, нежели чем реальная, хотя по некоторым инициативам можно думать, что это уже состоявшееся явление. Например, Федеральный научный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения (ФНКЭЦТМДиЛ) Минздравсоцразвития РФ уже в четвертый раз провел в этом году мероприятие, именуемое «Международный форум-выставка “Интегративная медицина” (академическая, традиционная, народная)». На таких форумах бывают широко представлены в первую очередь те системы

поддержания здоровья, которые относятся к *традиционной* (восточной) *медицине* (китайские, тибетские, Аюрведа и др.), *народной медицине*, современному *народному целительству*, а также к традиционным и современным *духовным/магико-мистическим практикам* (например, Сахаджа-йога, Рэйки, АЯТ). В перечне привлеченных направлений деятельности, как правило, значатся: рефлексотерапия, мануальная терапия, прикладная кинезиология, остеопатия, апитерапия, гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, биорезонансная терапия, информационно-волновая КВЧ-терапия, лазеротерапия. Во время форумов проходят специализированные научно-практические конференции, выставочные демонстрации, выставки-продажи.

Это не единственные мероприятия подобного рода и названная организация — не первая, проводящая их. Не менее значимыми в стремлении к интеграции являются, например, международные конгрессы «Народная медицина России — прошлое, настоящее, будущее» (проводятся с 1993 раз в два года; организаторы — Всероссийский научно-исследовательский центр традиционной народной медицины «ЭНИОМ»). Аналогичные тенденции наблюдаются на съездах народных целителей России и сопутствующих им конференциях (организует Ассоциация¹, именующая себя на данном этапе РАНМ — Российская Ассоциация народной медицины, а в полном варианте — Российская профессиональная медицинская ассоциация специалистов традиционной и народной медицины; президентом ее в настоящее время является В.В. Егоров). Есть и другие организации, занимающиеся подобной деятельностью. Таким образом, идея интеграции, точнее было бы сказать — кооперации различных медицинских и лекарско-оздоровительных систем, представлена довольно широко. Это вызвано, в том числе (а чаще — в первую очередь), коммерческими стимулами.

Истоки идеи интегрирования во многом связаны с развитием в эпоху перестройки *народного целительства* — тогда этот термин суммарно именовал, по сути дела, все то, что не относилось к (профессиональной) биомедицине, а считалось альтернативными методами сохранения здоровья. До настоящего времени ситуация мало изменилась, если судить по многочисленным изданиям материалов таких конгрессов, которые по-прежнему заявляют о себе как о мероприятиях, посвященных *народной медицине* (см., напр.: *Народная медицина...*, 1993; 1995; 1997; 2000 и след., а также другие труды под грифом ВНИЦТНМ «ЭНИОМ»). Не будем обсуждать в данном случае сложности давно запутанной терминологии, но обратим внимание на суть происходящего. На этих и других мероприятиях, где

значимой составляющей является коммерческий интерес, идет своеобразный смотр самых разных систем и направлений, претендующих на оказание лекарско-диагностических услуг. Замечу, что с годами подобные конференции несколько изменились и количественно (число участников значительно сокращается), и качественно: чем дальше, тем больше внимание концентрируется на приборном обеспечении и связанных с ним методах работы, а также на не-аллопатических средствах — биодобавках, травах и т.п. В целительстве остаются кадры, наиболее адаптированные к избранной сфере деятельности. Многие из тех, кто стал профессиональным *народным целителем*, уже подготовили десятки учеников, даже создали свои школы и направления, приверженцы которых работают в России, а также в странах СНГ и дальнего зарубежья².

Тенденции к наработке собственных методов связаны, не в последнюю очередь, со стремлением к повышению своего образовательного уровня. Надо заметить, что целительство имеет различные ориентации, сообразно тому, как это было и в народномедицинских системах: ориентацию на собственно *народную медицину* (прикладное — физиотерапевтическое, натуропатическое — направление) и на *магико-мистические методы* (духовное направление). Если первое тяготеет к медико-технологической деятельности, то второе — к психолого-психотерапевтической. В последние годы те, кого можно отнести к духовным целителям, активно получают дополнительное образование, специализируясь в области практической психологии и психотерапии. Вопрос о качестве получаемого образования (как психологического, так и медицинского³) — отдельный, требующий серьезного анализа и соответствующих выводов о допуске подобных специалистов к работе с людьми.

Таким образом, «интеграция снизу», со стороны *традиционной медицины и народного целительства*⁴, вобравшего в себя некоторые компоненты разноэтничных *народных медийн* и *медийн традиционных*, различных *магико-мистических практик* и систем, направлена на фильтрацию собственных кадров и методов работы, а также на повышение уровня их подготовки в области медицинского и психологического знания. Это было запрограммировано исходными документами, связанными с целительством, и самими организаторами целительского движения (по разным постановлениям целитель должен иметь обязательное медицинское образование — начальное, среднее или даже высшее). Иной вопрос — интеграция ли это? *Демонстрируемое на проводимых мероприятиях и в публикуемых трудах имеет отношение более всего к выработке комплексных мето-*

дов диагностики и лечения, к получению дополнительных вариантов образования врачами, с одной стороны, и народными целителями — с другой.

«Интеграция сверху» происходит не столь активно и интенсивно. На практике, естественно, *биомедицина* (и официальная система здравоохранения) сопротивляются не только возможностям интеграции, но и попыткам кооперации с иными системами сохранения здоровья. Однако работа в этом направлении идет, а инициаторами ее являются в первую очередь люди, имеющие непосредственное отношение к *биомедицине*. Многие профессиональные медики — либо понимающие важность использования дополнительных резервов иных систем сохранения здоровья, либо разочаровавшиеся в возможностях известной им медицины, пытаются активизировать различные оздоровительные направления и извлечь из них максимальную пользу, сочетая их с современными достижениями биомедицины. Надо отметить, что уже к началу 2000 г. созданное усилиями в первую очередь профессиональных медиков *народное целительство* обрело свой профессиональный статус (официальное признание — 1993 г.), а в системе медицинской подготовки стали массово получать дополнительное образование врачи и медицинские работники среднего звена. Прочитав данные, которыми располагал к 2001 году А.А. Карпеев, генеральный директор ФНКЭЦТМДиЛ: «Только за последние десять лет, — писал он, — в системе последипломного образования Минздрава России организовано и функционирует 7 кафедр и курсов, занимающихся комплексными проблемами традиционной медицины⁵. Проблемами рефлексотерапии занимаются 8 кафедр учреждений последипломного образования, мануальной терапии — 5, натуротерапии, фитотерапии и гомеопатии — 3. Подготовку специалистов по рефлексотерапии осуществляют 25 учреждений последипломного образования, по мануальной терапии — 23, по фитотерапии — 7, по гомеопатии — 7.

В 2000 г. в этих учреждениях получили специализацию и повысили квалификацию по отдельным видам традиционной медицины около 4,5 тысяч врачей» (Карпеев, 2002: 28).

Через несколько лет ситуация значительно изменилась. В своем докладе на конгрессе «Традиционная медицина — 2007» тот же А.А. Карпеев говорил уже о мощном развитии «традиционной медицины»⁶, виды которой он сгруппировал по отношению к ним со стороны официального здравоохранения:

1. Виды традиционной медицины, получившие научное обоснование, широкое внедрение в медицинскую практику и ставшие медицинскими специальностями:

- а) мануальная терапия;
- б) медицинский массаж;
- в) рефлексотерапия.

2. Виды традиционной медицины, получившие научное обоснование, широкое внедрение в медицинскую практику, но не имеющие статуса медицинской специальности:

- а) биорезонансная терапия;
- б) гомеопатия;
- в) натуротерапия (фитотерапия, гирудотерапия, апитерапия);
- г) остеопатия;

д) методы традиционной диагностики (методы Фолля, Накатани, вегетативно-резонансный тест, аурикулярная диагностика, иридодиагностика).

3. Виды традиционной медицины, не получившие до сих пор научного обоснования, а вследствие этого не имеющие в настоящее время разрешения к медицинскому использованию и нуждающиеся в дальнейшем изучении: традиционные оздоровительные системы (тибетская медицина, аюрведа, йога, китайская традиционная медицина);

4. Народное целительство.

Автор доклада при этом подчеркнул: «Конечно, эти виды нельзя еще назвать полностью интегрированными в систему здравоохранения, однако наличие разрешения на медицинское использование, вхождение их в систему лицензирования и последипломного образования говорят о том, что процесс интеграции идет успешно» (Карпеев, 2007).

Из приведенной цитаты видно, что под интеграцией имеется в виду разрешенное использование в системе *биомедицины* различных методов и систем диагностики и лечения и, возможно, более значимая адаптация их на рынке услуг.

Пожалуй, наиболее ярко и успешно такие процессы идут в сфере восстановительной медицины⁷. Кстати, один из активных пропагандистов ее, генеральный директор Российского НЦ восстановительной медицины и курортологии Минздрава РФ, академик РАМН, д.м.н., проф. А.Н. Разумов, пришел к выводу, что «интеграция в рамках восстановительной медицины современных технологий и всех звеньев развития курортной медицины, физиотерапии, традиционных оздоровительных и лечебных методов и систем представляется безусловно прогрессивным направлением поступательного развития профилактического направления отечественного здравоохранения» (Разумов, 2002: 36-37). В 2007 г. — к моменту празднования

«20-летия традиционной народной медицины в России», тот же автор уточнял: «Корригирующие технологии восстановительной медицины включают в себя обширный арсенал современных и традиционных лечебно-оздоровительных методов, среди которых широкое применение находят использование природных и преформированных физических факторов (водо-, грязе-, теплолечение, спелео-, аэро-, климато-, радоно-, механо- и мануальная терапия, массаж, лечебная физкультура, аппаратная физиотерапия и другие), а также применение лечебно-оздоровительных рационов, фитотерапии, гомеопатических средств, пищефармацевтической коррекции, ароматерапии, рефлексотерапии, биоэнергоинформационных воздействий» (Разумов, 2007: 3).

А.Н. Разумов, определяя дальнейшие перспективы развития восстановительной медицины и указывая на возможности последующего совершенствования конкретных направлений существующей системы здравоохранения, подчеркивает: «В условиях кризиса системы здравоохранения восстановительная медицина, интегрированная в единое научное пространство, все больше выступает как спасительная профилактическая доктрина» (Разумов, 2007: 4). Академик полагает, что «с внедрением всех звеньев развития нового профилактического направления в виде восстановительной медицины будет сделан, на наш взгляд, важный шаг к созданию в России принципиальной новой системы управления динамикой здоровья населения. Построенная по профилактическому принципу, данная система потребует поддержки всех государственных, общественных институтов страны и будет способна при этих условиях стать базисной для развития отечественного здравоохранения в XXI веке» (*там же*). На первый взгляд может показаться, что это мечты о далеком будущем, однако, и в настоящем немало проявлений такого плавного реформирования здравоохранения.

Профессиональные медики уже в 1990-е гг. начали создавать не только профильные кабинеты традиционной медицины или целительства, но и специализированные клиники, где сочетались привычные медицинские услуги с дополнительными методами диагностики и лечения, позаимствованными из различных систем сохранения здоровья. Такие примеры, естественно, есть в столице, других мегаполисах, но не только. Одна из удачных клиник подобного рода находится в г. Улан-Удэ, столице Бурятии. Это — «Центр восточной медицины» (ЦВМ), существующий с 1989 г. по инициативе к.м.н. Б.Г. Бальжирова (впоследствии министра здравоохранения РБ). Задуманный как поликлиника тибетской медицины, ЦВМ, помимо соб-

ственно поликлиники и теперь уже двух аптек лекарственных трав, открыл в 1990 г. клинику-стационар в п. Верхняя Березовка, а на Байкале, в с. Горячинске — клинику восстановительного лечения (2006 г.). Сейчас это многопрофильное учреждение, имеющее шесть основных направлений деятельности: лечебно-диагностическое, производство лекарственных средств из растительного сырья; лечебно-оздоровительный туризм (с отдыхом на Байкале); научно-исследовательское; экспертное; организационно-методическое. Научное сопровождение лечебной деятельности ЦВМ обеспечивается учеными Бурятского НЦ СО РАН и БГУ.

ЦВМ — единственное в России *государственное* учреждение тибетской медицины; оно является примером того, как традиционная медицина внедряется в практическое здравоохранение. В клиниках представлены и удачно сочетаются различные медицинские и целительские направления деятельности. Здесь работают, по данным на 2008 г., 134 специалиста, среди них более 20 — профессиональные врачи (7 — к.м.н.; 1 — заслуженный врач РФ, 1 — народный врач РБ, 5 — заслуженные врачи РБ, 6 — заслуженные работники здравоохранения РБ, 3 — отличники здравоохранения РФ), 25 — средний медперсонал, 15 — младший медперсонал, есть настоящие эмчи-ламы и целители. Прием ведут фитотерапевты, кардиологи, эндокринологи, невропатологи, дерматологи, урологи, гомеопаты, остеопаты, массажисты, специалисты тибетской медицины, косметолог. Центр предлагает различные методы диагностики в их сочетании (в том числе с использованием современной медтехники) — биомедицинские и традиционные, а также целительские. Например, пульсовая диагностика может проводиться сенсорно и/или с помощью автоматизированного пульсодиагностического комплекса (АПДК).

В ЦВМ, при всем стремлении к развитию традиционной медицины, упор делается на современную науку (кстати, это одна из клинических баз медфака Бурятского ГУ и кафедры фитотерапии Иркутского государственного института усовершенствования врачей). Основной идеей в работе по оздоровлению здесь стала идея интегративной медицины и целительства: лечить не болезнь, а человека. Именно поэтому ставка делается на снижение в процессе лечения биомедицинских средств и на более активное использование фитотерапии, рефлексотерапии (иглорефлексотерапия в разных вариантах; прижигание полынными сигарами — мокстерапия; малое кровопускание), гирудотерапии, мануальной терапии (прикладная кинезиология, краниосакральная терапия, мышечно-энергетические техники), массажей в раз-

ных вариантах, бальнеотерапии (минеральные ванны и ванны с отварами из лекарственных трав, гидромассажи, фитоаромобочки, лечебные грязи), лечебной косметологии, лечебной физкультуры.

ЦВМ предлагает прекрасный пример комплексного подхода к обследованию, лечению, восстановлению человека — неслучайно ею заинтересовались наши космонавты. Клиника демонстрирует интересные варианты интеграции и в привычном для рассуждений медиков виде (разрешение к применению и внедрение в практику методов традиционной и народной медицины), и отчасти в варианте, соотносимом со значением термина *интеграция* (лат. *integer* — целый; используется для обозначения состояния согласованности, упорядоченности, стабильности к.-л. системы).

При наблюдаемых на практике процессах сближения различных медицинских и лекарско-оздоровительных систем, разговоры об интеграции вызывают порой некоторое недоумение на теоретическом уровне. Интегрировать, например, то, что исходно противопоставлялось, несколько сомнительно. Кстати, в процессе своего создания система *народного целительства* (более распространено неточное наименование — *народная медицина*), не говоря уже о *магико-медицинских практиках*, именовались изначально *альтернативными* системами оздоровления. Позже появился второй термин — *комплементарная медицина*, заимствованный из лексикона ВОЗ. Он применялся для характеристики оздоровительной практики во многих странах мира и считался вполне обоснованным там, где методы и системы, отличные от биомедицины, действительно были представлены как дополнительные — *комплементарные*.

В России, судя по существующему в области охраны здоровья законодательству, в виде комплементарной медицины выступают фитотерапия, рефлексотерапия, мануальная терапия, апитерапия. В этот же список попадает гомеопатия. Однако о какой интеграции можно говорить, если гомеопатия по своей методологии изначально просто противопоставлена, альтернативна аллопатии? Известно, что врачи-аллопаты в настоящее время получают дополнительную квалификацию в сфере гомеопатии и порой гомеопатические назначения предлагаются в дополнение к аллопатическим или фитотерапевтическим. Исходно альтернативные системы превращаются в комплементарные по отношению друг к другу. Возникает естественный вопрос: где должны быть границы сочетаемости противопоставленных изначально систем? Не придем ли мы в стремлении к интеграции, условно говоря, к системе «все в одном», создав

снова несочетаемые «витаминно-минеральные комплексы», приносящие, как выясняется (как обычно, *post factum*), больше вреда, чем пользы?

И зафиксируем еще один момент: *очевидно, интеграция трактуется нынешними ее приверженцами по принципу работы различных систем и методов не «вместе», а «вместо»: не помогает аллопатия — можно послать к бабке или к гомеопату полечиться.* Впрочем, если вдруг будет создана когда-нибудь единая и целостная система поддержания здоровья (может быть, в варианте восстановительной медицины, хотя точнее было бы говорить о профилактико-лечебно-восстановительной медицине), то не исключено, что при грамотном структурировании компонентов и их четкой работе с разделением функций в едином поле такой уникум будет действовать, но пока это воспринимается как одна из утопических идей...

Процесс создания глобальной системы поддержания и сохранения здоровья зависит, не в последнюю очередь, от тех, кому эти проекты адресованы. *Вопрос медицинской интеграции необходимо рассматривать не только с позиции государственного здравоохранения и предлагающих ее специалистов, но и с позиции потребителя.* Выбор и приоритеты последнего, конечно же, будут определяться уровнем оказания помощи пациентам, ее качеством, а также числом выздоравливающих, но не только. Всем хорошо известно, что в нашей стране сложилась довольно своеобразная ситуация с отношением потребителя к различным медицинским системам. Даже в советское время у нас была тенденция к альтернативности в выборе медицинских или лекарских услуг, хотя подчас не было возможности осуществить свой выбор. Работая в фольклорно-этнографических экспедициях в 1970-1990-е гг., я не раз слышала, например, от женщин в деревнях крайне отрицательные отзывы о медицинском родовспоможении. Они говорили о том, что в том или ином населенном пункте еще живет какая-либо бабка-повитуха, у которой никогда не было не только смертности в родах, но и осложнений после них, тогда как в больницах и то, и другое случается слишком часто. Альтернативность выбора здесь была вполне очевидна, и, неслучайно, как только появилась возможность реально это осуществлять, в стране оказалось множество отказников от официального акушерства и ведения беременности, равно как и от педиатрической помощи.

В данном случае речь идет о качестве медицинских услуг, которые в масштабах нашей страны еще очень не скоро будут на уровне ЦКБ. Но есть и другой аспект: в той среде, которую обычно

и называют «традиционной», издавна сложилось своеобразное восприятие «своих» и «чужих» болезней, равно как и способов избавления от них: от одних — у своих лекарей и шаманов/колдунов или знахарей, от других — у медицинских специалистов. Это логично, поскольку свои специалисты не умеют бороться с чужими болезнями (например, инфекционными или венерическими). Впрочем, чужим специалистам со временем переадресовали ряд состояний (например, требующих хирургических вмешательств) и серьезных недугов, поскольку в советский период оказание помощи местными шаманами/колдунами, знахарями в случаях, требующих медицинского вмешательства, каралось законом. Однако сложные психологические состояния, психосоматические проблемы или даже жизненные неурядицы человек «традиционного» мировоззрения стремится ликвидировать с помощью традиционных специалистов.

Таким образом, некий элемент интегрирования лечебно-оздоровительных услуг задается самой жизненной практикой. Но эту ситуацию надо рассматривать реалистично. На самом деле, она скорее тревожная, нежели обнадеживающая. Сейчас, во-первых, люди часто не получают квалифицированную медпомощь, а потому идут по любому поводу к традиционному специалисту, среди которых масса шарлатанов⁸; во-вторых, необходимая психотерапевтическая помощь (а она в традиционной среде, судя хотя бы по числу суицидов, видимо, нужнее, чем где бы то ни было) еще очень нескоро будет в должном варианте и качестве предлагаться в наших городках, поселках и селах.

Очевидно, что представители *биомедицины* и даже *медицины академической* учитывают в первую очередь возможности сочетания, интеграции конкретных методов и направлений. При таком взгляде можно выражать даже осторожный оптимизм, как это делает академик РАМН, д.м.н., проф. В.Г. Зилов: «Постоянно растущее количество примеров повышения эффективности лечения различных заболеваний за счет использования комплексов методов нелекарственной медицины, а также сочетания методов нелекарственной и лекарственной терапии, — пишет он, — доказывает правильность прогноза о скором появлении интегративной медицины, которая должна объединить в профилактике и лечении как методы академической медицины, так и недостаточно изученные и научно обоснованные сегодня методы нелекарственной медицины» (Зилов, 2007: 5).

Однако, при всех осторожно или бравурно выражаемых надеждах на скорую интеграцию различных медицинских систем есть смысл обратить внимание на необходимость срочного исследования в рам-

ках академической науки, в том числе академической медицины, не только возможности сочетать конкретные методы и препараты в лечебной и восстановительной практике. В стране необходимо организовать серьезное исследование целого ряда психологических, культурных, мировоззренческих, социальных проблем, которые входят в компетенцию *медицинской антропологии/этнологии, этномедицины и биоэтики*. Успех интеграции во многом зависит не только от наличия грамотной *биомедицины* во всей стране, продажи качественных, а не контрафактных, лекарственных препаратов, умелого сочетания лекарственных методов и неконвенциональной терапии, но и от четкого понимания ситуации с самим объектом оздоровления — человеком, который не всегда вписывается в научные конструкты. Представляется, что есть еще одна значимая проблема в медицинской интеграции — это *интеграция позиций государственного здравоохранения и позиции частного лица*, человека, у которого жизнь — одна и зависит она от возможностей сохранения здоровья.

Литература

Ведущие специалисты..., 2005 — Ведущие специалисты традиционной народной медицины России и стран содружества: энциклопедический справочник. М.: Изд. Дом «Отечество», 272 с.

Гальперин и др., — Гальперин Я.Г., Паисова В.И. Методы традиционной медицины: история и современность // Научно-практические аспекты народной медицины: По материалам V юбилейного международного конгресса «Народная медицина России — прошлое, настоящее, будущее» / под ред. Я.Г. Гальперина. Ч. 2. М.: ВНИЦТНМ «ЭНИОМ», 2003. С. 5-6.

Зилов, 2007 — Зилов В.Г. Нелекарственные методы лечения // Вестник народной медицины России. № 1 (21). С. 4-5.

Карпеев, 2002 — Карпеев А.А. Традиционная медицина в России: настоящее и будущее // Годы исканий и открытий: Научные труды ВНИЦТНМ «ЭНИОМ» 1987 — 2002 гг. / под ред. Я.Г. Гальперина. М.: ВНИЦТНМ «ЭНИОМ», 2002. С. 25-29.

Карпеев, 2007 — Карпеев А.А. Традиционная медицина в России: состояние и проблемы // Из прошлого — в будущее: Избранные труды ВНИЦТНМ «ЭНИОМ» / под ред. Я.Г. Гальперина. М.: ВНИЦТНМ «ЭНИОМ», 2007. С. 14-19.

Народная медицина..., 1993 — Народная медицина России — прошлое, настоящее, будущее. М.: ВНИЦТНМ «ЭНИОМ», 308 с.

Разумов, 2002 — Разумов А.Н. Современные аспекты интеграции восстановительной медицины, курортологии, физиотерапии и традиционных методов лечения // Годы исканий и открытий... С. 34-39.

Разумов, 2007 — Разумов А.Н. У восстановительной и традиционной медицины общие цели // Вестник народной медицины России. № 1 (21). С. 3-4.

Российский..., 1993 — Российский международный регистр комплементарной медицины. М.: ВНИЦТНМ «ЭНИОМ», 114 с.

Элита специалистов..., 2006 — Элита специалистов традиционной народной медицины и целительства. М.: ВНИЦТНМ «ЭНИОМ», 172 с.

¹ Всероссийская общественная организация «Профессиональная медицинская ассоциация народных целителей России» была создана по инициативе ген. дир. ВНИЦТНМ «ЭНИОМ» (работает с 1987 г. в Москве) Я.Г. Гальперина в 1991 г.

² Подробная информация доступна в Интернете, а также в ряде специальных изданий, например: *Российский международный регистр...*, 1993; 1994 и далее; *Ведущие специалисты...*, 2005; *Элита специалистов...*, 2006; 2007 и др.

³ Обращу внимание на то, что многие из таких специалистов имеют дипломы кандидатов и докторов медицинских и психологических наук, выдаваемые организациями, не имеющими никакого отношения к государственной ВАК. Звания профессоров и академиков в наши дни присваивают также самые разные организации, начиная от РАЕН и заканчивая Академией проскопических наук им. М. Нострадамуса.

⁴ Собственно *народная медицина*, включающая лекарские практики и знахарско-колдовскую деятельность, к этому отношения не имеет: данная система сохранения здоровья функционирует и эволюционирует сообразно своим внутренним законам, разумеется, реагируя на происходящее в стране в магико-медицинской сфере, благодаря СМИ и ТВ.

⁵ Термин *традиционная медицина*, как правило, используется не в узком значении, в соответствии с его понятийным наполнением (восточные медицинские традиции), а расширительно: в него включается вся разнообразная *народная медицина (этническая медицина)*, а также целый ряд медицинских и лекарско-целительских систем (например, гомеопатия, приборная рефлексотерапия, неорелигиозные духовные практики, иридодиагностика и др.). Отчасти это объясняется ориентацией на практику ВОЗ, где с 1976 г. существует отдел *традиционной (народной) медицины*.

⁶ Термин в трактовке этого автора, по сути дела, заменяет понятие *комплементарной и альтернативной* медицин: «Традиционная медицина — это совокупность методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в основе которых лежат многовековые традиции народного врачевания» (*Карпеев*, 2007).

⁷ «Под восстановительной медициной в настоящее время мы понимаем систему научных знаний и практической деятельности, направленных на сохранение и восстановление функциональных резервов человека, сниженных в процессе неблагоприятных воздействий факторов среды и деятельности, или в результате болезни — на этапе выздоровления (ремиссии)» (*Разумов*, 2007).

⁸ Есть еще одна особая проблема, связанная с традиционной оздоровительной системой — наличие широкого спектра оккультных услуг; специалисты в этой области порой берутся за оказание «медицинской» помощи. Обратим внимание на то, что Приказом Ростехрегулирования от 22.11.2007 № 329-ст в ОК 034-2007 (КПЕС 2002) в Общероссийский классификатор продукции по видам экономической деятельности, Том 4 Классы 50-99 (ОК N 034-2007, ОК 034-2007 (КПЕС 2002)), внесены (93.05.12.150) услуги астрологов, спиритов, гадалок, магов, экстрасенсов. Напомню, что на некоторых телеканалах широко рекламируются «психологические центры», предлагающие весь спектр «магических» услуг.

РОЛЬ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ И МАГИКО-МЕДИЦИНСКИХ ПРАКТИК, НАРОДНОГО ЦЕЛИТЕЛЬСТВА И ТРАДИЦИОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ СИСТЕМ В ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Д. Д. Пенион

ТРАДИЦИОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ И ЦЕЛИТЕЛЬСКИЕ ПРАКТИКИ ИНДЕЙЦЕВ ПЛЕМЕНИ ЧЕРНОНОГИХ

Введение

В статье рассматриваются медицинские практики индейцев племени черноногих, проживающих в США, шт. Монтана, и в Канаде. Начнем с выявления того, насколько модели профилактики и лечения, распространенные среди коренных народов Северной Америки, могут отличаться от механизмов лечения заболеваний, характерных для государственной медицины США. Речь пойдет о группе *пикуни* — одной из групп черноногих, входящих в Конфедерацию черноногих. Мы определим их традиционный ареал проживания и области распространения культуры. В статье приведены специфические термины, используемые черноногими, представлены взаимосвязи между социальными объединениями внутри индейского общества и медицинскими практиками. Также дается краткая характеристика медицинской составляющей «культы связок», традиций травников (*herbalists*) и целителей (*healers*), церемонии Оокаан, или Пляски Солнца. Для понимания способов получения знаний были изучены представления о вселенной и система знаний черноногих.

Медицинские практики коренных народов Северной Америки

В основе системы медицинских услуг в США, ставшей многомиллионной индустрией, лежит модель лечения заболевания. В ходе лечения доктора прописывают пациентам множество лекарственных средств. Пациенты верят в существование чудодейственных препаратов, способных излечить практически любое заболевание и помочь в разных медицинских ситуациях.

С давних времен среди коренных народов Северной Америки распространены духовные целительские практики. Значительная часть традиционных лекарственных средств, таких как корни целебных растений и травы, используемые коренным населением для лечения заболеваний или травм, стали применяться европейскими переселенцами и пользоваться большим спросом в капиталистическом обще-

стве. Однако, как заметил на конференции неаборигенных врачей и аборигенных духовных целителей старейшина (*elder*) одного из племен: «Они (неаборигенные врачи) имеют в своем распоряжении те же лекарства, что и мы. Они просто не умеют их использовать»¹.

Являясь координатором этого регионального собрания врачей и аборигенных целителей, я глубоко задумался над словами старейшины. В результате моих размышлений я понял, что он имел в виду: неаборигенные врачи используют лишь средства, но не проводят духовные церемонии, необходимые в процессе лечения.

Как правило, медицинские практики коренного населения Америки включают профилактику заболеваний наряду с лечением. Член индейского общества, переживающий физические, психические, эмоциональные или духовные проблемы, может обратиться за помощью к практикующим старейшинам (*elder practitioner*)². Во многих племенах такой специалист может поставить диагноз по результатам беседы или определенных действий с пациентом и затем направить больного к специалисту, который занимается подобными проблемами. В большинстве случаев проводится церемония или ритуал. Эта церемония может быть достаточно простой и сводиться, например, к молитве и воскурению благовоний. В некоторых случаях процесс врачевания включает усложненную церемонию с участием множества людей, исполняющих песни, танцы и молитвы. Такие ритуалы длятся один или несколько дней.

Знакомство с черноногими

Я хочу рассказать о медицинских практиках *пикуни* — одной из групп индейцев племени черноногих. Я принадлежу к *пикуни*, проживающим на границе Канады и США у подножия Скалистых гор, и знаком с современными и традиционными медицинскими практиками моего народа. Впрочем, мы должны помнить о том, что в США проживает более одной тысячи племенных групп, говорящих на разных языках и имеющих свои культурные особенности. При существующем культурном сходстве внутри региона культура коренных народов Северной Америки в целом существенно различается от региона к региону.

Благодаря принятию Соглашения (*Treaty*) в 1855 г., черноногие были признаны в качестве племенной группы на федеральном уровне. После этого они получили ограниченную автономию и земли площадью 2,5 млн акров под резервации. Западная граница резервации проходит у подножья Скалистых гор, северная граница — по демаркационной линии между США и Канадой. На территории резервации проживает более половины из 15 тыс. представителей черноногих³.

Рассматриваемая группа черноногих, самоназвание пикуни, связана с другими группами: *северными пикуни*, *блад (кайна)* и *собственно черноногими*, проживающими на канадской части приграничной территории (Ewers, 1958: 5-6). Все они составляют Конфедерацию черноногих. По языку и культуре они принадлежат к индейцам равнин. После появления на американском континенте европейцев Конфедерация черноногих заняла территорию в северных районах подножия Скалистых гор от р. Саскачеван в Канаде и далее на юг до р. Йеллоустоун в штате Монтана (США), по площади равную Франции⁴.

Традиционные медицинские практики индейцев племени черноногих

Англоязычный термин *medicine man* (*лекарь*) стал широко использоваться многими индейскими народами. В языке черноногих «лекарь» (это может быть мужчина или женщина) больше соответствует понятиям «организатор церемоний» или «святой человек». *Natowa'pinaa* обозначает святого мужчину, а *Natowa'paa-kii* — святую женщину, принадлежащую к религиозному союзу (Bastien, 2004). *Naatowpikoan* обозначает служителя культа или мужчину, принадлежащего к религиозному союзу. У черноногих есть социальные и церемониальные объединения, называемые «союзами». Они организованы по возрастному принципу. Каждый член союза и его ровесники на протяжении своей жизни переходят из одного объединения в другое. Союзы, куда входят по достижении 30-40 лет, более ориентированы на духовные практики и обеспечивают тщательное изучение множества ритуалов⁵.

У черноногих существует большое количество различных целительских ритуалов и церемоний, во время которых иногда используются травы, корни лекарственных растений и предметы, такие как *iniskimix* (маленькие священные камни), но в данной статье мы остановимся на наиболее важных медицинских или целительских практиках.

Целительная связка (Medicine Bundle)

Два союза с наиболее сильными духовными составляющими называются *Naanamskaa aaqinimaa* («Связка целительной трубки») и *Kisstaakii aaqinimaa* («Бобриная связка»)⁶. Эти союзы практикуют сложные церемонии, включающие ритуалы с молитвами, песнями и танцами. Их члены проходят через строгое обучение, которое иногда длится несколько лет. Некоторые члены союза со временем становятся обладателями целительных связок. Связка состоит из множества предметов, включая шкурки животных и птиц, священные камни и церемониальные предметы, такие как погремушка, щипцы для захвата углей, свисток и наиболее важный предмет — чубук священной курительной трубки⁷.

Обладатели связок, обычно семейная пара, становятся *святыми людьми* благодаря своему статусу хранителей могущественной священной связки, которая включает предметы, имеющие отношение к происхождению народа⁸. Связка обладает магико-целительным свойством, проявляющимся в ходе использования ее хранителями. Через их молитву и небольшие ритуалы, включающие воскурение благовоний и нанесение раскраски на лицо, человек, нуждающийся в помощи, может получить исцеление, а иногда и защиту от возможного вреда, который он предчувствует или видит во сне. Но может проводиться и более сложная церемония с участием всех членов союза целительной связки, исполняющих песни, танцы, молитвы на протяжении целого дня. Такая церемония может быть проведена по требованию хранителя связки, либо по просьбе человека, нуждающегося в помощи, или членов его семьи.

Во время церемонии целительной связки больной, раненый или предчувствующий плохое человек может танцевать со священной трубкой в руках. Это единственная ситуация, когда кто-то помимо святых людей может прикоснуться к священной трубке. Под музыкальное сопровождение барабанщиков и певцов, хранители связки передают священную трубку больному человеку. Затем танцоры и музыканты исполняют четыре куплета, следуя полукругом за хранителями целительной трубки вокруг костра, зажженного в центре большого *тини* (иногда церемония может проводиться в частном доме или общественном здании).

Церемония целительной связки (также называемая церемонией целительной трубки) может проводиться в большой комнате в доме. Организация церемониального круга строго регламентируется правилами, определяющими такие моменты, как расположение сидячих мест и атрибутов. Например, представители союза целительной связки размещаются с западной стороны круга. Хранительница связки и ее помощницы (члены союза) располагаются в круге к югу от связки. Хранитель и его помощники (члены союза) располагаются на северной стороне. Интересно отметить, что бывшие хранители связки, называемые церемониальными родителями, располагаются рядом с ней и руководят всей церемонией. В церемониальном круге к востоку от входа располагаются давно сменившиеся бывшие хранители связок, которых называют дедушки/бабушки (с правом вето на церемонии при нарушении ритуала).

Церемониальный круг имеет сложную структуру; он выстраивается вокруг земляного алтаря, где сжигаются соответствующие церемонии травы. Если церемония проводится в доме, то алтарем служит коробка, наполненная землей, которая устанавливается на-

против целительной связки, близости от распорядителей церемонии; она обращена к центру круга. Всем участникам строго запрещено проходить между алтарем и распорядителями церемонии, так как только женщина — распорядитель церемонии — может брать руками предметы, входящие в связку, то именно она должна быть человеком, передающим предмет (например, священную трубку) на мужскую сторону для ритуального очищения дымом сжигаемых трав.

В случае исполнения целительного ритуального танца хранители связки (мужчина и женщина) встают и стоят на южной или на северной стороне круга. В зависимости от пола пациента хранитель или хранительница связки будут передавать целительную трубку нуждающемуся в помощи пациенту⁹.

Поскольку эта церемония является священной, с севера (мужская сторона) на юг (женская сторона) на земле внутри танцевального круга выкладывается дорожка из одеял. Как только прозвучат первые удары бубна, и начнется исполнение песен, хранители связки (мужчина или женщина в зависимости от пола пациента) начинают танцевать, перемещаясь внутри полукруга, а пациент следует за ними. Далее удары в бубен и пение на время приостанавливаются, и трубка передается пациенту, который затем танцует на протяжении исполнения трех куплетов внутри полукруга, пока не достигнет женской половины. После того, как пациент минует костер на южной стороне, он исполняет танец перед четырьмя другими музыкантами и певцами, которые в соответствии с правилами церемонии сидят между женщинами и костром. По окончании танца целительная трубка передается одной из женщин, сидящих наиболее близко к связке. Далее трубка передается следующей женщине слева до тех пор, пока не дойдет до главной распорядительницы церемоний, которая помещает трубку обратно в связку. Бережно держа священную трубку в руках и покачивая ее, каждая женщина исполняет индивидуальную молитву¹⁰.

В конце церемонии пациент и его семья дарят подарки всем членам союза и распорядителям церемонии. Подарки включают одеяла (в том числе одеяла, разложенные на полу), а также другие предметы, например, деньги (*Кеһое*, 1980: 25). Иногда до начала церемонии связки некоторые члены союза выражают просьбу танцевать с целительной трубкой. Некоторые из таких участников дали обещание или обет принять участие в церемонии, чтобы отвести несчастье от сыновей или дочерей, проходящих службу в армии, особенно в период вооруженных конфликтов.

Я был свидетелем подобных церемоний и наблюдал, как улучшается состояние заболевшего человека. Исцеление не обязательно наступало мгновенно, оно могло приходиться постепенно, в течение нескольких дней или недель. Подобные случаи исцеления необъяснимы научными методами, распространенными среди неаборигенных терапевтов. Однако *пикун* однозначно считают такой процесс исцеления частью своей системы знаний.

Травники (herbalists) и другие целители (healers)

В понимании черноногих есть люди, которым целительский дар передается через сон или видение. Иногда духовное послание может содержать информацию об использовании трав, корней целебных растений или других предметов, таких как крыло или перо определенной птицы. Во сне или видении животное, птица или предмет могут содержать послание об исполнении определенных песен или обрядовых действий во время использования лекарственных средств.

Уилберт Фиш, травник, широко известный в резервации черноногих, отмечает, что существуют некоторые травы и корни, т.н. «лекарство для каждого», в то время как знания о других целебных растениях передаются строго определенным людям духовными способами¹¹. Он умеет использовать многие целебные растения в зависимости от характера ран, болезни или психологического состояния и потребности пациента. У. Фиш производит различные снадобья, такие как мази, настои и другие средства, над которыми во время приготовления он произносит специальные слова или воздействует на них дистанционно в зависимости от характера болезни или раны.

У черноногих существует множество предписаний и табу, регламентирующих общение с лекарями (*medicine people*). Например, принято перед выражением своей просьбы одаривать их деньгами, продуктами или одеялами. Только с передачей подарков человек может в общих чертах попросить лекаря о помощи. Затем в большинстве случаев лекарь проводит ритуал воскурения благовоний, во время которого уголек из плиты или печи помещается на земляной алтарь в небольшой коробке или ящике. После молитвы и окуривания участников церемонии лекарь просит пациента объяснить суть проблемы или ситуации. Затем он может назначить пациенту средство от болезни. Это зачастую подразумевает дальнейшие ритуалы с молитвами и песнями, равно как и лекарство, принимать которое необходимо строго определенным образом. Однако бывают случаи, когда лекарь читает над пациентом молитву и дает амулет, который будет защищать и исцелять его в дальнейшем.

В некоторых случаях пациента могут направить к духовному целителю. Одним из распространенных методов исцеления является церемония потения в паровой бане. Во время церемонии распорядитель исполняет песни и читает молитвы в парилке, каркас которой сделан из ивовых ветвей. Размер этого сооружения от 9 до 12 футов в диаметре, оно полностью закрыто брезентом или другим светонепроницаемым материалом. В парилку вносят нагретые камни, на которые для создания эффекта сауны или паровой бани брызгается вода. У черноногих подобная церемония потения считается очищающей мужской церемонией. При этом присутствующие на церемонии мужчины могут молиться как за пациента, так и за любого человека, нуждающегося в помощи.

Церемония Оокаан, или Пляска Солнца

Церемония Оокаан индейцев черноногих, известная европейцам как Пляска Солнца, является ежегодной общинной церемонией, посвященной продолжению и поддержанию жизни народа (*пикуни*)¹². До 1900 г. церемония Оокаан была единственным большим собранием, на которое все общины черноногих съезжались вместе. В середине или во второй половине лета, когда созревают ягоды, люди собираются вместе в один лагерь. Вокруг открытой площадки, где будет проводиться церемония Оокаан, ставятся палатки. Собственно мероприятия церемонии длятся четыре дня, но обустройство лагеря начинается за несколько дней до назначенных событий (*Bullchild*, 1985: 328).

Церемония Оокаан представляет собой целую совокупность различных сложных и взаимосвязанных между собой ритуалов. Призыв к проведению церемонии Оокаан начинается за несколько месяцев до лета, когда женщина — одна из племени — дает торжественное обещание принять участие в церемонии в качестве основного устроителя, который является ключевой фигурой мероприятия (*Ewers*, 1958: 175). За несколько месяцев до начала церемонии Оокаан эта женщина проходит через ряд подготовительных церемоний. Одним из важнейших ритуалов является ее публичное обещание «сидеть свято» во время летней церемонии Оокаан. Это публичное обещание включает ее утверждение, что она является правоверным и добродетельным человеком, который прожил свою жизнь в соответствии с моральными нормами *пикуни*. Также одним из подготовительных ритуалов является вырезание и высушивание языка бизона (или быка), который будет использован в летней церемонии Оокаан (*Ewers*, 1958: 176).

По мере того, как устраивается палаточный лагерь для церемонии Оокаан, святая женщина и ее муж или брат, если она не заму-

жем, устанавливают специальный типи на западной стороне внутри лагерного круга. В этом типи пара будет совершать тайные ритуалы, в том числе освящение передачи культовых предметов от пары хранителей, выполнявшей обряды в предшествующем году¹³. Старейшины, имеющие необходимые качества и полномочия, проводят полутайные ритуалы в том, что теперь называется священным типи. На протяжении всей четырехдневной церемонии пара в типи будет поститься, получая лишь глоток воды дважды в день.

В то время как святая женщина и ее партнер постятся, молятся и участвуют в ритуалах в священном типи, остальные участники церемонии Оокаан сооружают специальную конструкцию в центре лагерного круга. Сооружение состоит из круглого столба и рамы из жердей со стропилами, закрепленными в вилке столба, установленного в центре куполообразного сооружения. Возведение Оокаан представляет собой комплекс сложных ритуалов, предполагающих участие нескольких союзов и специалистов по ритуальным практикам (*Grinnell*, 1962: 263-268).

На четвертый день святая пара появляется из священного типи в сопровождении своих помощников, помощниц и знатоков церемоний. Затем вся процессия входит в сооружение в центре лагеря, напоминающее открытый с одной стороны типи. В этот момент большинство жителей лагеря собираются в центре возле сооружения Оокаан. Затем помощники святой пары раздают каждому из присутствующих кусочки сушеного языка бизона. Святая пара читает жертвенную молитву, при этом каждый кладет небольшой кусочек сушеного языка на землю и съедает оставшуюся часть (*Ewers*, 1958: 179).

Затем участники вносят кусок ткани, привязанный к ивовой раме размером около 2 кв. футов и передают ее святой паре для освящения молитвой. Каждому из участников, передававших ткань, святые люди наносят на лицо специальные узоры. Один из знатоков ритуалов отметил, что лицо разрисовывают таким образом, чтобы создатель всего на земле узнал и услышал молитвы и принял подношения молящегося¹⁴.

Когда святые люди завершают свои ритуалы, представители союзов поднимают большой столб (около двадцати футов в длину и от трех до четырех футов в диаметре) с развилкой наверху и переносят его к заранее вырытой яме, глубиной от трех до четырех футов. Когда столб установлен в яме, разные племенные общины вступают в круг типи из своих участков лагеря и помещают специальные шести в развилку, сделанную в середине центрального столба. Утол-

щенные концы шестов закрепляют на уровне 6-8 футов, формируя из них окружность. Эта часть церемонии Оокаан выполняется с глубоким благоговением, в сопровождении молитв и песен. Очень важно, что в ней принимают участие все присутствующие в лагере.

По окончании ритуала закрепления шестов участники совершают приношения Солнцу, привязывая полоски ткани к центральному столбу и шестам. Наступает момент, когда представители различных союзов исполняют танцы и песни в центре хижины Оокаан вокруг установленного столба.

В этом беглом описании основной части церемонии Оокаан опущена характеристика многих связанных и зачастую проходящих одновременно ритуалов Пляски Солнца. В рамках данной статьи не представляется возможным рассказать о них подробнее.

Основная цель церемоний Оокаан — поддержание здоровья и благосостояния народа. Поскольку Оокаан имеет значение продолжения в пределах всего космоса, молитвы, просьбы и подношения выступают в качестве универсальных условий сохранения и продолжения бытия. Пост и молитвы, обращенные к солнцу (*Натосу*) и другим божествам, призваны продлевать жизнь всему живому на земле, включая растения и животных. Равновесие, взаимосвязанность и соотносительность духовных союзов жизненно необходимы для природного и божественного миров. Связанность и целостность бытия племени, его взаимодействие и отношения с коллективной универсальностью составляют сущность жизни. Проблема выживания народа и его отношения с вселенной составляют основу церемоний Оокаан.

Во время церемоний отдельные участники и целые союзы совершают приношения к центральному столбу Оокаан, обращаясь к нему с просьбами о здоровье и благосостоянии. Участники совершают различные ритуалы, включающие песни и танцы в сооружении Оокаан. Они делают приношения в виде кусочков ткани и привязывают их к центральному столбу. Во время этих приношений люди просят об исцелении и благословении.

Космология индейцев черноногих

В системе познания черноногих передача силы и информации происходит через духовные практики. В рамках исследования процесса обучения в ходе церемоний старейшина Алан Пард утверждал: «Церемония — это воспроизведение акта зарождения» (*Perion, 1999: 82-83*). Свидетельства и предания рассказывают о том, как знания и церемонии были дарованы людям. Согласно Реджу Кроушу, организатору церемоний у *северных пейганов*, древние устные истории передавались через многие поколения, и такие предметы, как цели-

тельная трубка, были дарованы людям Птицей Грома мистическими способами (*Perion*, 1999: 86-87). Некоторые из историй могут быть рассказаны устно только в строго определенных случаях и моментах в силу сакральности отдельных церемониальных предметов, таких как, например, целительная трубка.

Другие истории рассказываются открыто, из них можно узнать, как церемонии, включая церемонию Оокаан (Пляска Солнца), появились у *пикуни*. Уважаемая старейшина и организатор церемоний Молли-Пинающая-Женщина подробно рассказала историю Пайо (Лицо со Шрамом), его загадочном путешествии к Натоси (Солнцу) и о том, как он принес мужскую часть церемонии Оокаан (*Perion*, 1999: 89-90). Другие, например, Редж Кроушу, организатор церемоний северных *пикуни*, рассказал, как Женщина-Которая-Замужем-За-Звездой принесла от Натоси женские элементы церемонии Оокаан (*Perion*, 1999: 88-89).

Теория познания черноногих основана на предпосылке космологической взаимосвязанности. Все объекты во вселенной имеют духовную природу, и общение между ними происходит сверхъестественным способом. Человечество находится в той же плоскости и измерении, как и другие объекты во вселенной. Тем не менее, в большинстве случаев общение и проявление духовного присутствия между различными объектами происходит в скрытом измерении, которое может быть приоткрыто только в особых случаях. У некоторых предметов есть дар силы, энергии или дар сверхъестественного влияния, такого как целительство или предотвращение несчастий. Иногда такое влияние или сила могут быть активизированы и направлены на другой объект, например, на человека. Действенная функция целительства или предотвращения несчастий может быть реализована через ритуальное исполнение песен, танцев, движений или других ситуативных требований.

Внутри Союза Целительной Связки у каждого объединения есть своя песня, танец и ритуал. У каждого предмета есть своя история происхождения. Каждый член Союза Целительной Связки принимает участие в обрядах посвящения, во время которых происходит церемониальная передача знаний, влияния и разрешения участвовать в различных этапах церемонии с применением предметов из связки. Так, участие в каждой следующей церемонии посвящения на протяжении всей жизни дает любому члену союза все больше и больше знаний (*Crowshoe et al.*, 1997: 29-33). Для сохранения целостности историй о происхождении каждый член союза принимает участие

только в тех этапах церемонии, которые соответствуют его статусу. Таким образом, в проведении церемонии участвуют практически все члены союзов.

Заключение

Традиционные медицинские практики черноногих имеют глубокую духовную основу. По их мнению, религию нельзя рассматривать отдельно от повседневной жизни общины. Язык и система познания не отделяют духовную составляющую от светской жизни. Как отметил один из старейшин: «Церемония — это воспроизведение акта зарождения». Таким образом, устные предания, система ритуалов и целительских практик взаимосвязаны с системой верований и способами познания мира. И хотя переселенцы из европейских стран привезли с собой фармакологию, черноногие продолжают поддерживать духовные основы своих медицинских практик.

Церемонии черноногих в своем большинстве подчеркивают важность коллективного начала в противовес индивидуальному. Чаще всего это подразумевает не только равенство полов для проведения целительских церемоний, но и необходимость участия в церемонии всей социальной/церемониальной группы. Система знаний черноногих подвергает сомнению научный метод. Научный метод оперирует абстрактными понятиями, относящимися к количественному анализу, несуществующему в системе традиционных знаний коренного населения. Большинство приверженцев научного метода, со своей стороны зачастую отрицают эффективность традиционных знаний коренных народов.

Рекомендации

В настоящее время традиционные способы познания коренного населения Северной Америки представляют важный объект исследования для ученых. Авторы — представители коренного населения¹⁵, такие как Вайн Делория Мл. и Дэн Уайльдкэт (*Deloria et al.*, 2001: 12-15, 96), Грэгори Кайет (*Cajete*, 1994: 64-66, 75-83), начинают писать о философии коренного населения. Аборигенные ученые, например, Мари Батист, поднимают вопрос о дискриминирующем характере европейской науки в отношении знаний коренных народов (*Battiste*, 2008: 85-91). Ряд неаборигенных исследователей, таких как Джо Л. Кинчелоу, начинают «обретать уважение к гениальности аборигенных теорий познания и онтологиям» и поддерживают «ценности не-Западной системы знаний» (*Kincheloe*, 2006: 181-184). Генри Гиру говорит о необходимости «переосмысления подходов к пониманию мультикультурализма» и «оспарива-

ния концепций национальной идентичности, культуры и этничности», чтобы «изучить и признать их [учителей] преимущество» (Giroux, 1997: 236).

Знания коренных народов должны стать частью исследования и процесса академического изучения. Необходимы ученые из среды коренного населения, чтобы исследовать и представлять ценные аспекты аборигенной системы знаний. Однако важным условием должна стать четкая граница допустимого для исследований и публикаций, провести которую обязаны аборигенные ученые и рядовые члены аборигенного сообщества. Что более важно, исследователи должны понимать и уважать, что некоторые знания являются сакральными и не могут быть раскрыты.

Литература

Battiste, 2008 — *Battiste M.* The Struggle and Renaissance of Indigenous Knowledge in Eurocentric Education // Eds.: M. Villegas, S R. Neugebauer, & K R. Venegas, *Indigenous Knowledge and Education: Sites of Struggle, Strength, and Survivance*. Cambridge, MA: Harvard Educational Review.

Bastien, 2004 — *Bastien B.* *Blackfoot Ways of Knowing: The Worldview of the Siksikaitsitapi [Blackfoot people]*. Calgary: University of Calgary Press.

Bullchild, 1985 — *Bullchild P.* *The Sun Came Down: The History of the World as My Blackfeet Elders Told It*. New York: Harper and Row.

Cajete, 1994 — *Cajete J.* *Look to The Mountain: Ecology of Indigenous Education*. Skyland, NC: Kiva Press.

Crowshoe et al., 1997 — *Crowshoe R. and Sybille Manneschmidt S.* *The Thunder Medicine Pipe. AKAK'STIMAN: A Blackfoot Framework for Decision Making About Health Administration and Service*. Brocket Alberta Canada: Keep Our Circle Strong Project.

Deloria et al., 2001 — *Deloria V. Jr. and Wildcat D.* *Power and Place: Indian Education in America*. Golden, Colorado: Fulcrum Resources.

Ewers, 1985 — *Ewers J. C.* *The Blackfeet: Raiders on the Northwestern Plains*. Norman: University of Oklahoma Press.

Grinnell, 1962 — *Grinnell G. G.* *Blackfoot Lodge Tales: The Story of a Prairie People*. Lincoln: University of Nebraska Press.

Giroux, 1997 — *Giroux H. A.* *Insurgent Multiculturalism and The Promise of Pedagogy // Pedagogy and The Politics of Hope: Theory, Culture, and Schooling*. Boulder: Westview Press.

Kehoe, 1980 — *Kehoe A.B.* *The Giveaway Ceremony of Blackfoot and Plains Cree // Plains Anthropologist*, 25, no. 87, February. Lincoln: Augstums Printing Service, Inc.

Kincheloe, 2006 — *Kincheloe J.L.* *Critical Ontology and Indigenous Ways of Being: Forging a Postcolonial Curriculum // Ed. Y. Kanu, Curriculum as Cultural Practice*. Toronto: University of Toronto Press.

Pepion, 1999 — *Pepion D. D.* *Blackfoot Ceremony: A Qualitative Study of Learning*. (Doctoral dissertation, Montana State University, Bozeman, Montana).

Wissler, 1913 — *Wissler C. Societies and Associations of the Blackfoot Indians*. Washington, D. C. // *Anthropological Papers American Museum of Natural History*, Vol. XI.

¹ После Региональной конференции по здоровью индейцев (г. Биллингс, штат Монтана, 22 сентября 1989 г.), где было организовано заседание специальной секции профессиональных работников здравоохранения и индейских целителей, состоялось неформальное обсуждение проблем с участием автора и группы индейских целителей.

² Термин «старейшина» у индейцев Северной Америки используется для выражения уважения к статусу духовного целителя и/или устроителя церемоний. В большинстве случаев он не связан с возрастом, а употребляется для признания мудрости, уважения и определения статуса обладателя.

³ Вэб-страница Индейцев Черноногих <http://www.blackfeetnation.com/> доступна с 12 апреля 2009 г.

⁴ Брайан Ривс, доктор наук, личная беседа, 15 сентября 1995г, Калгари, провинция Альберта, Канада. Д-р Ривс – археолог, работающий в Университете Калгари, признанный специалист по черноногим.

⁵ Дополнительную информацию по союзам черноногих см.: *Wissler C. Societies and Associations of the Blackfoot Indians // Anthropological Papers American Museum of Natural History*, Vol. XI, 1913. P. 425-426, 428.

⁶ Там же.

⁷ Дополнительную информацию по священным связкам см.: *Wissler C. Ceremonial Bundles of the Blackfoot Indians // Social Organization and Ritualistic Ceremonies of the Blackfoot Indians*. New York: AMS Press, 1912, 66-289.

⁸ Несколько авторов писали о церемониях священной связки включая: *George Bird Grinnell. Medicine Pipes and Healing // Blackfoot Lodge Tales: The Story of a Prairie People*. Lincoln: University of Nebraska Press, 1962. 277-281; *John C. Ewers, The Blackfeet: Raiders on the Northwestern Plains*, (Norman: University of Oklahoma Press, 1958), 170-173; *Reg Crowshoe and Sybille Mannes Schmidt*, “The Thunder Medicine Pipe”, АКАК’СТИМАН: A Blackfoot Framework for Decision Making About Health Administration and Services. Brocket Alberta Canada: Keep Our Circle Strong Project, 1997. P. 23-24. *Walter McClintock, Blackfoot Medicine-Pipe Ceremony*. Los Angeles, Southwest Museum Leaflets, Number 21 [no date], 9.

⁹ Беве́рли Хангри, личная беседа 27 мая, 1999, Браунинг, шт. Монтана.

¹⁰ Личная беседа с Редж Кроушу 10 апреля 1999 г., провинция Альберта, Канада.

¹¹ Личные наблюдения автора за Джорджем и Молли-Пинающей-Женщиной, проводившими церемонию священной трубки в Браунинг, шт. Монтана, 10 мая 1998 г.

¹² Уилберт Фиш, личная беседа 26 октября 1990, г. Браунинг, шт. Монтана.

¹³ Адольф-Голодный-Волк детально и красочно описал церемонию Оокаан в “Section Twelve: The Okan, Medicine Lodge, or Sun Dance” // *Blackfoot Papers: Volume Two, Pikunni Ceremonial Life*. Skookumchuk, British Columbia: The Good Medicine Cultural Foundation, 2006. P. 507-682.

¹⁴ О ритуалах передачи см.: *John C. Ewers The Blackfeet: Raiders on the Northwestern Plains*, Norman: University of Oklahoma Press, 1958. P. 104-105, 127, 163-165, 177; *Clark Wissler, Societies and Dance // Associations of the Blackfoot Indians*. Washington, D. C.: *Anthropological Papers American Museum of Natural History*, Vol. XI, 1913. P. 425-426, 428; Бетти Бастиен также описывает процессы «передачи знаний и навыков следующему поколению» через «практику церемоний передачи» в работе *Blackfoot Ways of Knowing: The Worldview of the Siksikaititapi [Blackfoot people]*. Calgary: University of Calgary Press, 2004. P. 140-142, 146-148.

¹⁵ Джордж Дж. Кипп, известный хранитель целительной связки в резервации индейцев черноногих во время личной беседы с автором в Баджер Крик, шт. Монтана, 4 августа 1995 г.

¹⁶ Делория поддерживает «аборигенную метафизику» относительно целостного понимания племенем связанности и соотнесенности всех вещей и сил в физическом

измерении. Уайлдкэт отходит от концепции Делории соотнесенности и силы, и утверждает, что индейская философия включает в себя уважение и поддержание экосистемы, неотъемлемым элементом которой является человек. Грэгори Кайет подкрепляет племенное мировидение целостной экологической системы, что отражено в свидетельствах о происхождении племени и церемониях.

Перевод Е.С. Питерской

М. Добкин де Риос

ШАМАНИЗМ, ОНТОЛОГИЯ И ЭВОЛЮЦИЯ ЧЕЛОВЕКА В КОНТЕКСТЕ ПСИХОТЕРАПИИ

В данной статье рассматривается основная тема, касающаяся шаманов в обществах охотников и собирателей по всему миру — контроль шамана над природой и духами животных, растений и неба для достижения более безопасных и удовлетворительных, с психологической точки зрения, условий жизни. Я анализирую направление философии, известное как онтология и исследующее природу существования или сущего. Меня всегда поражал парадоксальный контраст между системами верований охотников и собирателей с заложенным в них оптимизмом относительно способности человека управлять природой и действительностью суровой и сложной окружающей среды, которая, в действительности, подвергала их испытаниям. В таких обществах люди не могут полностью контролировать наличие продовольственных ресурсов; там также ограничены возможности ведения сельского хозяйства и производства пищевых продуктов. Но эти люди, благодаря измененным состояниям сознания, зачастую вызываемым галлюциногенными препаратами, верят в то, что могут вступать в контакт с нижними мирами, чтобы подчинить своей воле силы духов растений и животных.

На мои мысли об этом парадоксе значительно повлияла книга Эшли Монтегю «Прикосновение» (*Montague, 1986*). В ней написано, что особые методы воспитания детей, основанные на продолжительном контакте кожи матери и ребенка и распространенные в некоторых обществах охотников и собирателей, таких, как инуиты Канадской Арктики, способствуют воспитанию оптимизма. В инуитском обществе принято носить раздетого и уютно расположившегося ребенка под материнской паркой на протяжении первых трех с половиной лет его жизни. Эта онтологическая безопасность, очевидно, является решающим психологическим фактором, усиливающим оптимизм в охотнике, который, в действительности, должен испытывать голод и нехватку пищи на протяжении всей своей жизни. С. Бинфорд и Р. Бинфорд (*Binford ea al., 1968*) убедительно доказали, что глобальные изменения окружающей среды, произошедшие сразу пос-

ле плейстоцена, привели к превышению системами жизнеобеспечения охотников и собирателей потенциальной емкости своих экологических систем. Это заставило их мигрировать в глубь материка и осваивать экстремальные среды обитания, отличавшиеся от морских побережий, изобилующих ресурсами дикой природы. Окультуривание растений, произошедшее в сравнительно недавнем прошлом, могло стать способом адаптации людей к невероятно суровым и сложным условиям осваиваемой ими окружающей среды (см. также: *Berndt et al.*, 1964; *Cosmides et al.*, 1987; *Drape*, 1976; *Gould*, 1969; *Howell*, 1979; *Price et al.*, 1985; *Siskind*, 1975; *William et al.*, 1981). Не приходится говорить и о том, что сохранение здоровья стало для этих людей вопросом первостепенной важности.

Поскольку мое образование позволяет мне совмещать знания в области антропологии и психологии, я много времени посвятила размышлениям о психологических особенностях, присущих здоровому человеку в кросс-культурной перспективе. Я писала о «биологии надежды» в своей книге «Амазонский целитель» (*Dobkin de Rios*, 1996), прослеживая жизненный путь и анализируя исторический контекст, в котором работает городской целитель перуанской Амазонии, использующий лекарственные средства на основе аяхуаски¹. Данная концепция в последние годы вызывает все больший интерес к проблеме эффективности работы народных целителей. Основной вопрос: «Как происходит исцеление?» У человека состояния аффекта могут обострить болезни и создать риск нарушения иммунного статуса, что повышает вероятность приобретения различных заболеваний. Эти три фактора — беспомощность, безысходность и утрата, являющиеся реакцией на стрессоры нашего окружения, могут привести к быстрому развитию клинической депрессии, зачастую сопровождающейся признаками меланхолии. Признаки, описанные в «Пособии по диагностике и статистике» Американской психиатрической ассоциации» (*American...*, 1994) включают: утрату интереса или удовольствия от всех или почти от всех занятий, слабо выраженную реакцию на раздражители, обычно доставлявшие удовольствие. Подавленное настроение человека не улучшается даже временно, когда происходит что-то хорошее. Зачастую отличительной чертой депрессии является ее обострение по утрам, сопровождающееся ранними пробуждениями. Другими признаками депрессии могут быть психомоторная задержка или возбуждение (волнение), выраженная анорексия или потеря веса и чрезмерное либо необоснованное чувство вины. Задачей целителей или шаманов является избавление пациента от негативных

эмоций, характерных для состояний аффекта, с помощью облегчения чувства беспомощности и безысходности, которые испытывают такие люди. Люди в состоянии депрессии часто говорят о чувстве беспомощности, а запасы катехоламина, участвовавшего в химических реакциях их мозга, могут истощаться, вызывая в организме выброс кортикостероидов. Они же, в свою очередь, угнетают функцию иммунной системы человека. Люди, испытывающие эмоциональные, социальные или экологические потрясения, вносящие изменения в их жизнь, зачастую страдают от соматической дисфункции.

Эта дисфункция охватывает несколько уровней: от молекулярного до когнитивного. Селигман и его коллеги исследовали когнитивные последствия беспомощности, безысходности и отчаяния для человека и зарегистрировали крайне тяжелые, ведущие к потере трудоспособности депрессивные расстройства, которые могут легко развиваться в таких эмоциональных состояниях. Экстраполируя эти выводы на общества охотников и собирателей верхнего палеолита, мы можем утверждать, что те же самые механизмы работали и в то время.

Люди, страдающие психическими синдромами глубокой депрессии, несомненно, не были склонны активно реагировать на жизненные перемены. В то же время мы снова и снова возвращаемся к религиозной системе шаманизма с ее акцентом на личности шамана (а в целом, в одном небольшом сообществе охотников бывает несколько таких личностей), личности, которая способна подчинить природу своей воле и власти. Они вселяют в членов сообщества уверенность в том, что в будущем у них будет достаточно пищи и воды, продовольственных ресурсов и приплода животных, как и увеличения численности членов сообщества. Такая «психотехнология» (*Tart, 1985*) может играть важную роль в успешной адаптации и устойчивой практике выживания человеческих сообществ в условиях сложной и, зачастую, враждебной окружающей среды. Таким образом, здесь важно учитывать эту обманчивую веру в способность управлять природой и властвовать над ней, которую Шумейкер (*Schumaker, 1995*) называет «искажением действительности» и на которую антропологи ссылаются как на культурные модели действительности. Создают ли охотники и собиратели иллюзии самоконтроля и контроля над окружающей средой, чтобы избежать опыта эмоциональной депрессии? Суровая действительность, как утверждает Шумейкер (*Schumaker, 1995*), «имеет разрушительное воздействие на эмоциональную целостность человека». Он утверждает, что на протяжении своей эволюции люди искали психологического убежища в виде иллюзий и самообмана. Исследова-

тель полагает, что Homo sapiens обладает способностью демонтировать и реконструировать действительность стратегически, а именно, посредством религии, которая является основным способом сохранения необходимых нам иллюзий, распространенным в той или иной культуре. Затем, получив доступ к растительным галлюциногенам, шаманы в обществах охотников и собирателей смогли испытать на себе ощущение контроля, особенно характерного для трансформаций (превращений) — восприятия изменения форм тела и превращения в животное или птицу. Это питает веру в животных духов-покровителей и духов-охранителей, находящихся во власти шамана, и ведет к усилению авторитета шамана, служащего своему сообществу.

Рассмотрим далее проблемы шаманизма, онтологии и депрессии более детально.

Депрессия

В своей книге «Человеческая безысходность» Гарбер и Селигман (*Garber et al.*, 1980) очень подробно изложили концепцию контроля, или власти. Если человек верит в то, что что-либо находится в его или ее власти (явление, которое авторы называют подвластностью), то он верит, что на самом деле может повлиять на ход событий. Когда человек обладает властью, авersive (негативное) событие кажется более предсказуемым. Например, ему кажется, что он может убить зверя во время охоты и утолить голод. В целом, люди ищут информацию и, сталкиваясь с непредсказуемостью или неопределенностью, стремятся прояснить ситуацию. Неопределенность ведет к конфликту и вызывает удивление и возбуждение. Люди предпочитают обладать властью, потому что власть смягчает последствия неприятного события. Человек, обладающий властью, ожидает менее тяжелых последствий, чем человек, не обладающий ею. Когда люди обладают властью, они приписывают ее своему внутреннему фактору стабильности, а именно своей собственной реакции. Когда опасность подвластна, человек связывает ее последствия с собой. Когда опасность неподвластна, человек вынужден искать альтернативные внешние взаимосвязи, являющиеся менее стабильными (*Miller et al.*, 1978). Мы видим, как это происходит у шаманов, которые связывают поражение с воздействием высших сил или злых духов. Самая сильная опасность, с которой сталкиваются люди, должна рассматриваться с точки зрения стабильности, а не изменчивости. Внутренние факторы, такие как собственная реакция, в целом имеют большую тенденцию к стабильности, чем внешние факторы.

Селигман и его коллеги утверждают, что власть как таковая имеет ценность. Она позволяет человеку наиболее оптимально сопо-

ставить свое внутреннее состояние с внешними событиями. Это сопоставление является средством, с помощью которого человек может смягчить неприятные последствия какого-либо события. Бандура (*Bandura, 1977*) считает, что личная власть наделяет человека большим чувством самоэффективности² или кажущейся способности справляться с аверсивными событиями. Когда люди рассчитывают минимизировать последствия события, избегая его, у них мало оснований его бояться. Они не занимаются прокручиванием волнующих мыслей. Это снижает у них уровень тревожности и возбуждения. Однако люди, считающие, что они не обладают самоэффективностью, ожидают более аверсивных событий. Это, в свою очередь, порождает мысли, ведущие к стрессу, способствует повышению у них уровня тревожности и возбуждения.

Шаманизм и онтология

Интересно отметить, что охотники-собиратели Верхнего Палеолита и люди высоко развитых индустриальных обществ имели много общего: и те и другие неустанно стремились к доминированию на населенной ими земле. Онтология как направление сосредоточено на изучении существования — основного признака действительности. В дискуссиях о неореализме Перри (*Perry, 1976*) утверждает, что разум не способен превзойти свой индивидуальный опыт, ведущий в эгоцентрический тупик. Люди всегда пытались провести четкую грань между тем, что они называют действительностью, и тем, что по их признанию или в силу их сомнений является лишь плодами их собственной познавательной деятельности. Феноменология³ всегда предлагала свежий взгляд на конкретные испытываемые явления, который, по возможности, не зависел от концептуальных предположений. Гуссерль писал о жизненном мире, который приобретал очертания, благодаря непосредственному опыту каждого человека. В метафизике⁴ Хайдеггера рассказывается о людях, оказавшихся в центре Вселенной, а также о попытке западного человека подчинить себе землю, установив контроль над всеми существами, принимающимися за объекты (цит. по: *Kisiel, 1993*).

Состояния сознания шамана

В огромном массиве литературы по шаманизму широко распространено описание измененного состояния сознания, или транса, характеризующего поведение человека, практикующего шаманизм. Состояние транса описывалось совсем недавно в разделе, посвященном диссоциации (*Spiegel, 1994*). Как утверждает Шумейкер (*Schumaker, 1995*), у человеческого ума есть способность к разрыву

связей между самим собой и собственными данными, а также к выборочному восприятию окружающей среды, выборочной обработке информации и сохранению данных в памяти.

Диссоциация — это способность, позволяющая шаманам входить в состояния транса, начиная с обычных измененных состояний и заканчивая трансом одержимости. Диссоциация рассматривается как двойственное состояние сознания, в котором одновременно отрывается несколько потоков сознания и которое отражается на восприятии человека. Один из этих потоков оказывает влияние на умственную деятельность за рамками восприятия через непосредственный опыт и произвольный контроль человека. Находясь в диссоциативном состоянии, люди ощущают нарушение привычных взаимосвязей между различными группами умственных процессов; при этом происходит почти независимое, оторванное от остальной деятельности, функционирование одного из аспектов умственных процессов и идет обособление информации, которая отделяется от своих привычных ассоциаций.

Артур Людвиг (*Ludwig*, 1983: 93-99) утверждал, что способность вызывать диссоциацию развилась до такого уровня, который позволяет нам: 1) выходить за рамки действительности; 2) избегать конфликта и травмирующего опыта; 3) обеспечивать социальную сплоченность и 4) с помощью повторения достигать снятия нервного напряжения.

Конечно, фактор диссоциации характерен для любого транса, а состояние транса является неотъемлемой частью концепции шаманизма.

Самообман и конструирование действительности

Самообман имеет большое значение для успешной адаптации, особенно это касается иллюзии в отношении контроля над собой и окружающей средой, который, как можно утверждать, обратно пропорционален депрессии. Иллюзии ограждают людей от опыта эмоциональной депрессии. Шумейкер утверждает, что неспособность адекватно сопоставить действия и когнитивное искажение нашего действительного контроля над жизненными событиями вызывает депрессию.

В своей книге о позитивных иллюзиях и искусстве самообмана Тэйлор (*Taylor*, 1989) пишет, что иллюзии увеличивают нашу продуктивность и творческий потенциал в работе. Они усиливают некоторые аспекты нашей интеллектуальной деятельности, улучшают память, необходимую для решения конкретных задач, ингибируют активность волнующих воспоминаний, которые могут негативно отразиться на работе человека. Иллюзии повышают уровень мотивации и притязаний человека, а также его или ее стремление к достижению поставленных целей. Подобные иллюзии повышают каче-

ство выполняемой работы и вероятность достижения успеха, позволяя нам легче переживать трагический опыт. Мы можем утверждать, что становление религии произошло в связи с необходимостью выживания и достижения облегчения в преодолении трудностей. Такая религиозная система как шаманизм охватывает более 99% древней истории человека, начиная с *Australopithecinae* и заканчивая *Homo sapiens*.

Онтология шаманизма и психотерапия

Как квалифицированный психотерапевт, получивший «общую» государственную лицензию на применение всех необходимых методов лечения пациентов, страдающих психическими заболеваниями, за последние девять лет я пришла к выводу, что мои полевые исследования, проводившиеся среди шаманов Перу и других регионов, оказали значительное влияние на мое мировоззрение и практику. Продолжая образование по своей второй специальности после окончания университета, я слушала лекцию одного преподавателя, который произнес четко запомнившиеся мне слова: «А теперь запомните: вы никогда не должны терять контроль во время сеанса психотерапии». И хотя я обучалась психотерапии эклектическим методом, на который оказали влияние разнообразные направления, включая психоанализ, когнитивные подходы, модификацию поведения и многие другие, я никогда не забывала услышанную истину. Человек должен всегда делать вид, что знает, что делает. Выбирая психотерапевтическое вмешательство, к которому необходимо прибегнуть, я избегаю, например, клиентоцентрированную терапию Роджерса, а также психоаналитические вмешательства, которые психотерапевт проводит в свободной форме.

Из шаманских камланий я извлекла урок, помогающий мне направлять процесс в нужное русло, а не руководствоваться интуицией. Многие западные психотерапевты не даруют своим пациентам чувство онтологической безопасности, испытываемое людьми в присутствии шамана-целителя, кажущегося всемогущим существом и властелином природы. Считается, что такой целитель должен использовать свой дар во благо человека и сообщества. Продолжая работать в области психотерапии, я все чаще и чаще включаю элементы шаманских сеансов в свои собственные методы работы с пациентами. Я воздерживаюсь от применения психодинамических и интуитивно-ориентированных методов психотерапевтического вмешательства, заменяя их директивными и когнитивными подходами. Подобно другим психотерапевтам, я развешиваю на стенах свои дипломы и передаю своим пациентам уверенную и оптимистическую установку, зачастую рассказывая им о том, как определенная про-

блема решалась мной в прошлом, или, более скромно, цитирую свои научные публикации, символизирующие мою субкультуру и эффективность в работе.

Заключение

В данной статье я попыталась объединить ряд элементов, играющих важную роль в антропологии сознания, особенно, с точки зрения кажущегося парадокса, заключенного в контрасте между религиозными верованиями шаманизма, распространенными в обществах охотников и собирателей, и действительностью с ее кризисами продовольственных ресурсов, угрозой смерти и клинической депрессии. С точки зрения эффективности психотерапевтических вмешательств и методов, восходящих к шаманскому мировоззрению, эта «биология надежды», очевидно, оказывающая большое влияние на выживаемость человека как вида, имеет значение для современной психотерапевтической практики.

Литература

American Psychiatric Association, 1994 — American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington, D.C.

Bandura, 1977 — *Bandura A.* Social Learning Theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall Publishers.

Berndtea et al., 1964 — *Berndt R. & Berndt C.* The World of the First Australians. Chicago: Chicago University Press.

Binford, 1968 — *Binford L.* Post-Pleistocene Adaptations // *S.R. Binford and L.R. Binford* (eds.). New Perspectives in Archaeology. Chicago: Aldine Publishers.

Cosmides et al., 1987 — *Cosmides L. & Tooby J.* From Evolution to Behavior. Evolutionary Psychology and the Missing Link // *J. Dupre* (ed.). The Latest on the Best: Essays on Evolution and Optimality. Cambridge: Cambridge University Press.

Dobkin de Rios, 1996 — *Dobkin de Rios M.* Amazon Healer. The Life and Times of an Urban Shaman. Prospect Hts., Illinois: Waveland Press (originally published in 1984).

Draper, 1976 — *Draper P.* Social and Economic Constraints on Child Life among the Kung Bushmen. // *R. Lee and I. DeVore* (eds.). Kalahari Hunter-gatherers. Cambridge: Harvard University Press.

Garber et al., 1980 — *Garber J. & Seligman M.* Human Helplessness. Theory and Application. N.Y.; Academic Press.

Gould, 1967 — *Gould R.* Yiwara. Foragers of the Australian Desert. N.Y.; Scribners.

Howell, 1979 — *Howell N.* Demography of the Dobe Kung. New York: Academic Press.

Kisiel, 1993 — *Kisiel T.* The Genesis of Heidegger's Being and Time. Berkeley; University of California Press.

Ludwig, 1983 — *Ludwig A.* Psychobiological Functions of Dissociation // American Journal of Clinical Hypnosis, 26, 93-99.

Miller et al., 1978 — Miller S.M. & Grant R.P. Predictability and human stress: Evidence, Theory and Conceptual Clarification. Цит. по: Garber and Seligman.

Montague, 1986 — Montague Ashley. Touching. The Human Significance of the Skin. 3rd Edition. New York: Perennial Library.

Perry, 1976 — Perry R.B. Neorealism // Encyclopedia Britannica. New York.

Price et al., 1985 — Price D. & Brown J. Prehistoric Hunter-gatherers. The Emergence of Cultural complexity. New York: Academic Press.

Schumaker, 1995 — Schumaker J. The Corruption of Reality. Amhurst. N.Y.: Prometheus Books.

Siskind, 1975 — Siskind J. To Hunt in the Morning. Oxford: Oxford University Press.

Spiegel, 1994 — Spiegel D. (ed.) Dissociation. Culture, Mind and Body. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

Tart, 1985 — Tart C. Transpersonal Psychology. New York: Academic Press.

Taylor, 1989 — Taylor S. Positive Illusion, Creative Self-Deception and the Healthy Mind. N.Y.: Basic Books.

Williams et al., 1981 — Taylor S. Resource Managers: North American and Australian Hunter-gatherers. AAAS Selected Symposium #67. Boulder: Westview Press.

¹ *Аяхуаска* (возможно написание *аяуаска* и др. варианты. — прим. отв. ред.) — термин, наиболее часто использующийся для описания комбинации растений и/или химикатов, обычно состоящих, как минимум, из алкалоидов, экстрагированных из гармалы (*Peganum harmala*) — гармалин, гармин, гармалол, пеганин (вазицин) и дезоксивазицинон, и диметилтриптамина. Слово *аяхуаска* произошло из языка Кечуа и определяет содержащее гармалин и др. алкалоиды вино, приготовленное из растения *Banisteriopsis caapi*, использующегося для медицинских и ритуальных целей (<http://www.narkopedia.ru/index.php/Аяхуаска> (Аяхуаска)).

² Понятие, введенное А. Бандурой, означающее убеждение человека в том, что в сложной ситуации он сможет активно действовать; вера в эффективность собственных действий (прим. пер.)

³ Феноменология (нем. Phänomenologie — учение о феноменах) — направление в философии XX века, определявшее свою задачу как беспредпосылочное описание опыта познающего сознания и выделение в нем существенных, идеальных черт (<http://ru.wikipedia.org/wiki/Феноменология>).

⁴ Здесь: метафизика — философское учение о недоступных опыту принципах бытия; противоположный диалектике философский метод, рассматривающий явления в их неизменности (прим. пер.)

Перевод О.А. Поворозюк

Х.К. Лёккенхоф

ЭТНОМЕДИЦИНА: ВОЗРОЖДАЮЩАЯ СИЛА САМОИЩЕЛЕНИЯ

Несмотря на давление, граничащее с угнетением, со стороны современной медицины культурные традиции этномедицины в исходном или адаптированном виде сохранились локально, за рамками господствующей

щей цивилизации. Элементы этой «натуральной медицины» остаются частью народной медицины, продолжая применяться в узких кругах семейного, коллективного или родового врачевания. В редких случаях этномедицина даже получает поддержку и сотрудничает с аллопатической медициной (например, в Англии, Южной Африке). Опираясь ранее на такие философские течения, как, например, витализм (который в настоящее время считается устаревшим), а теперь на биосемиотику или экологические исследования, в редких случаях объединяясь со «сходящей» медициной¹, она постепенно получила статус «вспомогательной» медицины, включающей фармацею и психотерапию, направленную на коррекцию поведения пациента. Часто подавляемая и дискредитируемая корпоративной аллопатической медициной, она сохраняет взаимосвязи с гомеопатией, фитотерапией, физической культурой и диетологией. Особого внимания заслуживает ее психосоматический аспект (*Uexküll*, 1964). Натуральная медицина в настоящее время активно поддерживается «зелеными» и другими подобными движениями. С XIX века наряду с ними развиваются различные движения за духовное возрождение. На практике они очень слабо или совсем не связаны с этномедициной.

В этномедицине в самом общем виде используются: *во-первых*, полученные в естественных условиях химические вещества и их смеси; *во-вторых*, ритуалы и психотерапевтические воздействия; *в-третьих*, социальный контакт, социальное единение; *в-четвертых*, духовное воссоединение с «потусторонним» миром (целитель, например, шаман, может вести пациента туда, где обитают духи его предков или к пещерам мудрости, чтобы встретиться там животное силы и/или получить помощь в выборе нужных лекарств). На протяжении последних двадцати лет этническая медицина и целительство стали объектами научных исследований. Что касается первого, этномедицины, то полученные традиционные знания и опыт в последнее время подкрепляются результатами научных исследований; природные вещества растительного и животного происхождения изучаются с целью дальнейшего применения в фармацевтической промышленности. Что касается второго, индивидуальные целительские практики, такие как психотерапевтическое воздействие, лечение прикосновением или различные варианты «духовного» целительства, изучаются с помощью измерения *субстратов* и *коррелятов* в контексте исследований по психологии и физиологии высшей нервной деятельности, проводимых в РАН. Квантовая физика является источником теоретических концепций и экспериментальных данных. Общественные науки, особенно это касается исследований в области психологии поведения, раскрывают значение личного доверия, социального контакта и ду-

ховного единения в целительстве. Положительные результаты также были получены благодаря обращению к духовной/религиозной сфере. Наука очень неохотно переходит с позиций *анализа/разделения* к *целостному видению Homo Sapiens Sapiens*. Также учитываются психологическое состояние, например эмоции, и социальные/культурные/экологические факторы.

Особый интерес представляет мнение науки относительно воздействий, характерных, например, для шаманских обрядов исцеления, которые ранее считались «нематериальными», или «паранормальными». Известные теперь как «редкие нормальные явления», благодаря полученным экспериментальным данным, они все в большей степени начинают восприниматься как «нормальные» свойства живых организмов. Они могут оказаться не только возможными и реально существующими, но и лежащими в основе человеческого бытия.

Здоровье, целительство и самоисцеление

Здоровье является основной составляющей человеческого бытия: на уровне тела, группы и общества. Как следствие, здравоохранение является важной сферой жизнедеятельности сообщества. Каждый отдельный человек, как и все сообщество, несет ответственность за свое собственное здоровье и за здоровье членов своей группы, то есть за состояние здоровья *всего сообщества*.

Важность здоровья следует из его определений. Все они основываются на общем понятии *благополучия*. Благополучие понимается как субъективно, так и в связи с социальным окружением и средой обитания. В терминах западной культуры здоровье охватывает тело, сознание, душу; социальные отношения, доступ к материальным и культурным благам жизни также подразумевает включение в социальную и общую среду обитания. В результате, ответственность является общей. В первую очередь, она лежит на отдельно взятом человеке, распространяясь при этом на все другие составляющие социальной и природной сфер. Подобным образом индивидуальная ответственность распространяется на сообщество: каждый человек должен быть здоровым, чтобы быть в состоянии служить сообществу, а не потреблять ограниченные коллективные ресурсы. В этномедицине изначально нет никакого «аутсорсинга»² заботы и ответственности, характерных для западной системы социального и государственного здравоохранения и для корпоративных систем, занимающихся оказанием медицинской помощи.

С точки зрения этномедицины, здравоохранение охватывает все слои сообщества. Оно предполагает создание благоприятных предпосылок и условий для сохранения здоровья — задача, которой все-

гда уделяется значительное внимание. В данном контексте *лечение* может пониматься как сильное воздействие на острую боль, рану и т.д. с применением, например, лекарственных растений. Представителем этого подхода является *врач. Целительство* предполагает целостный подход к проблемам со здоровьем, охватывающий фактически все аспекты здоровой личности. Представителем этого подхода является *целитель*, например, шаман (а, по сути, все сообщество), который осуществляет целительскую практику. Обычно целительские функции шамана являются неотъемлемой частью его (см. далее) роли, которая состоит в выстраивании мостов, соединяющих этот и потусторонний миры, а также в осуществлении взаимосвязи между привычной средой обитания людей и мирами высших существ, к которым относятся, в том числе, «пещеры знания».

И лечение, и целительство основываются на способности живых организмов, получивших какие-либо повреждения, *самоисцеляться*. На сегодняшний день в традиционной медицине преобладает *лечение*; при этом восстановление здоровья зависит от приема лекарств. Однако постепенно, но все в большей степени, различные направления натуральной медицины напоминают об обязанности каждого человека заботиться о сохранении собственного здоровья. Представители психосоматического *направления* (*Уехкылл*, 1964) считают воссоединение сознания и тела главным условием сохранения и возвращения здоровья. Как следует из практики лечения животных, успех лечения также определяется наличием эмоциональной связи и доверия.

В отличие от простого лечения, *целительство* (в этномедицине и не только) рассматривает больного целостно, с учетом всех составляющих здоровое состояние. В биомедицине применяются физико-химические составы и приборы, значение которых особенно велико при оказании экстренной медицинской помощи. Этномедицина усиливает лечебный эффект при помощи лекарственных средств, полученных из естественной среды, социальных контактов и *духовных обрядов*. Основанные на доверии и надежде, ритуалы и мифические *повествования* могут вплестаться в магический и религиозный контекст мысленных образов и систем верований. В терминах современного исследования: с помощью *психо-нейро-иммунологической* цепочки целительство пробуждает естественные, врожденные ресурсы сознания. Исцеление, по сути, должно быть *сознательным самоисцелением*.

Психотерапия: микро- и нанобиология, нелокальные взаимосвязи

Очень упрощенно: мозг, являющийся ядерным узлом ЦНС (центральной нервной системы), управляет всеми функциями тела непосредственно.

редственно или через своих сателлитов (распределенные центры управления). Следовательно, любые успешные попытки лечения предполагают взаимодействие с ЦНС и со всеми слоями сознания. Поэтому реализация комплексного подхода всеобъемлющего исцеления нередко начинается с обращения к сознанию («сначала нужно вылечить ум»). Шаманское целительство является типичным примером: за счет звучания бубна, использования особых атрибутов, а также благодаря танцам, прикосновениям и ударам, состояние сознания изменяется, становясь открытым. В таком измененном состоянии сознание становится восприимчивым к целительным воздействиям извне: к иному миру, духам, вызванным шаманом (и, возможно, вселившимся в него) или непосредственно к реакциям самого больного. В рамках группы либо в другом социальном контексте также происходит обращение к физиологической и духовной сторонам личности, которые становятся открытыми для целительных энергий и сил (!)

Шаманизм воплощает очень древнюю форму психотерапии. В зависимости от культурного контекста, для перехода в иные состояния сознания шаман может использовать наркотики. В других вариантах этой многогранной психотерапевтической практики такие внешние воздействия, как наркотики, шум и ритм не применяются. Обращение к высшему сознанию осуществляется посредством воображения или напрямую, путем мысленной стимуляции нервной системы и заключенного в ней «сознания» сверху вниз, до клеточного уровня. Если упростить описание, то можно сказать, что контакт устанавливается от одного мозга к другому, выходя вовне, в область коллективного бессознательного, как считал, например, К.Г. Юнг (*Jung*, 1957; см. также: *Piet*, 1989). Для передачи, поддержания и выработки энергии³ может использоваться телесный контакт через руку, как в случае «исцеления прикосновением». При лечении на расстоянии (с помощью силы мысли) энергия передается от одного мозга к другому, из одного сознания в другое, как показывают эксперименты по мысленной передаче изображений. Предположения и гипотезы относительно средств передачи сводятся к действию электромагнитных полей, полей, еще не известных современной физике, вплоть до понятий квантовой теории. Изучаются физиологические и психологические принципы этого процесса. Особенно тщательно исследуются находящиеся в мозгу микротрабекулярные структуры (*Microtrabecular Lattices*) (их размеры колеблются в пределах 3-4 нанометров), которые выступают в качестве медиатора квантовой голографии (*Frecka*, 2007). Исследования в рамках теории сложности (*van Nieuwenhuijze*, 1998) пытаются определить правила развития сложности в живых организмах (см. также: *Walter*, 1992; *Wheeler*, 2006).

Данные экспериментов свидетельствуют о том, что исцеление происходит. Но каковы при этом субстраты, которые можно измерить, и каковы корреляты? Какие системы знаний можно использовать для их *интерпретации*? Относительно новые или активно развивающиеся науки проливают свет на такие «редкие нормальные явления». Исследования в русле психологии и парапсихологии позволили получить первые интерпретируемые результаты. Разработка исследовательских программ, соответствующих данному предмету, часто сопряжена с трудностями, так как необходима соответствующая эпистемология.

Микробиология обнаружила замечательные способности клетки вызывать и управлять процессами восстановления (Bauer, 2008; Virgin, 2008). Каждая клетка, каждый геном несет в себе точную копию здоровой живого организма, ячейки, органа, всего тела. Поскольку каждая физиологическая единица обладает центральным *квазисознанием* особого рода, при активизации в ходе исцеления соответствующий сетевой центр управления запускает процесс восстановления. Исследования подтверждают, что этот процесс контролируется «нажатием особой кнопки». В частности, в *биосемиотике*, изучающей происхождение и развитие знаковых систем в живых организмах (Barbieri, 2008), подчеркивается роль направляющего *начала* в жизненных процессах, основанных на упрощенных механизмах кодирования и коммуникации. Она также объясняет направленность, цель, смысл, определяющий развитие живых организмов. Исцеление вполне может работать на этом уровне. В контексте исследования процессов развития сложности, а именно, *эндофизики* (Ryssler, 1998; Vrobel, 2008), исследование нелокальных событий и *нелокальных воздействий* объясняет такие явления, как исцеление на расстоянии. В социальных науках изучается взаимодействие индивида, группы и окружающей среды.

Шаманизм: миф, значение, идентичность, самоисцеление

В философии постмодернизма они получили название *символических рассказов: миф(ов)* (Girard, 2005; Goodman, 1984), описывающих некоторую совокупность событий, богов и демиургов в мире, расположенном за пределами реальности, который явно *соотносится с действительными событиями*. Традиционный и нередко имеющий (квази)религиозные корреляции, миф задает *систему координат и интерпретаций* в особенности для необычных событий (Loeckenhoff, 2005). Миф представляет собой некоторый обобщенный образец, в который может быть вписана отдельная судьба. Шаманизм является таким мифом или его частью (Kharitonova, 2001;

2004). Рождение и смерть, болезнь и восстановление здоровья можно воспринимать как часть более высокого порядка существования. За счет этого процесс болезни и ее лечения получают *надьиндивидуальное значение*, давая возможность понять его и, в конечном счете, излечиться путем восстановления равновесия. Целитель в лице, например, шамана, воспроизводящего этот миф, вызывает обратный эффект и использует его влияние в фактическом индивидуальном процессе исцеления. Сам больной человек приобретает *символическую роль*, его идентичность выделяется как часть данного мифа.

Такой переход на более высокий уровень и значимый процесс, указывающий на традиционные прецеденты, усиливает физиологические и психологические предпосылки исцеления. Осознание своей причастности к сакральному проекту помогает расслабиться, открыться для оптимального получения внешнего воздействия. Опосредованно это стимулирует необходимые для самоисцеления силы, скрытые в расслабленном человеке, которому теперь не препятствует напряжение. Как упоминалось выше, каждый физиологический элемент содержит в себе точную копию своего здорового состояния и информацию для его восстановления. Этот потенциал активно мотивируется, поддерживается, стимулируется и направляется. Происходит запуск психо-нейро-иммунологических реакций; для поддержания процесса исцеления активируется весь организм. На всех физиологических и психологических уровнях сознание может стимулироваться для достижения такого эффекта, например, при помощи ритуалов, или усиливаться психотерапевтическим воздействием. Необходимо продолжать активные исследования в рамках этих концепций, постепенно обогащая представления о здоровье и здравоохранении.

Как и здоровье, здравоохранение является неотъемлемой частью мифа. Здравоохранение относится к его общественной, социальной сфере. Здоровье воплощает один из существенных элементов для выживания и быстрого увеличения общности; здравоохранение представляет собой важнейшую социальную/общественную функцию. Шаманское целительство в приложении к отдельной личности или коллективу представляет собой одну из первых попыток институционализации здравоохранения. В совокупности с другими общественными функциями шамана целительство является основным объединяющим компонентом общности. Оно свидетельствует о заботе и взаимозаинтересованности в обществе, усиливая ощущение целостности и единства членов общины. Оно воплощает и символически объединяет ориентацию и равновесие, связь с потусторонним миром; в слу-

чае исцеления в волшебной «пещере» житейской мудрости. Индивиды связывают с обществом сбывшиеся ожидания и благодарность за безопасность, товарищеское отношение.

Вспомогательная роль этномедицины

В условиях глобального распространения биомедицины, ее учреждений и аппарата, на первый взгляд, может показаться, что этномедицина играет малозначительную, второстепенную роль. При таком подходе обычная медицина обеспечивает основное медицинское обслуживание, а этномедицина создает фон в виде здорового образа жизни и снабжает дополнительными природными лекарствами. В очень упрощенном виде биомедицина занимается *хирургическими* случаями, *инфекционными болезнями* и обеспечивает соблюдение *санитарно-гигиенических* норм. Этномедицина занимается отклонениями от здоровья, вызванными определенными географическими и климатическими условиями или несоответствиями, связанными с особенностями местной культуры и ее быстрым изменением. Местные способы лечения, как известно, дают особенно хорошие результаты при лечении *системных* заболеваний.

Однако это неравенство не является абсолютным. Благодаря своим географическим и культурным корням, этномедицина насущно необходима для формирования такого образа жизни, когда в определенных регионах или в связи с изменением климата современная цивилизация может столкнуться с измененными и, в конечном счете, необычайно суровыми климатическими условиями, а также с новой флорой и фауной. Технология цивилизации может улучшиться, однако она не способна полностью заменить культурно и социально определенный образ жизни и ее социальные институты. Она не может заменить естественное поведение, оптимально приспособленное к традиционному образу жизни. Это представляется особенно актуальным с точки зрения превентивной этномедицины, нацеленной на создание условий, способствующих сохранению здоровья. Данный подход применим к более широкому спектру природных условий с их адаптивным и гармонизирующим потенциалом. Кроме того, этномедицина будет способствовать накоплению медицинских знаний, демонстрируя, каких результатов можно достичь при минимуме затрат с применением простых лекарств и подручных средств. Экономический аспект данного вопроса тоже является значимым: каковы затраты и выгода, рентабельность инвестиций в здоровье. Здравоохранение невозможно полностью отделить от людей, от их личной и групповой ответственности. Кроме того, простые недомогания, скажем, возрастные, не должны рассматриваться как болезни. Например,

постоянное увеличение затрат на болезни цивилизации, все чаще приобретающие тяжелые формы и связанные с неправильным образом жизни, в Западной Европе могут послужить уроком скромности, обозначить позицию здравого смысла и умеренности. Удачным решением представляется взаимное дополнение при наличии общего видения ситуации и определение подходящих областей применения.

Этномедицина предполагает специфическое понимание жизни и ее циклов: рождения, жизни и смерти. При этом смерть рассматривается как часть жизни, которую не следует бояться и пытаться отдалить во что бы то ни стало, не считаясь с ухудшением состояния и с затратами. Ограниченные общественные ресурсы должны обоснованно распределяться между членами сообщества для его выживания и развития. Рождение и воспитание, обучение детей, забота о следующем поколении; поддержание работоспособности людей трудоспособного возраста и забота о старых и слабых людях — эти жизненно важные социальные функции должны быть сбалансированными со стратегической точки зрения.

Общий пересмотр научного знания, в частности медико-санитарных дисциплин, безусловно, полезен. Ослабление позиций сторонников физикализма под влиянием системных концепций, достижений в области квантовой теории и теории сложности, микро- и нанобиологии или эндофизики способствует большей согласованности в научных исследованиях, эпистемологии, методах моделирования, процедурах и системах оценки (*Logan, 2007; Wieser, 2007*).

Эпилог

Господствующее мировоззрение постепенно начинает понимать этномедицину. Одной из причин этого является культурное разнообразие, связывающее этномедицину с местными культурами. Знахари в Южной Африке, тибетские ламы, австралийские аборигены, индийская аюрведа, европейская народная медицина, этномедицина в Египте в эпоху фараонов (*King, 2004*) и так далее, свидетельствуют об удивительном разнообразии географических, культурных и поведенческих истоков и религиозных контекстов. Шаманское целительство представляет собой только один из таких контекстов (*Loeckenhoff, 2005*). Анализ общих корней, мировоззренческих основ, сходных принципов и практик является очень актуальной исследовательской проблемой. Однако при исследовании необходимо исключить влияние эзотерики, так как она зачастую скорее смешивает краски, чем вносит ясность. Стоит учитывать и данные *биофотоники* (*Poppe, 1984*), *радиэстезии* (или Фэн-Шуй), радиоэлектроники и других подобных направлений, которые до сих пор еще иногда считаются побочными. Это не в последнюю очередь поможет сформулировать новые, более точные

вопросы, которые не возникали в рамках старых парадигм.

Наше преобладающее мировоззрение — как научное, так и повседневное — постепенно изменяется. Резких изменений, как во времена Коперника и Фрейда, не будет, но мы шаг за шагом будем приближаться к еще более сложному и дифференцированному видению человека в его мире и достигнем согласия по поводу того, как реагировать и действовать «по справедливости».

Прагматика остается неизменной: прав тот, кто исцеляет.

Благодарности

Эта работа смогла оформиться только благодаря исследовательским проектам, проводившимся в Сибири Институтом этнологии и антропологии РАН, в которых автор принимал участие. Особенную благодарность за поддержку он выражает организаторам, д.и.н. Валентине Харитоновой и д.и.н. Дмитрию Функу.

Все ошибки, конечно, остаются на совести автора.

Литература

- Barbieri*, 2008 — *Barbieri Marcello* (Eds.). Introduction into Biosemiotics. Springer: International Dordrecht
- Bauer*, 2008 — *Bauer J.* Das kooperative Gen. Hamburg: Hoffman und Campe.
- Bьrgin*, 2008 — *Bьrgin L.* Der Urzeit-Code. Мьнchen: Herbig.
- Frecska et al.*, 2007 — *Frecska E. et Luna L.E.* The Shamanic Healer: Master of Nonlocal Information. Shaman, Vol. 15, № 1, 2. Spring and autumn. Budapest: Molnar & Kelemen Oriental Publishers.
- Girard*, 2005 — *Girard R.* Die verkannte Stimme des Realen. Eine Theorie Archaischer. Мьнchen: Mythen. Hanser.
- Goodman*, 1989 — *Goodman F.* Wo die Geister auf den Winden reiten. Freiburg: Bauer.
- Jung*, 1957 — *Jung C.G.* Bewusstes und Unbewusstes. Frankfurt: Fischer.
- King*, 2004 — *King J. K.* The Isis Thesis, a study decoding 870 Egyptian Signs. Envision Editions.
- Loeckenhoff*, 2005 — *Loeckenhoff H.K.* Shamanism, a semio-dynamic, transdisciplinary approach // Conference Proceedings, ISSS Conference Dobogyk, Budapest.
- Logan*, 2007 — *Logan R.K.* The Extended Mind. The Emergence of Language, the Human Mind and Culture. Toronto: Toronto University Press.
- Kharitonova*, 2001 — (Ed.) *Kharitonova V.I.* Ethnological Studies of Shamanism and Other Indigenous Spiritual Beliefs and Practices, Vol. 7, part 2. Moscow: Institute of Ethnology and Anthropology, Russian Academy of Sciences.
- Kharitonova*, 2004 — (Ed.) *Kharitonova V.I.* Ethnological Studies of Shamanism and Other Indigenous Spiritual Beliefs and Practices, Vol. 10, part 1, 2. Moscow: Institute of Ethnology and Anthropology, Russian Academy of Sciences.
- Russler*, 1998 — *Russler O. E.* Endophysics. The world as an interface. Singapore: World Scientific.
- Piet*, 1989 — *Piet F.D.* Synchronizitat. Мьнchen: Scherz.

Popp, 1984 — *Popp F.A.* Biologie des Lichtes. Berlin, Hamburg: Parey.
Semetzky, 2008 — *Semetzky I.* The Transversal Communication, or Reconciling Science and Magic // *Cybernetics and Human Knowing*, Vol 15, №. 2. P. 33-48.

Van Nieuwenhuijze, 1998 — *Van Nieuwenhuijze Otto.* The Simplicity of Complexity. The Logic of Integration. Personal Paper. World Congress of Sociology, Montreal.

Uexküll, 1964 — *Uexküll T.* Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Hamburg: Rowohlt.

Vrobel et al., 2008 — *Vrobel S., Rüssler O.E., Marks-Tralow T.* Simultaneity. Singapore: World Scientific.

Walter, 1992 — *Walter K.* Chaosforschung, I Ging und Genetischer Code. Мюнхен: Diederichs.

Wheeler, 2006 — *Wheeler W.* The whole creature. Complexity, biosemiotics and the evolution of culture. London: Lawrence and Wishart.

Wieser, 2007 — *Wieser W.* Gehirn und Genom. Мюнхен: Beck.

¹ В оригинале «soft medicine» — направление, близкое к натуропатии и основанное на лечении препаратами натурального происхождения и психотерапевтическими методами (*прим. пер.*).

² Привлечение к выполнению контрактной работы внешних соисполнителей (*прим. пер.*).

³ Данный, не вполне корректный термин — *энергия*, широко используется в современных паранаучных исследованиях и целительских практиках; однако в некоторых собственно научных трудах он имеет четкое, несколько ограниченное употребление: например, как электромагнитные или тепловые проявления, фиксируемые при психофизиологических экспериментах (*прим. отв. ред.*).

Перевод О.А. Поворознюк

И. Янева-Балабанска

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ (НЕКОНВЕНЦИОНАЛЬНАЯ) МЕДИЦИНА В СОВРЕМЕННОЙ БОЛГАРИИ

В статье рассматриваются альтернативные методы сохранения здоровья — диагностика и лечебная практика болгарских *целителей-экстрасенсов* (диагностируют и лечат «экстрасенсорным» путем, свидетельствуя о разных формах восприятия информации без участия известных пяти органов чувств; *далее — целители*). Исследование осуществлено в 1991-2004 гг.; данные (возраст, опыт работы и т.д.) относятся к 2000 г. Целители специально подобраны, т.е. изучалась лучшая их часть.

Что вызвало необходимость этого исследования?

1. В Болгарии с конца XX в. распространена альтернативная лечебная помощь, оказываемая вне больницы:

а) специалистами народной медицины (знахарками, костоправами, травниками и т.д.);

б) специалистами, называющими себя биоинформационными целителями, экстрасенсами, биолечителями.

II. Целители-экстрасенсы — феномен, известный не только в Болгарии.

III. В настоящий момент болгарские целители работают в кабинетах, но нет законодательно определенных основ их деятельности.

IV. Целителей посещают пациенты разных профессий и возрастов.

V. Зарегистрирован минимум один смертный случай, произошедший вскоре после целительского воздействия.

VI. До настоящего времени болгарские целители всесторонне не исследованы.

Введение

Экстрасенсорные методы диагностики и лечения используются как неофициальная медицинская помощь, оказываемая вне профессиональных клиник; они относятся к альтернативной или комплементарной медицине. В разных странах мира они определяются разными терминами (*Council of Europe*, 1984). Например, в Болгарии Георгиев (*Георгиев*, 1996) использует по отношению к такой медицине термин «традиционная»: сюда включен архаический медицинский опыт (существовавший до возникновения научной медицины) и парамедицинский опыт (существующий параллельно с научной медициной). Георгиев пишет, что в настоящее время как формы традиционной медицины применяются парамедицинские практики — гомеопатия, фитотерапия, биоэнерготерапия и пр., которые широко распространены во многих странах, в том числе и в Болгарии (*Георгиев*, 1996). Неофициально принятый лечебно-оздоровительный опыт определен в нашей стране как *неконвенциональный*, именно это понятие будет употребляться в статье.

Разные государства ввели свои регулирующие правила и свои определения для характеристики неконвенциональных медицинских методов. Каждая страна сама определяет, какие неконвенциональные методы использовать и как регулировать образование и подготовку в их пределах, так как они не включены в программы университетов и училищ, отвечающих за образование и подготовку работников здравоохранения.

Методы диагностики и лечения, базирующиеся на экстрасенсорном восприятии, относятся к необщепринятым медицинским методам, но они используются в разных странах. Например, в 1984 г. Голландия причислила к неконвенциональной медицине паранормальную медицину, медицинскую астрологию, радиэстезию (*Council of*

Europe, 1984). Биотерапия и радиэстезия фигурируют в списке Франции, а в Словении в 1993 г. после исследования общественного мнения журналом «Аура» выяснилось, что самый известный из неконвенциональных методов — лечение биоэнергией (*International Perspectives*, 1983-2008). В Венгрии неконвенциональная медицина соответствует закону здравоохранения страны: целители без высшего медицинского образования (но с обязательным средним) могут применять акупунктуру, альтернативную гимнастику, массаж, lifestyle терапию, рефлексологию, альтернативную физиотерапию, биотерапию, фитотерапию и кинезиологию (*International Perspectives*, 1983-2008). В России (1993 г.) узаконена деятельность целителей. В Сербии в «Сборнике правил традиционной медицины» (14.12.2007) как методы реабилитации фигурируют «духовная энергетическая медицина» и Рейки. Их могут применять врачи и стоматологи.

Перед здравоохранением различных стран встает вопрос: кто может (если может) применять такие методы в своей практике?

Неконвенциональные медицинские методы в разных странах применяются:

- 1) врачами;
- 2) другими медицинскими специалистами;
- 3) лицами без медицинского образования (целителями).

В странах с монополией на врачебную профессию (Австрия, Бельгия, Франция) медицинская деятельность осуществляется только врачами-аллопатами. В странах, где нет такой монополии (Германия, Англия, Венгрия, Швеция и др., — *Council of Europe*, 1984), могут практиковать, соблюдая определенные ограничения, разные специалисты.

Целительство в Болгарии

Болгарам с глубокой древности известно о людях с удивительными магико-мистическими способностями, позволявшими им заниматься «гаданием» (ясновидение) и целительством (*Арnaudов*, 1996: 410-440; 545-550; *Калоянов*, 1995; *Кратко житие...*, 1986: 395-397; *Маразов*, 1994; *Маринов*, 1994: 637-651; *Дуйчев*, 1990; *Мутафов*, 1992). С конца XX века магико-медицинские практики применяются в Болгарии категорией целителей, считающих себя экстрасенсами (*Беновска-Събкова*, 1999: 121).

У нас в 1966 г. был образован Научно-исследовательский институт парапсихологии, в котором исследовалась знаменитая Ванга. В 1979 г. создано Общество радиэстезистов. В городе Пловдиве в апреле 1987 г. появилась лаборатория (в составе хозяйственного объединения «Биопрогресс») по изучению воздействия биополя человека на семена, растения и людей, там практиковали 4 специалиста.

наук и получили документы, подтверждающие их необычные возможности. За полтора года биоэнергетическому воздействию были подвергнуты 1562 пациента: с мигренью — 480, с неврозами — 767, с энурезисом — 15, с заиканием — 15, с дископатией — 180, с другими заболеваниями — 120. По данным констатации послебольничного наблюдения (данные не окончательны) вылечено: мигрень у 80%, неврит лицевого нерва — у 100%, заикание — у 80%, дископатии: острые — у 100%, хронические — у 90%.

По приказу Министра здравоохранения в апреле 1989 г. была создана Центральная лаборатория биоэнергетики в г. Пловдиве, которая должна была изучать, разрабатывать и внедрять авангардные методы и системы для профилактики, диагностики и лечения нетрадиционными средствами. Целителям выдавались подтверждения в том, что они могут оказывать «воздействие биополем», помогая клиентам при определенных заболеваниях. Эта лаборатория просуществовала несколько лет.

В 1990-ом г. заинтересованные специалисты образовали Ассоциацию «Феномены», в которой исследовали и обучали экстрасенсов (из 94 кандидатов-биотерапевтов только 12 оказались целителями). Эта ассоциация существует и сегодня.

В том же году рабочая группа Министерства здравоохранения исследовала деятельность народных целителей. К методам и средствам *природной* медицины (использующей средства природы) была отнесена и биотерапия; специалистов, использующих ее, назвали *биотерапевтами*.

В 1991 г. был создан первый университет новой культуры (в нем обучались экстрасенсы; его картотека содержит 2000-3000 человек). Тогда же образовали Союз экстрасенсов Болгарии (в 2008 г. зарегистрирован как Общество альтернативных целителей). Было одновременно учреждено Общество психотроники, которое организовало два специальных конгресса.

В 1991 г. в Техническом университете в г. Пловдиве была создана Высшая школа по биоэнергетике с задачей исследовать *биоэнергию* человека и других живых систем, а также обучать специалистов в этой области. Сейчас школа уже не существует.

В 1991 г. в г. Шумен учредили Университетскую лабораторию для исследования экстраординарных феноменов. Лаборатория проводила определенную работу, но сейчас она тоже закрыта.

В 1995 г. на кафедре неврологии в медицинском институте в г. Софии проведено исследование под названием: «Экстрасенсы —

польза и вред». Сделаны электроэнцефалографические обследования 44 человек, объявивших себя экстрасенсами. В результате ученые выбрали для дальнейших экспериментов только двух кандидатов.

В июне 1997 г. был создан частный центр медицинской биофизики. В нем исследуют биополя целителей-экстрасенсов. До 2008 г. обследованы 600 человек (500 из них — болгары); 150 не получили подтверждения о наличии способностей оказывать биовоздействие. Сейчас в Болгарии этот центр является единственным подразделением, осуществляющим исследования целителей-экстрасенсов.

Болгарское законодательство о целителях

В 1980-е гг. Министерство здравоохранения издало приказ (17.08.1988) о расширении использования фитотерапии и народной медицины. На основании этого приказа Медицинская академия и окружные больницы смогли принимать на работу в качестве *народных целителей* лиц без медицинского образования, а Национальный центр фитотерапии и народной медицины при Министерстве здравоохранения выдал 87 целительских удостоверений. Однако этот приказ был отменен 23.08.1994. Закон об охране здоровья с 1997 г. регламентирует деятельность только медицинских специалистов.

Законодательно неконвенциональные методы воздействия в Болгарии впервые были регламентированы с 2004 г., что позволило использовать их и лицам без медицинского образования, но в данной редакции закона не фигурируют энергоинформационные методы. Это означает, что в нашей стране у целителей-экстрасенсов сейчас нет законного статуса. Однако они практикуют: Союз болгарских экстрасенсов включил в свой справочник 443 человека (1994 г.), но, по мнению К. Томова, у нас их не менее 5000-6000 (2000 г.). Среди целителей преобладают женщины, что может быть объяснено унаследованной традицией: у болгар женщин-целительниц всегда было больше, чем мужчин-целителей.

Методы исследования

Феномен целительства требует интердисциплинарных методов исследования. Мы применяли только методы включенного наблюдения и интервьюирования целителей. Помимо этого была проведена работа с гражданами, с медицинскими специалистами, с пациентами целителей, чтобы определить характер потребления услуг, предлагаемых ими, установить те случаи, в которых люди прибегают к этим услугам, выявить отношения между медиками и целителями. Изучались публикации, архивные и другие материалы, документы социального, право-

вого, образовательного и международного характера, письменные отзывы пациентов, их медицинская документация, заключения врачей о диагностических и терапевтических результатах биодействия наблюдаемых ими целителей. Все целители прошли процедуру специального интервьюирования — использовалось полуструктурированное клиническое интервью, позволяющее исключить личностное расстройство (Loranger, 1988; Ончев и др., 1994: 56-63). Нами учтены результаты тестов о биофизическом поле этих целителей (Игнатов и др., 1998: 29-72).

Результаты исследования

1. В анкетных пилотных исследованиях участвовали: 100 медицинских специалистов, 234 гражданина, 251 пациент. Из них целителей посещали 35% медиков и 59,4% граждан. Большая часть граждан и пациентов имеют среднее и высшее образование, их возраст 30-50 лет.

Основной повод посещения — лечение: 25% медиков, 80,08% пациентов, 78,95% граждан. Из анкетированных пациентов 80,08% раньше обращались к врачам. Причина последующего обращения к целителю — неэффективность услуг ортодоксальной медицины (41,04%); при хронических болезнях часто обращаются: «чтобы получить больший эффект лечения» — 33,86%, по другому поводу — 3,19%, «экстрасенсы — последняя надежда» — 2,79%. Изначально искали помощи у экстрасенсов 19,12%. Основания обращения к целителям комментируются так: «вполне верят экстрасенсам» — 13,15%, «не имеют доверия к медицинским специалистам» — 3,98%, «другие причины» — 1,99%; в результате 45,42% — «были вылечены целителями», 47,01% — улучшили свое состояние.

Из анкетированных пациентов 53,39% подтвердили достоверность экстрасенсорной диагностики и терапии методами официальной медицины: эхографическими, рентгеновскими, лабораторными и другими исследованиями, клиническими осмотрами и т.д.

В анкетах есть и отрицательные мнения о целителях: 29% — медики (27% не обращались к экстрасенсам), 14,10% — граждане; 3,36% анкетированных граждан, побывавших у целителей, высказались о них негативно, 0,40% пациентов целителей также отозвались о них отрицательно. Граждане, которые не посещали целителей и высказались о них отрицательно, просто считают их шарлатанами, а посетившие целителей лица отзываются о них негативно, поскольку не получили ожидаемого лечебного эффекта.

Отношение врачей к целителям таково: 29% из анкетированных врачей имеют отрицательное мнение, 25% — положительное, 21% — не имеют никакого мнения, 25% — имеют «другое мнение»; 7,2% из них направляют своих пациентов к целителям.

2. Интервью с врачами, гражданами и пациентами целителей-экстрасенсов. Было проинтервьюировано около 200 граждан и 50 врачей. Им задавали такие вопросы: Вы бывали у целителей-экстрасенсов? По какому поводу? Каково ваше мнение о них? Чем оно объясняется?

Результаты: менее 1/2 врачей, не посещавших целителя, имеют отрицательное мнение о них, около 1/3 не имеют определенного мнения, около 6% ответили, что «могут обратиться к ним в безнадежных ситуациях». Из врачей, посещавших целителей, 70% ходили к ним ради диагностики и лечения (названы заболевания: невроты, дископатии, хронические болезни и т.д.).

У интервьюированных граждан ответы схожи. Около 50% из посетивших имеют положительное мнение о целителях: того же мнения придерживается 1/5 из граждан, не посещавших целителей — они помогли их близким.

Было проинтервьюировано также около 150 пациентов, побывавших у 21 из исследованных целителей: 50% из них не получили ожидаемого эффекта лечения у врачей (в основном при хронических болезнях); 10% — пришли из-за высоких цен на лекарства или «не хотят просиживать часами перед кабинетом врача». Эффект лечения в 45% случаев установлен субъективно, а у 20% подтвержден медициной.

3. Изучение отзывов пациентов о целителях и заключений врачей. Большая часть целителей не требуют отзывов у своих пациентов; 27 предоставили нам положительные отзывы пациентов о своей работе.

4. Исследование подтверждений врачей о результативности диагностической и терапевтической деятельности целителей: 17 целителей работают с врачами, которые наблюдают за их лечебной деятельностью; 22 консультировали пациентов у врачей. Заключение всех врачей подтверждают наличие диагностического и терапевтического эффекта после воздействия целителей. Отметим, что среди исследованных: 3 целителя — врачи, 1 — фельдшер; они сами учитывают результаты своего воздействия на пациентов.

5. Исследование медицинской документации пациентов: 39 целителей предоставили медицинскую документацию своих пациентов, которая подтверждает наличие диагностических и терапевтических результатов их биовоздействия. Сбор медицинской документации затруднен из-за того, что пациент должен платить деньги за исследование, при этом врач обязан дать ему направление на медицинское исследование (*Янева-Балабанска, 2006: 72*).

6. Исследование целителей-экстрасенсов.

Исследовались целители: наблюдаемые автором долгие годы — 10 человек; обследованные в Центре медицинской биофизики — 23; рекомендованные этим Центром — 8; целители из центра «Рейки» — 14; рекомендованные Союзом экстрасенсов — 4; экстрасенсами и гражданами — 16. Можно сказать, что исследована целительская элита.

В процессе работы 75 целителей анкетированы, а 57 — интервьюированы. Личное наблюдение велось за 39 целителями; с 61 проведено полуструктурированное клиническое интервью ради исключения возможности личностного расстройства.

Среди исследованных целителей — 57 женщин и 18 мужчин. Средний возраст — 45,4 лет. У 53,3 % из исследованных целителей есть незаконченное высшее и среднее медицинское образование, у 5,33% — высшее; без медицинского образования — 89,34%. Самый большой процент целителей — с высшим немедицинским образованием — 37,34%. Отметим, что 20% из исследованных целителей не имеют ясновидческих способностей, а у 80% наблюдаются целительские и ясновидческие способности. До обследования 45,34 % практиковали по 5 лет; 24% — от 10 до 15 лет; а 8% — от 15 до 20 лет. Интересно, что 72,33% исследованных целителей предлагают лечение на расстоянии и при личном контакте, а 18,67% — только при прямом контакте с пациентом.

Методы диагностики, которые используют исследованные целители, связаны с их экстрасенсорными способностями: 44% диагностируют бесконтактным путем; 32% — ссылаются на контакт с Высшим Разумом; 12% — «контактеры»; 37,63% — «сканируют»; 32% — используют контактный массаж; 42,66% — контактный и бесконтактный; 18,66% — воздействуют путем радиэстезии; 4% — пользуются иридодиагностикой; 6,66% — пульсовой диагностикой; 2,66% — диагностируют по волосам; 2,66% — по фотографии; 6,66% — диагностируют по языку; 5,33% — по руке; 37,34% используют другие методы.

Для лечения целители применяют: 32% — бесконтактный массаж; 25,33% — контактный массаж; 56% — контактный и бесконтактный массаж; 50,66% — мысль; 26,66% — траволечение; 9,33% — свет; 13,33% — целебные картины; 18,66% — музыкотерапию; 44% — являются «проводниками энергии Высшей силы»; 34,66% используют для лечения другое — белую глину, молитвы, иконы, кристаллы, амулеты и т.д. Применение этих методов связано с их экстрасенсорными способностями. Каждый целитель комбинирует более 2 методов диагностики и лечения.

Во время лечения целители чувствуют: тепло — 76%; холод — 52,33%; другое — 48%.

Они пытаются лечить различные заболевания: 34,66% — неврологические; 38,66 — болезни опорно-двигательного аппарата, 26,66% — болезни желудка и кишечника; 14,66% — болезни легких. У 94,66% исследованных целителей есть излеченные пациенты. Ясновидческий прогноз делали 45,33 % целителей, 54,67 % обучали приемников на курсах.

7. Исследованы результаты биофизических тестов 23 целителей, из них: 8 названы биотерапевтами первого класса, а 15 — второго (по классификации центра медицинской биофизики).

Обсуждение

Магико-мистические практики существовали с глубокой древности; они встречаются во всех культурах (*Элиаде*, 1996; *Арнаутов*, 1996: 545-550 и др.). Экстрасенсорные методы диагностики и лечения относятся к магико-медицинским техникам. Получение информации и воздействие экстрасенсорным путем спорно. Большая часть целительских методов такого рода не осмыслены современной наукой. Интересно, что у 42,67% исследованных целителей есть высшее образование, однако они принимают свои способности как данность; замечу, что их нельзя отнести к лицам, спекулирующим на невежестве клиентов.

Результаты анкетирования граждан, медицинских специалистов и пациентов показывают, что целителей посещают люди разных возрастов и профессий, в том числе медики. У большей части клиентов есть среднее и высшее образование; очевидно, обращение к целителю вызвано не невежеством. Один из факторов этого обращения — недостатки общественной системы здравоохранения. Анализ материалов убедительно демонстрирует, что вторая причина визитов к целителям — высокие цены на лекарства. Еще один фактор — падение авторитета врачей. Полученные нами данные (см. выше) подтверждают результаты исследования, проведенного Европейским Советом (*Council of Europe*, 1984). Большой спрос на неконвенциональные методы у нас можно объяснить дефицитом медицинского обслуживания.

Основные поводы обращения граждан к целителям: диагностика и лечение — 38,25%, лечение — 33,7%, диагностика — 11,16% из анкетированных пациентов. Небольшая часть из них посетили целителей ради ясновидческого прогноза — 7,17%. Во-первых, целителям граждане верят больше, чем врачам. Это связано с верой в их мистические способности. Во-вторых, развал системы здравоохране-

ния толкает людей к целителям. В-третьих, граждане хотят получить альтернативную медицинскую помощь, в которую они верят и которую не могут получить у врачей.

Целители находятся на «полюсе доверия» граждан: 94,02% пациентов, 74,72% анкетированных граждан, посещавших целителей, 47,44% из всех анкетированных граждан имеют положительное мнение о них. Это значит, что работа целителей с пациентами дает положительные результаты. Однако напомним слова К. Леви-Строса: «Шаман признан великим не потому, что он вылечил своих пациентов, но он вылечил их, потому что был признан великим». Результаты анкетирования граждан демонстрируют механизм функционирования народной медицины. По К. Леви-Строссу (*Леви-Стросс*, 1983), для функционирования народной медицины необходим опыт 3 составляющих: общества, больного, целителя. Общество выполняет свои функции (окружение больного верит в целителя — 72,73% из пациентов целителей направлены к ним близкими и друзьями), существует и вера больного (95,22% пациентов рекомендуют посетить целителя близким), есть также вера целителя (они верят в свое избранничество и не могут отказаться от него, потому что боятся наказания).

Отношение врачей к целителям противоречиво, но 7,2% из анкетированных медиков направляют своих пациентов к целителям при хронических болезнях и в безнадежных ситуациях; этот факт нельзя игнорировать. Он говорит о том, что у целителей есть способности, позволяющие им оказывать помощь там, где медицина еще бессильна. Целители заполняют лакуны медицинской помощи альтернативными средствами. Однако для большей части врачей они остаются шарлатанами, что можно объяснить до известной степени конкуренцией.

Исследованные нами целители работают в частных кабинетах: 17 — совместно с врачами, а 22 только консультируют своих пациентов у врачей. Эти кабинеты сейчас (2008 г., май) незаконны.

Свои услуги целители оценивают по-разному: 8% из исследованных нами не берут плату, а у тех, кто берет (76,4% из исследованных), цены на услуги формируются по рыночному принципу и совпадают с ценами в медицинских центрах.

Интересно, что получение целителями экстрасенсорных способностей схоже с обретением способностей шаманами (*Елиаде*, 1996): по наследству — у 5 из исследованных целителей, выбор Божий — у 21, спонтанно — у 35, по желанию — у 14 целителей из центра Рейки. Отметим, что 70% анкетированных целителей думают, что экстрасенсорные способности — это генетический потенциал, а 30% полагают, что это — тяжелый крест, дар, миссия.

Для диагностики целители применяют рациональные и иррациональные методы, большая часть которых связана с их экстрасенсорными способностями. Впечатляет то, что 50,66% целителей лечат мыслью, 56% — используют сочетание контактного и бесконтактного массажа, 32% — бесконтактный массаж, 33% — во время лечения становятся проводниками высшей энергоинформационной силы. Среди исследованных целителей наблюдается преобладание метода, указывающего на их духовное формирование — лечение мыслью. По целительским утверждениям, 59 из обследованных получают информацию о болезнях больных ясновидением, яснослышанием, телепатией от некой «силы», с которой общаются. Преобладает число целителей, которые лечат дистанционно — 72,33% из исследованных целителей. Некоторые из целительских методов — музыкотерапия, арттерапия, относятся к психотерапевтическим (Иванова, 1995). Большую часть методов диагностики и лечения невозможно объяснить с помощью современных научных концепций: ученые ищут объяснение в теориях физического вакуума, торсионных полей и т.д.

В болгарской традиции целители занимались лечением и гаданием/предсказанием. У 80% из исследованных целителей отмечена склонность к ясновидению и целительству, с акцентом на одном или другом; эта культурная модель универсальна. Методы диагностики и лечения болгарских целителей применяются и в других странах (Янева-Балабанска, 2006: 175), что говорит о наличии мировой культурной модели целительства.

В Болгарии целители пользуются уважением (Касабова-Динчева, 1998: 214). Они считают, что обучаются своему искусству в ином мире во время сна, посредством чтения специальной литературы и обучения на разных курсах (около половины обследованных целителей посетили в общей сложности 83 курса обучения). Экстрасенсорные способности у исследованных целителей самые разнообразные: диагностические, лечебные, ясновидческие, даже художественные (они пишут стихи, музыку, рисуют картины).

Работа целителей подтверждается объективно регистрируемыми фактами. Является ли эффект их воздействия на пациентов только психотерапевтическим актом, пока сказать сложно.

В настоящее время в разных странах мира повышается интерес к методам неконвенциональной медицины. В большинстве из них признается только часть этих методов. Для законодательного разрешения их использования важна их традиционность и популярность. В странах с монополией профессиональной медицины, как правило, они не могут использоваться специалистами без медицинского образования (Council of Europe, 1984). Вопрос, насколько это важно, остается открытым.

По-разному решається вопрос об обов'язковості навчання методам неконвенціональної медицини: в різних країнах світа воно може бути (не)обов'язковим, сопр'яженим з професійним навчанням або ні.

Важко також питання про вивчення неконвенціональної медицини і результатів її застосування. В наші часи в деяких країнах світа фінансуються проекти фундаментальних досліджень в цій області. У нас, к сожалению, неконвенціональна медицина ще не знайшла свого місця серед інших медических методів. На неї поглядають з пренебреженням більша частина лікарів, при цьому багато з них застосовують в своїй практиці окремі її методи. Враховуючи численні факти позитивного впливу цілителів, в тому числі досвід цілителів інших країн, я вважаю, що в Болгарії необхідно переглянути нормативні документи, що стосуються до неконвенціональної медицини, і узаконити як необхідне навчання її методам, що повинно бути обов'язковим умовою дозволу відповідних практик.

Литература

Арнаудов, 1996 — *Арнаудов М.* Русалии и калушари // Очерци по български фолклор. Т. 2. С.: Академично издателство «Проф. М. Дринов». С. 545-550.

Арнаудов, 1996 — *Арнаудов М.* При нестинарите в Странджа // Очерци по български фолклор. Т. 2. С.: Академично издателство «Проф. М. Дринов». С. 410-440.

Беновска-Събкова, 1999 — *Беновска-Събкова М.* Екстрасенси // Енциклопедия на българската народна медицина. С.: Издателска къща «Петър Берон». С. 121.

Георгиев, 1996 — *Георгиев М.* Традиционната медицина в предметната област на етнологията // Етнографски проблеми на народната култура. Т. 4. С. 9-30.

Дуйчев, 1990 — *Дуйчев И.* Рилският светец и неговата обител. С.: Издателство «Интерпрес-67».

Елиаде, 1996 — *Елиаде М.* Шаманизмът и архаичните техники на екстаза. С.: Издателство «ЛИК».

Игнатов и др., 1998 — *Игнатов И., Антонов А., Гълъбова Т.* Медицинска биофизика. Биофизични полета на човека. С.: Издателство «Гея Либрис».

Калоянов, 1995 — *Калоянов А.* Българското шаманство.

Касабова-Динчева, 1998 — *Касабова-Динчева А.* Магията — социална необходимост // Етнографски проблеми на народната култура. Т. 5. С. 214-247.

Кратко житие..., 1986 — Кратко житие на Климент Охридски от Димитър Хоматиан // Житиенписни творби, С.: Издателство «Български писател». С. 395-397 (Стара българска литература. Т.4).

Леви-Стросс, 1983 — *Леви-Стросс К.* Структурная антропология: М.

Маразов, 1994 — Маразов И. Митология на траките: Издателска Къща «Сектор».

Маринов, 1994 — Маринов Д. Русалска неделя // Народна вяра и религиозни обичаи. С.: Издателство на Българската Академия на Науките. С. 637-651.

Мутафов, 1992 — Мутафов С. Медицината в българската иконопис. С.: Издателство на Българската Академия на Науките.

Ончев и др., 1994 — Ончев Г. Ганев К. Диагностична надеждност при изследване на личността с полуструктурирано клинично интервю // Психология. 1994, № 4. С. 56-63.

Янева-Балабанска, 2006 — Янева-Балабанска И. Неконвенционални методи за диагностика и лечение в България: Издателство «Илинда-Евтимов».

Council of Europe, 1984 — Council of Europe. *European Public Health Committee*. Legislation and administrative regulations on the use by licensed health service personnel of non-conventional methods of diagnosis and treatment of illness, Strasbourg.

Loranger, 1988 — Loranger A. Personality Disorder Examination (PDE), Manual, Yonkers, NY: DV Communications.

International Perspectives — International Perspectives. The Research Council for Complementary Medicine, 1983-2008. Available at: http://www.rccm.org.uk/static/Report_COST_interper.aspx (Accessed January 7, 2009).

М.К. Волдина

ЗВУКОВАЯ СФЕРА В ТРАДИЦИЯХ ХАНТЫ КАК ИСТОЧНИК ОЗДОРОВЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ДУШИ

Быть здоровым человеком — это значит быть сильным и физически, и духовно; по-другому — тело и душа богаты, если налиты добром и святой энергией. Только такой человек будет жить правильно и вести жизнь дальше. Это касается и целого народа. Так учили ханты своих людей из поколения в поколение.

В оздоровлении людей народ ханты широко использовал силы Природы, его отдельных явлений, энергию всех сфер, которые окружали человека — это Небо, Солнце, Земля, Луна, Звезды, Вода, Огонь, Воздух, Звук, Звери, Птицы, Деревья, Рыбы, Люди, Камни, предметы быта, производства... Все это одухотворяется и считается священным, отразилось в таких застывших словах, выражениях, как: «Нуви Торум» — Светлый Торум, «Мув аңки» — Мать-Земля, «Емаң янсют» — Святое питье, «Еман Най» — Святая Женщина, «Хатл Най» — Женщина Солнце, «Хатл Аңки» — Мать-Солнце, «Лыл рув» — Сила, энергия дыхания, «Лылаң сый» — Живой звук, «Аси партуп» — Отцовский наказ, «Аңки партуп» — Материнский наказ, «Аси партуп,

Аңки партум войхул, юхъенк» — Отцом, матерью сотворенные звери и птицы, Арэн йөр, монсен йөр — Сила песни, сила сказки... И множество предметов, сделанных человеческой рукой, извлеченных из человеческой души — все это служит жизневедению в пространстве — в бесстенном, бездверном Доме, где это находится. Ханты жили в гармонии, они молились, просили помощь и получали ее. В это я верю.

В статье я подробно остановлюсь на звуковом материале. Звук в народе ханты считается святым. Звуковая сфера: музыка, песни, плач, речь. Звуки издают звери, птицы, вода, воздух, деревья, музыкальные инструменты, предметы быта, природы. Человек очень давно использовал звуковую сферу для лечения различных заболеваний, разрешения душевных состояний, воспитания детей. Как только ребенок рождается, он сразу попадает в мир всех сфер, в том числе и в звуковую сферу. Взрослые сразу же способствуют проникновению звука в душу новорожденного. Знакомили его с тем, куда он «пришел», проводили ритуал знакомства с миром, сопровождая его молитвами, песней, музыкой. По мере подрастания ребенка целе-направленно вводили в звуковую сферу природы и жизни. Колыбелька ребенка украшалась разными предметами, которые издавали звуки: это колокольчики, деревянные качалочки с побрякушками, которые вырезались из одного дерева. Взрослые (дедушка, бабушка, папа, мама) и все родные приносили различные считалки, посвящения, пели колыбельные песенки, учили звукам, характерным для зверей, птиц...

Так маленький человек входил в звуковую сферу; он не просто входил в этот чудесный звуковой мир, но и сам учился воспроизводить, узнавать какой предмет как звучит, какая птичка как поет... Это было очень важно, человек сам войдет в лес, поедет по воде, будет охотником, рыбаком. Он уже знает, как себя вести, какими звуками можно пользоваться, а какими нельзя.

Звуки делили на приятные и неприятные. Разрешалось в жизни пользоваться только приятными звуками. Заметили древние ханты, что звуки обладают огромной святой силой, способной излечить душевные и физические боли, облегчить и выход из горестей, стали использовать эту силу для оздоровления людей. Появились в народе специальные люди: *олакуны* (говорящие), *ариты ёх* (поющие люди), *якты ёх* (танцующие люди), *нарасты ёх* (играющие на музыкальных инструментах люди), *сартты ёх* (целители, угадывающие люди)... Они проводили различные ритуальные действия для множества людей и для отдельного человека в зависимости от ситуации.

Очень помогали ритуальные мероприятия, где применялись и слово, и песня, и музыка, и танец в пору, когда к хантам приходила

«большая болезнь», когда заболело много людей. В первую очередь, с помощью песен, музыки и слова укрепляли душу людей, устраивали «*ревесты хар*». *Ревесты* — трясти. Всех собирали в одно место, выбирали очень красивое место в природе, желательно, чтобы были деревья, вода рядом. Выходил самый сильный духом человек, умеющий говорить и петь (могло быть несколько человек). Под пение, речитативы и музыку люди тряслись, да так тряслись, что у девушек косы расплетались, а у мужчин на парках (меховая одежда мехом наружу) каждая шерстинка вставала. Это мне рассказывал дед Николай Александрович Вагатов; я тогда была маленькая, про эту легенду я много раз слышала и от других старших людей. Что интересно! После этого ритуала почти все выздоравливали. А трясти себя надо в такт, чтобы все части тела тряслись. Можно трясти себя, стоя на одном большом пальце ноги...

Звуками, песнями, музыкой лечили людей, когда они страдали от горя, несчастий. Например, очень страдают люди, когда умирают родные. Ханты имеют специальные песни, где подводятся итог пройденного пути ушедшего из жизни, пожелания оставшимся жить. Это песни-плачи о том, что не напрасно жил человек. Плач и песня на похоронах считаются как брат и сестра, они облегчают и очищают душу, отводят горе.

Особая роль принадлежит молитвам и святым песням в сопровождении бубна. В них обращаются к конкретным добрым духам всех сфер природы и жизни с просьбами об исцелении от болезни. Они очень сильно и положительно действуют на психику, поднимают дух человека, и это помогает ему справиться с болезнью. Таким же образом поднимали дух богатырей, воинов перед битвой с врагом.

Звук, слово, музыку использовали и как средство наказания за плохие поступки, с которыми люди не расставались; устраивали в старину ритуал «*похты хар*» — взрывное место. Собирали людей на видное место, выходил «*похты хо*», человек, который проводил это мероприятие. Очень громко, выбирая сильные слова, осуждающие поступки оступившегося человека, выкрикивал («взрывал»), давая возможность понять, за что виноватому душу рвут. Это был урок всем. В основном после таких ритуалов люди исправлялись, становились на правильный путь.

Подобных примеров ритуальных действий, связанных со звуковой сферой, в прошлом было много, частично их отголоски сохранились и в настоящее время, ими пользуется старшее поколение.

Т.В. Волдина

САКРАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ КАЗЫМСКИХ ХАНТЫ В СВЕТЕ ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАРОДА

Современные техногенные процессы, приведшие к глобальным проблемам на земном шаре, включая экологические, поставили на повестку дня и проблему дальнейшего существования традиционных культур человечества. Так, коренные народы Севера за последнее столетие оказались в условиях, способствующих стремительной утрате самобытных культурных традиций и родных языков. Несмотря на принимаемые властными структурами меры, социально-экономическое положение коренного населения Севера в целом остается неблагоприятным. Коренные народы Севера в полной мере ощутили деструктивное влияние техногенных процессов на свое духовное и физическое здоровье. Одной из причин этого считается характерный для народов Севера иной, по сравнению с суперэтносами, «природно-духовный» тип развития экологически сбалансированной жизнедеятельности человека со всеми элементами окружающей его биосферы.

В 1990-е гг. специалистами Сибирского отделения РАМН, а также Академии полярной медицины и экстремальной экологии человека совместно с НИИ возрождения обско-угорских народов проведены работы на севере Западной и Восточной Сибири, существенно дополнившие представления о ведущей роли в формировании дизадаптивных и патологических процессов у коренного и пришлого населения Севера синдрома полярного напряжения, включая участие отдельных звеньев этого синдрома в развитии патологии различных органов и систем у коренных жителей Севера. Исследователи констатировали: «Становится очевидным, что сформированные... подходы к охране здоровья населения не срабатывают... и, особенно, к коренным жителям экстремальных регионов Сибири и Приполярья. ...Долголетие жителей Севера многие сотни лет обеспечивалось с помощью ритуалов, здорового образа жизни, одежды, сохраняющей тепло, и самоочищения тела, воздействия ряда психотерапевтических (ритуальных, шаманских) средств, продуктов животного и растительного происхождения. Современная медицина, не учитывающая специфики жизнедеятельности в экстремальных климатогеографических условиях, опыта коренных жителей по традиционным подходам к сохранению здоровья, не достигает необходимого эффекта» (*Хаснулин и др.*, 1999: 3-4). По мнению этих специалистов, «формирование современной северной медицины... должно основываться... также на переосмыс-

лении, с позиции достижений полярной и экологической медицины, опыта традиционной народной медицины, используемой народами Севера в течение многих сотен лет» (*Хаснулин и др.*, 1999: 3-4). «Анализ собранных рецептов позволяет сделать вывод о том, что в течение многовековой истории... этими народами были отобраны наиболее действенные методы лечебных воздействий на организм больного человека». И далее: «...общность методов народной медицины... заключается в предпочтении шаманских и знахарских ритуально-культурных средств оздоровления и лечения...» (*Хаснулин и др.*, 1999: 18).

Очевидно, средства народной медицины ханты, как и других северных народов, в настоящее время не только не утрачивают своего значения, но являются как никогда актуальными и в начале XXI в. Хантыйская народная медицина в настоящее время остается еще слабо изученной. Публиковалась лишь разрозненная отрывочная локальная информация, в литературе упоминаются отдельные народные рецепты, многие из них представлены в упомянутой выше работе (*Хаснулин и др.*, 1999). Специальных обобщающих работ по изучению народной медицины ханты не проводилось. С учетом создавшейся ситуации необходимо форсировать научно-исследовательскую деятельность в этом направлении.

Среди народных способов лечения у различных групп ханты можно встретить как редкие, характерные только для конкретной местности средства и методы, так и общие для всего народа, а также встречающиеся в арсенале других народов. В их основе, как правило, лежит комплекс народных знаний и традиционных представлений о болезнях и их причинах. Большое влияние на формирование народной медицины ханты оказывали их верования и космологические представления. Поэтому не случайно многие средства и способы лечения имели, наряду с рациональной, сакральную и магическую основу. «Сакральное/священное является таковым именно потому, что в основе его лежит непонятное и необъяснимое в привычном варианте, происходящее, с точки зрения большинства людей, по воле извне. Человек объясняет сакральную терапию как чудо, творимое потусторонними существами разного уровня и характера, священностью текстов и предметов, связанных с такими существами и т.п.» (*Харитонов*, 2004б: 218-219).

В январе 2008 г. нами был собран материал по народной медицине казымских ханты, проживающих на территории современного Белоярского района ХМАО — Югры. Информация, полученная от хранителей традиции, свидетельствует о том, что в лечебный арсенал

народа ханты входят как сила природных стихий: огонь, вода, так и средства минерального, растительного и животного происхождения, натуральные продукты, а также сильная энергетика человеческих рук, взгляда, слова. Несмотря на то, что большая часть информантов в случае заболевания обращается к врачу, в качестве дополнения к лечению люди используют средства народной медицины. А в ситуациях, когда прибегнуть к медицинской помощи невозможно (например, во время промысла), народные средства остаются единственными для восстановления здоровья.

Народная медицина ханты, впрочем, как и у других народов, основывается на понимании зависимости здоровья от духовного состояния человека. На наш взгляд, важнейшее значение здесь имеют представления о душах или жизненных силах, которых по представлениям ханты у мужчины пять, а у женщины — четыре. Сохранение жизни в народе всегда стояло на первом месте. Забота о человеке начиналась с момента его зачатия. О беременной женщине заботу проявляли все, кто узнавал о ее положении. Новорожденного оберегали с помощью специальных, сложившихся в народе ритуальных способов духовной защиты: молитв и оберегов (металлических предметов, украшений из бус, специальных орнаментов, символов огня — спичек, сажи и т.д.). Вся последующая жизнь также строилась на поддержании здоровья и жизненных сил человека не только на физическом уровне, но и за счет знания духовных законов, выражавшихся в проводимых ритуалах и в сакральных практиках.

Лечили обычно те, кто обладал определенными способностями, пользовался уважением, почтением среди соплеменников. Об особом доверии к своим лекарям, свидетельствуют слова одного из информантов: «Другим целителям я не доверяю, а наши — если делали, делали на совесть». В народе считают, что у каждого лекаря есть духовный хранитель. А в случае лечения сложных заболеваний (например, бесплодия) участвуют духи-хранители рода, которых призывают с помощью молитв. Многие способы лечения имели обрядовый характер, для их проведения необходимо привлечение специальных людей. У ханты были лекари разных категорий: «*ёшанг*» (досл. 'с рукой'), «*сэманг*» ('владеющий силой взгляда'), «*яснанг*» ('владеющий словом'), «*цартанг*» ('обладающий даром предсказывать') и др. Большую роль в определении болезни и лечении играли сны, среди снотолкователей также есть особо одаренные люди (ПМА, 2008).

По классификации, предложенной В.И. Харитоновой, большую часть таких специальных лиц можно отнести к *приобщенным* к сакральным знаниям. Среди них есть жрецы религиозных культов и эпические пев-

цы. «Приобщенные к сакральной деятельности были знатоками и хранителями значительной части знания, в том числе ритуальной стороны отправления многочисленных обрядов, направленных на общение с виртуальной реальностью — духами, божествами и прочими образами». В основе выделения этой категории лиц, как двух других — *посвященных* и *профанов* — лежат психофизиологические и психоментальные свойства человека (Харитоновна, 2004а: 103; Харитоновна, 2006: 14).

Об особых психологических и психоментальных свойствах хантыйских лекарей свидетельствуют и наши полевые материалы. Так, информант Е.В. Молданова при показе обряда гадания с помощью ножа, благодаря которому она узнает о причине заболевания, сделала следующий комментарий: «Если угадаешь правильно, то недолго лечить. Голова показывает, что случится: если стукнет вдруг в голову справа — хорошо, слева — плохо (тогда очищение делать нужно). Мозг принимает, как электрический ток» (ПМА, 2008). Многие из таких *приобщенных* владели эффективной в лечении техникой, называемой в народе *патлам хот* (досл. 'темный дом'). Проведение этого обряда могло быть направлено как на изгнание духа болезни, так и на возвращение человеческой души в свое тело. По словам Е.Д. Обатиной, ее дед Г.Д. Пендыхов (за свои способности к лечению он отсидел 3 года в тюрьме в конце 1930-х гг.) с помощью обряда *патлам хот* вернул рассудок ее матери, которого она лишилась от нервного потрясения. «Григорий Яковлевич провел обряд *патлам хот*, после которого она долго спала и постепенно вошла в себя» (ПМА, 2008).

Но в магическом лечении больного могли быть задействованы и обычные люди. Например, ритуальный способ лечения заикания у детей при помощи мяса дятла предусматривал привлечение определенных родственников. Мясо дятла варит обычно *лэхо* (старшей сестры сын, старшего брата сын или мужа брат) или *ный* (младшая сестра матери или дочь брата матери). Главной фигурой в этом лечении была *ортнэ* (отцовой старшей сестры дочь или дочь сестры матери). В некоторых случаях лекарем может быть и *ный*. Проговаривая молитву, заикающегося водят по семи тропкам, возле семи пней, в это время *ортнэ* кормит больного, а также кладет кусочки на встречающиеся пни (ПМА, 2008).

Резкое ухудшение физического состояния человека лекари иногда могут связать с похищением злыми духами одной из его душ, которую необходимо было вернуть на место, или же вселением «злого духа» («бродячей души»), которого непременно нужно было изгнать. При лечении тяжело больных ханты обращались и к духам

зверей, птиц, рыб, деревьев. Использовали их природные качества: острые когти, чешую, плавники, острые зубы, прыгучесть, силу, скорость... Чаще всего обращались к ним по случаю вселения злых духов в человека (ЛМА, 2008). Болезни, даже различные травмы, могли быть, по мнению ханты, «посланы» человеку и за провинности предков, родственников или самого человека. Для этого, прежде всего, предстояло узнать причину болезни. Это делали специальные люди, обладающие даром «разговаривать» с духами с помощью молитв-обращений к ним. Затем выбирали способ лечения, проводили различные ритуальные действия, определяли, где и как можно изгнать болезнь или облегчить уход человека из жизни. Обращались также за помощью к силе духов огня и воды. Рассказывают случаи, когда происходило избавление, и человек поправлялся. При исцелении благодарили духов, которые, по мнению лекарей, помогли: их одаривали тканями соответствующего духу цвета, приносили в жертву оленя и других домашних животных. Иногда ритуальные действия благодарения духов совершались и в период лечения, после установления причины болезни (ЛМА, 2008). Изгнанию духов болезней способствовало окуривание жилищ различными природными средствами: чагой, пихтовой корой, кусочками шкурок некоторых водных и лесных животных и т.п. Регулярное очищение жилища с помощью окуривания считалось действенной защитой от «нечисти», (что, по мнению специалистов, препятствовало распространению инфекций), а также создавало положительный психологический настрой. Не случайно, выгоняя злых духов из помещения, взамен приглашали добрых, светлых, жизневедущих.

Целительное действие на здоровье человека, безусловно, имел фольклор. Хранители культуры указывают, в первую очередь, на сакральные произведения мифологического содержания: героические песни и сказания, медвежьи песни, песни духов-покровителей. Е.П. Поворознюк при изучении психоэмоционального стресса коренного населения ХМАО — Югры, предлагая «выработать конкретные меры оздоровления национального населения с их психофизиологическими особенностями» (Поворознюк, 1998: 42), неоднократно указывала на положительный эффект от прослушивания представителями ханты аудиозаписей священных песен. Результаты до и после прослушивания были зафиксированы ею специальной медицинской аппаратурой. О подобном положительном воздействии на здоровье людей рассказывают и участники обрядов медвежьих игрищ, после проведения которых состояние многих участников значительно улучшалось.

Ритуально-культурная практика ханты, включающая в себя традиции, связанные с лечением, заслуживает особого внимания и в связи с существующей у них проблемой суицида. Е.П. Батьянова, рассмотрев проблему суицида у народов Сибири, пришла к выводу, что «...само присутствие в традиционных общинах шаманов и других людей, наделенных особым правом общения с миром сакрального, служило сдерживающим фактором для самоубийств. В общинах, лишившихся по каким-либо причинам шаманов, нередко создавалась атмосфера тревоги, страха, стресса. Это вело к различным аномалиям, в том числе и к росту суицида» (Батьянова, 2004: 249). Психолог и шаман В.С. Топоев (Хакасия) считает: «Если у этноса наблюдается очень высокий уровень суицида, то это скорее говорит о сбое механизма психологической защиты. Причиной этого, возможно, является разрушение функционирования традиционной картины мира в связи с ее обновлением или наслоением одной картины на другую» (Топоев, 2004: 255).

В мире технического прогресса ханты, как и многие другие северные народы, многое утратили. В первую очередь, разрушился традиционный образ жизни, где с рождения человек жил в гармонии с окружающим миром. Вера, одухотворяющая мир природы, воспитывалась в человеке с детства и являлась основой, способом сохранения его здоровья. В настоящее время, как отмечают пожилые люди, духовная связь человека и его природного окружения разрушена. Современный человек с утратой родного языка оказался оторванным от прежних духовных устоев, традиций, а вместе с этим оказался уязвимым и незащищенным. Возрождение приемов и способов народной медицины, ее сакрально-обрядовой составляющей может стать основой для восстановления духовного равновесия и здоровья всех последующих поколений народа.

Литература

Батьянова, 2004 — Батьянова Е.П. К проблеме суицида у народов Сибири // Материалы Международного междисциплинарного научно-практического конгресса «Сакральное глазами “профанов” и “посвященных”». Москва. 21-30 июня 2004 г. М. С. 243-253 (ЭИ... Т. 10, ч. 1).

Поворознюк, 1998 — Поворознюк Е.П. Психоэмоциональный стресс у коренного и пришлого населения Ханты-Мансийского автономного округа // Народы Северо-Западной Сибири. Томск: Изд-во Том. ун-та. Вып. 5. С. 40-42.

Топоев, 2004 — Топоев В.С. Об этнической картине мира, суициде и роли шамана в его предупреждении // Материалы Международного междисциплинарного научно-практического конгресса «Сакральное... С. 254-258 .

Харитонов, 2006 — Харитонов В.И. Феникс из пепла? Сибирский шаманизм на рубеже тысячелетий. М.: Наука.

Харитонова, 2004а — *Харитонова В.И.* Шаманы и шаманисты: некоторые теоретические аспекты изучения шаманизма и иных традиционных верований и практик // ЭО. № 2. С. 99-117.

Харитонова, 2004б — *Харитонова В.И.* Основы терапии в сакральных практиках (шаманизм, колдовство, знахарство) // *Материалы Международного междисциплинарного научно-практического конгресса «Сакральное...»*. С. 218-220.

Хаснулин и др., 1999 — *Хаснулин В.И., Вильгельм В.Д., Скосырева Г.А., Поворознюк Е.П.* Современный взгляд на народную медицину Севера. Новосибирск: СО РАМН.

ПМА, 2008 — Полевые материалы автора: материалы экспедиции по изучению народной медицины казымских ханты в Белоярский район Ханты-Мансийского автономного округа — Югры в январе 2008 г., в ходе которой опрошено около 20 информантов.

М.А. Лапина

ЭТИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ, СВЯЗАННЫЕ С СОХРАНЕНИЕМ ЗДОРОВЬЯ ХАНТЫ

В системе духовных ценностей ханты имели свои представления о сохранении здоровья. Их народная медицина была направлена на предохранительные и предупредительные меры, а также на поддержание физического и психического здоровья индивида и общества в целом. Этому способствовали традиционные верования, психотерапевтические средства, пища, закаливание, а также соблюдение нравственных законов народа.

Исследователи отмечают, что народы Севера, в том числе и ханты, отдают предпочтение использованию шаманских и знахарских ритуально-культурных средств оздоровления и лечения. Они предпочитают использовать в пищу продукты животного происхождения: сырое мясо, печень, рыбу, рыбий жир, рыбью и медвежью желчь, жир оленя, медведя (*Хаснулин и др., 1999: 18*).

В.М. Кулемзин и Н.В. Лукина сообщают о том, что васьюганско-ваховские ханты самостоятельно излечивали главным образом раны, головную и зубную боль, кровохарканье, расстройство желудка. Средства лечения состояли из продуктов растительного и животного мира. Раны и ожоги смазывали медвежьей желчью, на больной зуб клали нагар с трубки и прикладывали к щеке горячую золу; от кровохарканья пили отвар черемуховой коры и ели мясо выдры; при расстройстве желудка детям давали отвар грибовидного нароста на кедровом дереве; чай, заваренный чагой, расценивался как противоглистное средство (*Лукина, 2006: 100*). Такие же средства лечения были известны и другим группам ханты.

Для выяснения причин болезней люди часто обращались к местным шаманам. Они выясняли, от чего заболел человек, и давали больному те или иные рекомендации, в том числе нравственного характера. У ханты Белоярского р-на считалось, что болезни могут насылаться или быть наказанием. Можно определить, за что наказан человек. Причину болезни могут определить особые люди. По мнению многих информантов, человек сам себя наказывает, нарушая правила жизневедения, не соблюдая духовные правила, а также религиозные обряды (Волдина, 2008: 6).

Система этических и этикетных установок регламентировала поведенческие нормы как в социуме, так и во взаимоотношениях с природой. Основной формой регламентации нравственной жизни ханты были запреты. Игнорирование запретов могло принести вред человеку и даже нарушить гармонию его жизни, неизбежным следствием чего выступали различные формы наказания. Например, у некоторых людей болят ноги, они плохо передвигаются. О таких людях говорят, что они наказаны за то, что ходили по священным местам чужого рода; о тех, кто ранен в руку или остался без пальцев, говорят, что они трогали священные реликвии, поэтому были наказаны. Существовали правила, касающиеся различных частей тела. Особенно много установок связано с головой. Нельзя было бить по голове, нельзя было вращать шапку, иначе *охен шовемала* 'голова закружится'. Если двое стукнулись головами, то нужно было при этом сплюнуть в разные стороны. При выбивании снега из малицы нельзя было сильно бить по шапке. Женщине запрещалось переступать через мужские и женские головные уборы. Если это происходило, то эти вещи тут же «очищали» над огнем или железными предметами. Нельзя было проходить под скрещенными деревьями, иначе человек превратится в медведя. Нельзя на голову детям класть бересту дети будут остроголовыми. К грудному ребенку нельзя подходить со стороны головы, смотреть через голову. Имеется множество установок, связанных с волосами. До года у ребенка не стригут волосы, а если волосы на затылке скатались, то их даже не расчесывают. Эти волосы называют *олум унт*, 'волосы для сна', *щарт унт* 'шаманские волосы'. Девушкам нельзя было заплетать одновременно с двух сторон две косы — иначе, когда девушка выйдет замуж, муж может разбить ей голову. Концы кос у женщин соединялись. Распущенные косы и волосы — это знак траура.

При головных болях в лечебной практике ханты используют *сорт пенк* 'щучьи зубы', которыми производилось накалывание в височных областях до появления крови — «плохая кровь выйдет —

легче станет». При головных болях в теменной области берут прядь волос и делают движение, как будто вырывают гвоздь, после чего наступает облегчение. При пульсирующей головной боли «поворачивают мозг» — усаживают человека и по месту боли или с противоположной стороны наносят удары руками (*Хаснулин и др.*, 1999: 95).

Нормы нравственности не допускали осмеивать физические недостатки человека, передразнивать его. Тому, кто это делал, говорили: «*Унлен ювра тала*» — 'Рот в сторону стянет'. Ханты не разглядывали человека в упор: взгляд чаще останавливался на украшениях, орнаментах. Нельзя было разглядывать священные реликвии чужого рода. Проезжая мимо священных мест, представителю чужого рода нужно было отвернуться, опустить глаза, иначе они могли заболеть.

Правая сторона тела называется *ям пеләк* 'хорошая сторона', левая сторона — *атәм пеләк* 'плохая сторона'. Соответственно назывались и части тела: 'хорошей стороны рука', 'плохой стороны нога'. Ребенка всегда начинали одевать с правой руки, с правой ноги. Взрослые также придерживались такого порядка. Например, при поклонах всегда поворачивались через правое плечо, по ходу солнца. За столом обносили людей едой, питьем также по кругу, справа налево. Когда учили танцевать детей, то шли *хател манты щирн* 'по ходу солнца'.

Уважающий себя человек никогда не будет производить в вечернее время действий, связанных с отделением чего-то от себя. Например, стричь вечером ногти, волосы; выносить из дому мусор, выливать помой, выхлопывать вещи. Такие действия могут нанести вред здоровью человека.

Если у человека выпадал зуб, то его заворачивали в заячий мех и бросали в огонь. Детям при этом нужно было сказать: «Тетушка огонь, возьми мой хороший зуб, дай мне твой плохой зуб!» Отрезанные волосы, ногти, выпавшие зубы никогда не выбрасывали. Ногти клали в подстилку обуви. Считалось, что в загробной жизни волосы и ногти могли пригодиться. Это было зафиксировано, например, К.Ф. Карьялайненом: «На том свете душе покойника нужно взбираться на горы и преодолевать огненные реки. Для этого нужны как крепкие ногти, так и материал для постройки моста; потому-то покойники получают ногти и волосы, отрезанные в этой жизни, их дают с собой в дорогу или посылают им позднее» (*Карьялайнен*, 1994: 44).

В системе жизнеобеспечения ханты использовали магическую силу слова, огня, воды, дерева, железа, внутренностей животных. Любые важные события начинали с окуливания. Для этого использовались

березовый гриб, ветки пихты, ольхи. Особое отношение было к огню, его почитали, перед ним преклонялись. Народный обычай запрещал ругать огонь, плевать на него, огню приписывались целебные и очистительные свойства. За непочтительное отношение к огню человек мог быть наказан пожаром.

Любое дело начинали с того, что очищались, за дело брались с чистыми мыслями. Особенно это касалось социально значимых работ. Например, вначале и после окончания летней путины, собравшись вместе, рыбаки молились духу воды. Перед тем как пользоваться новыми орудиями труда, их непременно окуривали — «очищали». Полагая, что орудия труда «чистые», человек чувствовал себя уверенно, верил в удачу. По отношению к воде были выработаны свои охранительные меры. Например, когда после окончания зимы в первый раз садились в лодку, детям смачивали голову водой, приговаривая: «*Нови лов шанш элты, питы лов шанша омассум. Поть, поть!*» — 'Со спины белой лошади пересел на спину черной лошади. Кап, кап!' Люди верили, что такие действия в дальнейшем будут охранять их от трагедий на воде.

В традиционной этике было выработано множество установок по отношению к беременной женщине, ее ребенку. Женщина пользовалась богатым арсеналом оберегов — это иголки, спички, острые металлические предметы, когти животных и др. Для ограждения ребенка от сглаза, порчи в традиционной этике существовало множество правил, запретов. У маленьких детей на запястьях рук имелись браслетки из бисера, на носки детской обуви пришивались бусинки, они являлись одновременно оберегом и знаком счастливой судьбы ребенка. У пимской группы ханты детей от болезней предохраняли куколкой из морошки, которую вешали на шею ребенку. От сглаза детям сзади подвешивали украшения из бисера, металла, пуговиц. У новорожденных на рубашечке под мышкой оставляли маленькую дырочку (*Лансуй*, 2005: 260).

У северной группы ханты для мальчика изготавливался лук со стрелами, а для девочки готовили иголки и швейные принадлежности. При определении духа-покровителя мальчика проводился обряд гадания. Если стрела ломалась, то это было знаком несчастливой судьбы ребенка.

При излечивании человека использовались разные методы. Довольно распространенным методом лечения был метод наложения руки. При этом соблюдались определенные меры предосторожности, чтобы больной не забрал силу руки целителя. Так, после проведения сеанса лечения наложением руки, больной должен был положить что-либо в руку

лечащего человека, как бы закупить себе здоровье. В свою очередь целитель должен был иметь при себе обереги, так как нельзя было исцелять человека старше себя и лечить таким способом умирающего человека, поскольку в этот момент наступало время силы духов другого мира, и для непосвященного эта связь может оказаться опасной.

В народной этике ханты многое непосредственно перекликается с фольклором. Например, песню-сказку о мышонке нельзя рассказывать, когда кто-то уехал из дому на охоту или в соседнее селение, иначе испортится погода (Молданов, 2003: 8). Таких предписаний придерживались строго, так как это было связано с жизнью и смертью людей, проживающих в условиях Севера.

По сведениям Н.М. Талигиной, у сынской группы ханты во время траура нельзя было рассказывать сказки, петь, вырезать и шить орнаменты из меха, сукна. Чтобы снять эти запреты, нужно было на бересте вырезать ножницами или ножом орнаменты, детали кисов (меховая обувь. — М.Л.). Старшие советовали молодым вырезанные из бересты изображения бросать в текущую воду, приговаривая при этом: «Расти, мое мастерство, мое умение, как этот ручей, впадающий в широкую реку, в море...» (Талигина, 2004: 143).

В настоящее время социально-экономические и национально-культурные изменения в обществе повлекли за собой изменения в мировоззрении хантыйского населения, которые сказались, в том числе, на традиционных представлениях о сохранении здоровья. В наши дни стала доступна квалифицированная медицинская помощь, покупные лекарства. Однако, наряду с использованием лекарственных средств, особенно в отдаленных хантыйских стойбищах и селениях, люди до сих пор прибегают к древним средствам оздоровления, в комплексе которых немаловажную роль играет соблюдение определенных этических установок.

Поведенческая культура ханты была направлена, прежде всего, на регламентацию социальных связей в обществе, нормализацию психоэмоционального состояния человека, что непосредственно связано с сохранением его физического, психического и нравственного здоровья.

Литература

Волдина, 2008 — Волдина Т.В. Народная медицина хантов Белоярского района (по материалам научно-исследовательской экспедиции). Ханты-Мансийск, 12 с.

Карьялайнен, 1994 — Карьялайнен К.Ф. Религия югорских народов. Т.1. Томск: Изд-во Том. ун-та, 152 с.

Кулемзин, Лукина, 2006 — Кулемзин В.М., Лукина Н.В. Васьюганско-ваховские ханты в конце XIX — начале XX вв.: этнографические очерки. Тюмень: Мандр и К^а, 208 с.

Лапина, 2009 — Лапина М.А. Этика и этикет хантов. Томск — Екатеринбург: ООО «Баско», 120 с.

Лансуй, 2005 — Лансуй В.В. Традиционная медицина пимских ханты // Медико-социальные проблемы коренных малочисленных народов Севера: Материалы межд. научно-практ. конф. 29-30 сент. 2005 г. Ханты-Мансийск. С. 260-262.

Молданов, 2003 — Молданов Т.А. Земля Кошачьего Локотка. Томск: Изд-во Том. ун-та, 230 с.

Талигина, 2004 — Талигина Н.М. Обряды жизненного цикла у сынских хантов. Томск: Изд-во Том. ун-та, 176 с.

Хаснулин и др., 1999 — Хаснулин В.И., Вильгельм В.Д., Скосырева Г.А., Поворознюк Е.П. Современный взгляд на народную медицину Севера. Новосибирск: СО РАМН, 281 с.

Е.П. Батьянова

ИЗ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ ТЕЛЕУТОВ

В настоящем сообщении представлены материалы по народной медицине, собранные автором в экспедициях к телеутам в 2002-2004 гг.

Традиционно врачевательской практикой у телеутов занимались шаманы и *шаманствующие* (Функ, 1997), *костоправы*¹, *бабушки*². Любые формы исцеления обычно включали лечебную магию. Причем считалось, что человек, обладающий врожденной способностью общаться с духами, знающий приемы охранительной и лечебной магии, должен в первую очередь заботиться о родственниках и не расплывать свои способности на чужих³.

Тем не менее, по данным конца XIX — первой трети XX в. телеутские народные лекари обслуживали не только родственников, но и всех жителей своего и окрестных селений. Практиковалась и так называемая *домашняя медицина*, так как в большинстве семей представители старшего поколения знали простейшие приемы лечебной магии и другие народные способы и рецепты врачевания.

В советское время официальная медицина почти полностью вытеснила из жизни телеутов медицину народную. В их селениях были открыты медицинские пункты. Телеуты получили возможность получать квалифицированную медицинскую помощь в районных и областных больницах, в поликлиниках. Их традиционная народная медицина приобрела преимущественно домашний, семейный характер, так как шаманство и связанная с ним лечебная магия не только потеряли высокий социальный статус, но и преследовались. Люди старались не обнаруживать свои шаманские пристрастия перед посторонними. Не афишировались и другие народные средства лечения. В каждой родственной группе практиковали свои полулегальные врачеватели, бытовали свои лекарские традиции.

Все же при подавляющем приоритете официальной медицины существовали определенные сферы лечебной практики, где врачевательский авторитет шаманов и шаманствующих был непререкаем. Именно к шаманам обращались при особых депрессивных состояниях, связанных со смертью близких, с традиционными представлениями о болезнетворных духах, о вредоносной магии. Например, исключительной прерогативой шаманов был такой сеанс лечебной магии, как возвращение тюла⁴, «похищенной» кем-либо из умерших или по каким-либо другим причинам «покинувшей» человеческое тело. Распространенным магическим лечебным сеансом до настоящего времени остается обряд *чымыр* (Функ, 1995).

К шаманам обращались также, если лечение, проводимое врачами, не давало желаемых результатов.

Лечение многих болезней заключалось в традиционном «кормлении» и задабривании семейных охранителей, которые в случае непочтительного к ним отношения могли «насылать» различные недомогания на членов семьи.

В ведении народных лекарей оставалась борьба с головной болью (обычно при высоком давлении), от которой они избавляли пациентов с помощью особых массажей — «выпрямляли голову». Народными традиционными способами лечили простуду (используя при этом тепловые процедуры), некоторые кожные и глазные заболевания.

Широкое бытование в телеутской среде народных рецептов лечения при несколько настороженном отношении многих людей к официальной медицине находит объяснение, в частности, в том, что телеуты жили довольно замкнутой этнической общиной и предпочитали свои проблемы, в том числе касающиеся здоровья, по возможности не выносить за ее пределы.

Некоторые представления о народной медицине телеутов в советский и постсоветский период дают приведенные ниже выдержки из записанных мной биографий двух телеуток, до настоящего времени практикующих народные приемы лечения: М.К. (1935 г.р.), проживающей в д. Челухоево Беловского района Кемеровской области, и А.П. (1930 г.р.), проживающей в д. Шанда Гурьевского района Кемеровской области.

В профессиональном самосознании обеих *знахарок* много общего. Свой лечебный дар они считают врожденным, перешедшим к ним по наследству (у А.П. дедушка был известным шаманом, бабушка М.К. также обладала шаманским даром, от которого особым магическим способом избавилась в юности). *Знающий человек*, как и шаман, должен обладать, согласно традиционным представлениям телеутов, особыми физическими качествами — своеобразным знаком, отличающим его от

обычных людей: лишняя кость, узкий («заячий») таз, шесть пальцев и др. Такие знаки избранничества, как физические, так и духовные, отмечают у себя обе знахарки. В их рассказах упоминаются популярные атрибуты лечебной магии телеутов: огонь, вода, платки, платья, ножи, женские штаны; запечатлены способы религиозного общения с родовыми и семейными охранителями, с духами болезни, различные лечебные обряды, в том числе, старинный и в настоящее время очень редко практикуемый обряд «задабривания кори» (*Каруновская*, 1927). Рассказчицы не только делятся своим опытом целительства, но и передают свои впечатления о лечебной практике их родственников и знакомых.

Весьма интересны данные об этике взаимоотношений пациента и лекаря. Врачеватель не должен был получать за свой труд материальное вознаграждение, за нарушение этого правила он мог поплатиться мучительной болезнью или смертью. Он не должен был также говорить неизлечимо больному человеку о безнадежности его состояния.

Приведенные рассказы свидетельствуют о том, что традиции народной медицины по-прежнему наследуются представителями новых поколений телеутов.

К. М.

Родилась в 1935 г. в д. Челухоево. Отец до колхоза пахал, кузницу сделал сам. А мама шила. Нас, детей, было шестеро. У меня бабушка, мамина мама, Кристина Николаевна, была не *кам* (шаман. — *Е.Б.*; *здесь и далее пояснения в скобках — автора статьи*). Она только платком, огнем и даже платьюшкой — *алас*⁵ делала, но говорили ей, что она родилась шаманкой. Она попала (замуж) сыну единственному, а им (родителям) не надо было, чтобы сноха была шаманом. Чтоб она шаманом не стала, когда болеет (сознание теряла она), в баню затащили — смыли, ей штаны на голову надевали, чтобы шаманом не стала. Но все-таки с этим единственным сыном она не пожила. За Шадеева вышла. Она продолжала, то, что рожденная — *алас* делала и бабушничала (роды принимала), куколок (эмегендер)⁶ кормила, *сомдор*⁷ кормила. Во время войны, старенькая, все еще ходила, помогала людям. В семьдесят два года померла, в 50-ом году.

С девяти лет полола я в колхозе. Я тоже три класса даже не закончила. Малограмотная. В 22 года я замуж вышла. 14 лет не работала — детей пока кормила (шестеро у меня детей). А потом уже опять стала работать: и техничкой в школе, и плугарила.

Бабушка мне говорила в детстве: «Ты родилась обрученная. Узкий таз у тебя — заячий». Она видела, знала, какая я: обрученная. Продолжать должна *алас* делать. Теперь мне: «Кам! Кам!» — говорят, а я не кам. А у шамана (кама), говорили, должна быть лишняя кость, а у меня над костью какой-то обруч.

Как-то дети мои корью заболели. Трое. Их надо было спасти. А у моего брата тоже трое детей заболели корью. Один у них умер. Я тут уж не знала, чего делать. Кагор купила, слыхала, что кори кагор нравится. Пирожки состряпала. Ей (кори) отдельный стол накрывала — на стульчик с белым полотенчиком. Кагора поставила, налила чашечку, ложечкой угощала именно корь. Как могла, со слезами, конечно. Просила, умоляла. Помогло, конечно. Все трое выжили...

С настоящим камом я никогда не встречалась и думаю, мне теперь уж через полтора месяца 70 лет исполнится, и зачем мне это все, думаю, знать, зачем встречаться! Сама, дай Бог, хожу. Все еще сама варю, сама стираю. Я тоже иногда, как кам, чувствую, кто придет, но не скажу, что прямо точно.

Никогда лечиться не хожу, и с детьми я сама справлялась. Я тайком все делала. Притом у меня муж партийный был. В то время нельзя было, даже, наверное, тогда ой-е-ей из партии бы его сняли бы.

Ну, (дочка), она теперь сама-то понимает. Как что, так: «Мамка, давай сделай, *сомдорлор* накорми!» или «Куколок — эмегендер накорми!»

Для своих все сама делаю — лечу. Ну, кто просит, хожу. Которые умоляют ходят, а которым и смешно. Которые говорят: «Хм, камом сделалась!» Ну, я ни к кому никогда не прошусь, что «давай я сделаю». Этого нету. Но кто если, правда, приходит (иногда и со слезами приходят), делаю. Вот в Новокузнецке одна два месяца лежала в больнице — глаз болел у нее один. Врачи старались, чтобы хоть второй сохранить. Два месяца пролежала — никакой пользы нету, говорит: «Сделай нам эти куколки, бабка». Ну, я говорю: «Ладно уж, сделаем». У них, у шорок, оказывается, две куколки. У телеутов, у нас — 12 штук. Ну, я один день — их сшила, другой день — накормила: она вылечилась, эта девушка. Вот молодым доходит и маленьким доходит. Даже вот если ушки болят у маленьких, какие разговаривать не умеют, вот таким тоже делают. Молодежь все равно верит, тоже вылечивается. И они лечат моментом. Когда от них (эмегендер, сомдор) болезнь, то температуры не бывает. Если болеет человек и температуры нету, надо обязательно куколок или сомдор сделать. И не только если глаз болит, и дыхание плохо если, обязательно сомдор тоже делать надо. Если кто просит, делаю. Сейчас у нас почти никого не осталось. Кто-то по-своему тоже делает — сомдорлор угощает весной. А так не слышно.

Если у матери нет сыновей, то эмегендер матери вниз головой ей в могилу кладут, а если сын остается, отдают младшему сыну, и он должен их кормить. Если умирает сын, ему в могилу кладут их вниз

головой. Если позабудут, весной отправляют вниз по течению. В огонь нельзя — огонь чистый. Огонь надо угощать маслом, молоком и водкой. Дочерям шьют новые, материнские им не передают.

Шаманов у нас нету. Почти нету. Из Горного Алтая приезжали четверо девушек- шаманок. Говорили, в Ленинграде или в Москве учимся. С того времени тоже много лет прошло, десять с лишним. Они находились у моей дочери средней. Она спрашивала от них, раз они шаманки: «Моя мама какая родом?» Они сказали: «Проводница. Не шаман, — говорят, — она». Они меня не видели, а так узнали. А бабушка моя говорила, что я обрученная. Пока дети не были, об этом я не думала. Зачем это мне нужно было?

Бабушка, она, кто умрет, чувствовала. Вот алас делаешь, чувствуешь все равно, лучше будет человеку или плохо будет. Я чувствую тоже. Ну конечно, которому сто лет почти, 90, 80, но уж Бог хочет прибрать, но не можешь же сказать этого. После того человек полгода все равно живет, спасается. А они спрашивают. Свекровка, 82 года ей было, и говорит: «Мария, вылечи. Хоть с посошком я буду ходить», — и спрашивает: «Я вылечусь или нет?» Говорю: «Вылечишься!» Ну, как скажешь?! Естественно, человек уже умирающий. Там ничего не поможет. Уж сильно умирающего, все равно, хоть какой, даже действительно шаман, по-моему, не спасет. Так думаю. Но если это сделать вовремя, это много поможет. Не знаю, научно как это все доказывается.

Абушкина Ульяна — она прямо гладила и кости правила. Мой отец, если ключица сломается, лечил. Сильный был, глухой был, а правил. У меня отец правил, а мама уши лечила. Она возьмет белую ткань чистенькую и туда воск растает, закатает и положит к уху. Мама словами ничего не умела. Глаза лечила так. Сахар мелко-мелко делала и глаз чистила серебряным кружочком — это большие серьги. Серьгой насыпет сахар в глаз и чистила. Целая лаборатория (амбулатория) у нас была: отец правил, бабка бабушничала, алас делала, и теперь мы. И у меня средний сын в Алтай ездил, тоже говорили, что он умеет. Он в Новосибирск ездил, по-научному учился. У меня десна гноилась. Зубы ломаются, а потом чищу-чищу, а она гноится. В больницу пошла, говорят: «Ой, у Вас, наверное, рак! Ой, у Вас рак!». С того сколько времени прошло! Тьфу, тьфу! А сын говорит: «Ну-ка, попробую я, мама». Он меня посадил и вот так как будто вытаскивает, вытаскивает, вытаскивает. Как будто наматывает на руку. Делает-делает. И мне кажется, как будто: «Мрысь-мрысь-мрысь», как будто оттуда вытаскивает. Я говорю: «Все закончилось в этой стороне. Все». Он говорит по-

том: «О-о-о, мама, какая ты сильная! Три дня пластом лежал. Мне не под силу тебя лечить». Врожденная сила. Надо, чтобы сильный человек лечил. Он смог, и та сторона у меня не стала болеть.

В церковь редко хожу. Народ мало ходит в церковь. В церковь тоже не пойдешь без денег. Свечка стоит пять рублей. А каждое воскресенье пойдешь, одну свечку не будешь зажигать — две-три надо. Тогда совсем без хлеба останешься тоже.

Все мои дети со специальностью. У меня медаль — «За достойное воспитание детей». У каждого ребенка по двое детей. Два правнука есть у меня, 10 внуков. 27 дней рождения отмечаем в году.

П.А.

Наш народ отсталый, предки все нас бросили, на ходу умирают люди, не болеют. У нас раньше были все-таки камы, они лечили, они чего-то говорили, чтобы духи не распускались, чтобы *паяна*⁸ держал людей, как-то то водкой они кормили-поили, то что. А теперь кто? Такого рожденного человека нету. Все распустили, так наш народ и погибает. И все мужики. Наши старые говорили: «Время придет — на ходу будете умирать, вас поддерживать будет некому». Последний век, наверное, приходит. Да и русские тоже также умирают. Но наш народ — считанный народ.

Камов нету, так кто будет нам помогать! Наш бог кам был. Сейчас в больницу ходят люди, а раньше в больницу никто не ходил, все самолечением занимались. Теперь много людей ногами болеет? Откуда это? С чего это?

Камы за своим народом следили. Каму всегда его *тиси* (духи) подсказывают, где что творится. Такого же раньше не было — так люди не умирали. Но если кому суждено умирать, и кам не берет. Если у кого короткая судьба, кам тоже знал, он не ходил туда. Скажет: «Бесполезно. Я не смогу — такая судьба». Спасали камы тех, которым Бог не дал умирать, насильно кто умирает, чью душу забирают насильно.

Вернуть *тюла* сейчас некому, кроме алтайского кама — мы теперь туда не ходим, не обращаемся. Близкое бы расстояние было, люди тоже ходили бы туда.

Анна Мироновна (Шадеева) у нас в деревне лечила, она ходила, *сом* кормила, она наперед чувствовала, что что-то будет, она была рожденная. Как где кто заболит или что, ее приглашали.

Лечу, но татары (телеуты) не дают за лечение. Не полагается. Один раз в жизни я сто рублей брала. Свекровка С. привела мне пацана: «Что делать? — говорит. — В больнице лежал — не помога-

ет. Рвет, — говорит, — и голова болит и кружится. Не может ходить». Привела сюда. Четыре дня лечила я его. На четвертый день пришел и маленько улыбается, веселый. «Я сегодня хорошо спал», — говорит. Померила голову — нормально. Бабка обрадовалась, что хорошо. Мне в карман сто рублей сунула. В жизни один раз сто рублей брала. Остальные вот наша нация ходят — они никогда ничего не дадут. Ходят, ходят, лечатся от головы, однако ничего не дадут.

Которые люди ходят, старушек ищут русских лечиться. Ну, какого толку от этих старушек?! Может, у нас от какого-то нашего черта болит, а русские старушки чего сделают?! Они ничего не сделают. Это нашей нации — другое. У нас от этих бабушек никто не лечился раньше.

Я крестилась... Меня отец ругал во сне: «Молитвы читаешь. Рано ты напугалась. Тебе чего дает это?» И во сне как будто я его крещу, молитву говорю. А он не может ко мне подойти — задом-задом уходит. Вот за то, что молитву держу, они (духи) меня боятся. Бог и кам — они не родня. Человек, когда с камом связан, то не крестится. Мы даже отцу не ставили крест на могиле. Отец, когда заболел, сказал: «Мне крест не ставьте, мне только покрывашечку сделайте, а крест не делайте». Он некрещеный был. Ведь кама сын — не положено. Кам-то Богу не родня. Они Бога не любят. У нас, как Пасхато, Богу молятся же. Отец нас поставит. Свечку поставит сам. Мы крестились, а он стоял, только на Бога (икону) кланялся. Не крестился, только поклоны делал. А мы спрашивали: «Почему, папа, так?» «А я, — говорит, — некрещеный. Мне не положено». Он умер в 1956 году.

Недавно в клубе деревянные куклы раздавали. Видать, Тыдыков-пацан делал. Как они называются, уже и не знаю⁹. Он всем дарил эти куклы. А я сижу: «Господи, ко мне бы не подошел!» Правда, до меня не дошел. Он раздал эти куклы. А я не хотела. Если его взять, обновлять надо мне куклы. А я куклы в Москву подарила. У меня нету их тут. Там они где-то, наверное, в музее сидят. Он, деревянный, как мужской тюла, мужской дух. Кормят их, куда деваться? Не отвязешься от них.

К.-пацан он вперед знает, видит, вот такой парень есть у нас. Некоторых лечит он. У него родитель в Беково живет — К. Манька. Она тоже брызгает, ходит. У нее сын. А Манькин отец тоже был врожденный, нашей нации веру держал. Фамилия его Шадеев. Он (К.) мне через людей передал: «Пусть придет». Я ходила к нему. Молодой он, лет ему 40. Я зашла, ему говорю: «Как болею, не знаю. То хорошо станет, то плохо. Давление, и сердце колет, и ноги болят. Может быть, как-нибудь сможешь?» — говорю. «Я знал, что ты сегодня придешь».

У тебя ничего не болит. У тебя такой порода, — говорит. — Раз ты камов внук, тебя они (духи) тревожат. И в больницу не ходи, тебе не поможет. Лучше ходи — лечи по-своему людей. Тебе легче будет, — говорит. — Я тебя давно знаю. Ты поддерживай маленько свой обычай. Ты только от этого болеешь. А так ты не болеешь». Но потом он мне литр воды сделал. Я это пила. Больше так и не ходила.

В этом году в Шорию на праздник ездили. Речку кормили, паяна крепить, чтоб по дороге ничего не случилось. Ёйк-телек меня заставляли делать. Ёйк-телек — это опасное место. Там, где вода идет и где горы. Туда надо обязательно хлеба бросать или водку побрызгать. Может, авария, может, кто-нибудь умрет, может, кто-нибудь заболит, что-нибудь случится. Где горы, где вода, те места опасные (ПМА, 2003).

Литература

Анохин, 1929 — Анохин А.В. Душа и ее свойства по представлению телеутов // Сб. МАЭ. Л. Т. VIII. С. 253-259.

Каруновская, 1927 — Каруновская Л.Э. Из алтайских верований и обрядов, связанных с ребенком // Сб. МАЭ. Л. Т. VI. С. 19-36.

Функ, 1995 — Функ Д.А. «Чымыр» — телеутский обряд изгнания злого духа: Новые материалы // ЭО, № 4. С. 107-114.

Функ, 1997 — Функ Д.А. Телеутское шаманство: Традиционные этнографические интерпретации и новые исследовательские возможности. М.: ИЭА РАН, 268 с. (ЭИ... Т. 2)

Г.С. Поповкина

МЕТОДЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ В СОВРЕМЕННОМ ГОРОДЕ: МИФЫ, ТРАДИЦИИ И НОВАЦИИ

Одна из главных задач в жизнеобеспечении любого этноса — сохранение здоровья его членов. В связи с этим в народной медицине можно выделить достаточно большой комплекс превентивных мер, направленных на предотвращение болезней.

Этот аспект народных знаний, как правило, находил отражение в трудах ученых при рассмотрении различных проблем жизнедеятельности этноса, однако профилактические оздоровительные действия восточных славян Дальнего Востока России еще не были предметом специального исследования этнологов. Кроме того, сохранение здоровья, будучи одной из важных функций этнической культуры, реализуется в ней, в том числе, в виде архетипических образов болезни, лечения и лекарства. Прямое исследование этих образов в городской среде затруднительно. Однако весьма информативными являются конкретные способы и средства по поддержанию здоровья, применяемые городским населением.

Восточнославянское население городов южной части дальневосточного региона сохранило некоторые этнические особенности в применении превентивных и оздоровительных процедур, а также приобрело некоторые новые способы предупреждения недугов. На примере городского населения можно проследить, сохраняется ли народная медицинская традиция в современных условиях как культурный феномен и насколько она подвержена изменениям времени, а также попытаться выявить факторы, влияющие на ее сохранение и появление в этой традиции новшеств. В своей работе мы предприняли попытку выявить традиционные и новационные комплексы профилактических медицинских знаний, характерных для восточных славян дальневосточного региона, и определить их роль в формировании представлений о здоровье и его поддержании. Материалом для исследования послужили наблюдения автора за процессами, происходящими в народной медицине в течение последних четырех лет, интервью с потребителями и поставщиками лечебно-оздоровительного сырья (покупателями, продавцами на рынках, родителями маленьких детей, пенсионерами и др. — всего около 50 человек в возрасте от 25 до 65 лет), врачами в городах Приморского края (Владивосток, Уссурийск, Артем, Лесозаводск) и Амурской области (Благовещенск), а также публикации в средствах массовой информации). Помимо этого были опрошены сотрудники двух крупнейших аптечных сетей г. Владивостока — «O'Vita» и «Семейная аптека».

В народной медицине сосредоточены знания о секретах долголетия, его связи с природой, трудом, семейным укладом, образом жизни и т.д. (Шилов, 1998: 312-323). И в настоящее время при выборе превентивных и лечебных мер населением уделяется большое внимание рецептам, взятым из арсенала народной медицины. По-видимому, это связано с мифами, которыми, по мнению Р. Барта, управляется общественное сознание (Барт, 2000).

В основе всех профилактических мер, предпринимаемых горожанами, лежит представление о том, что городская среда приносит вред здоровью, а «традиционная», «натуральная», «экологическая» поддерживает. В связи с этим горожане в своей жизни стремятся восполнить недостающие традиционные элементы, ведь известно, что одно из основных отличий человека от животных — формирование собственной среды обитания. Желание избавиться от вредных примесей в воздухе и воде, сформированное под воздействием представлений об агрессивном воздействии городской среды на организм человека, заставляет горожан приобретать всевозможные приспособ-

ления для очистки воды и воздуха (фильтры, ионизаторы и т.п.). Для профилактики респираторно-вирусных заболеваний практикуется использование арома-ламп, в которые добавляют масла с ярко выраженным бактерицидным действием и т.п. Стоит учесть, что немаловажную роль в знакомстве с подобными средствами и формировании представлений об их полезности играет основной генератор мифов современного общества — реклама.

Однако горожане не только обустривают свою окружающую среду, но и занимаются непосредственно самооздоровлением. Пользуются спросом целебные чаи общеукрепляющего действия, составленные из лекарственных трав и плодов дикоросов, которые продаются на рынках города жителями сел. Обычно в состав такого чая входят: мята, ромашка, зверобой, клевер, донник, тысячелистник, плоды шиповника, боярышника, смородины, малины и другие травы. Это известные лекарственные растения с выраженным терапевтическим эффектом (как правило, противовоспалительным, болеутоляющим, успокаивающим). Нередко лекарственное сырье предлагается применять для профилактики, например, плоды боярышника — «для укрепления сердечной мышцы», плоды шиповника — «для общего укрепления организма» и «для витаминизации». Применение лекарственных растений в виде ежедневно употребляемого чая является традиционным для представителей восточных славян, проживающих на Дальнем Востоке России (*Поповкина*, 2008: 50-51). По нашим сведениям, число продавцов подобной продукции возрастает: за последний год их количество на сельскохозяйственных рынках увеличилось от одного-двух до нескольких человек. Думается, что эта тенденция может свидетельствовать и о росте спроса на подобные травяные сборы для чая у городского населения.

В подавляющем большинстве случаев употребление травяных чаев основывается не на рекомендациях врача или какого-либо народного лекаря (травника), а на собственных представлениях о необходимости компенсировать агрессивное воздействие городской среды. В большинстве случаев респонденты не могли внятно объяснить, в чем оно заключается применительно к ним лично, и не знали в подробностях механизма действия лекарственных трав. В целом употребление травяных чаев можно расценивать как магическую процедуру приобщения горожанина к целительным силам природы.

Не менее устойчивым является миф о пользе витаминов (все чаще ставящийся под сомнение современной научной медициной). Для профилактики их дефицита используются поливитаминные препараты и биодобавки, которые в широком ассортименте имеются в аптеках. Интерес к ним связан с представлениями о недостаточном

содержании витаминов в продаваемых продуктах и о том, что система городского питания способствует лишь утолению голода, но не насыщению организма полезными веществами.

Устойчивости этих представлений у горожан способствует растражированные в СМИ выводы о том, что традиционное питание на селе было полноценным, что ему уделялось достаточно большое внимание, а это выражалось в своеобразном «культе рационального питания» (например, *Шилов*, 1998: 313). Замечено, что народные традиции питания складывались в течение длительного времени под воздействием различных факторов, важнейшим из которых является экологический (*Липинская*, 1998: 294-311).

Мало кто из горожан смог объяснить, чем полезны витамины и сколько их нужно употреблять лично ему, в основном люди ориентируются на указания инструкций по применению (около двух третей опрошенных родителей малолетних детей). Чаще всего обыденному сознанию витамины представляются некоей «пользой вообще», которую требуется накопить как можно больше ввиду вышеизложенного мифа об агрессивности городской среды обитания.

Одним из факторов агрессивного воздействия среды, по мнению горожан, является городской тип питания, в связи с чем можно выделить миф об экологическом питании.

Стремление соблюдать «экологические» принципы в питании проявляется в выборе горожанами продуктов и в способах их обработки. Важное место в питании горожан занимают хлебобулочные изделия, каши, овощи. Продукты отечественного производства (еще лучше — «фермерские», домашние) оказываются предпочтительнее импортных. Выбираются и щадящие способы обработки продуктов: многие хозяйки предпочитают готовить пищу на пару или запекать, так как этот способ помогает сохранить больше витаминов и микроэлементов и более полезен для здоровья по сравнению, например, с жаркой.

Большой интерес горожан вызывают местные дикоросы. Считается, что дары тайги «чище» и богаче полезными веществами, чем продукты, приобретенные в магазине. При выборе напитков для утоления жажды предпочтение отдается минеральной воде (39% опрошенных; *официальный сайт*: 2008). Как видно из представленного материала, продукты отечественного производства и выращенные на частных земельных наделах пользуются максимальным спросом у городского населения, так как в наибольшей мере отвечают требованию «чистоты» и «полезности». Кроме того, предпочтение хлеба, мучных и крупяных блюд, овощей, даров тайги является тра-

диционной формой питания для русских и восточных славян в целом (Липинская, 1998: 296-300). Таким образом, миф об экологическом питании поддерживается представлениями об агрессивности городской среды и элементами традиционной культуры восточных славян, а также активно пропагандируется рекламой.

В последние годы все больше жителей города обращают внимание на православные посты: знают о так называемых «постных днях» и периодах длительных постов, многие стараются в период поста придерживаться вегетарианской диеты. Считается, что при соблюдении поста происходит очистка организма от шлаков и вредных веществ. Однако такое понимание поста улавливает лишь одну его грань, обращенную непосредственно на физическое состояние человека. Главная особенность православного поста, прежде всего, в «упражнении воли и очищении души» (*Православный лечебник*, 2004: 135, 139). Поэтому в дни поста рекомендуется сторониться увеселений, читать духовную литературу, молиться: «Постясь телесно, в то же время необходимо нам поститься и духовно... Пост не цель, а средство — средство смирить свою плоть и очиститься от грехов. Без молитвы и покаяния пост становится всего лишь диетой» (*Как питаться*, 2009). По православному учению, благотворное воздействие поста на организм является, прежде всего, следствием духовной чистоты человека. Для обычных людей именно физическое здоровье становится определяющим фактором в принятии решения о соблюдении поста, а часто — вообще в обращении к православной вере.

Большое значение в распространении основ православия, в частности соблюдении постов, имеет некоторая либерализация православной церкви и ее усилившееся влияние в жизни российского общества. Важную роль в освещении жизни православных верующих играют СМИ, публикующие репортажи и статьи на темы церкви, что положительно влияет на морально-психологическое состояние общества и может выступать как способ поддержки физического здоровья и профилактики различных заболеваний. Однако ясно, что соблюдение постов горожанами чаще всего относится не к духовной практике православной Церкви, а к мифу о «чистке организма».

Еще один миф, занимающий большое место в формировании системы профилактических оздоровительных мероприятий, это миф о стройной фигуре, который всецело определяется веяниями моды и, как правило, не имеет отношения или вовсе противоречит физиологическим нормам здоровья и стройности: любая полнота, даже не патологическая, рассматривается как аномальное явление. Поэтому большое внимание в питании уделяется всевозможным диетам, на-

правленным на предотвращение возникновения избыточного веса и похудение, что обусловлено представлениями о вреде лишнего веса. Иногда вместо соблюдения строгих диет стараются употреблять в основном растительную и молочную пищу и ограничивать потребление пищи, богатой жирами и белками. Отметим, что порой диеты применяют люди, совсем не страдающие ожирением. На наш взгляд, это связано с преувеличенными страхами о вреде лишнего веса (мифами).

Большое влияние на распространение различных диет, а также иных средств для похудения, имеют СМИ. Этот миф также поддерживается и постоянным взаимообменом имеющимися сведениями и опытом между людьми, что связано с традиционным типом экологического сознания и соответствующей ему моделью поведения (*Любимова*, 2005: 113-123). Работники аптек единогласно говорят о том, что средства, способные помочь в достижении идеального веса и фигуры, «скупаются буквально все, за любые деньги».

Представления о необходимости тренировок также связаны с мифом о стройности, поэтому большой популярностью пользуются всевозможные спортивные секции, фитнес-клубы, бассейны и др. Однако мало кто из горожан реально наблюдает за своим здоровьем у спортивных врачей и диетологов. Обычно человек сам прописывает себе диету, сжигатель жира, норму нагрузки в спортзале, что далеко не всегда оказывается полезным для здоровья: нередко одновременно со стройной фигурой приобретает какое-либо заболевание. Очевидно, представления горожан о стройности и необходимости занятий физическими упражнениями базируются не на научно-рациональных знаниях, а на иррациональном мифе.

Возросшему интересу к традициям Востока сопутствовало появление мифа о чудодейственных свойствах восточной медицины. Это повлекло внедрение некоторых ее методов в оздоровительные практики населения. Так, из СМИ горожанам известно, что воздействие на отдельные биологически активные точки поможет уберечься от заболевания респираторно-вирусными инфекциями (около трех четвертей опрошенных). Такие несложные приемы массажа довольно активно применяются родителями для оздоровления детей, иногда этим приемам обучают детей воспитатели в детском саду. Кроме того, довольно широко распространены секции, где занимаются дыхательными гимнастическими типа ушу (нередко эти занятия совмещаются со спортивно-боевыми тренировками), распространен китайский оздоровительный массаж, иглоукалывание (также и в целях избавления от «лишних» килограммов) и т.п. Таким образом, хотя

неспециалисту неизвестен механизм работы биологически активных точек, миф о пользе процедур восточной медицины породил у обывателя желание присоединить этот способ сохранения здоровья к уже имеющемуся арсеналу оздоровительных средств.

Не забыты горожанами и такие традиционные методы поддержания здоровья как закаливание. Его можно отнести к разряду наименее мифологизированных процедур самооздоровления, поскольку этот метод целенаправленно популяризировался медиками. Хорошую закалилку и тренировку можно получить, занимаясь сезонными видами спорта: катанием на коньках, лыжах, сноубордах, плаванием в открытых водоемах. По этой причине большой популярностью среди горожан пользуются базы отдыха, специально оборудованные для таких занятий.

Интерес к тренировке и закаливанию способствует расширению деятельности клубов любителей зимнего купания, часто называемых «моржами». Среди них — «ивановцы» (последователи системы Порфирия Иванова), члены специальных клубов и просто любители. Так, Владивостокский клуб «Морж» существует уже шесть с лишним лет и объединяет более трехсот человек разного возраста (*По морозу босиком*, 2009).

Часто люди связывают зимнее купание с православным праздником Крещения. В связи с этим существуют всевозможные мифы, восполняющие утраченную народную традицию и не имеющие отношения к православным нормам: например, считается, что окунувшись в прорубь девятнадцатого января, можно «очиститься». Таким образом, можно говорить лишь о косвенном влиянии церкви на возрастающий интерес к этому виду закаливания. Известно, что купание в ледяной воде полезно далеко не каждому, такой метод закаливания имеет противопоказания. Кроме того, специалисты расходятся во мнении о пользе зимнего купания вообще для кого бы то ни было. Однако идея закаливания, нередко в сочетании с мифом об очищении в день православного Крещения, является очень популярной среди горожан (с представлениями «об очищении» при купании в Крещение знакомы все опрошенные).

Миф о пользе всего экологически чистого диктует и оздоровительные способы отдыха. Так, еще одним методом поддержания здоровья считаются регулярные загородные прогулки на чистом лесном или морском воздухе, цель которых — отдохнуть от загрязненного городского воздуха, от интенсивного ритма жизни, восполнить запасы витамина «D» при помощи загара. В таком виде отдыха виден аналог традиционным физиотерапевтическим мерам, которые

часто использовались сельскими жителями неосознанно, в силу их образа жизни (Шилов, 1998: 314-318). Однако с научной точки зрения трудно говорить об экологической нетронутости природы в сельской местности. Таким образом, стремление горожан к отдыху на селе обосновано отнюдь не рациональными соображениями, а мифологическим представлением о природной чистоте деревенского образа жизни.

Одной из важнейших ценностей городского общества является интеллектуальное здоровье. Это побуждает горожан изобретать различные способы «тренировки ума», в связи с чем распространен миф о необходимости постоянной «тренировки мозга», активизирующей работу всего организма, чаще всего это разгадывание разнообразных кроссвордов. Следует отметить распространенность в СМИ рекламы средств, улучшающих память и мозговую активность: можно говорить о том, что социальные факторы создают предпосылки для конструирования новых представлений о болезнях и методах их профилактики.

Заметное место в охране здоровья принадлежит традиционным магическим процедурам, используемым, как правило, в народной педиатрии. Применение этих способов обусловлено, прежде всего, представлениями о неких заболеваниях типа испуга, сглаза и др. (Щепанская, 2001: 236-265), а также об особой подверженности маленьких детей этим болезням. Кроме того, эти способы вызывают доверие населения именно в силу своей традиционности. Для профилактики таких заболеваний вдевают булавку или прикрепляют яркую брошь либо значок на одежду ребенка, а также используют приговорки, имеющие явную заговорную природу и применяющиеся при купании ребенка.

Нередко церковные атрибуты применяются в утилитарных оздоровительных целях как магическое средство (умывание святой водой, воскурение ладана). В некоторых случаях родители прибегают к крещению детей с целью лечения ребенка и для профилактики, что можно расценивать как магическую процедуру: совершая церковный обряд, родители полагают, что этим они «покупают» здоровье ребенку. Это, на наш взгляд, обусловлено присущими восточнославянским народам мистико-магическими аспектами мировоззрения (Поповкин и др., 2004: 133-134).

Рассмотрев приведенные выше профилактические меры по бережению здоровья, можно сделать вывод о том, что современные народные методы сохранения здоровья и профилактики заболева-

ний, бытующие среди городского населения, в основном коренятся в мифологическом сознании. Этот факт сближает народную медицину современных горожан с традиционной народной медициной — обе традиции имеют природу мифа.

Хотя живая связь с традиционной культурой у городского населения во многом утрачена, однако в ряде случаев прослеживаются поведенческие стереотипы, прямо восходящие к народной традиции. Так, нами обнаружено, что горожане употребляют лекарственные травы. Их набор и способ употребления такой же, как был в деревнях. Часто и приобретать их горожане стараются не в аптеке, а на рынке у травников. В городской народной педиатрии применяются приговорки, полностью идентичные традиционным. Используются обереги в виде булавок для защиты от вполне традиционных «заболеваний» типа сглаза и порчи. Бытующие в городе методы закаливания детей отчасти восходят к народным традициям. Все эти факторы позволяют говорить о сохранившейся, хотя и видоизмененной, традиции народной медицины.

Изменения имеют новационный характер и, как мы показали, вполне могут быть рассмотрены как новые мифы в народном сознании. К таковым мы относим миф о чистоте деревенской жизни, о целительных силах природы, миф о пользе витаминов, об агрессивности городской среды обитания, об экологическом питании, миф о «чистке организма», о стройной фигуре, миф о восточной медицине и миф о тренировке мозга.

Отмеченные новационные изменения, как мы полагаем, формируются в основном двумя факторами: под воздействием мышления, позволяющего приспосабливаться к меняющимся условиям, которое Мич Резник назвал экологическим и охарактеризовал как триаду «пробуй-оценивай-выбирай» (Резник, 2008); вторым фактором в условиях города можно считать рекламу и СМИ.

Наше исследование, ввиду его краткости, не может претендовать на окончательность выводов, но позволяет достаточно уверенно говорить о существовании городской традиции народной медицины.

Литература

Барт, 2000 — *Барт Р.* Мифологии. М.: Издательство имени Сабашниковых, 320 с.

Вера..., 2009 — *Вера — это совесть страны* // Аргументы и факты. № 3. С. 16.

Как питаться..., 2009 — *Как питаться в пост* // Православие.ру. режим доступа: <http://www.pravoslavie.ru>.

Липинская, 1998 — *Липинская В.А.* Русские народные традиции питания и экологическая среда // Традиционный опыт природопользования в России. М.: Наука, 1998. С. 294-311.

Любимова, 2005 — *Любимова Г.В.* Основные типы экологического сознания и модели экологического поведения русских сибиряков в исторической ретроспективе // Народы и культуры Сибири. Взаимодействие как фактор развития. Вып.4. Иркутск, 2005. С. 113-123.

Официальный сайт, 2008 — *Официальный сайт г. Владивостока*. Режим доступа: <http://www.vl.ru/>

По морозу босиком, 2007 — *По морозу босиком — и немедленно в прорубь!* // портал г. Владивостока «Лучший город». Статья от 7 февраля 2007 г. Режим доступа: <http://vld.best-city.ru/articles/?id=92>

Поповкин и др., 2004 — *Поповкин А.В., Поповкина Г.С.* Мистико-магические компоненты в мировоззрении восточных славян Дальнего Востока России в постсоветский период // Этнос и культура в условиях общественных трансформаций. Владивосток: Дальнаука. С. 133-134.

Поповкина, 2008 — *Поповкина Г.С.* Знахари и знахарство у восточных славян юга Дальнего Востока России. Владивосток: Дальнаука, 2008 с.

Православный лечебник, 2004 — *Православный лечебник*. Издательство Владимирской епархии, 320 с.

Резник, 2008 — *Резник М.* Думать как дерево // http://vio.fio.ru/vio_25/cd_site/Articles/art_1_7.htm

Шилов, 1998 — *Шилов М.П.* Народная природотерапия и современная медицина // Традиционный опыт природопользования в России. М.: Наука. С. 312-323.

Щепанская, 2001 — *Щепанская Т.Б.* К этнокультуре эмоций: испуг (эмоциональная саморегуляция в культуре материнства) // Родины, дети, повитухи в традициях народной культуры. М.: РГГУ. С. 236-265.

ИСС В ЖИЗНИ И СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА И ЧЕЛОВЕЧЕСТВА

Ю.В. Кремер

ШАМАНСКОЕ ЦЕЛИТЕЛЬСТВО, ПСИХОТЕРАПИЯ И МУЛЬТИСЕНСОРНЫЙ ПОДХОД В ПРАКТИКАХ ГИПНОТИЧЕСКОГО ТИПА

В основу статьи положена западная психологическая концепция гипноза, которая применяется для исследования некоторых разновидностей современной психотерапии и их соотношения с практиками аборигенов. Изучение исторической и культурной составляющих, равно как и изменений в конструировании собственной личности и рассказа о себе, создает предпосылки для понимания различий и сходств шаманских практик и психотерапии. Затем я представляю мультисенсорную модель, используемую в практиках гипнотического типа и в том, что часто описывается как *транс*, или *шаманское состояние сознания*. Примеры обрядов индейцев навахо и сами доказывают эффективность мультисенсорного подхода к пониманию процессов исцеления с применением практик гипнотического типа, облегчающих достижение интегративных состояний сознания.

Проведенное Жилеком (*Jilek*) исследование целительских практик индейцев северо-западного побережья рассматривается как вариант описания традиционных методов целительства в западных научных терминах. Исследователь приходит к выводу, что этот подход пригоден и для местного населения. В работе Винкельмана (*Winkelman*) предлагается перспективная модель для понимания нейроэкологии шаманского целительства. В ее основе лежит признание равноправности автохтонного и базирующегося на европейской традиции способов познания, что предполагает углубленное понимание практик гипнотического типа и их возможностей для удовлетворения потребностей местного населения. Высказывается предположение, что местные знания ценны не только для аборигенного целительства, но и для решения личных и социальных проблем, которые возникают у представителей неаборигенного населения в современных обществах вследствие потери связи с необходимыми для здоровья аспектами человеческого бытия.

Данная работа основывается на истории коренных народов североамериканского континента и анализе их социально-психологической ситуации.

Исторические и межкультурные вопросы

Практики гипнотического типа (ПГТ) или так называемые «изменения в сознании» не только признаются как часть целительских практик, но и широко применяются фактически всеми аборигенными сообществами. Например, Бургиньон и Эваскю (*Bourguignon et al.*, 1977) изучили этнографические описания 488 различных обществ и пришли к выводу, что для 89% из них были характерны социально одобряемые «изменения сознания» или, если хотите, «измененные модели восприятия». Использование различных терминов в работе — попытка избежать овеществления таких абстрактных понятий как «измененные состояния сознания».

Повсеместное распространение ПГТ в аборигенном целительстве позволяет проследить, каким образом социальные институты определяют и формируют целеустремленность человека и способность переживать воображаемый опыт. В социуме существует множество способов формирования и моделирования понятий болезни и исцеления. Аборигенные культуры часто определяют этиологические факторы заболевания в терминах «потеря души» и «одержимость духами», при этом каждое из данных состояний может диагностироваться (по крайней мере, частично) по заметным изменениям в поведении, процессе мышления или настроении пациента (*Frank et al.*, 1991).

Например, не существует западного эквивалента японского понятия *wagamata*, которое обозначает эмоциональный беспорядок, характеризующийся ребяческим поведением, эмоциональными вспышками, апатией и негативизмом. Также нет аналога *kami* — состоянию, распространенному в некоторых японских сообществах, которое, как считается, обуславливается одержимостью духами. *Susto* — это недуг, распространенный в Перу и в некоторых других частях Латинской Америки, который предположительно возникает в результате потрясения или испуга, которые часто бывают связаны с нарушением духовного табу. Это может привести к тяжелым последствиям, таким как «потеря», «ранение» или «поражение» «души», однако в западных руководствах по психотерапии эквивалента данному понятию не существует.

В межкультурных исследованиях аборигенных целительских практик лишь недавно стала осознаваться важность понимания местных моделей болезней и их исцеления, возможно вследствие преобладания поведенческих, психоаналитических и аллопатических медицинских моделей. Ни в одной из этих концепций не уделяется достаточно внимания объяснениям аборигенных практикующих целителей и не признается, что западная модель знания является одним из нескольких возможных описаний природы (*Gergen*, 1985).

Клейнман (*Kleinman*, 1980) заметил: «Общепринятым (зачастую, непродуктивным) способом, при помощи которого исследователи пытаются понять суть целительства, особенно аборигенных целительских практик, являются предположения относительно психологических и физиологических механизмов терапевтического воздействия. Такие умозрительные построения применяются к исследуемому материалу в тесных рамках методологии, основанной на объяснении частных случаев путем обращения к некоторым универсальным принципам. Последние выводятся, главным образом, из понятий биомедицины и индивидуальной психологии... В результате сведения целительства к понятиям биологии происходит устранение человеческих аспектов (то есть, психосоциальной и культурной значимости), а остается лишь то, что поддается описанию в понятиях биомедицины, однако это сложно назвать целительством. Даже при сведении целительства к языку поведения... не учитывается язык переживаний, который... является существенным аспектом целительства» (*Kleinman*, 1980: 363-364).

Фарис (*Faris*, 1990: 12) также критикует попытки втиснуть местные верования и практики «в некоторое подобие универсальной схемы — низводя их собственное богатое внутреннее содержание до повторяемых с незначительными изменениями догматических западных построений — даже если это делается с благими намерениями». Используя терминологию *практик гипнотического типа*, я попытался обратить внимание на значимость местной специфики в их создании и интерпретациях и подтвердить знание, сохранившееся и нашевшее выражение в аборигенных целительских практиках.

Большинство болезней в обществе являются социально обусловленными (по крайней мере, частично), и предполагаемые изменения в сознании (или изменения модели восприятия) также отражают специфику общественной организации. Так как в местных моделях целительства предполагается, что для достижения результата целитель должен изменить свое восприятие (например, «путешествуя в верхний мир», «путешествуя в нижний мир», «соединяясь с духом-наставником», «общаясь с животным силы», «возвращая потерянные души»), литература по гипнозу может оказаться полезной для осознания этих понятий.

Исторически обусловленные изменения в конструировании собственной личности

Рассматривая целителей и пациентов, мы должны принимать во внимание исторически обусловленные изменения в конструировании собственной личности; аборигенное и (пост)модернистское понимание

себя, или индивидуальности, или личности заметно различаются. «Кто я?» «А ты кто?» — в разные века люди давали разные ответы на эти вопросы. Разным было не только их содержание, но и *контекст*, а также *качества* и *аспекты* собственной личности, выявленные в результате самопознания. У древних евреев личность посвящала себя общению с определенным Богом; границы между отдельным человеком, Яхве и племенем не всегда ясны. Личности главных героев в «Орестее» Эсхила не испытывают внутренних конфликтов в том виде, как это характерно для современных людей; кроме того, такие личности не имеют четких границ. Детьен (*Detienne*, 1996: 135) обсуждает работу «Мастера истины в архаической Греции» и описывает, как «вслед за магами и экзальтированными личностями философы заявляли о способности к достижению и раскрытию истины, которая была одновременно “гомологом и антитезой” религиозной истины», отражением появления нового ощущения себя как «мифической мысли, переходящей в рациональную». Кушман утверждал, что «самостоятельная, ограниченная личность сегодняшнего дня с минимумом зависимостей и многими субъективными “внутренними” чувствами является относительно новым игроком на исторической сцене» (*Cushman*, 1995: 357). Границы, созданные данной личностью, также могут пониматься как нормативное отделение от тех аспектов жизни, с которыми аборигены связаны как с частью собственного личностного процесса. Современная личность, которая нам так хорошо знакома, возникла относительно недавно, возможно не более двухсот лет назад. Термин «автобиография» появляется в английском языке в начале XIX века. Как проявление современной личности, она, соответственно, является новым феноменом — сознательным рассказыванием и созданием своего образа, основанного на наших собственных представлениях о себе и о своем имидже. Автобиографии дают доступ к пониманию социальных конструкторов своей личности и являются средством творческого переосмысления. В эпоху постмодерна эта самостоятельная ограниченная личность с минимумом зависимостей приобрела еще одно измерение: теперь «люди существуют в состоянии непрерывного конструирования и реконструкции; это мир, в котором происходит все, о чем можно договориться. Каждая реальность, в которой существует личность, подвергается вдумчивому изучению, иронии, и, в конечном счете, основанному на игре освоению этой новой реальности. Центр перестает быть неизменным» (*Gergen*, 1991: 7).

Легко заметить, что современные идентичности ставятся под вопрос по мере того, как экономическая глобализация, Интернет и другие силы влияют на то, как мы видим других и себя, зачастую ставя

ощущение идентичности под угрозу, вплоть до его утраты. Достаточно подумать о концепциях фундаментализма и эссенциализма, которые приводят к кровавым войнам или дезориентации, возникающей вследствие нехватки привязанности к месту, беспорядочного наплыва глобальной информации или наступления чуждых культур на знакомую среду. Все чаще идентичность оказывается незащищенной; одним из следствий этого является беспокойство. Как заполнить пустоты, возникающие внутри нас и в нашей духовной жизни?

Что означает понимать духовные или трансперсональные события не как индивидуальные, но как общие события, которые являются творческими по своей природе при исследовании потенциальных возможностей человека различными способами? Кем является личность, принимающая участие в этих событиях? Как мы должны рассказать свои истории, чтобы воспрепятствовать империалистическим отношениям с духом(ами) и деколонизировать духовное? Трансперсональные психологи осознают трансперсональный опыт, но следует ли нам так же осознанно выбирать способы представления историй наших личностей? Начала трансперсональной психологии кажутся обусловленными модернистской концепцией достаточно ограниченной и самостоятельной личности, которая присваивает духовную и другие реальности. Общее понимание духовных событий ставит под вопрос не только их концептуализацию, но также и, возможно, на еще более глубоком уровне, наши представления о себе. Предложенное Ферре (*Ferrer, 2002*) переосмысление трансперсонального опыта, а также измененных или целостных состояний сознания возвращает трансперсональную психологию к ее прагматическим истокам, которые кроются в аборигенных традициях.

Повествование о себе, изложение историй нашей идентичности или автобиографий настолько же личностны, насколько они являются провидческими и духовными, равно как и политическими действиями; также они могут быть целительными действиями, как в психотерапии, так и перед Комиссией истины и примирения в Южной Африке. Сегодня варианты общего видения трансперсональной теории возникают в западном сознании как следствие кризиса современности и кризиса трансперсональной психологии как современного явления, но в то же время в них прослеживаются древние корни. Аборигенные народы по сей день являются воплощением социальных систем, основанных на совместном духовном понимании реальности. Совсем не исчезнувшие и не мертвые, они способны явить нам истории деколонизации личности, которые необходимо рассказать, истории, способные освободить нас от порабощающих оков модернизма

и его приверженности прогрессу; они могут помочь восстановить парадигму сохранения равновесия, которая отличается от концепции баланса в духе эдемских фантазий эссенциализма. Совместно выработанные представления об аборигенных народах показали их почти невероятную способность к адаптации и диалогу с широким спектром духовных и религиозных традиций. Присутствие образов трикстера и клоуна представляется ключевым моментом, облегчающим ориентацию на процесс, предотвращающий идолопоклонство и догматизм. Поэтому понимание того, каким образом автобиографические истории рассказываются в местном контексте, может быть поучительным, тем более что истории аборигенов отражают наиболее значимые проблемы современности — связь с местом, традиционное экологическое знание, связь с сообществом и т.д. Эти проблемы не всегда решаются, тем не менее, такие истории дают возможность «пересказать» свою личность так, чтобы оказать значительное влияние на наш познавательный процесс.

Прозаик Арнольд Крупа, занимающийся изучением автобиографий американских индейцев, обнаружил, что их представления о собственной личности характеризуются отношениями кооперации, а не оппозиции по отношению к другим. В современной западной культуре имеется тенденция определять идентичность на основании противопоставления индивида и социума, но американские индейцы были склонны описывать себя как личности, успешно интегрирующиеся в соответствующие социальные общности — семью, клан, общину и т.д. — в рамках соответствующих социальных структур. В прериях воины мужского пола на самом деле искали славы и чести, каждый из них хотел быть «великим человеком», но даже там величие отдельной личности было важно, в первую очередь, для блага всего «народа». Эти концепции можно рассматривать как «синекдохические», то есть основанные на отношениях «часть — целое», а не «метонимические», как в отношениях «часть — часть», которые явно преобладают в евро-американской автобиографической традиции (*Krupat* 1994:4).

Эгоцентрический индивидуализм, связанный с именами Байрона или Руссо, культивирование новизны и оригинальности, никогда не признавался правомерным в аборигенных культурах, в которых прославление «героя-одиночки» было бы непонятным (*Krupat* 1985: 29).

Таким образом, акцент в автобиографических историях коренных народов делается не только на внутренней жизни и индивидуальности, но в равной мере и на включенности в целое — сообщество, истории и рассказы, которые передаются в данном сообществе,

а также в определенное место. С идеями Крупа согласились не все. Визенор отмечает: «В аборигенах не так сильно коллективное начало, как ему теоретически хотелось бы... Многие обряды, шаманские видения, практики и события в сообществах аборигенов настолько индивидуальны, разнообразны и уникальны, что романтические упрощенные представления о традиционности и общности не выдерживают критики даже в теории... Образ предполагает разделение и отрыв от действительного времени и места и от традиций. И образы, и псевдонимы, распространенные среди аборигенных народов, должны получить признание в рамках их сообществ. Признание присутствия местного колорита всегда вызывает интерес. То, что ошибочно считают традицией, является специфическим образом (представлением)» (*Vizenor et al.*, 1999: 62).

Представления о традиции очень сильно пострадали от дерзких нападок сторонников политики геноцида и зачастую от слишком пристального взгляда антропологии, т.е. конкретизации абстрактных понятий, которая не может способствовать самоутверждению, укреплению и освобождению личности, выраженной с помощью образов.

Дороти Ли в 1950 г. использовала лингвистический анализ для исследования понятия личности в культуре винту. «Говоря о культуре винту, мы можем говорить не о личности и обществе, а скорее о личности в обществе» (*Lee*, 1959: 132). «Исследование грамматического выражения идентичности, отношений и инаковости свидетельствует о том, что винту воспринимают свою личность не как строго очерченную границами, а в лучшем случае как концентрацию энергии, которая постепенно снижается, уступая место другой энергии. Большая часть того, что является другим для нас, для винту полностью или частично или время от времени отождествляется с собой» (*Lee*, 1959: 134). Шведер и Борн (*Shweder et al.*, 1984: 195) доказали, что «различные народы не только принимают специфическое мировоззрение, но что это мировоззрение оказывает решающее влияние на их познавательную деятельность». Применение множества смысловых модальностей, а также транса и целостного состояния сознания само по себе является индикатором иного ощущения себя в мире, которое трудно выразить в привычных западных понятиях.

Мультисенсорный подход в практиках гипнотического типа

При тщательном анализе практик гипнотического типа у аборигенов мы приходим к выводу, что по «индукции» и «внушению» они заметно отличаются от современных практик гипнотического типа в

клинических условиях. Далее приводятся некоторые из наиболее значимых аспектов ритуальных действий гипнотического типа у представителей коренного населения (подробно см.: *Kremer, 2002a*). Все они могут рассматриваться как индикаторы более открытого и подвижного ощущения себя.

Культурный контекст. Применение практик гипнотического типа в западных клинических условиях не происходит в контексте общей культурной мифологии или общих историй и ритуальных практик; оно является специфическим для каждого индивида. Местные же обряды имеют богатый культурный контекст, известный пациенту. Эти мифические истории (особенно заключенное в них понимание процесса исцеления, происхождения признаков здоровья или равновесия как цели) создают контекст, который может получать либо не получать словесное выражение или представление во время проведения ритуала, но, тем не менее, является фоном для практик гипнотического типа.

География священных мест. Часто целительные ритуалы проводятся в определенном географическом окружении, которое вызывается, реально посещается или воспроизводится в месте проведения обряда (таком, как *хоган* у североамериканских индейцев или саамский *lavvu*); макрокосмос культурной географии священных мест часто находит отражение в священном расположении места проведения обряда (как в рисунках на песке племени на-дене).

Рассказывание. Истории часто используются для создания культурного контекста, объяснения болезни и управления процессом исцеления. Они также могут служить для переноса внимания, подобно тому, как это делается в практике Милтона Эриксона (*Erickson et al., 1976*) или при адаптации аборигенных практик к нуждам психологического консультирования и психотерапии (см.: *Krippner et al., 2007; Krippner et al., 2007a*).

Словесные инструкции. В большинстве ситуаций определенные словесные инструкции (например, такие как индукция или внушение) составляют лишь наименьшую часть сеансов.

Пение или произнесение нараспев. Песни или повторяющееся произнесение нараспев заклинаний, аффирмаций или внушений задают направление, напоминают истории, вызывают духов или космологические образы, а также изменяют внимание участника.

Ударные и другие музыкальные инструменты. Исследования (*Neher, 1961*) показали, что многократное применение ударного инструмента, например, игра на барабане, может привести к изменениям качества восприятия. Такое изолированное использование индук-

ции представляется чрезвычайно редким в аборигенных целительских практиках. Эти сильные способы переключения внимания (удары бубна, игра на трещотке, ревуне, щелканье, свист и т.д.) обычно представляют собой только один из аспектов модели целительских сеансов, ориентированной на несколько органов чувств.

Ритуальные принадлежности. К ним могут относиться перья, амулеты, кристаллы, жезлы и многие другие предметы, которые, как считается, имеют особую силу или духовную значимость.

Обоняние. Самым распространенным, возможно, является использование трав в качестве фимиама или приношения (шалфей) или курение трав (таких, как табак), а также использование огня и получающегося в результате дыма.

Вкусовая стимуляция и диетические практики. Прием в пищу растений, изменяющих сознание, или других растительных лекарственных средств с определенными предполагаемыми лечебными свойствами, а также изменения в режиме питания (голодание, сухое голодание или другие ограничения) является важным аспектом многих аборигенных целительских обрядов.

Очищение организма. Оно может включать употребление рвотных средств, умывание (например, с пеной юкки), купание, стояние под водопадом и потение (в сауне, индейской парной и т.п.).

Тактильная стимуляция. Это могут быть различные виды массажа, стимуляция акупунктурных точек надавливанием, похлопывание, простое касание и другие подобные процедуры.

Движение. Танец, особенно танец с повторами, возможно, является наиболее распространенным вариантом использования движения; существуют также различные стилизованные позы и согласованные движения, которые относятся к данной категории.

Раскрашивание тела. Пациент и/или практикующий шаман также, как и другие участники, может использовать временные или постоянные изображения, вызывающие особые мистические силы или различные мифологические истории.

Драматургия. Драматические сцены также могут способствовать складыванию историй и становлению представлений о здоровье и равновесии или о космологии, в рамках которой происходят соответствующие практики гипнотического типа.

Циклы бодрствования и сна. Многие церемонии происходят в течение вечера, поздно ночью или на протяжении всей ночи. Бодрствование в ходе ритуальных действий в то время, когда участники обычно спят и видят сны, также облегчает изменения внимания.

В одних традициях в обрядах коренного населения, связанных с лечением, можно встретить многие из этих аспектов целительских практик: в других же только некоторые из них эффективно используются для лечебных целей. Разные традиции используют далеко не все из перечисленного. Представленные ниже примеры из разных культур иллюстрируют мультисенсорный диапазон практик гипнотического типа.

Проведение практик гипнотического типа

Клотт и Льюис-Уильямс (*Clottes et al.*, 1998/1996) предложили три этапа погружения в то, что они называют «шаманским состоянием сознания» (см.: *Lewis-Williams*, 2002). Это соответствует описанию ИСС у Тарта (*Tart*, 1975) и обсуждаемым Винкельманом (*Winkelman*, 2000) нейропсихологических оснований наскального искусства.

На рис. 1 (см. на с. 370) сведены воедино положения из работ Клотта и Льюиса-Уильямса, Тарта и Кремера (2002b). Он иллюстрирует этапы погружения в «шаманское состояние сознания» во время проведения процедур гипнотического типа с применением абстрактного художественного стиля. На рисунке изображены образы, заимствованные из современного западного искусства, европейской палеолитической наскальной живописи, наскального искусства народа сан и наскального искусства североамериканских индейцев. В левой колонке представлены образы нашей повседневной действительности, колонки, расположенные правее, демонстрируют последовательно усиливающееся изменение внимания и модели восприятия.

На первом этапе люди переходят от ясного сознания к «легкому» изменению, начиная воспринимать геометрические формы, блуждающие линии и другие «фосфены» или «константы формы», названные так потому, что они выглядят глубоко укорененными в центральной нервной системе. Например, представители южноамериканского племени Тукано используют ряд волнистых линий из точек для изображения Млечного Пути (*Reichel-Dolmatoff*, 1971).

На втором этапе люди начинают приписывать этим «константам» сложные значения. Люди, испытывающие воздействие гипнотического типа, входят в следующую фазу несколькими способами — пересекая мост, проходя водоворот или входя в отверстие. На третьем этапе константы объединяются с образами людей, животных, духов и мифических существ. Затем участники начинали взаимодействовать с образами, часто чувствуя при этом, как они превращаются в животных полностью или частично (например, знаменитое доисторическое изображение животного/человека в пещере Ле Труа Фрер);

шаманские путешествия в такой форме обычно кажутся более правдоподобными (Clottes *et al.*, 1996/1998: 19). Различные залы пещер верхнего палеолита, как представляется, могли использовать только продвинутые практики; в одних пещерах есть просторные залы, украшенные крупными впечатляющими изображениями, тогда как другие места часто представляют собой лишь небольшие, скудно украшенные площадки, на которых могут уместиться только несколько человек (Clottes *et al.*, 1996/1998: 20).

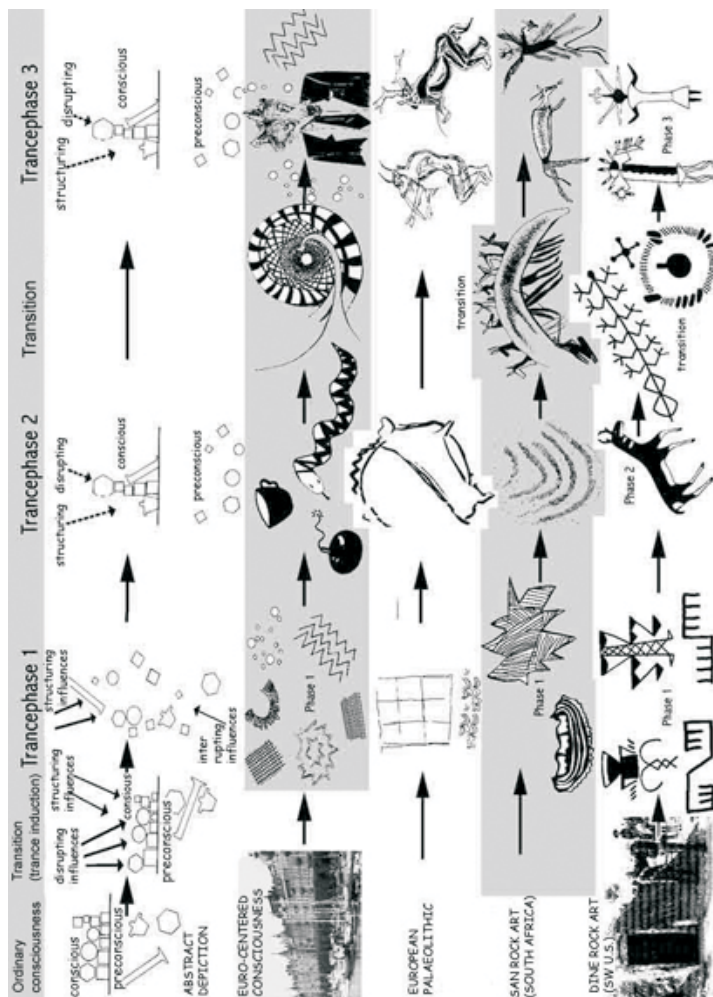


Рис. 1.

С точки зрения эпистемологии, шаман получал знание из своих путешествий в другие сферы бытия и сообщал результаты членам сообщества (Flaherty, 1992: 185). Шаманы предоставляли информацию из базы данных, состоявшей из их мечтаний, видений и прозрений, а также из глубоких наблюдений за природным и социальным мирами. Сансониз (Sansonese, 1994) предположил, что существовала некоторая «степень генетической предрасположенности к вхождению в транс» и что эта способность внесла значительный вклад в социальное развитие (Sansonese, 1994: 30). Например, была ветвь индоевропейских шаманов, традиции которых включали передачу шаманских знаний от родителей к ребенку, которые, в свою очередь, институционализировали шаманские группы, состоявшие из расширенных семей (*там же*).

Мультисенсорные аспекты песнопений североамериканских индейцев

Ритуалы с песнопениями североамериканских индейцев (навахо) представляют собой сложную систему обрядов; в некотором смысле их можно рассматривать как пример мультисенсорности практик гипнотического типа в традициях аборигенов. *Hatáál* на языках навахо означает песнопение, а *hatáá'ii* значит шаман или певец. В языках на-дене существует приблизительно 60 особых названий для различных видов и направлений песнопений, многие из которых ныне считаются вышедшими из употребления (Young *et al.*, 1987). Песнопения обычно группируются в четыре основных цикла: Путь благословения, Святой путь, Ночной Путь и Злой Путь. Названия песнопений указывают на ту или иную мифологию, проявление болезни или используемые целительские методы: от Пути красного муравья, Пути ворона, Пути дичи, Пути большой звезды до Пути дрожащей руки и Пути проституции. Ритуалы обычно продолжительны, самые большие длятся до девяти дней. Ожидается, что работа *hatáál* будет выполняться в соответствии с точными инструкциями и специальными методиками, направленными на нейтрализацию неблагоприятных последствий. Вследствие этого обряд приобретает характер, скорее, литургии, чем импровизированного, вдохновенного или спонтанного действия, как в других местных шаманских практиках (хотя ритуалы, связанные с наиболее древним слоем традиций индейцев навахо, например те, которые включают разглядывание хрустального шара и дрожание рук, принадлежат к последнему циклу — см.: Luckert, 1975). Фарис (Faris, 1990) при обсуждении Ночного пути подчеркивает: «Целительские методики, которые организуют, гармонизируют, восстанавливают и

определяют социальные отношения — *в местном знании пользуются приоритетом по сравнению с другими проблемами*. И понять характерные для индейцев навахо концепции порядка и красоты можно только при очень внимательном отношении к *местным верованиям и местному знанию»* (Faris, 1990: 3; *курсив автора*).

Путь койота (*mą'ijíí hatáál*) был очень подробно документирован, включая обширный фотографический отчет, в работе Лакерта (Luckert, 1979). Этот пример стоит рассмотреть более подробно, чтобы проследить сложную мультисенсорность в практиках гипнотического типа, которые существуют в некоторых культурных традициях. Путь койота представляет собой 9-дневный обряд, включающий ритуалы распутывания (названные так, потому что в течение первых четырех вечеров и ночей распутываются связки трав и других компонентов для того, чтобы облегчить болезнь), и ритуалы огня (длящиеся четыре с половиной дня), а также ритуал с корзиной-бубном (занимающий следующие четыре вечера и ночи) и ритуал рисования на песке, в котором участвуют одно или несколько лиц, играющих бога или *yí'ii* (проходит утром и в полдень в течение следующих четырех дней), и заключительный ритуал с корзиной-бубном, проводящийся ночью девятого дня. Путь койота включает 161 песнопение и молитву (с повторами) и две различные картины на песке (по крайней мере, в обряде, который был описан Лакертом в 1979 году, — Luckert, 1979).

Подобно другим песнопениям, Путь койота «можно проследить исторически до той точки, когда несколько ранее шаманских традиций были объединены в конгломерат более поздних жреческих целительских обрядов *hatáálíi*, или певцов» (Luckert, 1979: 3). Общение с духами в ИСС теперь заменялось заученной литургией в виде стихотворного песнопения; обсуждение ИСС или духов больше не является частью ритуального действия. Фактически считалось проблемой, если участник сообщал о том, что видел духа (Faris, 1988; личное сообщение). Многие из применяемых специфических процедур, основываясь на существующем исследовании, могут рассматриваться как способствующие изменениям различных аспектов сознания (такие, как использование трещоток, повторяющиеся напевы или изменение в цикле бодрствования) или интерпретироваться как социальные знаки, которые побуждают пациента выбрать соответствующую манеру поведения (без очевидных признаков изменения модели восприятия).

Тем не менее, исходный миф о Пути койота явно свидетельствует об инспирированном или шаманском происхождении ныне жестко структурированного жреческого обряда и может рассматриваться как отчет о полученном ранее шаманском провидческом опыте (см.:

Winkelman, 2000), где объясняется различие между шаманами и жрецами. В начале одной из версий данной истории говорится о происхождении песнопения из мира снов. Там описывается путешествие индейцев навахо по священным ландшафтам. Исчерпав свою охотничью удачу, мальчик идет по следам койота в надежде, что они приведут его к какой-нибудь добыче. Он приходит к замерзшему водоему и спускается вниз по лестнице туда, куда ведут следы. В этом нижнем мире он получает подробные инструкции относительно того, как надо выполнять обряд Пути койота, а затем сам проходит этот обряд. Затем он обучает данному обряду земных людей, прежде чем вернуться к племени Койота. Как следует из рассказа, этот миф описывает шаманское путешествие в нижний мир, которое длилось 4 года (как и длительные инициации во время «шаманской болезни», распространенные среди сибирских народов, — *Vasilevič*, 1968), и определяет культурный контекст ритуала. Следует заметить, что имя Великого Койота как трикстера и охотника ранее имело гораздо более положительные коннотации, чем в настоящее время.

Болезнь койота возникает у Великого Койота за пределами Востока и передается людям от хищников с Солнца и Луны. К ее основным признакам относятся маниакальный синдром, нарушения в работе нервной системы и водобоязнь, при этом наблюдается такое симптоматическое поведение, как искривленный рот, косоглазие, ослабление зрения, потеря памяти и слабость. Фарис (*Faris*, 1990) доказал важность определения контекста ритуальных практик и уверенности в могуществе практиков местного знания (в противоположность использованию юнгианских или других подходов, чуждых культурным практикам североамериканских индейцев).

Отсутствие формальной индукции не мешает увеличению восприимчивости клиента к внушению и готовности подчиняться этому внушению, поскольку большая часть гипнотических явлений, если не все они, могут быть вызваны без гипнотической индукции (*Kirsch*, 1990; 129). Эта методика также включает полимодальный подход, характерный для песнопений индейцев навахо, а также их повторяемость и мифическое содержание, которые легко расшифровываются клиентами, хорошо разбирающимися в мифологии племени. Сэнднер (*Sandner*, 1979) описал, как визуальные образы изображений на песке и рисунков на теле, произнесение вслух молитв и песен, прикосновение молитвенного жезла и руки шамана, вкус ритуального мускуса и лекарственных трав, а также запах фимиама «сливаются воедино, передавая пациенту силу песнопения» (*Sandner*, 1979: 215). *Hataalii* обычно демонстрирует глубокое понима-

ние театрального эффекта песнопения, но в большинстве случаев избегает проявления ловкости рук, которая используется многими другими целителями для демонстрации своих способностей членам сообщества (Sandner, 1979: 241). В следующих четырех абзацах раскрывается многоаспектность практик гипнотического типа в «Пути койота».

Обряд распутывания. Здесь применяется множество связок (сделанных из перьев и растений), потребляемая в процессе ритуального действия водянистая смесь (приготовленная из зерна и других растений), лекарство для растирания (сделанное из целебных трав). В начале обряда разбрасываются зерна кукурузы, олицетворяющие мир внутри хоган¹. Пациент обходит костер по кругу и садится внутри этого микрокосма, представленного в виде композиции из кукурузных зерен. Песни напоминают о происхождении Пути койота: «Их отдали, их отдали... Он вернул их, он вернул их» (Luckert, 1979: 37). Связка из трав прижимается к телу пациента в нужных местах, а скрепляющие ее нити ослабляются, чтобы расслабить блоки в теле пациента. Затем пациент пьет водянистую смесь, после чего на его тело наносится средство для растирания, а в это время песни рассказывают о шаманской инициации первого последователя Пути койота. Этот обряд, как и все другие, входящие в цикл «Путь койота», завершается ритуалом сжигания перьев.

Обряд поклонения огню. Исполняя песнопение, при помощи деревянных палочек разводят огонь. Затем приготавливаются для сжигания связки из стеблей тростника (в которые добавляют перья птиц, пыльцу и табак). Дым нужен, чтобы «перехитрить» Святых Людей, которые зажигают спрятанную в связке стрелу, причинившую вред пациенту. Пациент относит эти предметы на расстояние приблизительно в полмили во всех направлениях света и складывает их там. В песнопении перечисляются деяния первого шамана, которые он совершал, идя в каждом из этих направлений. Кроме того, связки растений также используются для воздействия на тело пациента. Затем следует обряд потения, а также готовится рвотный напиток (из можжевельника, сосны, ели, морских водорослей, ягод и других растительных компонентов), который выпивается и втирается в тело после потения. Песни помогают отождествить себя с Великим Койотом, после чего ритуал переносится буквально внутрь этого космического существа.

Обряд с корзиной-бубном. Два больших листа юкки связываются вместе, в результате чего получается колотушка, которой стучат по перевернутой вверх дном свадебной корзине. Процесс исцеления

продолжается, о чем свидетельствуют напевы, подобные следующему: «Я восстанавливаю свое сознание в присутствии Солнца. ...Благословение получено, благословение получено». Каждый обрядовый сеанс с корзиной-бубном завершается ритуалом сжигания перьев.

Обряд рисования на песке. Во время этого обряда появляются *yǫ'ii* — боги или святые люди. Рисунки на песке олицетворяют космос в управляемой форме. Картина рассказывает о появлении людей и об истоках Пути койота. Рисунки на песке, изображающие Святых Людей и зерно, представляют собой образ гармонии, в которую погружается пациент, пока *yǫ'ii* воздействуют на него или на нее с помощью лекарств. Таким образом, пациент буквально физически переносится с места неустойчивости и плохого здоровья на место равновесия и исцеления (он сидит в гармоничном космосе рисунков на песке).

Практики гипнотического типа во время пения оказывают воздействие на процесс мышления и целителя *hataalii*, и пациента. Сэнднер (*Sandner, 1979*) заметил, что действия *hataalii* наполняют пациента силой за счет создания «мифической реальности», достижения космического равновесия с помощью танцев и песен, исполняемых переодетыми танцорами в сопровождении бубнов и трещоток, за счет очистительных процедур (например, потение, очищение желудка и кишечника, принятие внутрь настоев и отваров из лекарственных трав, ритуальные купания, сексуальное воздержание) и рисунков на песке. Джозеф Кэмпбелл (*Campbell, 1990*) описал цвета типичных рисунков на песке как цвета, «связанные с каждым из четырех направлений» и центром тьмы — «бездонная темнота, из которой появляются все вещи и в которую они снова возвращаются». Когда в рисунках появляются образы, «они распадаются на пары противоположностей» (*Campbell, 1990: 30*).

По мнению Сэнднера (*Sandner, 1979*), песнопения индейцев навахо применялись для повышения внушаемости и для облегчения переноса внимания за счет повторов и использования культурно-специфических мифических тем (*Sandner, 1979: 245*). Такие действия готовят участников к целительским сеансам. В целительских сеансах могут разыгрываться символы и метафоры, принятые в обрядах очищения или представленные в сухих рисунках. Они создаются из песка, кукурузной муки, древесного угля и цветов и уничтожаются сразу после окончания обряда исцеления. Некоторые рисунки, например, используемые во время ритуала «Путь благословения», создаются из компонентов, не касавшихся земли (это может быть кукурузная мука, цветочные лепестки, древесный уголь).

Топпер (*Topper*, 1987), исследуя *hataalii* племени навахо, обращает внимание на то, что они повышают ожидания своих клиентов, производя впечатление стабильности и компетентности. С политической точки зрения, они являются авторитетными и могущественными фигурами; это увеличивает их символическую ценность как «фигур переноса» (*transference figures*) в психоаналитическом смысле, так как они олицетворяют «почти всезнающий и всемогущий питающий прародительский объект» (*Topper*, 1987: 221). Франк и Франк (*Frank et al.*, 1991) говорят об этом более прямо: «Личные качества, которые предрасполагают пациентов к благоприятному терапевтическому ответу, подобны тем, которые повышают восприимчивость к характерным для неиндустриальных обществ методам исцеления, религиозного возрождения, экспериментальным манипуляциям отношениями и применением плацебо» (*Frank et al.*, 1991: 184).

Практики гипнотического типа усиливают поддержку со стороны семьи и членов сообщества, а также отождествление клиента с фигурами и действиями из культурных мифов навахо, при этом оба аспекта играют заметную роль в предпринимаемой попытке исцеления. Но можно ли говорить о том, что эти процедуры вызывают кардинальное изменение в работе сознания? Сэнднер (*Sandner*, 1979) обнаружил, что его информанты были оскорблены предположением, будто у навахо *hataalii* изменяют их состояние сознания до такой степени, что их ощущение идентичности утрачивается; такое изменение не позволило бы участникам сосредоточиваться на деталях и точно запоминать происходящее, что необходимо для успешного проведения ритуала. (Этот комментарий подтверждает полезность таких менее нагруженных терминов, как «переключение внимания» и «изменение модели восприятия».) Возможно, самооценка коренных жителей отличается от взгляда современных ученых (*Cushman*, 1995; *Kremer*, 2004); очевидно, большая включенность и подвижность (это касается границ повседневной согласованной реальности) в некоторых случаях способны сделать изменения во внимании менее заметными или менее очевидными, так что участнику они кажутся совершенно нормальными (а не странными). Мы оба наблюдали за действиями шамана по имени Раскатистый Гром, который обслуживал племена чероки и шошонов; по всем признакам, он свободно переходил в совершенно разные состояния сознания, отвечая на вопросы во время беседы.

В лучшем случае *hataalii*, как представляется, модифицируют состояния своего внимания и модели восприятия, а не «изменяют»

все свои подсистемы сознания или все сознание в целом. Внимание определяет то, что попадает в поле восприятия. Когда внимание является избирательным, возникает возбужденное внутреннее состояние, которое делает одни стимулы более значимыми, чем другие, вследствие чего они с большей вероятностью привлекут внимание. На роль особенности, которая более характерна для шаманов, чем «шаманское состояние сознания», могло бы претендовать специфическое внимание, которое шаманы обращают на отношения между людьми, на собственное тело и на мир природы — и их готовность делиться полученным знанием с окружающими (Krippner, 2002: 967).

Современные шаманские практики на земле саами

Традиции саами, вероятно, наиболее известны благодаря использованию искусно изготовленных шаманских бубнов. Народ саами, говорящий на нескольких различных языках, проживает на территории скандинавской части финско-скандинавского региона и на Кольском полуострове. Ридвинг (*Rydving*, 1993) издал книгу под названием «Конец эпохи бубнов», в которой рассматриваются религиозные трансформации, произошедшие в конце XVII столетия в связи с массовым обращением в христианство. В то время бубны приходилось прятать, так как они уничтожались или изымались для музейных коллекций. В последние десятилетия бубны снова зазвучали; некоторые ремесленники (например, Ларс Пирак) делают их и продают при условии дальнейшего использования по назначению (а не для показа или хранения в музее).

Шамана называют *noaidi* (тот, кто видит, от *oidnit* — видеть); он/она работает с бубном (*govadas*) — «инструментом, при помощи которого воспринимаются картины» (*govva* — картина) (*Kallio*, 1997). Бубны облегчают перенос внимания *noaidi* и изменение модели восприятия.

Валкипя (*Valkeapää*, 1991) сумел, пожалуй, наиболее точно реконструировать традиционное мировоззрение саами на современном этапе. В нем поэтически прославляется сила солнца, *beaivi*; его книга называется «Солнце, отец мой». Это целительная работа, которая осуществляется посредством возвращения старых снимков, сделанных антропологами и хранящихся в музейных архивах, обратно на землю саами. Это шаманское произведение искусства, в котором традиционные песни *yoik*, звуки природы, поэзия и образы используются для погружения читателя в мир саами. Нильса-Аслака Валкипя знают благодаря его почетному званию *Áilu* или *Áilohaš*, а его способности в области шаманизма нашли свое выражение в многочисленных авторских публикациях и компакт-дисках.

Места жертвоприношений, *sieddit*, играют важную роль в традиционных саамских практиках; на земле саами их можно найти повсюду. Часто это трещины в скалах, где обычно можно увидеть монеты и другие предметы. На рисунке, высеченном на скалах в Йепмалуокта (Залив белков, рядом с Альтой, Норвегия), изображается приношение земле глаза северного оленя (рисунок датируется ок. 4200-3600 гг. до н.э.). Один из самых интересных жертвенных камней можно увидеть в центре спирали. Его название, *Seavccageadgi* (Камень рыбьего жира), обозначает место, где производились и производятся жертвоприношения в благодарность за хороший улов (он располагается в самом северном фьорде — Варангерфьорде, напротив Кольского полуострова). По представлениям саами, у каждого человека есть бессмертный попутчик, *jarrosa*. У шамана, или *poaidi*, есть три «животных-помощника»: *saivoloddi* — птица, которая показывает, куда идти; *saivoquolli* — рыба, которая помогает войти в нижний мир, и *saivosarva* — северный олень, который может сражаться вместо *noaidi* (Kallio, 1997; Siri, 1998). Пирак (*Pirak*, 1996: личное сообщение) рассказал драматическую притчу о шаманской битве, во время которой происходит нескольких шаманских трансформаций, в том числе превращение одного *noaidi* в сильную гагару. В итоге один из шаманов, представших перед судом за шаманство или *noaidivuohhta*, оказывается оправданным: судья признает его действия полезными.

Возрождение шаманских традиций происходит у саами различными способами, в том числе через сны, с шаманскими символами — орлами, солнечными лучами и людьми «с распростертыми крыльями» (Siri, 1998: 34). Наскальные рисунки, изображающие людей с крыльями, были найдены в Скандинавии. В саамских традициях солнце рассматривается как источник света, тепла и изобилия; солнечные лучи создают душу и дух, которые отправляются к Праотцу, посылающему их Праматери, а она дает душе тело. Каллио поясняет: «Первым шаманом была женщина, дочь Солнца и Орла. Сегодня эта женщина живет в дереве, и именно там шаманы получают свое образование» (цит. по: Siri, 1998: 34). На старых бубнах в центре часто бывает изображено солнце; оно воспринимается как ворота или дверь в мир духов (Kallio, 1996, личное сообщение); рядом с ним стоят северные олени. Особое значение шаманы придают белым оленям.

Бубен используется: 1) для предсказания с помощью кольца, кости оленя или кожи лягушки (она в процессе игры перемещается по поверхности бубна и останавливается на тех или иных изображе-

ниях, а затем они интерпретируются; такое применение инструмента показано в фильме «Pathfinder» («Следопыт»), где он необходим для того, чтобы определить, кто должен убить медведя), а также 2) для шаманского путешествия; в нем часто присутствует и пение.

Я многократно был свидетелем шаманских практик *noaidivuohhta* на земле саами, в регионе реки Дитну. Один из таких обрядов проводился в тундре, рядом с озером, в *lavvu*, традиционном саамском чуме (*munnu*). Церемония началась поздно вечером в период «белых ночей», когда солнце стояло низко над горизонтом. Бубен современного типа, который использовала Бирет Марет Каллио, перешел от другого *noaidi*; на рисунках, как и в случае с более древними инструментами, согласно мировоззрению саами, и были изображены «животные-помощники», с которыми у шаманки были особые отношения. В начале нашей беседы было затронуто множество тем, связанных с шаманизмом, в том числе и то, сколько белых оленей встретилось мне во время этой поездки. В центре чума в очаге горели березовые поленья, их специфический запах смешивался с дымом можжевельника (*reatká*). *Sáráhká*, которая является, возможно, самым важным женским духом в повседневной жизни, был предложен кофе. *Sáráhká* обитает в огне и является одной из трех дочерей *Máttáráhkku* (Матери Рода или Матери-Земли).

На старых бубнах в центре часто изображаются духи трех сестер. Перед шаманским путешествием следовало сделать подношение очагу (*árran*). Игра на бубне сопровождалась песнопением, иногда — гармоническим пением и повторяющимся громким призыванием медведя (*guovža*). Сочетание обстановки, выбранного времени, запахов от огня, звуков бубна и пения способствовало глубокому изменению сознания и появлению ярких зрительных образов. В конце сеанса трое участников делились своими переживаниями. Я отметил значительные сдвиги во внимании, причем некоторые из них по своей природе относились к гипнотическому типу.

В отличие от ритуальных песнопений навахо или других обрядов североамериканских индейцев, подобных тем, что проводятся в аборигенной американской церкви, действия саамских *noaidivuohhta* были непринужденными, спонтанными или основанными на вдохновении. В других случаях, когда проводилась работа с группами в *lavvu*, шаманские ритуалы исполнялись с использованием бубна для того, чтобы защитить доисторические памятники, находящиеся под охраной. Эти процедуры представляют собой сложные действия, во время них у людей возникают состояния, которые не соответствуют ни одному из определений гипноза, сформулированных Американской

психологической ассоциацией, и требуют особого, полагающегося им по праву, подхода.

Психофизиология шаманского целительства

Подробное описание психофизиологических аспектов шаманского целительства выходит за рамки данной работы, но я хочу затронуть ряд ключевых моментов. Как уже упоминалось ранее, я предпочитаю термин «интегративные состояния сознания» терминам «измененные состояния сознания», или «транс». Этот термин можно противопоставить состояниям нормативной диссоциации, которые подчеркивают диапазон нашего психофизиологического потенциала, ограниченный рамками независимой личности современной эпохи. Можно сказать, что шаманские практики эффективны в исцелении, потому что они задействуют эволюционно более старые и молодые (или эмоциональные и рациональные) части мозга равно как эмоциональные, когнитивные и социокультурные аспекты человека. Ключевая роль в этом процессе принадлежит образам. Целостные состояния сознания позволяют получить доступ к тем частям нашей личности, которые закрыты нормативной диссоциацией (бессознательные аспекты наших эмоций, привычки и т.д.). Это обычное явление в шаманском ритуале и обряде; той же цели стремятся достичь различные психотерапевтические методики (будь то анализ снов, искусство, гипноз, активные образы и т.д.).

Жилек (*Jilek*, 1982) — один из первых авторов, исследовавших границы между культурой, самосознанием, физиологическими процессами и психологическим страданием. Его книга «Индийское целительство — шаманская обрядовость на тихоокеанском северо-западе» является основополагающей и представляет собой ранний образец интеграции западных подходов с местными верованиями с учетом культурных особенностей. Вслед за Витковером Жилек рассматривает интегративные состояния сознания как профилактику психологического страдания. «Вполне логично ожидать увеличения количества душевнобольных, когда они [состояния транса и одержимости] перестанут существовать в результате изменений в культуре» (*Jilek*, 1982: 30). Он особенно озабочен «проявлениями разрушения культуры и относительной депривации», приводящими к «аномической депрессии» (*Jilek*, (1982: 52). Этот термин относится к:

а) насильственной аккультурации посредством западного образования; б) попыткам отождествления себя с белыми людьми («идентификация с агрессором» в терминах психоанализа) или к стремлению быть принятым белыми людьми; в) субъективному переживанию неприятия и дискриминации — осознание относительной депривации в обществе белых людей; г) неопределенной культурной

идентичности; д) моральной дезориентации, часто сопровождаемой импульсивным поведением; е) чувству вины вследствие отрицания своих индейских корней — формирование депрессивных и психофизиологических симптомов — неэффективность западных методов лечения; ж) болезни духа как диагнозу, который допускает повторную идентификацию с аборигенной культурой посредством инициации через танцы духов («смерть и возрождение»); з) или в случае невозможности инициации под влиянием внешних факторов — к непрерывному формированию симптомов, часто с сопутствующим внутрисемейным конфликтом (*Jilek, 1982: 56*).

Приверженцы обрядовых традиций северо-западного побережья признали необходимость «культурносообразной» терапии для «преодоления патогенного влияния культурного упадка, аномии и относительной депривации среди своего народа» (*Jilek, 1982: 62*).

В исследовании Жилека духовные танцы северо-западного побережья объединяют в себе трудотерапию, групповую психотерапию, катартическую абреакцию, психодраму, прямую поддержку эго и физическую нагрузку как терапевтические составляющие (*Jilek, 1982*). Он отмечает, что социальная изоляция (с длительной ночной бессонницей, настороженностью и монотонностью), двигательная гиперактивность и умственное возбуждение (связанные с постоянным страхом и эмоциональным напряжением, за которыми следуют истощение и усталость), а также многие соматопсихологические факторы (лишение сна, гипогликемия, обезвоживание, гиповентиляция, воздействие экстремальных температур, причинение боли самому себе) являются частью данного процесса.

Жилек приходит к выводу, что «аборигенные и терапевтические процедуры духовных танцевальных обрядов превосходят западные методы, если речь идет об индейской клиентуре, применительно к двум симптомокомплексам: 1) условия плохого здоровья, когда на первое место выходят психоневротические и психофизиологические механизмы (...); 2) антиобщественное и агрессивное поведение, обычно связанное со злоупотреблением алкоголем и наркотиками, и эмоционально или физически разрушительное для себя и для родственников» (*Jilek, 1982: 97*). Инициация понимается им как преодоление «болезни и неправильного поведения, обусловленного воздействием чужой культуры, через возрождение себя в качестве истинного индейца» (*Jilek, 1982: 104*). Ниже я рассматриваю проблемы исцеления от пагубного воздействия чужой культуры более подробно.

После выхода «Индейского целительства» (*Jilek, 1982*) в области физиологии были достигнуты огромные успехи, и многие из полученных

результатов оказываются полезными для понимания шаманских целительских практик. Винкельман (*Winkelman, 2000*) попытался объединить доступные на тот момент результаты исследований: «Шаманские практики позволяют получить необычные переживания и добиться исцеления за счет создания взаимосвязей в системах мозга и психокультурных верований. (...) В шаманских целительских практиках данная интеграция достигается путем физической стимуляции систематических структур мозговых волн, которые активизируют эмоциональные реакции, воспоминания, привязанности, и другие психодинамические процессы в мозгу млекопитающих палеолитической эпохи. Такая активация обеспечивает интеграцию обычно неосознаваемых или подсознательных функций первичной переработки и включения информации в работу лобной коры. Это приводит к объединению имплицитно понимаемых моментов, социоэмоциональных движущих сил, подавляемых воспоминаний, неразрешенных конфликтов, интуитивных прозрений и невербального... знания в осознанное понимание» (*Winkelman, 2000: xii-xiii*).

С учетом целей данной работы этого обширного резюме должно быть достаточно. В нем предлагается многоаспектное понимание того, почему и психотерапия, и шаманские ритуалы являются эффективными средствами исцеления от вредных воздействий.

Литература

Bourguignon et al., 1977 — Bourguignon E. & Evascu T. Altered states of consciousness within a general evolutionary perspective: A holocultural analysis // *Behavior Science Research*, 12. P. 199-216.

Campbell, 1990 — Campbell J. Transformations of myth through time. New York: Harper & Row.

Clottes et al., 1998 — Clottes J. & Lewis-Williams D. The shamans of prehistory: Trance and magic in the painted caves (S. Hawkes, Trans.). New York: Harry N. Abrams. (Original work published 1996.)

Cushman, 1995 — Cushman P. Constructing the self, constructing America. Reading, MA: Addison-Wesley.

Erickson et al., 1976 — Erickson M.H., Rossi E.L., & Rossi S.H. Hypnotic realities: The induction of clinical hypnosis and the indirect forms of suggestion. New York: Irvington.

Faris, 1990 — Faris J.C. The nightway. Albuquerque: University of New Mexico Press.

Ferrer, 2002 — Ferrer J. Revisioning transpersonal psychology. Albany, NY: State University of New York Press.

Flaherty, 1992 — Flaherty G. Shamanism and the eighteenth century. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Frank et al., 1991 — Frank J.D., & Frank J.B. Persuasion and healing (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Gergen, 1985 — Gergen K.J. The social constructionist movement in modern psychology // *American Psychologist*, 40. P. 266-275.

- Kallio*, 1997 — *Kallio B.M.* The one who sees // *ReVision*, 19 (3). P. 37-41.
- Kirsch*, 1990 — *Kirsch I.* Changing expectations: A key to effective psychotherapy. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Kleinman*, 1980 — *Kleinman A.* Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press.
- Kremer*, 2002b — *Kremer J.W.* Trance als multisensuelle Kreativitätstechnik // P. Luckner (Ed.) *Multisensuelles design. Eine anthologie* Halle, Germany: University Press of Burg Giebichenstein — Hochschule für Kunst und Design. S. 591-620.
- Kremer*, 2004 — *Kremer J.W.* Ethnoautobiography as practice of radical presence — Storying the self in participatory visions // *ReVision*, 26 (2). P. 5-13.
- Krippner*, 2002 — *Krippner S.* Conflicting perspectives on shamans and shamanism: Points and counterpoints // *American Psychologist*, 57. P. 960-977.
- Krippner et al.*, 2007 — *Krippner S., Bova, M., & Gray L.* (Eds.). *Healing stories*. Charlottesville, VA: Puente.
- Krippner et al.*, 2007a — *Krippner S., Bova M., Gray L., & Kay A.* (Eds.). *Healing tales*. Charlottesville, VA: Puente.
- Luckert*, 1975 — *Luckert K.* *The Navajo hunter tradition*. Tucson: University of Arizona Press.
- Luckert*, 1979 — *Luckert K.* *Coyoteway*. Tucson: University of Arizona Press.
- Neher*, 1961 — *Neher A.* A physiological explanation of unusual behavior in ceremonies involving drums // *Human Biology*, 34. P. 151-160.
- Reichel-Dolmatoff*, 1971 — *Reichel-Dolmatoff G.* *Amazonian cosmos*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rydving*, 1993 — *Rydving H.* *The end of drum-time*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Sandner*, 1979 — *Sandner D.* *Navaho symbols of healing*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Sansonese*, 1994 — *Sansonese J.N.* *The body of myth: Mythology, shamanic trance, and the sacred geography of the body*. Rochester, VT: Inner Traditions International.
- Siri*, 1998 — *Siri V.* Dreaming with the first shaman (noaidi) // *ReVision*, 21 (1). P. 34-39.
- Tart*, 1975 — *Tart C.* *States of consciousness*. New York: Dutton.
- Topper*, 1987 — *Topper M.D.* The traditional Navajo medicine man: Therapist, counselor, and community leader // *Journal of Psychoanalytic Anthropology*, 10. P. 217-249.
- Valkeaää*, 1991 — *Valkeaää N.-A.* Beavi, áhčážan [The sun, my father]. Guovdageaidnu, Norway: DAT.
- Vasilevič*, 1968 — *Vasilevič G.M.* The acquisition of shamanistic ability among the Evenki (Tungus) // *V. Diyszegi* (Ed.). *Popular beliefs and folklore tradition in Siberia*. Bloomington: Indiana University Press. P. 339-350

Winkelman, 2000 — Winkelman M. Shamanism. Westport, CT: Bergin & Garvey.
Young et al., 1987 — Young R.W., & Morgan W. The Navajo language —
A grammar and colloquial dictionary. Albuquerque: University of New Mexico
Press.

Примечание автора: Эта статья была частично опубликована в другой работе Стэнли Криппнера и Юргена Вернера Кремера «Процедуры гипнотического типа в аборигенном шаманизме». См.: Kremer J.W. Selected Readings in Introductory Psychology. 2008. P. 41-60..

¹ Жилище из бревен и земли у индейцев навахо (*прим. пер.*).

Перевод О.А. Поворознюк

С. Майклсон

ИЗОБРАЗИТЕЛЬНЫЕ ИСКУССТВА И ПРОЦЕСС ИСЦЕЛЕНИЯ

В прошлом фольклор, ритуалы, обряды и изобразительные искусства многих сибирских народов существенным образом влияли на их психоэмоциональное состояние. В данной презентации сделана попытка установить связи между изобразительными искусствами и процессом лечения. Опираясь на концепции шаманизма, трансперсональной психологии и изобразительных искусств, автор выявляет взаимосвязи между изобразительными искусствами, измененными состояниями сознания, а также психоэмоциональным состоянием, здоровьем и самочувствием людей, живущих в современном мире. Эта статья о силе, значимости и магической природе изображений (образов) и процесса их создания, при этом изображения понимаются как источник знания, способный повести по пути творчества и исцеления, если вы не препятствуете этому и позволяете образам направлять вас. Предполагается, что изобразительные искусства могут исцелять и преображать художника и зрителя как на уровне личности, так и в более широком культурном контексте, таким способом, который сближает их с древней традицией шаманизма. На основе этого делается вывод, что создание художественного произведения могло играть важную роль в эволюции человеческого сознания.

Представленные в работе идеи являются результатом:

(1) Моего личного опыта как практикующего художника и лектора в высших учебных заведениях Лондона, где преподаются искусство и дизайн.

(2) Большой практики в области трансперсональной психологии в качестве врача-консультанта и руководителя семинара.

(3) Исследования, проводившегося в Королевском колледже искусств в Лондоне и в Университете Брайтона с 1993 по 2007 годы, которое позволило установить связи между трансперсональной психологией и созданием образов. В центре внимания данного исследования, как экспериментального, так и академического, были специфические особенности женского начала при создании двухмерного изображения.

(4) Некоторого опыта приобщения к шаманизму, приобретенного за время трех визитов в Россию и в Сибирь в 2001, 2003 и 2004 годы.

Я читаю лекции и провожу семинары, основанные на моем исследовании в Англии и за границей, и активно занимаюсь пейзажной живописью в Марокко. Я также делаю книги для художников.

В этой статье я использую слово «исцеление» в значении «достижение целостности». Данный процесс включает в себя:

(1) Заботу о внутренней экологии и поиск путей восстановления равновесия или воссоединения с теми аспектами собственной личности, которые оказались утраченными, разобщенными, оставленными без внимания или искаженными под влиянием личностных или культурных факторов.

(2) Выстраивание взаимосвязей. Поиск способов соединения или воссоединения с универсальным источником для обретения целостности и восстановления гармоничной связи с миром природы.

(3) Катарсис или терапевтическое освобождение от эмоционального напряжения, которое может стать результатом *путешествий по своему внутреннему миру* (Villoldo et al., 1986).

Связь между изобразительными искусствами и процессом исцеления восходит к заре человечества, к нашим первоистокам. Создание художественных произведений издревле было тесно связано с шаманизмом. В своей работе «Сон с открытыми глазами. Дух шаманства в искусстве и культуре двадцатого столетия» Майкл Такер описывает две небольшие фигуры, похожие на шаманов, найденные на стенах доисторических пещер Ласко и Труа Фрер на юго-западе Франции. Предположительно, эти рисунки были созданы 15-20 тысяч лет назад. Он заявляет, что эти фигуры принадлежат к числу «наиболее древних из известных нам изображений шаманов или провидцев древних культур. Несущий ответственность за поддержание здоровья племени, доисторический шаман является праобразом всех мастеров изобразительного искусства. Художник, танцор, барабанщик, актер и певец, целитель и святой, шаман воплощает в себе потребность человека в уста-

новлении связи между мирами — выходе за привычные пределы зримого и погружении в миры духовных странствий и силы» (Tucker, 1992).

Мои собственные мысли и чувства относительно взаимосвязи шаманизма и изобразительных искусств нашли подтверждение, когда я увидела доисторические наскальные рисунки в пещере Пеш-Мерль в Кабрере (Франция) в 2004 году. Меня поразили изображение руки на стене пещеры и чудесные лошади в яблоках, которые словно кружатся в этом пространстве глубоко под землей. Антропологи предположили, что для художника, который создал этот рисунок, важен был не конечный результат в нашем понимании, а процесс создания изображения.

Художник клал руку на стену пещеры, при этом стена воспринималась как экран или мембрана между этим миром и другим. Затем художник наносил красящее вещество на свою руку так, чтобы краска слилась со стеной пещеры, а рука, напитанная дыханием жизни, устанавливала связь с миром духов за стенами пещеры.

Затем художник начинал рисовать рукой и краской, которые получили силу от мира духов. Рука становилась связующим звеном между видимым и невидимым мирами, а пещера, благодаря рисункам, превращалась в священное место, куда люди могли вернуться при желании воссоединиться с миром духов в глубине земли. По всей вероятности эти художники были необычными людьми, которые могли символически или реально спонтанно перемещаться между этим и иным мирами и обладали способностью запечатлеть свои переживания в очень сильных образах (Clottes et al., 2001). Этнологи предположили, что в Неваде (Калифорния) шаманы рисовали свои видения на скалах на следующий день после ритуалов и, вероятно, полагали, что если они этого не сделают, то заболеют и умрут. Место, где они рисовали, наполнялось силой и облегчало следующие *путешествия в мир шаманов*.

В Западной культуре создание художественного произведения стало отделяться от своих основ и истоков и от связи с землей. В процессе эволюции сознания люди выработали два очень разных, но в одинаковой степени важных способа бытия в мире и его восприятия: наша способность ощущать связь и взаимозависимость всего сущего наряду с удивительным умением выделять себя из своего окружения и использовать ум подобно лучу света, который освещает вещи вокруг нас. Одна из главных задач, стоящих перед человечеством сегодня, заключается в преодолении разобщенности, которая возникла в результате этого разделения: разобщенности головы и

сердца, сознания и души, мужского и женского начал. По мере развития способности к абстракции, прежде всего в Западном мире, мы потеряли связь со своими ритмами и корнями. В ходе этого процесса женское начало понесло значительный урон, а образы обесценились в сравнении со словами и рациональным мышлением. В настоящее время мы по большей части утратили связь с этим сакральным измерением, а образы и символы потеряли основу и оказались низведены до сферы торговли в качестве одного из инструментов маркетинга (Slain, 1998). Конечно же, в мире есть места, где этого не произошло.

Однако с конца XVIII столетия в западной культуре началось пробуждение того, что можно назвать *особой восприимчивостью шамана* (Flaherty, 1992), которая пыталась проявиться и обрести форму. В шаманизме мировоззрение отличается тем, что в нем все одухотворено, соотнесено и взаимосвязано. Ритуалы в шаманизме используются для связи с другими измерениями, иными мирами, посредством чего достигается исцеление как отдельных индивидов, так и сообществ. Ныне мир современной науки говорит нам, что мы тождественны тому, что нас окружает. В книге «Сон с открытыми глазами» Майкл Такер повествует о том, как в XX столетии художники взяли на себя роль шаманов древности и поспособствовали сдвигу в сознании, который насущно необходим сегодня. На конференции EURO-TAS (Европейская трансперсональная ассоциация), которая проходила в Москве в 2004 году, Владимир Майков рассказывал, почему трансперсональная психология берет свое начало в шаманизме и каким образом шаманизм воплощает в себе огромный массив практических знаний о том, как следует выстраивать связи между этим миром и миром духов для достижения исцеления. В конце своей книги «Шаманизм и восемнадцатое столетие» Глория Флаэрти предполагает, что возможно настало время того, что она назвала *новой наукой о шаманизме* («шаманологией»).

Юнг утверждал, что все мы несем в себе на некотором глубинном уровне воспоминания о нашем происхождении, которые доступны нам и сегодня. Он писал, что «Ничто из той области, откуда происходит душа, или из того, что является частью души, никогда не теряется. Чтобы жить полной жизнью, мы должны добраться до самых глубинных уровней души, из которых развилось присущее нам ныне сознание» (Jung, 1961)

Как художнику, работающему в XXI столетии, мне всегда хотелось создавать художественные произведения, тем или иным образом связанные с глубинными смыслами. Я также всегда чувствовал

ла, что мои руки являются источником волшебства. Особый интерес для меня представляют сила, значимость и волшебная природа изображений и их создания. В каждом из нас скрывается творец образов, который очень часто оказывается совершенно забытым, и нам необходимо учиться или вспоминать, как можно использовать эту часть нас наряду со здравым рассудком. Образы говорят о том, что невозможно выразить какими-либо иными средствами. *Фиксация* и творческая работа с доступными для зрительного восприятия образами, которые являют нам себя и реализуются посредством нас, могут предполагать исследование широкого спектра средств и материалов, а также слияние в едином танце всех составляющих нашей личности — мышления, чувств, ощущений, интуиции — которые образуют подвижное и постоянно изменяющееся целое.

Я знаю, что исцеление в смысле «обретения целостности» достигается посредством моего творчества; про себя я могу сказать с определенностью, возможно и на других оно действует так же. Когда я рисую на природе в «том» мире, то уделяю время поиску волшебного места для работы — возможно, это место силы — и чувствую связь между мной, этим местом и еще чем-то вне меня. Картина обретает самостоятельность, и тогда кажется, что она пишет себя сама. Я чувствую необычайную полноту и насыщенность жизни. Я никогда не знаю, что произойдет в следующий момент, и не ведаю, смогу ли я когда-либо это повторить. Кроме того, я в полной мере оценила удобство работы в больших альбомах. В эти альбомы попадает все: слова, образы, мысли, чувства, мечты, открытки и газетные вырезки, а также рисунки и картины. Это помогает мне увидеть смысл моего собственного пути в жизни, проникнуть в суть значимых тем и образов, которые являют себя, выходя на поверхность, ощутить происходящий во мне процесс, настолько же важный, как и любой конечный продукт. Альбомы также хранят записи о борьбе, которая всегда происходит в моем сознании между словами и образами.

Я очень явственно ощущаю, что когда я погружена в творческую работу, то пребываю в своеобразном измененном или возвышенном состоянии сознания, которое очень походит на шаманское, встречающееся в их практике. Однако это не то же самое, потому что шаманы входят в транс, тогда как данное состояние характеризуется глубокой сосредоточенностью, интуитивностью и созерцательностью. Я ощущаю связь с некоторым священным пространством внутри себя, которое в обычном состоянии мне неизвестно, так как, по-видимому, оно блокируется повседневной рутинной и насущными потребностями. Были высказаны предположения, что мои пережи-

вания ближе к опыту традиционного рассказчика, у которого открывается некая дверь, и начинают возникать образы — может быть, это голос Вселенной. История рассказывается сама собой; песня поется сама по себе; рисунок сам воплощается на бумаге. Возможно, то, что происходит со мной, можно обозначить как проявление во мне *особой шаманской восприимчивости*.

Существует и некая связь между моим художественным творчеством и теми *путешествиями во внутренний мир*, которые я совершила по методу трансперсональной психологии. Свой первый опыт в ней я получила под началом Барбары Соммерс и Яна Гордона-Брауна, которые были пионерами трансперсональной психологии в Англии. Их семинары и учебный курс были необычайно поэтичными и творческими — насыщенная смесь теории и практики исследования внутренних миров. Они использовали визуализацию, управляемые образы, активное воображение и работу со сновидениями, чтобы показать нам вселенную внутри нас. Во время этих путешествий мы лежали на полу с закрытыми глазами. Путем релаксации и медитации мы входили в особое возвышенное или измененное состояние сознания, находящееся где-то на грани между сном и бодрствованием, при этом мы снова получали доступ к некоторой части нашей личности, которая обычно скрыта от нас. Мы учились применять технику «якорения» и творчески работать при помощи рисования, техники коллажа и целого ряда различных средств и материалов с образами и символами, которые выходили на поверхность в процессе этих погружений в глубины собственной личности. Опыт в области рисования не имел значения, но результаты получались очень необычными и вдохновляющими. Часто работа сопровождалась катарсисом, возникавшим вследствие выхода эмоционального напряжения. Мы учились принимать самостоятельную жизнь образов, общаться с ними и узнавать, чего они хотят. Такая работа обладает колоссальным воздействием и должна проводиться только под руководством очень опытного практикующего специалиста.

Как художник, потративший много времени на исследование внутренних миров, я заметила, что мне редко удается создать художественное произведение на основе заданной последовательности образов, которая выстраивается вокруг сюжетной линии, выбранной руководителем семинара или психотерапевтом. Активное воображение гораздо ближе к спонтанному творчеству художника. В данном подходе путешествие начинается с самостоятельно выбранного образа, который задает дальнейшее направление. Именно этим занимаются художники, работая в альбомах, сосредоточиваясь на более формальных аспектах создания художественного произведения, отыски-

вая вариации некоторой темы, позволяя средствам и материалам увлечь себя в путешествие. Мне удалось выяснить, что путешествия в свой внутренний мир стимулируют художественное творчество, которое позже находит выражение сообразно собственной внутренней логике, и что смыслы раскрываются в свое время без необходимости обращения к сознательным интерпретациям.

Шаманизм, трансперсональная психология и изобразительные искусства — все они позволяют нам теми или иными способами входить в необычные состояния сознания, открывая доступ к образам и символам, которые вполне могут происходить из одного источника. Когда в Москве в 2001 году я слушала рассказ одного шамана о его путешествии, то используемый им язык и сам способ представления собственных переживаний в значительной мере походили на описания путешествий во внутренний мир в контексте трансперсональной психологии. В 2003 году у меня появилась возможность спросить того же шамана о различиях между шаманским путешествием и образным путешествием в контексте психологии. Он предположил, что первое является внетелесным переживанием, тогда как второе определяется содержанием личности. В 2004 году мне удалось побывать на двух семинарах в Москве, которые проводили шаманы. Оба семинара включали в себя упражнения по работе с образами, очень похожие на опыт исследования внутреннего пространства, полученный мной в контексте трансперсональной психологии.

Мирча Элиаде сказал: «Каждый человек даже неосознанно стремится к центру, где он может обрести целостную реальность или святость, и современный человек вполне способен пробудить содержащуюся в нем самую бесценную сокровищницу образов с тем, чтобы созерцать их и понимать их значение». Далее он определяет «человека без воображения» как «оторванного от глубинной реальности жизни и от собственной души» (*Eliade, 1991*).

Теперь мне хотелось бы немного подробнее рассказать о собственной работе. В начале моего исследования работа над проектом шла с большим трудом. Но как только я стала работать с образами в альбоме, исследование сдвинулось с мертвой точки и увлекло меня в необычайное многогранное путешествие — путешествие, которое было одновременно точным, метафорическим, метафизическим, интеллектуальным, творческим, эмоционально-личностным и связало воедино психологию, духовный опыт и изобразительные искусства. Это было подобно полету на ковче-самолете.

Я обнаружила, что образы обладают большой силой и значительным магическим потенциалом. Они подобны ртути и способны увлечь вас в чудесное путешествие, дарующее радость творчества и

исцеление, если у вас хватит смелости последовать за ними и позволить им направлять вас. Они могут рассказать вам все, что вы хотите знать, задолго до того, как идеи выкристаллизуются в виде слов. Места и ситуации, на которые мы так сильно реагируем в «том» мире, часто являются отражением внутренних ландшафтов — возможно, это одно и то же.

Образы характеризуются подвижностью, текучестью, изменчивостью. Путешествие в измерениях внутренней вселенной может вывести нас из нашего внутреннего мира в мир иной, который, в свою очередь, возвращает нас обратно во внутреннее пространство. По ходу работы я осознала, что некоторые из моих образов несут в себе тайные смыслы, которые были скрыты от меня в момент их сотворения, но понимание этого пришло лишь в ретроспективе.

Я установила связи между трансперсональной психологией, женским началом, шаманством и изобразительными искусствами. Мне открылось существование выходящей за рамки обыденного воображения образной вселенной, которая связана с миром духов или того, что находится «там», и являет себя нам, обретая с помощью нас форму образов.

В статье под названием «Присутствие иных миров в психотерапии и целительстве» Роджер Вулгер (*Woolger, 2001*) пишет о том, каким образом Юнг разработал метод активного воображения как способ установления связи с образом или с существующими в коллективном бессознательном духовными формами, которые он назвал архетипами. Затем он обсуждает работу Генри Корбина, великого ученого, исследовавшего суфизм, который проводит различие между *воображаемым* (*imaginary*) и *образным* (*imaginal*). Корбин определял первое как фантазии, которые мы создаем при помощи нашего здравого рассудка, тогда как образное является продуктом более высокой реальности духовного воображения. Когда мы научимся соединяться с этим необычайно мощным видом осознания, то сможем перемещаться между различными реальностями и открывать для себя миры, где мы получим доступ к универсальному источнику исцеления. Образный мир известен в различных духовных традициях под разными названиями. Эта инстанция представляет собой творческое воображение, *образную энергию*, посредством которой дух проявляет себя через нас. Корбин говорит, что мир, где обитают эти чистые формы, является «совершенно реальным миром, сохраняющим все богатство и разнообразие чувственного мира, но в *духовном состоянии*». Его работа раскрывает суть визионерских, или мистических путешествий. Становится ясно, что эти путешествия тождественны шаманским путешествиям в верхние или нижние миры.

Образная вселенная — это сакральное пространство. Когда мы заняты подлинным творчеством и полностью поглощены созданием произведения искусства, мы переносимся в это пространство. Часто художественное произведение обретает самостоятельность, и тогда возникает ощущение, что оно создается само по себе. Мы перемещаемся из мирского времени в сакральное. В этом состоянии мы можем быть самими собой в наибольшей степени, а также способны устанавливать связь с другими реальностями. Ритуалы могут существенно облегчить переход в это измерение. Когда я занимаюсь художественным творчеством на природе, то достаточно много времени уделяю поиску подходящего для работы места — места, у которого есть сердце. Прежде чем взяться за работу, я отдаю дань уважения месту и материалам. Я прошу духов этого места о помощи. Я прошу содействия у своего внутреннего «я». Иногда мой муж Али делает букет из местных цветов, и мы оставляем его в качестве приношения духам по завершении работы над картиной.

Процесс создания образа работает внутри нас не просто как терапевтическое средство, но как процесс самой жизни, разворачивающейся перед нами и повествующей нам о себе и о нас самих. Руки являются связующим звеном между видимым и невидимым, точно так же, как руки на стенах пещеры Пеш-Мерль и в доисторическом храме богини в городе Чатал-Хююк в Турции — исцеляющие руки, которые поддерживают связь, создавая образы жизни, проходящие через нас. Мы — часть огромной многомерной сети, которая постоянно изменяется, развивается и дышит. Мы не просто часть того, что Юнг назвал коллективным бессознательным, но нечто гораздо более глубокое и значимое. Мы — это осознающая себя вселенная. Мы сделаны из морской воды и космической пыли. Мы — часть жизни, разворачивающейся на этой планете, и, как сказал индейский вождь Сиэтл в своем обращении к президенту Соединенных Штатов Америки в 1854 году: «Все связано». Одним из лучших способов исследовать, выразить и прочувствовать эту связь с нашими внутренними мирами, друг с другом и миром вокруг и вне нас является использование метафоры, языка искусств.

Проходящие через нас образы способны исцелять и преображать того, кто их создает. Кроме того, они также могут оказывать целительное воздействие на людей, которые созерцают их и позволяют им раскрыть свою волшебную суть. Путем создания художественного произведения можно обрести связь с сакральным естественным и современным способом и в то же время исцелить некоторые нарушения и диссонансы, которые являются источником многих психоэмоциональных проблем в

современном мире¹. В завершение мне бы хотелось сказать, что важнее всего то, как именно вы реализуете эти идеи на практике.

Литература

Baring et al., 1993 — *Baring A. and Cashford J.* The Myth of the Goddess. Evolution of an Image. Arkana: Viking.

Clottes et al., 2001 — *Clottes J. and Lewis-Williams S.* Les Chamanes de la Préhistoire. Transe et Magie dans les Grottes Ornées. La Main des Roches.

Eliade, 1991 — *Eliade M.* Images and Symbols. Studies in Religious Symbolism. Princeton: Princeton University Press.

Flaherty, 1992 — *Flaherty G.* Shamanism and the Eighteenth Century. Princeton: Princeton University Press.

Gordon-Brown, 2008 — *Gordon-Brown Somers.* The Raincloud of Knowable Things. A Practical Guide to Transpersonal Psychology. Archive Publishing.

Hillman, 1987 — *Hillman J.* The Thought of the Heart (Eranos Lectures 2). Dallas: Spring Publications Inc.

Hillman, 1983 — *Hillman J.* Healing Fiction. Putnam: Spring Publications Inc.

Jung, 1961 — *Jung J.C.* Modern Man in Search of a Soul. Routledge Kegan and Paul Ltd.

Jung, 1964 — *Jung J.C.* Man and his Symbols. Arkana: Aldus Books.

Slain, 1998 — *Slain L.* The Alphabet versus the Goddess. The Conflict Between Word and Image. Arkana: Penguin

Tucker, 1992 — *Tucker M.* Dreaming with Open Eyes. The Shamanic Spirit in Twentieth Century Art and Culture. San Francisco: Aquarian/Harper

Villaldo et al., 1986 — *Villaldo D. and Krippner S.* Healing States. A Journey into the World of Spiritual Healing and Shamanism. New York: A Fireside Book/Simon and Schuster inc.

Woolger, 2001 — *Woolger R.* The Presence of Other Worlds in Psychotherapy and Healing // Essay in Thinking Beyond the Brain. A Wider Science of Consciousness. Floris Books.

Weiss, 1995 — *Weiss P.* Kandinsky and Old Russia. The Artist as Ethnographer and Shaman. New Haven and London: Yale University Press.

¹ Автор планировала показать некоторые произведения изобразительного искусства, имеющие отношение к её выступлению. Не имея возможности воспроизвести эти образцы, мы сохраняем комментарии С. Майклсон к ним:

(1) В недавно проведенном исследовании жизни и деятельности русского художника Кандинского (именуемого «отцом современного искусства») высказывается предположение, согласно которому в его творчестве прослеживается значительное влияние шаманизма. В его художественных произведениях на протяжении всей жизни обретали форму впечатления, полученные им ранее от шаманизма, так как изначально он был этнографом (*Weiss*, 1995).

(2) Фотографии и фильмы американского абстрактного экспрессиониста Джексона Поллока свидетельствуют о ритуалистическом подходе в его картинах, которые, как представляется, появились на свет во многом благодаря танцу.

(3) Цветные картины Марка Ротко представляют собой эмоциональные состояния в чистом виде. Они подобны цветным завесам, пройдя через которые вы окажетесь в другом мире.

Под номерами 4, 5 и 6 представлены работы трех художниц, которые трансформировали в творческом процессе сильнейшие страдания.

(4) Фрида Кало была мексиканской художницей. Вследствие ужасной аварии, произошедшей, когда ей было 18, она на всю жизнь осталась инвалидом и испытывала сильные боли, однако ей удалось преобразовать эти переживания в необычайно яркие художественные произведения.

(5) Шарлотта Саломма, немецкая еврейка, умерла в Аушвице в возрасте 26 лет. Все женщины в ее семье совершили самоубийства, и сама она намеривалась покончить с собой. Вместо этого она трансформировала свои душевные страдания в искусство.

(6) Ники де Сен-Фаль была наполовину французской, наполовину американкой. Она начала рисовать во время психоэмоционального кризиса, который случился, когда ей было немногим больше двадцати. Она говорила, что живопись исцелила ее. Описывая сад Таро, созданный ею в Италии, она сказала, что он «для всех женщин, которым на протяжении многих столетий запрещалось творить, а если они все же осмеливались нарушить этот запрет, их сжигали как ведьм или запирали в сумасшедших домах. Этот сад — дань уважения к ним и к утраченной древней мудрости».

(7) Работы молодого современного венгерского фотографа Андреа Баторфи, для которого творческий процесс — это магическая деятельность, посредством которой находят выражение формы из иной реальности.

(8) Примеры так называемого искусства аутсайдеров (outsider art) — произведения, созданные людьми, не имеющими формального художественного образования.

(9) Картины из коллекции Принцхорна — произведения изобразительного искусства, которые были единственной отдушиной для людей, содержащихся в психиатрической клинике в Швейцарии в начале XX века.

(10) Ковры, вытканые берберскими женщинами в высокогорных районах Атласских гор (Марокко). Они изготовлены из природных материалов и тесно связаны с землей. Они несут в себе массу целительных символов.

(11) Образцы моего собственного творчества на тему, которую я назвала «Волшебный сад».

(12) Художественные работы детей из Ирландии в рамках Пушкинского проекта, который проводился в ирландских школах в течение последних двенадцати одного года. Этот проект, связанный также со школами в Санкт-Петербурге, изначально предполагал проведение конкурса писательского мастерства в ирландских школах. Позднее проект был расширен за счет включения произведений изобразительного искусства. В настоящее время, помимо школьников, в данном проекте могут принимать участие взрослые и коммерческие организации. Он сыграл важную роль в миротворческом процессе в Ирландии, а также оказал существенное влияние на всех тех, кто принимал в нем участие.

Перевод О.А. Поворознюк

Х.Б.Д. Зодер

**ШАМАНИЗМ БЕЗ ШАМАНА:
ИССЛЕДОВАНИЕ ИЗМЕНЕННЫХ СОСТОЯНИЙ СОЗНАНИЯ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ПСИХОТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ**

Введение

Как часто обычный человек говорит об обычной действительности в обычном состоянии сознания. Трудности возникают, когда человек хочет описать необычную действительность — такую, как мир шамана, воспринимаемую в измененном состоянии сознания.

Однако, научившись управлять процессом изменения состояния своего собственного сознания, обычный человек может открыть суще-

ствование мира шаманов, он может исследовать его, осознавать его присутствие и включить его в свое собственное мировосприятие, и с этого момента его обычная действительность расширит свои границы.

Суть проблемы

К сожалению, обычный человек склонен считать абсолютно невозможным и потому вызванным галлюцинациями все то, что не вписывается в рамки повседневной действительности. Его ошибка заключается в том, что он отрицает существование другой реальности, исходя лишь из данных своего обычного состояния сознания. Он уходит от мысли об изучении того, что, согласно его ограниченным критериям, не существует. Скептическое отношение к существованию необычной реальности большинством людей считается вполне нормальным.

Однако на самом деле, противопоставление между обычной и необычной реальностью отсутствует. Их кажущиеся различия являются, в основном, результатом культурных и интеллектуальных особенностей мировоззрения и нашего опыта, ограниченного рамками обычного состояния сознания.

Как считает антрополог Майкл Харнер, наша точка зрения напрямую зависит от нашей точки отсчета: «...практика шаманизма позволяет совершить переход из обычного состояния сознания (ОСС) в шаманское состояние сознания (ШСС). Различие между этими двумя состояниями сознания может быть проиллюстрировано на примере сравнения с животными. Драконы, грифоны и другие животные будут считаться “мифическими” в ОСС и “настоящими” в ШСС. Мысль о том, что эти животные — “мифические”, является значимым и полезным утверждением в обычной жизни в ОСС, но лишним и бесполезным в шаманской практике в ШСС. Человек, находящийся в ОСС, может говорить о воображении и видениях, отражающих его опыт в ОСС. Напротив, человек в ШСС может понимать опыт, полученный в ОСС, как иллюстрацию к тому, что происходит в ШСС. Обе точки зрения правильны до тех пор, пока существование рассматривается в аспекте соответствующих им состояний сознания» (Harner, 1968). Решением проблемы могло бы стать посвящение большого числа людей в шаманы, или, по крайней мере, получение возможности быстрого установления контакта с миром шаманов.

Решение проблемы

Технические ресурсы и методология, вписывающиеся в узкие рамки обычной реальности, позволяют достичь изменение сознания, необходимое для получения доступа к миру шаманов. У каждого человека

появляется возможность изучения этого мира быстрыми и легкими способами. Данная психотехнологическая система позволяет получить практический опыт, ведущий к осознанию существования необычной реальности. Это также подразумевает расширение обычной реальности с помощью информации, полученной в шаманском мире.

Данная система, не оспаривающая важной роли традиционных практик и ритуалов, проверенных тысячелетней историей, развивает способности человека и может быть освоена каждым. Концепция использования технических средств для получения практического опыта без каких-либо усилий за один непродолжительный сеанс развеяла скептицизм. Она позволяет каждому без каких-либо ограничений лично приобщиться к миру шаманов, а также может пробудить интерес к традиционным учениям.

Эксперимент

Чтобы проверить правоту этой концепции, мы представим результаты эксперимента, общения с шаманским миром, который проводился с 1-го по 20-е февраля 2009 года; в нем участвовали 30 человек, всего было проведено 96 сеансов. Анализ полученных в результате проведенного эксперимента описаний показывает полное совпадение их с описаниями традиционных шаманских камланий, а статистика подчеркивает достаточно большой процент успеха.

Целью эксперимента было погружение человека в шаманский транс исключительно при помощи технических средств. Во время такого транса можно войти в контакт с сущностями, в шаманской традиции называемыми «духами». В конце эксперимента собранная информация сопоставляется с данными, известными из традиционной культуры. Считается, что, чтобы легче проявить себя, сущности принимают вид животных, широко известных как духи силы.

Используемая технология

Используемая технология включает всего лишь камеру сенсорной защиты (изоляция) и прибор акустической сенсорной стимуляции, который позволяет прослушивать звукозаписи (Soder, 2003). Камера сенсорной изоляции представляет собой кресло для релаксации, оборудованное мультимедийными устройствами (модель MEDIRELAX relaxOne, 2008) со встроенной аудиосистемой DENON RCD-M37, 2x 30 W и динамиками FOCAL polyglass 165 CVX, 60-20'000 Гц, 93 дБ. Находясь в кресле для релаксации в состоянии глубокой расслабленности участник эксперимента слушает аудиозапись на компьютерном диске, подобранную специально для этого эксперимента. В записи удары бубна перекликаются с типичной ша-

манской песней. Бубен вводит в транс и поддерживает это состояние, а песня позволяет сориентировать испытуемого на культурную традицию сибирских ненцев.

Общая продолжительность звучания записи — 15 минут. Ритм бубна остается постоянным и составляет в среднем 260 ударов в минуту или 4,3 герца. Он ускоряется за 90 сек. до завершения сеанса, служа сигналом к возвращению в обычное состояние. Громкость в динамиках, установленных рядом с ухом, регулируется на уровне 74 +/- 1 дБ. Песня звучит с 45 секунды, затем повторяется и постепенно затихает до неразличимого уровня 70 дБ. Начиная с четвертой минуты, песня циклически повторяется на одном уровне громкости вплоть до сигнала об окончании сеанса.

Сеансы

В рамках эксперимента каждый человек участвовал в трех сеансах продолжительностью по 15 минут. В конце любого сеанса участник эксперимента описывал свой опыт в анкете и/или в виде произвольных набросков. После следующего запуска диска начинается второй сеанс, а затем третий.

Участники старались принимать наиболее комфортные для них позы в кресле для релаксации. При этом под головой у них находилась подушка, а ноги не были скрещены. Предплечья и руки свободно лежали на подлокотниках кресла, что позволяет тактильно воспринимать звуковую вибрацию. Локти слегка отведены назад, способствуя распрямлению грудной клетки и расслаблению мышц живота. Глаза закрыты, мышцы лица расслаблены. Перед началом каждого сеанса, уже находясь в кресле, каждый участник должен про себя или мысленно кратко, но твердо выразить свое намерение встретиться с животным силы. Затем он, в ожидании появления сущности, расслабляется, следуя за звуком и давая волю своему воображению.

Испытуемым рекомендуется сохранять созерцательный настрой, не пытаясь как-то сосредоточиться, но просто не утрачивать восприимчивость и внимательность к информации, появляющейся в поле сознания. Эта информация проявляется в различных формах, воспринимаемых зрительно, на слух или мысленно. Формы могут быть очень сложными и упорядоченными, как картина из сна. Возможно появление нескольких различных сущностей во время одного сеанса, как и то, что образы, полученные в предыдущем сеансе, раскроются во время последующего.

Участники

В данном эксперименте участвовало 30 добровольцев: 11 женщин и 19 мужчин в возрасте от 22 до 57 лет, представители среднего класса с высоким уровнем образования. Из них 18 были выходцами из Европы, 1 - из Азии и 1 с Ближнего Востока. Лишь трое из них имело какое-либо представление о шаманской традиции до эксперимента. Все эти люди добровольно согласились принять участие в эксперименте: их основной мотивацией было любопытство и стремление узнать, «выйдет ли что-нибудь из этого».

Результаты

Было отобрано восемь вариантов проявления духов; ниже представлены результаты, полученные из материалов 96 сеансов, которые посетило 30 участников, в т.ч. люди, посетившие большее или меньшее (по сравнению с тремя) количество сеансов.

1. Полное отсутствие каких-либо проявлений: 25

Сюда относятся 3 человека, не видевших ничего во время трех сеансов, на которых они побывали.

2. Появление животных: 114

16 орлов = 14%; 10 лошадей = 8.7%; 7 медведей = 6.1%; 6 волков = 5.3%; 5 тигров = 4.4 %; 5 змей = 4.4%; 5 оленей = 4.4%; 4 льва = 3.5%; 4 собаки = 3.5%; 4 кошки = 3.5%; 3 дельфина = 2.6 %; 3 кролика = 2.6%; 3 летучих мыши = 2.6%; 3 мифических животных = 2.6%; 18 птиц различных видов = 15.8%; 18 других животных = 15.8%. В целом преобладают летающие животные: 37 = 32.5%.

3. Превращение в животных: 8

6 превращений в орлов, одно — в волка, одно — в дельфина.

4. Ощущение полета: 17

После превращения в птицу, полет на крыльях птицы и взлет в когтях у птицы.

5. Восприятие прохождения по тоннелям и трубам: 8

Поднятие вверх в небо или погружение вниз в землю.

6. Ощущение прохождения сквозь проходы, отверстия, дыры: 6
Все они открывали манящие виды.

7. Ощущение вращения в воронке или совершения круговых движений: 9

Возникновение чувства засасывания.

8. Видения, в которых объекты находились в кругу: 9

Лица, сидящие вокруг костра; хороводы; животные, окружающие наблюдателя.

Из 30 участников 90% добились превосходных результатов. Во время 87 успешных сеансов эти 27 человек пережили не только 114 (131%) случаев появления животных различных видов, большинство из которых имеет выраженное символическое и мифологическое значение, но и 57 (65.5%) видов ощущений, характерных для шаманского мировоззрения, что особенно касается превращений в животных (9.2%) и ощущения полета (19.5%).

Цитаты из описаний:

3.2. «Я вижу костер в палатке. Индейцы уселись вокруг него. В огне я вижу очертания пеликана... Медвежьи лапы разрывают ткань палатки, и сквозь дыру проглядывает раскинувшаяся поверхность земли, покрытой льдом, с медведем и эскимосами».

3.3. «Я вижу огонь. В языках его пламени стоит пеликан. Он с меня ростом. Я хватаюсь за его лапу. Мы отрываемся от земли и вскоре приземляемся посреди большого леса. Мы перестаем лететь на Север и снова приземляемся, но в этот раз посреди арктического ландшафта».

4.2. «...Я также вижу костер, горящий в палатке, который окружают музыканты».

6.3. «...Я начинаю превращаться в птицу, мое тело покрывается перьями, я беспокоюсь, но у меня вырастают крылья, они начинают порхать, и я взлетаю в небо. Я превратился в орла. Я летаю и надзираю за местностью, у меня зрение, как у орла».

IX. «Справа от меня летит коричневая птица, она очень близко, и я вижу ее голову и туловище; это хищник. Вдруг я оказываюсь летящим над широкой долиной, где в отдалении протекает река. Я вижу низкие горы, скорее, холмы, покрытые низкорослой травой. Эта местность необитаема. Я приобрел зрение этой птицы, и смотрю ее глазами».

25. «Появляется орел, это белоголовый орлан. Он смотрит на меня, и я чувствую, что должен попасть в его поле зрения. Я оказываюсь в полете, пара над лесом».

11.1. «Я лежу на земле ночью посреди расчищенного участка земли. Вокруг меня, на некотором расстоянии, неподвижно сидят люди».

11.1. «Справа ко мне приближается, пролетая надо мной сверху, белоголовый орлан. Он подлетает ко мне, и я вижу, как его глаза смотрят на меня. Он зовет меня с собой. Я смотрю на мир его

глазами. Я лечу, я слышу свист ветра и свободно парю, купаясь в дневном свете».

14.3. «...На мое правое плечо сел второй орел; обе птицы взлетают, и я лечу с ними в небо, находясь в их когтях. Они относят меня к очень скалистой горе, основание которой покрыто растительностью и изрезано водопадами».

16.2. «Я стою посреди большой равнины, покрытой снегом. Справа подлетает огромный орел. Он такой большой, что я мог бы оседлать его. Я поднимаюсь в воздух, сидя у него за спиной и лечу над большими равнинами».

20.1. «Я чувствую вибрацию воздуха; очень жарко. Я хочу быть пантерой, но на ее место приходит орел, и я превратился в него, я нахожусь на его месте и летаю над высокими утесами».

24.3. «Я выхожу их трубки, похожей на большой завиток волны. Я вижу верхушку дерева. Я нахожусь в большом лесу у реки. Я превратился в волка. Я чувствую кончики своих ушей. Я начинаю царапать землю и вижу перед собой свои лапы. Я иду сквозь лес. Я вижу высокую скалу и хочу забраться на нее, но в это время из меня выходит волк, и я вижу, как он взбирается на скалу. Он возвращается, и я снова превращаюсь в него. Я возвращаюсь к реке и подхожу к ней. Она ярко синего цвета».

Сопоставление описаний

Нижеследующие цитаты свидетельствуют о сходстве между результатами данного эксперимента и наблюдениями, полученными во время традиционных шаманских сеансов, сравним:

Инициация индейца сиу Лейма Ди́ра: «Я был один на вершине холма. Наступала ночь... Я слышал голос, который хотел что-то сказать мне. Это был крик птицы... В то же мгновение я ощутил, как меня поднимают в воздух к птицам. Я мог смотреть вниз на звезды и на луну слева от себя» (*Lame Deer et al.*, 1972).

Индеец виннебаго на встрече последователей культа мескаля¹: «...Сначала я ничего не чувствовал. Я смотрел на кактус, когда, планируя на распростертых крыльях, появился орел. Птица пристально смотрела на меня...» (*Radin*, 1920).

Участник исследований Фелиситаса Д. Гудмана о религиозном трансе: «Было темно, и я испытал ощущение, напоминающее засасывание, в области лба. Неожиданно мой лоб превратился в голову черной птицы. Я воспользовался случаем и долго летал над окружающей местностью. В итоге я сел на дерево. Вокруг него танцевали индейцы. Я наблюдал за ними...» (*Doore*, 1988).

Первый опыт шаманского путешествия начинающего шамана: «...Меня приветствовал серый волк... Я крепко ухватился за его хвост, и мы вошли в пещеру, а потом пошли по длинному извилистому ходу. Мы вышли из него на склоне холма, с которого открывался вид на широкую равнину. Было поздно, почти наступила ночь. Внизу под нами были видны отсветы огня, вокруг которого танцевали люди» (*Stevens et al.*, 1988).

Заключение

Эксперимент продемонстрировал эффективность сравнительно простой психотехнологической системы, позволяющей проникнуть в мир шаманов. С первых сеансов с помощью этой системы можно установить контакт и взаимодействие с духами с целью получения доступа к новым источникам опыта и информации.

«Многие духи-помощники являются животными, у которых есть не только душа, но и ценные качества, отсутствующие у человека. Дух-помощник подводит к проведению первого эксперимента, а затем вдохновляет на его продолжение и сопровождает шамана на протяжении всего эксперимента... Зачастую идентичность шамана причудливо переплетается с идентичностью духа-помощника. Получение поддержки и использование животного как средства передвижения являются способами перенимания его качеств, при которых складывается образ мышления и мироощущения, подобный тому, что присущ данному животному. Эти качества еще не принадлежат шаману, но ему необходимо сделать лишь один шаг — перенять качества животного, чтобы превратиться в него» (*Vitebsky*, 1995).

В настоящее время у человека появилась возможность сделать этот шаг вперед, прибегнув к помощи простого технического приспособления, находящегося в полной гармонии с шаманской традицией.

Литература

- Doore*, 1988 — *Doore J.* Shaman's path. Boston: Shambhala.
Harner, 1968 — *Harner M. J.* Shamanism. New York: Oxford University Press.
Lame Deer et. al., 1972 — *Lame Deer J. F. & Erdoes R.* Lame Deer seeker of vision. New York: Simon & Shuster.
Radin, 1920/1963 — *Radin P.* The autobiography of a Winnebago Indian. New York: Dover Publications.
Soder, 2003 — *Soder H.B.J.* RelaxOne // www.medirelax.com
Stevens et al., 1988 — *Stevens J. & Sedletzky L.* Secrets of Shamanism. New York: Harper Collins.

Vitebsky, 1995 — *Vitebsky P.* The Shaman, voyages of the soul from the Arctic to the Amazon. London: Duncan Baird.

¹ *Мескаль* — кактус, растущий на севере Мексики и на юге Техаса, из которого получают наркотическое вещество мескалин, широко использующееся в религиозных практиках американских индейцев (*прим. пер.*).

Перевод О.А. Поворознюк

В.И. Харитонова

**СОВРЕМЕННЫЕ ШАМАНЫ:
ТВОРЧЕСКИЙ ОКСЮМОРОН ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?**

Волна так называемого «возрождения шаманизма» заставила российских исследователей задуматься над вопросом, что представляют собой новые «шаманы» и нужны ли они современному обществу? На Западе нынешних приверженцев шаманских практик ученые оценивают как неошаманов и/или последователей движения *New Age* (см. напр.: *Townsend*, 2004: 49-56). В России оценки несколько иные, как иная и сама ситуация. В отношении некоторых отдаленных регионов можно говорить об эволюции традиции, практике настоящих шаманов, доживших до наших дней. При анализе большинства районов Сибири и Севера речь может идти о развивающемся неошаманизме, о возрождении или опосредованном восстановлении прерванных практик (см. подробно: *Харитонова*, 2006). Однако некоторые процессы и события — как, например, случившийся недавно казус с «выборами Верховного шамана России»¹ — явно снижают шансы на серьезное восприятие происходящего не только в среде столичных искателей приключений, но и у прямых наследников шаманизма. Насколько и где реален шаманизм в наши дни, какому обществу и почему/зачем нужны сейчас шаманы — это вопросы не праздные для нашей большой и разнообразной страны: словосочетание *современный шаман* отнюдь не везде воспринимается как творческий оксюморон².

В своей диссертации на соискание степени доктора юридических наук «Правовые проблемы сохранения и развития коренных малочисленных народов Севера России» Президент АКМНССиДВ РФ С.Н. Харючи обращает внимание «на необходимость научной оценки шаманства как части духовной культуры коренных народов Севера. Шаманство в наши дни, — подчеркивает автор, — часто носит протестный характер, выступая против подчас необоснованного пренебрежения к их традициям и обычаям обществом, в котором коренные народы являются явным меньшинством. Шаманы, которыми обычно являются уважаемые в общинах лица, всегда являлись хранителями

полезных для общества традиций, обычаев, основ нравственности» (Харючи, 2009: 17).

Эта цитата требует соответствующих комментариев. Во-первых, научная оценка шаманства/шаманизма именно как части духовной культуры народов Севера представлена в абсолютном большинстве научных работ, где рассматриваются такие явления: исследователи с нею не спорят, но часто определяют шаманизм как систему религиозных воззрений / традиционную религию этих народов. Во-вторых, в наши дни уже мало кто сомневается в том, что шаманы могут быть знатоками и хранителями определенных традиций, хотя, согласусь с автором, далеко не все исследователи, а тем более — государственные деятели, занимающиеся вопросами социального и культурного развития, считают эти обычаи полезными. Да и в социумах, где был ранее развит шаманизм, отношение к современным шаманам и их деятельности, особенно в неошаманском варианте, далеко не однозначно.

Вопрос о целительской практике шаманов (а он затрагивается в диссертации) в современном обществе рассматривается по-разному: оценки этой практики (как, впрочем, и деятельности профессиональных медиков) часто зависят от личного опыта людей. Нельзя сказать, что шаманское целительство на данном этапе просто отрицается или запрещается, как это было раньше. Современные шаманы имеют возможность не только заниматься своей традиционной деятельностью, но и официально практиковать как *народные целители*, быть членами профессиональной Ассоциации народных целителей России, получив соответствующее дополнительное образование. Это подтверждено законодательно с 1993 года (*Закон...*, 1993) и стало нормальной практикой для многих (см., например: *Религиозная...*, 2006: 126-128). Конечно же, сам вопрос о положительности воздействия шаманского целительства на здоровье людей требует серьезного изучения, чем сейчас активно занимаются специалисты.

А вот утверждение о том, что шаманство (в моей терминологии — шаманизм; см.: *Харитоновна*, 2006 и др. работы) имеет «протестный характер», можно считать верным только отчасти. Это очевидно, если рассматривать возрождение шаманизма в социально-политическом и культурно-национальном аспектах и только в определенных регионах. Но о современном шаманизме в России приходится говорить с учетом его многослойности: у нас есть традиционные шаманы, неошаманы, городские шаманы, экспериенциальные шаманы, шаманы-психологи/психотерапевты... Стимулами их появления стали политические и вызванные ими национально-культурные, ре-

лигиозные, морально-этические трансформации, равно как сложное экономическое положение в конце XX — начале XXI вв. Одновременно на российскую публику было оказано мощное зарубежное воздействие, особенно в культурно-этической и религиозной сферах (см. подробно: Харитонова, 2004б; 2006).

С.Н. Харючи — лидер КМНС, знающий все чаяния и нужды этих народов, к одному из которых принадлежит сам, — затронул важные вопросы, связанные с современным возрождением шаманизма. Но чтобы ответить на них, надо выяснить, почему в начале XXI века во вполне цивилизованном обществе возникает необходимость сохранения *шаманства* и возрождения *шаманизма*, что заставляет, как правило, вполне успешных российских людей, занятых в различных светских профессиях, идти в (нео)шаманы. Подобные перерождения можно объяснять по-разному и с разных точек зрения. Если учесть только внешние (в отношении шаманского феномена) причины, то можно легко прийти к выводу, что (нео)шаманы — это творчески одаренные личности, которые, шарлатаня или искренне заблуждаясь, выживают в непростой ситуации за счет «шаманского» ремесла.

Однако подтекст возрожденческих тенденций связан в значительной степени с внутренними причинами психофизиологического плана, т.е. с особенностями самого шамана (см., напр.: Харитонова, 2004; 2005; 2004а; Харитонова и др., 2005), а если смотреть шире — с феноменом суперсенситивно-экстрасенсорных способностей человека любой культуры. И это (*простите за специальное пояснение для Комиссии по борьбе с лженаукой*) не парапсихологические измышлизмы, а проблемы, которыми в мировой научной практике серьезно занимаются такие научные направления как антропология сознания, психологическая антропология, медицинская антропология, несколько направлений практической психологии, наконец, когнитивные науки, в том числе когнитивное религиоведение. Для российской традиции данные, сложившиеся в основном в 1970-е — 1990-е гг. направления, не новость. В истории нашей науки подобные вещи серьезно интерпретировались еще в первой половине XX столетия.

Не вдаваясь в подробности истории вопроса, укажу на один важнейший пример: концепцию происхождения религии выдающегося советского невропатолога и клинического нейрофизиолога, действительного члена РАМН С.Н. Давиденкова, изложенную им в книге 1947 г. издания «Эволюционно-генетические проблемы в невропатологии» (анализ см.: *Зубаирова-Валева*, 2008). Автор сожалел в то время, что «современные этнографы и палеоантропологи, имеющие дело, в конечном счете, с разными проявлениями высшей нервной деятельности, до сих пор работают

со столь большим отрывом от данных современной экспериментальной нейрофизиологии» (Давиденков, 1947: 143). За прошедшие шесть с лишним десятилетий ситуация в науке значимо изменилась (см., напр.: *Winkelman*, 2004: 187-194). С каждым годом все популярнее становятся так называемые междисциплинарные исследования. Уточняя термин, будем говорить об *интердисциплинарном подходе* (исследованиях), который может быть основой *интегративной антропологии*.

Интердисциплинарные исследования личности (нео)шамана, проведенные в начале 2000-х гг. по проектам РГНФ (№ 02-06-00042-а; 04-06-180008-е) и РФФИ (03-06-80-179-а) на базе ИЭА РАН, позволили сделать интересные наблюдения, давшие возможность подтвердить, в том числе, идеи С.Н. Давиденкова о «физиологических корнях магии, анимизма и шаманизма» (Давиденков, 1947: 147). Важнейшими составляющими в этой работе были нейрофизиологические эксперименты, выполненные по программе д.м.н. Н.Е. Свищерской (см.: *Харитонова* и др., 2006; 2007). Позволю себе повторить некоторые выводы, так как они свидетельствуют о том, что практика современных (нео)шаманов стимулируется не только возрождением традиционной культуры или событиями «переходных эпох» с их социально-экономическими и идеологическими сложностями.

В настоящее время уже не надо убеждать, по крайней мере осведомленных специалистов, в том, что шаманы используют в своей деятельности не просто технику экстаза (*Элиаде*, 1998), но различные варианты шаманских техник, связанные с погружением в измененные состояния сознания (ИСС) разного типа (см.: *Тарт*, 2003; *Спивак*, 2000: 5-14) и работой в них (см., напр.: *Харитонова* и др., 2004). Эти техники — шаманского путешествия, вселения духа, (не)контролируемой одержимости, изгнания/вызывания духов («медиумизм»), а также галлюциногенные контакты, сновидческие контакты, контакты через посредника и др. (*Харитонова*, 2007а: 56) — предполагают, судя по внешним проявлениям и описаниям состояний и ощущений, погружение в разные виды ИСС. Особенности каждой техники с позиции нейрофизиологии пока не исследованы, однако данные о специфике функционирования мозга шаманов, полученные при интердисциплинарном изучении, свидетельствуют о значимых отличиях восприятия и переработки информации этими людьми.

В качестве примера возьмем результаты экспериментов, полученные при работе с группой бурятских шаманов, пользующихся техникой *вселения духа*. Обследование этих специалистов с помощью ЭЭГ³ по программе д.м.н., проф. Н.Е. Свищерской (2003-2005 гг., см.: *Украинцева*, 2004) учитывало особенности пространственной органи-

зации биопотенциалов мозга, что позволяет судить о наличии взаимодействия между различными нервными центрами; эти взаимодействия во многом определяют условия для протекания информационных процессов в коре мозга. Учитывалось соотношение пространственной синхронизации биопотенциалов (ПСБ) и пространственной неупорядоченности биопотенциалов (ПНБ). К.б.н. Ю.В. Украинцева, обследовавшая бурятских (нео)шаманов, исходила из того, что «усиление уровня ПСБ трактуется как увеличение выраженности линейных, то есть достаточно простых и упорядоченных во времени и пространстве, взаимодействий, которые связаны в основном с влиянием на кору глубинных структур мозга. Усиление ПНБ отражает рост сложности пространственных отношений биопотенциалов в данной области (*Древс и др.*, 1994), который связан в основном с процессами в коре мозга. Было показано, что при умеренной интеллектуальной нагрузке наблюдается усиление обоих показателей, а увеличение степени сложности задания приводит к снижению ПСБ и дальнейшему росту ПНБ (*Свидерская, Королькова*, 1997) ...Усиление ПНБ при ослаблении ПСБ можно интерпретировать также как активацию компенсаторно-адаптационных механизмов (*Свидерская и др.*, 2003)» (*Харитонова и др.*, 2007: 233).

Сравнение показателей ЭЭГ, записанных в состоянии покоя у шаманов и контрольной группы, позволило предположить, что шаманам свойственен особый стиль мышления. У них было выявлено достоверное снижение ПСБ в левой лобной области (в сравнении с контрольной группой), а по показателю ПНБ — повышенная активация лобных и теменно-височных отделов правого полушария при снижении активации правого затылка. В нейрофизиологии фокус активации в правом полушарии связывается с индивидуальным преобладанием образного мышления, невербального интеллекта и когнитивного стиля «синтез»; доминирующая роль правой лобной зоны выявляется в обеспечении эвристического, интуитивного мышления (*Павлова, Романенко*, 1988). При этом понижение активации левой лобной области создает оптимальные условия для протекания интуитивных процессов.

Характеризуя полученные результаты, Ю.В. Украинцева подчеркнула: «Симультанный или холистический стиль обработки информации, реализуемый в основном на основе правополушарных механизмов, предполагает параллельное участие множества нервных элементов и, следовательно, позволяет оперировать большими массивами информации с высоким быстродействием. Высокая пропускная способность этих механизмов объясняется тем, что они не конт-

ролируются сознанием и реализуются в основном без вовлечения понятийного аппарата (*Свидерская, 2002*). Этим предопределяется более низкая активация у шаманов левой лобной области, которая тесно связана с аппаратом категоризации и вербализации и играет ключевую роль в процессах осознания опыта, т.е. перевода знания в абстрактную форму, доступную другим людям (*Павлова, Романенко, 1990; Свидерская, 2002*). ...Активация передних областей правого полушария осуществляется у шаманов в основном за счет усиления сложных, нелинейных взаимодействий между биопотенциалами, возможно, тем самым создаются необходимые условия для протекания в коре мозга особых информационных процессов, реализующих интуитивное мышление» (*Харитонова и др., 2007: 235*)

Таким образом, уже при исследовании ЭЭГ в спокойном состоянии было возможно определить преобладание разных мозговых механизмов обработки информации: у представителей контрольной группы выявилась склонность к использованию аналитических механизмов, у шаманов — холистических, интуитивных.

Еще более значимыми оказались результаты экспериментов с погружением в ИСС и работой с ассоциативным тестом. При погружении в ИСС у шаманов (представители контрольной группы по понятным причинам не участвовали в тесте) было отмечено усиление тех ЭЭГ-особенностей, которые уже выявлялись в состоянии спокойного бодрствования. Эксперимент позволил прийти к выводу, что «характер распределения по коре фоновых значений показателей ПСБ и ПНБ у лиц, занимающихся шаманской практикой, отражает специфику функционального состояния мозга, способствующего облегченному вхождению в ИСС и оптимальному протеканию интуитивных процессов» (*Харитонова и др., 2007: 237*). Кроме того, отмеченные у шаманов изменения (повышение ПСБ в правой теменно-височной области и рост активации ПНБ теменно-височных отделов коры и лобных областей правого полушария) интересны тем, что они связываются с механизмами памяти и воображения, а также с регулирующей эмоциональных состояний.

Выполнение ассоциативного теста, который позволял оценить богатство воображения и вербальную креативность, выявил еще большие различия у представителей двух групп.

«При переходе от покоя к выполнению теста в контрольной группе по показателю ПСБ увеличилась активация левой лобной области. Уровень ПНБ достоверно не изменился. У шаманов наблюдались противоположные по отношению к контролю изменения значений

ПСБ: при выполнении теста активация левой передней зоны по этому показателю понизилась. Значения ПНБ увеличились в затылочных отделах левого полушария.

Таким образом, в отличие от контрольной группы, у шаманов выполнение ассоциативного теста не только не сопровождается активацией левой лобной области, но наблюдается даже дальнейшее снижение ее активности. С этой особенностью могут быть связаны более низкие значения коэффициента продуктивности у шаманов по сравнению с не-шаманами. Поскольку продуктивный творческий процесс предполагает перевод вновь созданного знания в форму, доступную другим людям, он требует также участия механизмов осознания и вербализации, связанных с активностью передних отделов левого полушария. Недостаточная активация этих зон может затруднять перевод найденных ассоциаций в вербальную форму. Не исключено, что именно с этим может быть связано наличие при шаманах во время камланий приобщенных в ролях «переводчиков» (техника вселения духа) или «толкователей» (*Пушкарева, 2008*).

Тот факт, что у шаманов левая лобная область не активировалась даже при решении задачи на вербальную креативность, то есть во время деятельности, адресованной именно этой зоне коры, говорит о том, что их особенности мышления достаточно устойчивы. Повидимому, шаманы испытывают некоторые затруднения с обработкой информации столь привычными для профанов «левополушарными» методами» (*Харитонова и др., 2007: 240*).

Не менее важными оказались данные психологического теста, подтверждающие особенность креативности шаманов: все они затруднились выполнить довольно простое тестовое задание — нарисовать несуществующее животное. Когда же задание было заменено на иное — нарисовать духов, которых видели, то большинство шаманов выполнили его великолепно (см. подробно: *Мещерякова, 2004; 2005; 2007: 62*).

Итак, нейрофизиологические исследования показывают, как минимум, что (нео)шаманы склонны к интуитивным, холистическим механизмам обработки информации, у них преобладает образное, эвристическое мышление и невербальный интеллект, у них есть возможность облегченного погружения в ИСС; при этом они, очевидно, испытывают некоторые затруднения с обработкой информации «левополушарными» методами. За легкость перехода в ИСС и за наличие оптимальных условий для протекания интуитивных процессов (за счет понижения активации передних областей левого полушария — эти зоны играют важную роль в формировании коммуникативных навыков и

социального интеллекта), они платят понижением активности взаимодействия с внешним миром, вербальной креативности и даже социальной адаптации. Имея уникальный дар, они проигрывают профанам в таких банальных навыках, как способность уживаться с другими людьми и умение легко справляться с житейскими трудностями.

К такому же выводу пришла на основе своих исследований и психолог-клиницист, работавшая с *городскими шаманами* и *неошаманами*, Н.А. Купряшина (см.: Харитоновна и др., 2008: 40).

Психологическое тестирование Е.А. Мещеряковой подтверждает специфику шаманов, отслеженную нейрофизиологами; она указывает, что «...для шаманов характерна слабо выраженная индивидуальность, стереотипия и стандартность мышления; уровень фантазирования у шаманов неожиданно низок...». У этого автора есть важные выводы психофизиологического характера: «во время камлания в организме шамана происходят определенные психофизиологические изменения, имеющие ситуационный характер, но присущие именно такой форме деятельности» (Харитоновна и др., 2006).

Интердисциплинарное исследование современных (нео)шаманов выявило и иные характеристики, позволяющие оценивать этих людей как несколько отличающихся не только от обычных, не позиционирующих себя как шаманов, или приверженцев иных магико-мистических занятий, но и от близких им и часто отождествляемых с ними сказителей (Функ, 1995 и др.), жрецов (Харитоновна, 2006; Харитоновна и др., 2006). Сказители, обслуживая публику в первую очередь посредством активного вербального общения, склонны не более чем как к вербально-образной синестезии (ср.: Молчанова, 2009), что обеспечивает иные варианты ИСС (если они вообще возникают у таких людей). Жрецам для их деятельности не требуется даже это, в то время как шаманам необходимо погружение в ИСС (по другой терминологии — в гипноидные состояния с частичным бодрствованием некоторых отделов коры головного мозга, с самовнушенными галлюцинациями и др.). Медицине известно, что подобные вещи развиваются на почве слабой второй и превалирующей первой сигнальной системы (Давиденков, 1947). Известно, что при относительном преобладании первой сигнальной системы формируется художественный, творческий тип личности, а при преобладании второй — мыслительный, интеллектуальный.

Итак, если говорить о внутренней, психофизиологической сути обследованных лиц, то можно с уверенностью заключить, что *шаман* — он и в наши дни шаман. Впрочем, исследование психоментального аспекта далеко не во всем обнаруживает *шаманское* в современном шамане (см., напр.: Харитоновна, 2004) в силу естественной транс-

формации мировоззрения. Шаманизм — это явление, вписанное в определенный культурно-религиозный контекст, с изменениями которого оно также меняется. Если мы полагаем эти трансформации допустимыми, то вполне возможно считать и сохраняющееся в основе своей явление по-прежнему *шаманизмом*, но, разумеется, с соответствующими комментариями в отношении изменений, в нем произошедших.

В связи с этим обратим внимание на некоторые трансформации, отмечаемые в различных исследованиях, касающихся судеб современных (нео)шаманов.

Ученые указывают на изменение представлений о так называемой *шаманской болезни* (напр.: *Пименова*, 2006) и о самом процессе становления (нео)шамана (*Харитонова*, 2005; 2007). Изначально это понятие предполагало проявление у кандидата в шаманы серьезных психических и психофизиологических нарушений, ведущих к психоментальным трансформациям. Современные же (нео)шаманы в рассказах о периоде становления довольно часто сообщают про трудности житейского характера или отождествляют шаманскую болезнь с (психо)соматическими заболеваниями. Иногда они не понимают сути вопроса о *шаманской болезни*. Например, одна из известных ныне хакасских неошаманок в 1999 г. на вопрос проф. М. Харнера об особенностях ее *шаманской болезни* рассказала о том, как тяжело перенесла энцефалит, но свое шаманское становление она, судя по другим интервью (*Харитонова*, 1997), соотносила с совершенно иным периодом в ее жизни и другими обстоятельствами.

Подобные сообщения вовсе не означают, что люди, становящиеся ныне шаманами, являются шарлатанами, либо то, что шаманы были шарлатанами всегда. Процесс шаманского становления упрощается в наши дни за счет значительно расширившихся возможностей и способов развить в себе качества шамана, трансформировав собственное сознание, если можно так выразиться, искусственным путем — например, обучаясь на различных курсах гипноза, биоэнерготерапии, экстрасенсорики. Многого можно достичь и через аутотренинг, особенно если человек предрасположен к правополушарной активности мозга. Иное дело, что обращение к такой практике может стимулироваться бытовыми причинами и эмоциональным состоянием — одиночество, тяжелые физические страдания, невозможность вести привычно активный образ жизни подталкивают к развитию творческих и экстрасенсорно-суперсенситивных способностей. Подобное развитие может выливаться не только в неожиданное раскрытие талантов в области какого-либо искусства, но и — особенно

в ситуации большого интереса к магико-мистической деятельности — в сфере шаманской или целительской, предсказательской практики.

Очевидно, что типичный на первый взгляд оксюморон *современные шаманы* заведомо может стать реальностью, если возникнет необходимость в шаманской деятельности: появится запрос со стороны общества на специалиста, и у кого-то сформируется установка на необходимость самовыразиться в варианте магико-мистической практики с использованием шаманского типа работы в ИСС.

Таким образом, нельзя не согласиться с теми приверженцами шаманизма, которые считают, что и в наши дни вопрос о *шамане* должен рассматриваться с учетом в первую очередь личностных особенностей и способностей конкретного специалиста к определенной деятельности: культурные трансформации не устраняют сущности шаманизма. При этом внешний антураж и специфика ритуальной деятельности, конечно же, не могут быть абсолютно неподвластными новым веяниям (*Харитонов* и др., 2007а) — иначе не только они стали бы музейными экспонатами, но и сама идея шаманизма. Значимо изменившееся за почти столетие со времени активно функционировавшей шаманской практики общество не сможет принять эту практику в неизменном варианте, а новые шаманы, в свою очередь, не могут быть идентичны своим предкам-шаманам, чтобы не стать анахронизмом в своем окружении и не превратить свою практику в художественную самодеятельность. *Современный (нео)шаманизм* — это обновленное явление, существующее в значительно изменившемся обществе. Как он будет развиваться дальше — во многом зависит от потребностей социума; шаманские практики могут наиболее интенсивно заполнять те ниши, которые предоставит им ситуация: при плохой медицине — шаманы сосредоточатся на целительстве/лекарстве, в случаях жизненной неопределенности и неуверенности людей в будущем — они станут преимущественно предсказателями и гадалками. Учитывая степень *ситуативной религиозности* российского общества в наши дни, они (с)делают акцент на религиозном возрождении: это не просто незанятая ниша, но наиболее выгодное и наименее ответственное из возможных направлений развития в данный момент.

Конечно же, с шаманизмом связана не религиозная вера, базирующаяся на какой-либо канонической концепции (мировые религии), а то, что принято именовать суевериями: т.е. ранние системы представлений и верований, сформировавшиеся и поддерживаемые особенностями человеческой психики и психофизиологии до наших дней. Если переходить на язык исследования сознания, то надо обратиться к известным сложностям взаимодействия сознания и бессознательного. Миры

бессознательного (миры человеческой психики) представляют сознанию свое содержимое в такой форме, что во многих случаях даже лицо, относимое к группе нормы, бывает не в состоянии понять (например, на грани сна и бодрствования), как именно должно воспринять «увиденное» его сознание: как реальность или как игру воображения (образность бессознательного). В психолого-психиатрической практике считается: «Для нормального сознания язык бессознательного — это язык символов. Для больного — это буквальный язык образов обыденной физической реальности» (Бескова, 2002: 240). А если общение с духами для человека — реальность?.. Впрочем, при таком подходе надо счесть полностью сумасшедшими всех представителей любого традиционного общества, ведь для них периодические встречи с Лешими, Русалками, Домовыми были вполне реальны. Если абстрагироваться от оценочных крайностей, то есть смысл не только признать, что от суеверий не избавлено и современное общество (а российское — на данном этапе основательно сдобривает это еще и принятием религиозных воззрений разного толка, стремясь «назад — в будущее» Средневековья), но и есть смысл попытаться понять, каким образом и почему эти суеверия продуцируются, что в конце концов может помочь превратить язык бессознательного в язык символов, расшифровка и работа с которыми позволит управлять жизненными и оздоровительными процессами.

Разобраться отчасти в этих вопросах поможет нейрофизиологическая оценка особенностей работы мозга *человека культуры и человека цивилизации*. При проведении интердисциплинарных исследований шаманского феномена летом 2003 г. на Алтае, в Хакасии, Туве нейрофизиологи (Н.Е. Свидерская, Ю.В. Украинцева) обратили внимание на то, что представители контрольной группы не столь значительно отличаются по многим показателям активности мозга от основной группы обследуемых. Однако если сопоставить эту контрольную группу с московской, то различия будут значительны (Харитонова и др., 2006). Удивила нейрофизиологов *правополушарность* сибирских жителей; особенно странным показалось то, что *правополушарными* оказались и представители коренных народов, и потомки переселенцев, в том числе русских.

Подтверждение этой закономерности можно найти в современных научных трудах. Широкомасштабные исследования медиков, проводимые на сибирской территории, позволяют установить наличие таких особенностей практически у всего северного и сибирского населения. В.И. Хаснулин в публикуемой в данном издании работе указывает: «Современные научные данные однозначно говорят о ведущем значении функции правого полушария мозга в регуляции

активной подстройки организма человека к изменяющимся условиям природной среды и воздействию других физических, в том числе, факторов. Этот вывод подтверждается значительным увеличением среди людей, проживающих в экстремальных климатогеографических регионах, доли левшей (по сравнению с регионами с благоприятным умеренным климатом), превалированием функции правого полушария мозга у коренных жителей Севера; отсеиванием с увеличением срока проживания в высоких широтах пришлых жителей с превалированием функции левого полушария; увеличением среди первого и последующих поколений переселенцев на Север правополушарных людей» (*Хаснулин*, 2009: 44 с.).

Можно предположить, что сходство психофизиологических особенностей шаманов и шаманистов (пусть даже в прошлом) предопределяло единую психоментальность. Это выражалось, в том числе, в вере в духов и восприятию их как абсолютной реальности, в вере в действенность шаманских и иных ритуалов, в образном освоении мира и, в связи с этим, в возможности активного восприятия и глубокого усвоения психотерапевтических и эниосуггестивных посылов. Поскольку правополушарность актуальна для коренных жителей северно-сибирских территорий до настоящего времени, то значимость сохранения и бережного возрождения традиций, в том числе шаманских услуг, для них трудно переоценить. Во всяком случае, пока эти люди не получают квалифицированную замену шамана в лице грамотного этнопсихотерапевта, а медицинскую помощь в варианте качественного современного обслуживания, они будут нуждаться в шамане-целителе. Религиозно-суеверная составляющая шаманизма может отмереть только с развитием науки и распространением хорошего профессионального образования, что нам, очевидно, не грозит в ближайшее время, коль скоро у нас «Институт перевода Библии», разрабатывающий концепции привлечения шаманистов в протестантизм, значится в Интернете... под патронажем Российской Академии наук!⁴

Литература

Бескова, 2002 — *Бескова И.А.* Эволюция и сознание: новый взгляд. М.: Индрик, 256 с.

Давиденков, 1947 — *Давиденков С.Н.* Эволюционно-генетические проблемы в невропатологии. Л.: Изд-во Военно-медицинской академии, 382 с.

Древс и др., 1994 — *Древс Ю.Г., Свидерская Н.Е., Бутнева Л.С.* Пространственная упорядоченность электрических процессов мозга как показатель его организации // Журн. высш. нерв. деят. Т. 44. № 6. С. 925-931

Закон..., 1993 — *Закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»* (№ 1318 от 22 июня 1993 г.), ст. 57.

Зубаирова-Валеева, 2008 — *Зубаирова-Валеева А.С.* Академик Сергей Николаевич Давиденков: вклад физиолога в науку о религии // Мис-

сия интеллектуала в современном обществе. Сб. ст. (Дни Петербургской философии — 2007). СПб.: Изд-во С.-Петерб. Ун-та. С. 570-579 (Вестник СПбГУ: Серия 6. Приложение).

Мещерякова, 2004 — *Мещерякова Е.А.* Психологическое исследование людей, практикующих шаманские техники // *Материалы Международного междисциплинарного научно-практического конгресса «Сакральное глазами «профанов» и «посвященных».* Москва. 21-30 июня 2004 г. М.: ИЭА РАН. С. 241-251 (ЭИ... Т. 10, ч. 2).

Мещерякова, 2005 — *Мещерякова Е.А.* Психологическое исследование женщин-(нео)шаманок // *Женщина и возрождение шаманизма: постсоветское пространство на рубеже тысячелетий.* М.: ИЭА РАН. С. 303-320.

Мещерякова, 2007 — *Мещерякова Е.А.* Исследование шаманов при помощи теста «несуществующее животное» // *Материалы Международного форума «Интегративная медицина 2007»: Современные технологии развития сознания и здоровье человека.* М.: ФГУ ФНКЭЦТМДиЛ Росздрава. С. 59-63.

Молчанова, 2009 — *Молчанова Е.С.* Синестезия и измененные состояния сознания у исполнителей киргизского эпоса «Манас» // *Наст. изд.* С. 417-426.

Павлова, Романенко, 1988 — *Павлова Л.П., Романенко А.Ф.* Системный подход к психофизиологическому исследованию мозга человека. Л.

Пименова, 2007 — *Пименова К.В.* Возрождение и трансформации традиционных верований и практик тувинцев в постсоветский период (основные проблемы). Автореф. дисс. ... канд. ист. наук. М.: ИЭА РАН.

Религиозная..., 2006 — *Религиозная организация шаманов «Тэнгэри»* // *Элита специалистов традиционной народной медицины и целительства: Каталог.* Изд-е 3-е. М.: ВНИЦТНМ «ЭНИОМ», 172 с.

Свидерская и др., 2003 — *Свидерская Н.Е., Антонов А.Г., Глазкова В.А.* Пространственные характеристики ЭЭГ после интенсивной физической нагрузки // *Журн. высш. нерв. деят.* Т. 53. № 3. С. 372-375.

Свидерская, 2002 — *Свидерская Н.Е.* В поисках нейрофизиологических критериев измененных состояний сознания // *Журн. высш. нерв. деят.* Т. 52. № 5. С. 517-530.

Свидерская, Королькова, 1997 — *Свидерская Н.Е., Королькова Т.А.* Пространственная организация электрических процессов мозга: проблемы и решения // *Журн. высш. нерв. деят.* Т. 47. №5. С. 792-811.

Свидерская, Шлитнер, 1990 — *Свидерская Н.Е., Шлитнер Л.М.* Когерентные структуры электрической активности коры головного мозга // *Физиология человека.* Т. 16. № 3. С. 12.

Спивак, 2000 — *Спивак Д.Л.* Измененные состояния сознания: психология и лингвистика. СПб.: «Издательский Дом Ювента», 296 с.

Тарт, 2003 — *Тарт Ч.* Измененные состояния сознания. М.

Функ, 1995 — *Функ Д.А.* Сказитель и шаман в традиционной культуре шорцев // *Социально-экономическое и культурное развитие народов Севера и Сибири: традиции и современность.* М.: ИЭА РАН. С. 147-161.

Украинцева, 2004 — Украинцева Ю.В. Результаты нейрофизиологического обследования коренных жителей Агинского БАО и Республики Бурятия, занимающихся шаманской практикой // Материалы Материалы Международного междисциплинарного научно-практического конгресса «Сакральное...». Ч. 2. С. 241-251.

Харитонова и др., 2004 — Харитонова В.И., Ринчинов Б.Ц. «Ты — во мне, я — в тебе» // Восточная коллекция. № 2 (17). С. 93-103

Харитонова и др., 2005 — Харитонова В.И., Топоев В.С. Там, где «я» превращается в «мы» (психоментальные и психоэнергетические проблемы шаманизма сквозь призму комплексных исследований) // Итоги полевых исследований Института этнологии и антропологии РАН — 2004. М.: Наука. С. 83-103.

Харитонова и др., 2006 — Харитонова В.И., Свищерская Н.Е., Мещерякова Е.А. Шаманы и шаманизм в свете междисциплинарных исследований // Полевые исследования Института этнологии и антропологии РАН — 2004. М.: Наука. С. 128-149

Харитонова и др., 2007 — Харитонова В.И., Украинцева Ю.В. Зов безмолвия, или почему они — шаманы? // Расы и народы. Вып. 33. М.: Наука. С. 292-322.

Харитонова и др., 2007а — Харитонова В.И., Топоев В.С. Шаманское целительство: к проблеме интерпретаций // Полевые исследования Института этнологии и антропологии — 2005. М.: ИЭА РАН, 2007. С. 162-178.

Харитонова, 1997 — Харитонова В.И. «Избранники духов», «преемники колдунов», «посвященные учителями»: обретение магико-мистических свойств, знаний, навыков // ЭО, № 5. С. 16-35.

Харитонова, 2004 — Харитонова В.И. Устами шамана глаголет... дух? (К вопросу о шаманской психофизиологии и возможностях экспериментального изучения личности шамана) // Полевые исследования Института этнологии и антропологии — 2002. М.: Наука. С. 24-43.

Харитонова, 2004а — Харитонова В.И. «Возрождение шаманизма»: религиозный вопрос или психоментальная проблема? // Этносы Сибири. Прошлое. Настоящее. Будущее. Материалы международной научно-практической конференции. В 2-х ч. Ч. 2. Красноярск. С. 76-83.

Харитонова, 2004б — Харитонова В.И. Шаманы и шаманисты: некоторые теоретические аспекты изучения шаманизма и иных традиционных верований и практик // ЭО. № 2. С. 99-118.

Харитонова, 2005 — Харитонова В.И. Зов предков или призыв духов? (Психофизиологический и гендерный аспекты шаманизма) // Женщина и возрождение шаманизма... С. 25-47.

Харитонова, 2006 — Харитонова В.И. Феникс из пепла? Сибирский шаманизм на рубеже тысячелетий. М.: Наука, 372 с.

Харитонова, 2007 — Харитонова В.И. «Нет, это не я, это — Богиня Кали!» (К проблеме личностных трансформаций в процессе приобщения к ИСС-практикам) // Влияние религии на общество и личность / Отв. ред. А.А. Белик. М.: ИЭА РАН. С. 172-199.

Харитонова, 2007а — Харитонова В.И. Интегративные исследования традиционных технологий трансформации сознания // Материалы Международного форума «Интегративная медицина 2007»... С. 53-59.

Харитонова и др., 2008 — Харитонова В.И., Ожиганова А.А., Куряшина Н.А. В поисках духовности и здоровья: новые религиозные движения, неошаманизм, городской шаманизм. М.: ИЭА РАН (ИПНЭ, № 207), 47 с.

Харючи, 2009 — Харючи С.Н. Правовые проблемы сохранения и развития коренных малочисленных народов севера России. Автореферат дисс. ... доктора юридических наук. Тюмень.

Хаснулин, 2009 — Хаснулин В.И. Этнические особенности психофизиологии коренных жителей севера как основа выживания в экстремальных природных условиях // наст. изд. С. 36-54.

Элиаде, 1998 — Элиаде М. Шаманизм: Архаические техники экстаза. К.: София, 384 с.

Townsend, 2004 — Townsend Joan B. Core Shamanism and Neo-Shamanism // Shamanism. An Encyclopedia of World Beliefs, Practices, and Culture / Ed. Marico Namba Walter and Eva Jane Neumann Fridman. Santa Barbara, California — Denver, Colorado — Oxford, England: ABC-CLIO. V. I. P. 49-56.

Winkelman, 2004 — Winkelman M. Neuropsychology of Shamanism // Shamanism. An Encyclopedia... V.I. P. 187-194.

¹ Речь идет об интернет-мероприятии, которое организовали весной 2009 г. супруги О.А. Паршин (творческий псевдоним Эльвиль Олард Диксон) и В.М. Шалгынова (Шончолай Ховенмей). События «выборов» отображались на сайте <http://www.shamanstvo.ru/>, пока он не был вскрыт.

² Оксюморон — стилистическая фигура, выраженная сочетанием контрастных по значению слов, создающих новое понятие или представление, например, *сухое вино*.

³ ЭЭГ регистрировали при закрытых глазах, от 24 отведений, монополярно с объединенным ушным электродом. Записывались 60-80-секундные отрезки ЭЭГ с частотой дискретизации 128 Гц и полосой пропускания от 0,5 до 30 Гц. При анализе ЭЭГ рассчитывались два показателя биопотенциалов: пространственная синхронизация биопотенциалов и пространственная неупорядоченность биопотенциалов.

⁴ «Статус: Институт перевода Библии в Москве — автономная некоммерческая организация (АНКО ИПБ). Свидетельство о регистрации № 001693261 от 15 января 2003 г., ОГРН №1037736001313. ИПБ работает в сотрудничестве и под научно-методическим руководством Российской Академии наук. Деятельность ИПБ проходит по благословению Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Алексия II во взаимодействии с Патриаршей Синодальной библейской комиссией» (http://www.ibt.org.ru/russian/about_ru.htm — дата посещения сайта: 27.07.2009).

Е.С. Молчанова

**ИЗМЕНЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ СОЗНАНИЯ
И ОБРАЗНО-ВЕРБАЛЬНАЯ СИНЕСТЕЗИЯ
У СКАЗИТЕЛЕЙ ЭПОСА «МАНАС»**

Изучение психологических особенностей одаренных людей порой оставляет ощущение незавершенности — разложить единое целое на составляющие и объяснить каждую часть не обязательно означает понять, так как в процессе подобного анализа связи, соединяющие отдельные части в целое, не всегда принимаются во внимание. Подобный анализ неизбежно приводит к упрощению явления, что наглядно демонстрируется данной работой, однако обойтись без его использования сложно. Современная доказательная наука требует перевода изучаемого феномена в систему удобных объяснительных координат, причем, чем ближе эта система к господствующей парадигме, тем более валидными признаются результаты проведенного исследования. В процессе изучения культурно обусловленного, столь деликатного и неоднозначного феномена как сказительство, крен либо в волшеббно-мистическую, либо в романтически-националистическую сторону порой неизбежен, что может существенно снизить научное качество интерпретации полученных сведений.

Данная работа затронет только две особенности когнитивных процессов, отмеченные у профессиональных манасчи — умение испытывать измененные состояния сознания (далее — ИСС) и особый вариант совмещения двух сенсорных модальностей: образно-семантическую синестезию.

Изучение ИСС имеет богатую историю. В солидном обзоре Шектер (*Schacter, 1976*) указывается на то, что ИСС как часть обычного поведенческого репертуара были распространены за тысячелетия до того, как стали предметом исследовательского интереса специалистов различных областей знаний. Отсутствие до настоящего времени единой теоретической модели ИСС не улучшает статуса исследований этой темы в научном мире. Психобиологические крайности — например, объяснение возникновения ИСС патологической активностью височной доли — сменяются мистическими, которые, безусловно, привлекательны и близки человеческой природе (см., например: *Bering, 2002, Назаретян, 2002*), но не могут претендовать на статус качественных объяснительных парадигм.

В литературных источниках встречаются указания на различные классификации ИСС. Наиболее полной представляется типология, созданная интернациональным научным коллективом сравнительно

недавно (*Vaitl et al.*, 2005). Приведенная авторами классификация отражает природу и принципы индукции ИСС, подчеркивая их обыденность и нормальность. Универсальность культурно обусловленных ИСС, таких как медитация, шаманские состояния и состояния транса, были подмечены антропологом Бургуиньон (*Bourguignon*: 1966, 1973). В свою очередь, Манделл (цит. по: *Vaitl et al.*, 2005) предположил, что самые разнообразные ИСС могут быть обусловлены функционированием сходных психобиологических механизмов, в частности, синхронизацией мозговой активности области гиппокампа, что, являясь достаточно типичным эпилептиформным признаком, вовсе не означает обязательного наличия расстройства. Сходный вывод сделан в работе Персингер (цит. по: *Vaitl et al.*, 2005), исследовавшего электроэнцефалографические картины здоровых индивидуумов, испытывающих мистические переживания во время пребывания в трансе.

В типологии ИСС, предложенной Вайтл (*Vaitl et al.*, 2005), особого внимания в формате данной статьи заслуживают спонтанно возникающие гипногические состояния. Это преходящие состояния снижения уровня бодрствования, которые сопровождаются возникновением ярких, похожих на сновидение переживаний, настолько правдоподобных, что большинство людей, испытавших такие состояния, склонны вспоминать их как реальные события, но никак не материал сновидений.

Эти состояния, впервые описанные Дж. Мюллер под названием «фантастических зрительных феноменов» (*Muiller*, 1826/1967), обычно, но далеко не всегда возникают перед засыпанием, на границе между сном и бодрствованием. Часто, но, опять-таки, не всегда, зрительные образы, звуки и телесные ощущения, испытанные во время этих состояний, воспринимаются как наведенные извне, созданные не своим разумом, но чужой волей. В отличие от сновидений, гипногические состояния являются более статичными, главный герой может оставаться достаточно пассивным, в то время как задействованные в его переживаниях персонажи воспринимаются как активно рассказывающие, показывающие или манипулирующие им/ею. Сходные по описанию состояния могут возникать перед просыпанием (тогда они называются гипнопомпическими) и сопровождаться теми же признаками. Интересно, что переживания в рамках этих ИСС зачастую имеют явно символический и/или религиозный характер, в особые периоды жизни расцениваются как знамения или подсказки, направляющие по правильному пути. Так, например, широко известно описание гипногического состояния Аугуста Кекуле — выдающегося

химика, открывшего гексагональную структуру молекулы бензола. Альберт Ротенберг (*Rothenberg*, 1995). Приводим описание обстоятельств научного инсайта, оставленное самим великим химиком (перевод мой. — Е.М.):

«Во время моего недолгого пребывания в Бельгии я снял элегантную квартиру на главной улице Гента. Ее единственным недостатком было практически полное отсутствие солнечного света. Однако для химика, проводящего все свое время в лаборатории, это не являлось серьезной проблемой. Там я и сидел, работая над книгой. В этот день работа не шла — голова моя была забита всем чем угодно, но только не химией. Устав, я повернул кресло к камину, мною овладела апатия, не хотелось двигаться. Внезапно перед глазами замерцали изображения атомов. Мой внутренний взор был направлен на многообразие конфигураций атомных рядов, последовательностей и причудливых форм. Длинные цепочки атомов неожиданно проявились очень отчетливо: они все время находились в движении, изгибаясь и поворачиваясь, подобно змеям. И...Боже, что это? Одна из змей схватила свой собственный хвост, и этот образ издевательски завертелся перед моими глазами. Меня словно пронзило светом. Вдруг все исчезло. Когда я пришел в себя, то провел остаток ночи, прорабатывая гипотезу о замкнутом кольце молекулы бензола...»

Сравним описание инсайта великого химика с описанием вещего сна, пережитого Уркашем Мамбеталиевым:

«Однажды... ближе к полудню, мне сильно захотелось спать. Во сне я шел по берегу реки Тюп, куда-то спешил. Вдруг передо мной появилась удивительно красивая, белая, как чайка, юрта, величиной в шесть полотниц кереге (складные деревянные клетки, из которых собирается нижняя часть каркаса юрты. — Е.М.). Дверь юрты была открыта. Сильная жажда заставила меня войти внутрь. На почетном месте сидел старик в белом высоком калпаке, с широкой, на всю грудь, бело-серебристой бородой. Его здоровое, румяное лицо излучало доброту и щедрость. Он поманил меня к себе, словно говоря: «Подойди, мой сын!» Я догадался, что это был мудрый предок киргизов Бака-ата.

Из кухонной части юрты, огражденной плетеным чием с красивыми орнаментами, вышла молодая, белолицая, статная женщина. Она постелила небольшую скатерть, положила тоненькую белую лепешку и поставила маленькую деревянную чашку меда и чашу, полную кумыса. Я понял, что это Айчурек — невестка Ба-

кая. С огромным трудом преодолевая смущение (весь лоб вспотел), я присел возле скатерти и отведал предложенное угощение. Вдруг, в одно мгновение, все эти живые видения исчезли, как не бывало...»

Кубан Алмабеков рассказывает о схожей ситуации:

«Я сам в возрасте 7-8 лет увидел первое знамение — трудно различить, во сне то было или наяву. Явились мне Манас-ата и Бакай-ата, познакомили меня с сорока витязями: "Запомни и всегда о них пой!" — сказали они».

Несмотря на различное содержание приведенных повествований, они похожи по форме: их появлению предшествует сонливость, живые зрительные образы в символическом смысле отражают наиболее значимое в данный момент времени, окончание переживания сопровождается острым чувством понимания. Состояния, которые вполне можно квалифицировать в качестве гипногических, привели к значительным изменениям личностной истории людей, их испытавших. Стоит, тем не менее, отметить, что подобные ИСС становятся судьбоносными в том случае, когда период напряженной работы не только предшествовал их возникновению, но и следовал за ними. Прочитруем Кекуле (перевод мой. — Е.М.):

«Так давайте же доверять своей Музе, джентльмены, и тогда, возможно, мы поймем, что

Человеку, ищущему смысл,

Будет дано то, что он ищет

Без всяких усилий

Но убереги нас Господь от публикации своих прозрений до того, как мы их обдумаем на трезвую голову» (цит. по: Rothenberg, 1995).

Другим, характерным для манасчи ИСС, представляется транс, возникающий в результате ритмичных действий. Под «ритмичными действиями» Вайтл (Vaitl et al., 2005) понимают барабанную дробь, ритмичные танцы, ритмичную речь. ИСС, наведенное подобным образом, характеризуется искажением восприятия окружающего мира, сужением сферы активного внимания, синхронизацией движений и речи (в том случае, если нечто произносится), искажением восприятия времени, живыми зрительными образами и интенсивными (чаще всего положительными) эмоциями. Во время транса все, что делает человек, подчинено единому ритму; движения и образы, возникающие при этом, кажутся произвольными, существующими самостоятельно. Состояние транса поддерживается как содержанием трансовых переживаний, так и ритмом его наведения. Интересно, что по результатам исследований, проведенных Рау, Паули, Броуди, Эль-

берт и Бирбаумер, а также Вайтл и Группе (цит. по: *Vaitl et al.*, 2005), во время ритмичного покачивания тела или покачивания головы, физические процессы организма начинают синхронизироваться: сердечный ритм замедляется, дыхание, напротив, учащается, в такт ритму появляются тонкие колебания артериального давления, что стимулирует барорецепторы каротидного синуса.

Все вышеперечисленное приводит к снижению корковой возбудимости и рефлексов, изменению порога болевой чувствительности, появлению тета-волн в электроэнцефалографической картине (*Vaitl et al.*, 2000). Склонность к подобным ИСС строго индивидуальна и коррелирует с такими личностными особенностями, как умение концентрировать внимание, полностью сосредоточиваться на одном — двух предметах, а также гипнабельностью (плохо определенной характеристикой, под которой обычно понимается реакция на гипнотические внушения). С точки зрения нейрофизиологии способность быстро входить в состояния транса определяется легкостью появления тета-ритма в электроэнцефалограмме, сделанной в бодрствующем состоянии сознания, и чувствительностью височной доли к пароксизмальной активности.

Упомянутые качества характерны и для экстатических состояний, переживаемых как состояния мощного эмоционального подъема, силы, творческого полета. Измененное восприятие времени в трансовом состоянии сознания, снижение порога болевой чувствительности, замедление и единый ритм всех физических процессов, а также интенсивные положительные эмоции влияют на продолжительность транса — он может длиться часами или, в отдельных случаях, днями, сменяясь глубоким сном.

Процесс посвящения молодого манасчи Улана Исмаилова, в течение семи дней сказывавшего эпос на кумбезе (могиле) Манаса, является примером продолжительного трансового ИСС. Ниже приводится описание первого сказывания Уланом эпоса «Манас»:

«С 27 августа по 4 сентября 2004 года на Манас Ордо проходил инициацию молодой манасчи Улан Исмаилов. Молодой человек приехал с семьей специально для того, чтобы пройти инициацию. По словам юноши, на одном из мазаров Иссык-Куля духи предков передали, что он должен приехать в Талас, родину великого Манаса, совершить жертвоприношение и в течение 7 дней от восхода солнца до заката говорить “Манас”. В случае успешного прохождения испытания Улан получал разрешение на то, чтобы стать манасчи и публично сказывать эпос.

В первый день Улан говорил эпос в течение 12 часов 20 минут (с 7.20 утра до 7.40 вечера). За это время юноша ни разу не встал, не прервался, не ел и почти не пил. Все это время он сидел под молодой яблоней. Одежда его, достаточно обычная — белая рубашка, белая тубетейка, белые носки и серо-синие джинсы, воспринималась как ритуальная. Сидел он в классической позе мужчин-киргизов — малдаш токунуп. Справа от него на белой ткани лежали Коран, комуз и калпак (мужской головной убор киргизов). И справа от него на протяжении всего сказа сидел кто-то из мужчин-родственников по отцовской линии мужчин: отец, дядя, дед.

День 27 августа был не очень жаркий, но солнечный. Когда солнце стало бить ему в лицо, родственники подвесили на яблоню одеяло. Перед юношей была расстелена белая ткань, вроде маленькой скатерти, на которой стояло две пиалы: с топленным маслом и водой. Из-за жары растаяла одна пиала масла, вторая — их меняли, но он почти не ел. В среднем он глотал по одной чайной ложке масла раз в четыре часа. Воду сказитель почти не пил. Она согревалась под солнцем, ее меняли. Он все говорил и говорил. Иногда создавалось впечатление, что он устал, изнемог, почти засыпает, но затем он снова оживлялся, активизировался и начинал с новой энергией говорить. Где-то после 12 дня голос его слегка сел, но ритм и скорость оставались теми же. К четырем часам дня голоса у сказителя уже не было. Он говорил шепотом. И шепотом произнес он в конце дня такие слова:

Горло мое разорвано,

Ребра изогнулись.

Сидящие рядом печалятся,

Наблюдая за тем, что происходит со мной.

На сегодня, наверное, достаточно,

Остальное позвольте продолжить завтра.

Последние слова он произнес дважды и затем лег под дерево и мгновенно заснул.

Родственники быстро укрыли мальчика одеялом, и над ним, спящим, был прочитан Коран» (Айтпаева, 2006: 34).

«Анатомический» анализ знамений, которые получают манасчи, и состояний транса, переживаемых во время сказительства, проводится с одной целью: продемонстрировать, что сходные когнитивные процессы лежат в основе творческих состояний многих талантливых людей. Достаточно важным представляется и то, что профессиональные манасчи обладают особой мозговой организацией; это, с одной стороны, является предпосылкой развития таланта, с другой —

особенностью, отделяющей их от других, обычных, людей. Данная особенность определяет судьбу манасчи, заставляя его периодически возвращаться к переживаниям ИСС, приносящим облегчение. Подобная мозговая организация не приводит к повышению устойчивости по отношению к жизненным неприятностям (скорее наоборот) и не способствует сохранению психического здоровья. Таким образом, будучи национальным достоянием, манасчи одновременно оказываются среди уязвимых и нуждающихся в защите жителей современного Кыргызстана.

Еще одной примечательной когнитивной особенностью манасчи является синестезия (от греческих «*syn*» — совместное и «*aesthesis*» — восприятие) — совмещение двух сенсорных модальностей. Во время синестетического восприятия звуки становятся не только слышимы, но и, например, видимы, цифры приобретают окраску, форма — вкус.

Многочисленные исследования свидетельствуют о различных вариантах синестезии. Хаббард с соавторами и Гилберт с соавторами (цит. по: *Cytowic, 1995*) описали визуально-аудиальный и обонятельно-цветовые варианты синестезии, при которых цвета имеют звучание, а запах — цвет. Одним из наиболее известных синестетиков был мнемонист Соломон Шерешевский, которого описал еще А.Р. Лурия в своей «Маленькой книжке о большой памяти» (*Лурия, 1969*). Для Шерешевского цифры и буквы немедленно ассоциировались с образами («двойка — это женщина полная, веселая»), звуки — с ощущениями («рассыпчатый желтый голос»), расположение в пространстве — со звуком, цветом и ощущением одновременно. Память Шерешевского была феноменальной — он испытывал настоящие трудности с забыванием информации, в особых случаях представляя себе доску, на которой записаны ненужные сведения, и себя, стирающего их с этой мысленной доски. Следует отметить, что синестезия в полной мере объясняет феноменальные мнемонические способности Шерешевского: стимул, закодированный в двух и более модальностях, имеет гораздо более шансов быть воспроизведенным, чем тот, для запоминания которого использовался единственный сенсорный канал. Известными синестетиками были Бородин и Владимир Набоков (цит. по: *Cytowic, 1995*), Александр Скрябин и Римский-Корсаков, Василий Кандинский, Франц Лист, Шарль Бодлер, Чюрленис и многие другие (*Cytowic, 1995*).

Последние исследования мозговых механизмов синестезии выявили решающую роль гиппокампа, лимбической системы и правой теменно-височной области в процессе появления мультисенсорных переживаний. Нелишним будет напомнить читателю, что именно гип-

покамп и правая теменно-височная область играют ведущую роль в формировании ИСС. Что касается лимбической системы, то этот отдел отвечает за регуляцию режима сна и бодрствования и участвует в формировании гипногических состояний. Рядом исследователей ИСС определяется как предпосылка для возникновения синестетических переживаний. Слышимые цвета могут возникать в состоянии наркотической интоксикации и алкогольного опьянения, а также в просоночном состоянии и на фоне высокой температуры. Преобладание правополушарных мозговых механизмов в формировании синестетических переживаний объясняет превалирование среди синестетиков женщин (соотношение 1:6) и левшей (*Motluk, 1994, Harrison et al., 1996*). Синестезия лежит в основе необычных когнитивных способностей, немногие из которых изучены так же хорошо, как феноменальная память Шерешевского или цветовые сочетания мелодий у Чюрлениса.

Заслуживающим особого внимания в контексте статьи является образно-семантический или образно-словесный вариант синестезии. При данном виде мультисенсорного опыта внутренний образ сразу же вызывает появление слова. Субъективно это переживается как свободное течение повествования, вызванного образами, возникающими перед внутренним взором. Такой вариант синестезии интересен, прежде всего, тем, что формирование образов находится в юрисдикции правого полушария головного мозга, в то время как речевые функции — под ответственностью левого. Для подобного варианта синестезии необходима синхронная работа одновременно двух центров, что может быть достигнуто в состоянии ритмичного транса.

Детальное обсуждение субъективного опыта манасчи во время сказывания эпоса привело к выводу о вероятности возникновения именно этого варианта синестезии, а подробные полуструктурированные интервью с Таланталы Бакчиевым, Уланом Исмаиловым и Кубаном Алмабековым позволили, если не полностью подтвердить, то, по крайней мере, не опровергнуть данную гипотезу. Описание спонтанного возникновения образов-слов, музыкальное комментирование того, что видишь, пребывание в мире ярких зрительных переживаний и ритмичное течение речи — это признаки, которые характеризуют манасчи, видящего то, что он рассказывает (и наоборот). Такой особенности нельзя обучиться, выучив эпос наизусть.

К сожалению, мы не можем похвастаться полномасштабными исследованиями мозговой активности манасчи во время сказывания эпоса. Тем не менее, усиленная активность правой теменно-височной области и области гиппокампа Таланталы Бакчиева зарегистрирова-

ны на электроэнцефалограмме, сделанной весной 2006 года. Идентичные признаки зафиксированы на ЭЭГ еще трех истинных манасчи.

Феноменология ИСС и необычных когнитивных способностей манасчи нуждается в дальнейшем бережном изучении. Идеальным представляется подход, продемонстрированный гениальным нейропсихологом А.Р. Лурия, описавшим результаты многолетнего изучения необычных когнитивных способностей Соломона Шерешевского, дополненный современными методами визуализации активно работающего головного мозга.

Литература

Айтнаева, 2007 — *Aitpaeva Gulnara, Toktogulova Mucaram, and Egemberdieva Aida*. Mazar Worship in Kyrgyzstan. Bishkek: Publication of «Aigine» research center.

Айтнаева, 2006 — *Айтнаева Г.А.* Феномен мазаров в Кыргызстане // Академический вестник Американского университета в Центральной Азии, № 4. С 32-40.

Назаретян, 2002 — *Назаретян А.П.* Некрофобия и ее роль в человеческой предыстории // Прикладная психология, № 6. С. 34-48.

Лурия, 1969 — *Luria A.R.* The Mind of a Mnemonist. New York: Basic Books.

Bering, 2002 — *Bering J. M.* Intuitive conceptions of dead agents' minds: The natural foundations of afterlife beliefs as phenomenological boundary // Journal of Cognition and Culture. 2. P. 263-308.

Bourguignon, 1973 — *Bourguignon E.* Religion, altered states of consciousness and social change. Columbus: Ohio State University Press.

Cytowic et al., 1995 — *Cytowic R.E. & Wood F.B.* Synesthesia II // Psychophysical relationships in the synesthesia of geometrically shaped taste and colored hearing. Brain and Cognition, 1. P. 36-49.

Harrison, 1996 — *Harrison J.* Acquired and Inherited Forms of Cross-Modal Correspondence // Neurocase. 2-3. P. 245-249.

Hubbard, 1996 — *Hubbard T.* Synaesthesia-like mappings of lightness, pitch and melodic interval // The American Journal of Psychology. Vol. 109. P. 219-238.

Motluk, 1994 — *Motluk A.* The sweet smell of purple (people with synesthesia) // New Scientist. 143. P. 32-37.

Muiller, 1967 — *Muiller J.* Ueber die phantastischen Gesichterscheinungen: Eine physiologische Untersuchung [On fantastic visual phenomena: A physiological investigation]. Munich, Germany: W. Fritsch. (Original work published 1826).

Rothenberg, 1995 — *Rothenberg Albert.* Creative Cognitive Processes in Kekul?'s Discovery of the Structure of the Benzene Molecule Source // The American Journal of Psychology. Vol. 108, №. 3. P. 419-438.

Schacter, 1976 — *Schacter D. L.* The hypnagogic state: A critical review of the literature // Psychological Bulletin, 83. P. 452-481.

Vaitl et al., 2005 — Vaitl D., Gruzelier J., Jamieson G., Lehmann D and others. Psychobiology of Altered States of Consciousness // Psychological Bulletin. Vol. 131. №. 1. P. 98-127.

Vaitl et al., 2000 — Vaitl D., Sammer G., & Ott U. Rhythmic tilting controlled by respiration: Effects on heart rate, EEG, basic information processing, and consciousness // International Journal of Psychophysiology. 35 (1), 41.

Е.А. Мещерякова

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ПРИВЕРЖЕНЦЕВ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ МЕТОДИКИ
«АЯТ — ЖИЗНЬ БЕЗ ЛЕКАРСТВ И БОЛЕЗНЕЙ»**

Система (само)оздоровления «Аят — жизнь без лекарств и болезней» создана Абдуллаевым Фархатом Мухамедовичем¹ и его первыми ученицами, практикующими по настоящее время. Впервые методика начала применяться в 1989 году. Метод за прошедшие 18 лет распространился по всему миру, он насчитывает десятки тысяч последователей (учеников), десятки Аят-центров — «центров самосовершенствования здоровья и саморазвития Сознания Человека Создателя Абдуллаева Фархата Мухамедовича».

Объектом данного исследования (ср. исследования целителей, см.: *Харитонова, 1995; 2004*) были люди, получившие звание «Ученика» и работающие по методике Фархата-ата в Москве в Центре «Аят», а также в других регионах — Россия, Казахстан, Латвия, Германия (с этой целью был осуществлен выезд в поселок Чунджа Республики Казахстан к месту проживания г-на Абдуллаева Ф.М.).

Цели работы

1. Исследование личности «Ученика» с целью определения его актуального психического состояния.

2. Анализ психологических изменений (трансформации личности и эмоциональной сферы), вносимых новым видом деятельности в личность после того, как человек становится «Учеником» (см. и ср.: *Гальперин, 1993; Гальперин и др., 1993; Мещерякова, 1999, 2004, 2005; Харитонова и др., 2006*).

Гипотеза исследования

К оздоровительной методике «Аят» обращаются люди, озабоченные собственным оздоровлением или необходимостью оздоровления близких. Как правило, они имеют диагноз соматического заболевания, поставленный в учреждениях официальной медицины, зачастую уже проходили курс терапии в них, но по каким-то причинам не удовлетворены результатами. В «Аят» они приходят, имея целый «букет» невротиче-

ских проявлений, негативно воздействующих как на близкое окружение пациентов, так и на них самих, что усугубляет течение заболевания. Ученики центра «Аят», работая с пациентами по методике (само)оздоровления, значительно снижают эмоциональное напряжение и невротические проявления; это приводит к выработке позитивного настроя на выздоровление, вследствие чего процесс оздоровления интенсифицируется, ускоряется, а возможно, что и инициируется, т.е. «запускается». Видя положительные результаты процесса (само)оздоровления, некоторые пациенты принимают решение стать Учениками. Предполагается, что у ученика меняется мировоззрение (привычная картина мира), происходит снижение психологической напряженности².

Методы исследования:

- 1) включенное наблюдение;
 - 2) интервью в свободной форме, имеющее целью определение профессиональной деформации личности — изменений в жизни и психике человека, привнесенное его деятельностью;
 - 3) выявление и оценка актуального состояния и невротических проявлений пациента (психотизма, депрессии, астении, истерии, фобии, вегетативных нарушений, темперамента и направленности личности);
 - 4) определение способности входить в эмоциональный резонанс с окружающими и канал, по которому осуществляется этот контакт;
 - 5) анализ материалов «Учеников» об их пути в Аят и методах их работы.
- В качестве *методического материала* для психологического обследования всем респондентам был предложен блок из нескольких методик, куда входили следующие тесты:

1. Опросник REN. Опросник EPI, предложен Гансом и Сибиллой Айзенк в 1963 г. Добавление к трем имеющимся шкалам EPI шкалы психотизма привело к появлению в 1968 г. опросника REN, вариант которого используется в исследовании (источник: azps.ru/tests-10k).

2. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний. Разработан Д.М. Менделевичем и К.К. Яхиным в 1978 году, используется с целью выявления и оценки невротических состояний.

3. Вопросник исследования уровня эмпатических тенденций. Разработан И.М. Юсуповым в 1991 году.

Оздоровление по методу «Аят» включает:

1. Произнесение Формулы Жизни

Эллэ Нина ана Создатель Фархат Ата

Эллэ аят 37 40 6 8 10

Эллэ ЛЭЗЗЭТ селенной

Эллэ уйгур аят эллэ.

2. Обязательное произнесение вслух слова «Эллэ» («младенец») сразу же после появления негативной мысли или произнесения негативных слов. Слово «Эллэ» вообще рекомендуется произносить как можно чаще.

3. Прием Эткен чая (черного байхового чая с молоком и солью), одновременно с произнесением «Формулы жизни».

4. Как можно чаще смотреть на Солнце одновременно с произнесением «Формулы жизни».

5. Посещение сеансов оздоровления у учеников Фархата-ата.

Методика предполагает посещение сеансов оздоровления 3 раза в день для тяжелых больных: в 10, в 14 и в 17 часов по местному времени. А для остальных больных один раз в течение дня.

6. Работа с журналами «Звезда Селенной»³.

Работа предполагает прочтение журналов по определенной схеме. Возможно прикладывание определенных номеров журналов при болях и заболеваниях к телу пациента.

7. Посещение Аятов.

1-го и 18-го числа каждого месяца в каждом городе, где работают ученики Фархата-ата, происходят Аяты — собрания учеников и их пациентов. Участники после произнесения Формулы Жизни рассказывают о своих успехах в деле (само)оздоровления. Кроме того, в поселке Чунджа Республики Казахстан, где постоянно проживал Фархат-ата, три раза в год проходят большие Аяты (5-10 дневные) — с 1-го января, с 1-го мая, с 1-го сентября, на которые съезжаются ученики и их пациенты. На этих Аятах кроме вышесказанного происходит «подключение» пациента к «энергии Солнца», в результате чего он становится Учеником.

Обычно это происходит следующим образом: ученик приводит к Фархату-ата кандидата, сообщает ему, что тот оздоравливается по системе, достиг успеха, хочет помогать близким или посторонним людям, пропагандирует методику. После чего Фархат-ата говорит: «Иди и лечи». Возможен вариант, когда Фархат-ата сам выбирает пациента и «подключает» его⁴.

Звание «Ученик» и возможность работы при помощи методики соискатель получает от самого Фархата-ата, когда последний сочтет, что ему можно заниматься оздоровительной деятельностью. Решение о начале практики в качестве «Ученика» принимается самим Фархатом-ата. Для этого соискателю необходимо:

1. Быть включенным в оздоровительную практику «Аят...» в качестве пациента с целью самооздоровления.

2. Иметь сформированную мировоззренческую концепцию, в основе которой стремление к дальнейшему саморазвитию и к открытию сознания, желание помочь в этом окружающим.

3. Быть представленным Фархату-ата лично одним из учеников.

Требования к соискателю:

а) ему необходимо оздоровить членов семьи, близких;

б) он активно пропагандирует метод Фархата-ата, способен открыть центр или школу;

в) в его регионе нет (или есть немного) других учеников (организаций), работающих по системе «Аят...».

Описание результатов психологического исследования

В психологическом исследовании приняли участие 26 человек. Из них были сформированы две экспериментальные группы:

а) в группу №1 вошли ученики, работающие с 1989 г. по настоящее время (10 человек);

б) в группу №2 вошли ученики, работающие с 2000 г. (16 человек).

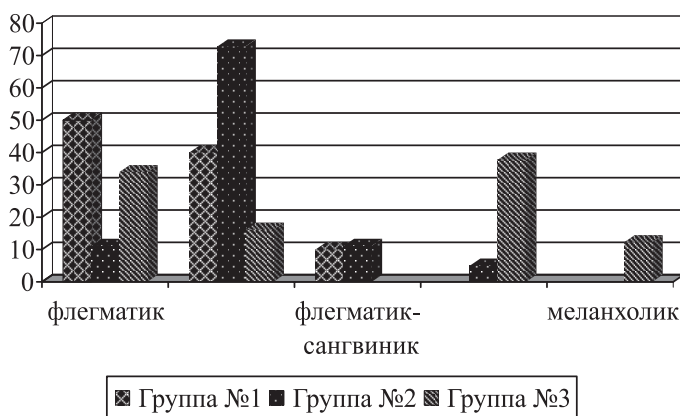
Еще 26 человек составили контрольную группу (№3), идентичную экспериментальным по половому, возрастному и образовательному уровням. Представители этой группы занимаются самоздоровлением и каждый имеет небольшую целительскую практику, работая по разным методикам.

Как видно из Гистограммы 1:

- представители группы №1 имеют сильную устойчивую нервную систему, по темпераменту — флегматики и сангвиники;

- представители группы №2 в подавляющем большинстве — сангвиники;

- обе группы отличаются от группы №3, где присутствуют представители всех темпераментов.



Гистограмма 1. Распределение респондентов по темпераментам (%).

Все старшие ученики (№1) обладают сильным устойчивым типом нервной системы. В межличностных отношениях они могут проявлять себя и как малообщительные люди, и быть контактными, открытыми. У них преобладает ровный, спокойный фон настроения. Присущая им уверенность помогает выходить из трудных жизненных обстоятельств. В проблемных ситуациях они действуют адекватно, в соответствии с групповой моралью, быстро и достаточно точно, проявляя хорошее соображение, память и понимание. Они — люди положительные, здравомыслящие, рассудительные, твердые, способные отстаивать свою точку зрения с помощью убедительных и точных аргументов. Способны успешно преодолевать все трудности и превратности судьбы, обладают свободой, естественностью поведения. Они являются прекрасными исполнителями при авторитетном партнере, не перекладывающими на него свою ответственность. Проявляют добросовестность и серьезность по отношению к выполняемому делу, имеют высокую нравственную позицию. Для стиля межличностных взаимоотношений учеников характерны уравновешенность, эмоциональная стабильность. Они обычно устанавливают контакты без затруднения, но не стремятся к развитию интенсивных взаимоотношений. Им часто приходится выступать в роли воспитателя, учителя (роль не лидера, а, скорее, наставника). В отношении с окружающими придерживаются раз и навсегда принятых правил поведения. Любые формальные рамки переносятся ими легко даже в том случае, если работа протекает в условиях жесткой дисциплины.

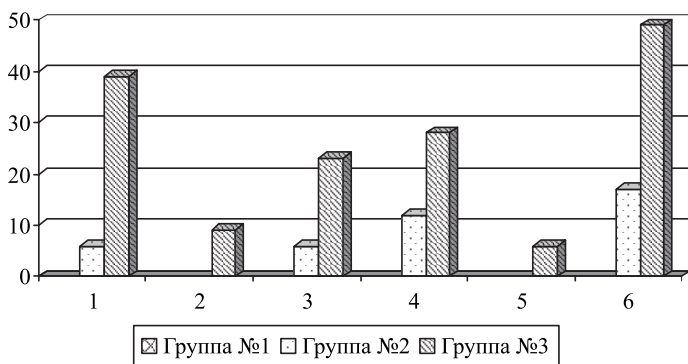
Интересно, что ученики из группы №2 в подавляющем большинстве тоже имеют сильную устойчивую нервную систему, но являются значительно более общительными людьми. Это во многом можно объяснить тем, что приобретение новых мировоззренческих ориентиров — приобщение к практике «Аят...» — вызывает у них желание поделиться знаниями с окружающими людьми. Поэтому они отличаются высокой активностью, богатым воображением, яркостью чувств, заинтересованностью и энтузиазмом. Эти ученики легко возбуждаются, могут даже показаться излишне эмоциональными. В межличностных контактах им присуща некоторая наступательная тактика взаимодействия. Своим энтузиазмом они могут увлечь других людей; эта способность увлекать других людей своими идеями, выраженное актерское дарование позволяют им формировать круг единомышленников. При этом они претендуют на доминантность в отношениях с окружающими, так как у них развито стремление к лидирующей позиции. Хотя они могут вполне адекватно действовать в социальных ситуациях как лидеры, не испытывая при этом робости или беспокойства,

они зачастую спокойно воспринимают себя на вторых ролях по отношению к людям, которых они сами для себя выбрали как доминирующих.

Легкое вживание в разные социальные роли, потребность нравиться окружающим, непосредственность и раскрепощенность поведения и стремление к преодолению стоящих на пути к реализации своих намерений, препятствий являются следствием увлеченности своим новым делом и открывшимися перед ними новыми горизонтами.

Представители контрольной группы (№3) резко отличаются от предыдущих лиц. Распределение их по критериям лабильности нервной системы и направленности личности — экстраверт/интроверт — более соответствует подобному распределению в пределах популяции, где преобладающими в настоящее время являются представители сильного подвижного типа нервной системы по направленности личности — экстраверты (холерики) и сильного малоподвижного варианта нервной системы по направленности личности — интроверты (флегматики). Именно представители этих типов нервной системы способны или активно противостоять воздействиям агрессивной внешней среды, или приспосабливаться к ней, или абстрагироваться от нее.

Гистограмма 2 показывает, что никто из учеников группы №1 не имеет выраженных невротических проявлений. Это говорит о том, что у них хорошо развиты механизмы для снижения уровня психического напряжения (фрустрации).



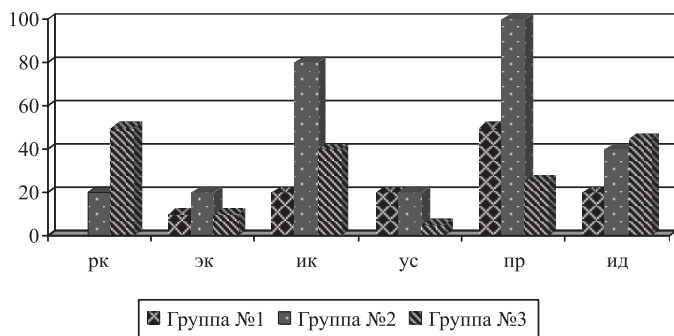
Гистограмма 2. Распределение респондентам по шкалам невротических проявлений (%).

- 1 — Шкала тревоги
- 2 — Шкала невротической депрессии
- 3 — Шкала астении
- 4 — Шкала истерического типа реагирования
- 5 — Шкала обсессивно-фобических нарушений
- 6 — Шкала вегетативных нарушений

Так, способность к компенсации более успешной деятельностью неудовлетворенности или неудачи от другой работы или состояния, за счет которых ученики могут снижать напряжение, находятся у них на высоком уровне. Они не склонны впадать в апатию и предаваться унынию. У них не проявляются: агрессия по отношению к другим людям или их обвинение в своих неприятностях и трудностях, агрессия по отношению к предметам, словесная агрессия и самообвиняющее поведение, что является признаком эмоционального напряжения.

Ученики из группы №2 проявляют несколько повышенный уровень тревожности. Но это ситуативная тревожность, вызванная скорее опасениями не преуспеть на вновь избранном поприще. Тревожность может проявлять себя и как остаточный процесс периода, предшествующего инициации (посвящения в ученики, который последователи Фархада-ата воспринимают как проявление за ними признания правильности избранного пути и способности оздоравливать других людей)⁵.

Ученики из группы №2 имеют неярко выраженную тенденцию к таким способам реагирования на тяжелые жизненные обстоятельства или неприятные ситуации, как проявления астенических и/или истерических реакций, и отмечают вегетативные нарушения. Это является признаком лабильной нервной системы и говорит о том, что механизмы для снижения психического напряжения находятся у них в стадии формирования. Однако у них имеются хорошие резервы для снижения уровня фрустрации социально приемлемыми способами.



Гистограмма 3. Распределение респондентов по уровню эмпатии (%).

- рк — рациональный канал эмпатии
- эк — эмоциональный канал эмпатии
- ик — интуитивный канал эмпатии
- ус — установки, способствующие или препятствующие эмпатии
- пр — проникающая способность в эмпатии
- ид — идентификация

Из гистограммы 3 видно, что ученики группы №1 в работе практически не пользуются эмпатическими способностями, лишь в отдельных ситуациях у них активизируется эмоциональный и в несколько большей степени интуитивный каналы. Это показалось весьма странным, так как из опыта предыдущих исследований людей, обладающих экстраординарными способностями, следует, что у них активизируются каналы эмпатии. В данном случае это можно объяснить тем, что практика оздоровления по методу Фархата-ата предполагает в учениках «ретрансляторов» солнечной энергии. А лучшим ретранслятором является тот, кто передает послание без искажений.

В группе №2 интуитивный канал задействован широко, рациональный и эмоциональный — одинаково. Это говорит о том, что новые ученики все еще продолжают пользоваться эмпатией, внося в свою деятельность личностные компоненты.

Группа №3 значительно отличается от предыдущих групп: рациональный канал задействован активно, несколько меньше — интуитивный, наименее выражен эмоциональный. Подобное распределение активизации эмпатийных каналов характерна для популяции народных целителей.

Установки, способствующие или препятствующие эмпатии, в группе №3 выражены значительно, поскольку многие методики работы народных целителей предполагают установку личных контактов с пациентами.

Проникающая способность в эмпатии, достигающая в группе №2 100%, почти в половину меньше у представителей группы №3 и еще меньше в группе №1. Это можно объяснить тем, что ученики группы №2 не полностью уверены в своих способностях к эффективному информационно-энергетическому обмену с партнером и пытаются создать между собой и им атмосферу открытости и доверительности. Представители группы №3 менее озабочены этой проблемой, так как уверены в своей способности к эмпатическому постижению и пользуются ею. Группу же №1 эти вопросы волнуют мало.

Идентификация же, как способность понять другого человека на основе сопереживания или постановки себя на место партнера, отсутствует в группе №1. Высокий показатель по этой позиции в группе №3 объясняется наличием среди представителей контрольной группы специалистов по ментальному целительству, где подобная практика является определяющей. Ученики группы №2, как уже было сказано, находятся в стадии становления и, видимо, используют все методы работы с пациентами.

Психологическая характеристика ученика

На основании результатов проведенного психологического исследования можно сказать, что существуют некоторые личностные, характерологические и психофизиологические качества, заметно отличающие ученика, давно занимающегося целительской практикой по методу Фархата-ата (группа №1) от учеников, работающих недавно (группа №2), и их всех от испытуемых контрольной группы, представляющей народных целителей (группа №3).

Когда-то будущие ученики делегировали Фархату-ата полномочия быть учителем в ответах на вопросы и ответственным в принятии решений, себя же воспринимая в качестве «ретрансляторов» его учения и энергии. Получая в течение более или менее длительного времени подтверждение правильности выбранного курса, нео-ученик строит новую «картину мира» и в соответствии с этим приобретает новые личностные черты. Деятельность в качестве ученика предполагает изменение его мышления. Это «новое» мышление не искаженное и не болезненное, но не похожее на привычное, общепризнанное. Оно предполагает изменения сложившихся в течение всей предыдущей жизни взглядов, привычек, образа жизни, убеждений.

Итак, основные черты ученика — спокойствие и уверенность в благоприятном исходе. Он любит во всем порядок, контролирует свои чувства, редко поступает эмоционально, под влиянием момента. Увлеченность своей деятельностью, необходимость несколько раз в день проводить целительские сеансы, соучастие в жизни и делах большего количества окружающих, делает его личностью публичной. Поэтому респондент способен вполне адекватно действовать в социальных ситуациях, не испытывая при этом робости или беспокойства. Он обычно устанавливает контакты без затруднения, но не стремится к развитию интенсивных взаимоотношений. Ему часто приходится выступать в роли информатора, наставника. Для ученика благоприятна работа с четко сформулированным заданием, в условиях жесткой дисциплины и регламентации деятельности. Он верный помощник в делах, спокойно воспринимающий себя на вторых ролях по отношению к людям, которых сам выбрал как доминирующих. Как правило, эффективно работает в условиях, не требующих изменения форм и методов выполнения задания. Любые формальные рамки переносятся легко даже в том случае, если работа протекает в условиях жесткой дисциплины.

Выводы

По результатам проведенного психологического исследования (ср.: Мещерякова, 1999; 2002; 2004; 2005) можно сделать следующие выводы:

1. Ученики, составляющие группу №2, представляют собой как бы переходную фазу от не-ученика к уже сложившемуся ученику. И то, что у них присутствует как тенденция и находится в состоянии раскрытия или развития, у учеников разовьется до максимума.

2. Ученики в процессе работы по методу Фархата-ата все более приобретают психофизиологические и социальные качества, присущие лицам с сильной устойчивой нервной системой, они могут быть как экстра-, так и интровертами.

3. Ученики обладают хорошо развитой способностью уменьшения своего психического напряжения, что вызывает стабилизацию их эмоционального фона. Вероятно, что выбор учеником особого образа жизни и деятельности реализовывает некие определенные личностные стратегии и механизмы, возможно существовавшие у него в потенции. Косвенно это подтверждает тот факт, что они не агрессивны во всех проявлениях — агрессия по отношению к другим лицам, внешненаправленная (экстрапунитивная), агрессия, направленная на себя (самоагрессия), словесная, самообвиняющее (интрапунитивное) поведение и обвинение других лиц.

4. У человека, ставшего учеником, меняется мировосприятие в связи с изменением сложившихся в течение всей предыдущей жизни взглядов, привычек, образа жизни, убеждений. Ученик четко осознает свои действия, отслеживает реакцию на них окружающих, и он вполне логичен в создании и поддержании своего мира.

5. Ученик имеет притязания, которые он вполне удовлетворяет, работая в своей области. Здесь он успешен и может реализовывать те свои личностные и социальные потребности, которые в другой обстановке могли вызвать неоднозначную реакцию окружения.

Литература

Гальперин, 1993 — Гальперин Я.Г. Значение психологического фактора в тестировании народного целителя // Сб. научных трудов ВНИЦТНМ «Эниом». М.

Гальперин и др., 1993 — Гальперин Я.Г., Жданов О.И., Замалетдинов И.С. Личностные особенности экстрасенсов-целителей по 16-факторному опроснику Кетелла // Сб. научных трудов ВНИЦТНМ «Эниом». М.

Гальперин и др., 1993а — Гальперин Я.Г., Жданов О.И., Замалетдинов И.С. Анализ результатов тестирования биоэнерготерапевтов по методике цветового выбора (теста Люшера) // Сб. научных трудов ВНИЦТНМ «Эниом». М.

Гальперин и др., 1993б — Гальперин Я.Г., Жданов О.И., Замалетдинов И.С. Индивидуально-психологические особенности экстрасенсов-целителей по многопрофильному личностному опроснику ММРІ // Сб. научных трудов ВНИЦТНМ «Эниом». М.

Клинический опросник..., 1978 — Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний. Методические рекомендации для интернов и врачей / сост. *Менделевич Д.М., Яхин К.К.* Казань.

Мещерякова, 1999 — *Мещерякова Е.А.* «Сверхвозможности посвященных: результаты психологической экспертизы» // Материалы международного конгресса «Шаманизм и иные традиционные верования и практики». М.: ИЭА РАН. С. 186-193 (ЭИ... Т. 5)

Мещерякова, 2002 — *Мещерякова Е.А.* Опыт изучения личности детей-феноменов // Годы исканий и открытий: научные труды ВНИЦТНМ «ЭНИОМ» / под ред. *Я.Г. Гальперина*. М. С. 129-136.

Мещерякова, 2004 — *Мещерякова Е.А.* Психологическое исследование людей, практикующих шаманские техники // Материалы Международного интердисциплинарного научно-практического конгресса «Сакральное глазами «профанов» и «посвященных»». Ч. 2. М.: ИЭА РАН. С. 241-252 (ЭИ... Т. 10)

Мещерякова, 2005 — *Мещерякова Е.А.* Психологическое исследование женщин-(нео)шаманок // Женщина и возрождение шаманизма: постсоветское пространство на рубеже тысячелетий. М.: ИЭА РАН. С. 303-322 (ЭИ... Т. 11)

Харитонова, 1995 — *Харитонова В.И.* Портреты народных целителей России. М.

Харитонова, 2004 — *Харитонова В.И.* «Возрождение шаманизма»: религиозный вопрос или психоментальная проблема? // Этносы Сибири. Прошлое. Настоящее. Будущее. Материалы международной научно-практической конференции. В 2-х ч. Ч. 2. Красноярск.

Харитонова и др., 2006 — *Харитонова В.И., Свидерская Н.Е., Мещерякова Е.А.* Шаманы и шаманизм в свете интердисциплинарных исследований // Первые исследования института Этнологии и Антропологии РАН — 2004. М.: Наука. С. 128-149.

Юсупов, 1991 — *Юсупов И.М.* Психология взаимопонимания. Казань.

¹Абдуллаев Фархат Мухамедович, житель села Чунджа (Республика Казахстан, Алматинская область, Уйгурский район), родился в 1937 году. С января 1964 года до окончания трудовой деятельности работал водителем. Умер в 2007 году.

²Последователи учения предполагают, что в основе метода Алля Аят лежат доступные каждому физическая, энергонинформационная и духовная очистка человека от негативных субстанций, приводящие к духовному и физическому самоздоровлению.

³Общероссийский информационно-публицистический журнал «ЗВЕЗДА СЕЛЕННОЙ» издается в Новосибирске. К настоящему моменту уже издано 44 номера.

⁴В настоящее время из-за смерти Фархата-ата методика «подключения» несколько изменилась.

⁵Однако зафиксированы случаи, когда посвященные в ученики неопиты обращались к Фархату-ата с просьбой забрать у них вновь обретенный дар. Роль ученика предполагает обязательные ежедневные занятия по оздоровлению посторонних людей (если заранее не оговорено, что ученик имеет право оздоравливать только своих ближайших родственников). Подобный труд довольно обременителен, так как зачастую ученик должен взять на себя обязанность дополнительной работы за счет своего досуга.

И. Янева-Балабанска

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛГАРСКИХ ЦЕЛИТЕЛЕЙ

Материалы и методика

Мы применяли метод полуструктурированного клинического интервью (PDE), чтобы исследовать наличие возможного личностного расстройства (*Loranger, 1988*) у 61 болгарского целителя-экстрасенса (46 женщин и 15 мужчин; *далее*: целители; целители-экстрасенсы — это целители, которые, как они считают, диагностируют и лечат экстрасенсорным воздействием). Средний возраст обследованных лиц — 45,4 г. Исследование осуществлено в период 1999-2000 гг. Целители были специально подобраны: среди них те, за которыми автор наблюдает длительное время, а также те, кто был рекомендован: 1) Центром медицинской биофизики, 2) Союзом экстрасенсов, 3) Центром «Рейки» и пр.

Применение PDE рекомендуется Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в качестве инструмента для научных исследований в области расстройств личности (ЛР), (*Reish, 1989*). PDE охватывает весь спектр ЛР в классификации DSM-III-R (*American Psychiatric Association, 1987*). Полуструктурированность является техническим термином, обозначающим, что исследователь имеет право задавать дополнительные уточняющие вопросы и не придерживаться педантично формулировок. В то же время каждый вопрос надо задавать так, чтобы не было видно подразумеваемого ответа. Интервью содержит в общей сложности 126 *айтемов* (обособленных точек), 120 из которых являются вопросами, а остальные 6 требуют объективной оценки научного исследователя о поведении интервьюируемого во время беседы. Вопросы сгруппированы в несколько разделов и организованы таким образом, чтобы создать ощущение естественности в тематических переходах. Каждый айтём соответствует определенному критерию (или части критерия) ЛР по DSM-III-R. Оценка (0) означает отсутствие или «нормальность» личностной черты, оценка (1) — повышенный или акцентированный личностный признак и (2) — «патологический» признак, удовлетворяющий критерию интенсивности, частоты, социальной беды или причиненного ущерба.

Чтобы определять данное поведение как присущее личности, оно должно проявляться у конкретного человека хотя бы в последние пять лет. Каждый вопрос стимулирует интервьюируемого описать в качестве примера свой опыт или инцидент. Если обнаруживается

противоречие между ответом и клиническим впечатлением или информацией из других источников, это противоречие обсуждается с пациентом, но в оценке преимущество имеет его ответ, если пациент все-таки настаивает на этом. Посредством несложного алгоритма из оценок извлекается число удовлетворительных критериев и ставится соответствующий диагноз, если это число превышает определенный DSM-III-R порог. В результате всех оценок по каждому личностному измерению получается дименсиональная сумма, показывающая наличие личностных «черт», которые не обязательно означают расстройство личности.

PDE переведено на болгарский язык двумя клиницистами, а окончательный вариант вопросника для интервьюирования подготовлен после обсуждения различий между переводом и редакцией текста (Ончев, 1995). PDE было использовано в исследовательских целях болгарскими практиками и его надежность доказана (Ончев и др., 1994).

Обсуждение результатов

Перед использованием полуструктурированного клинического интервью (PDE), к обследованным целителям мы применили скрининговые части SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, Wing et al., 1990), чем исключается наличие психического расстройства личности. Результаты примененного полуструктурированного клинического интервью (PDE) можно увидеть на Графике 1. На горизонтальной оси находятся личностные измерения (П — параноидное, Ш — шизоидное, Шт — шизотипное, Ат — антисоциальное, Г — пограничное, Х — гистрионное, Н — нарцисстическое, И — избегающее, З — зависимое, ОК — обсессивно-компульсивное, ПА — пассивно-агрессивное, С — садистическое, СУ — себя утверждающее), а на вертикальную ось нанесены сборы оценок каждого измерения личности (или дименсии). График можно назвать дименсиональной суммой или дименсиональной кривой особенностей личности.

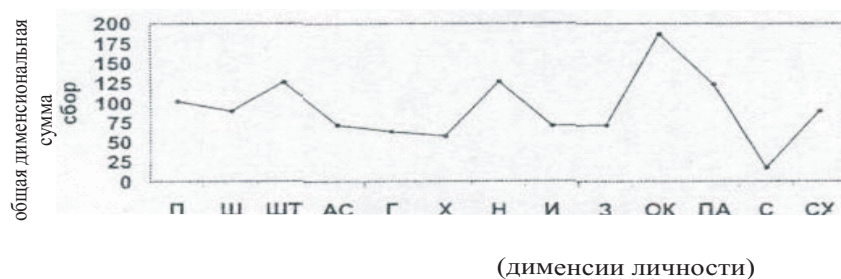


График 1. Дименсиональная кривая личностных особенностей целителей.

Личности целителей оцениваются в диапазоне поведения человека, позволяющем описать их особенности (это не предполагает обязательное личностное расстройство).

Из указанной методики видно, что оценка (2) является критерием расстройства личности. Ни у одного из исследованных целителей тестирование не удовлетворяет критериям расстройства личности, т.е. исследованные лица не являются личностно абнормными. Результаты показывают суммарный профиль личностных черт всех исследованных лиц так, как они представлены на Графике 1. Очевидно, что у них нет патологических личностных черт. В суммарном личностном профиле имеется три пика Шт, Н и ОК дименсий, т.е. личностные черты исследованных лиц выражены преимущественно в областях Шт (странности-чужаковатости), Н (чувства превосходства, вероятного высокомерия и самовлюбленности), ОК (черт, которые в целом можно описать как педантичность, щепетильность, чрезмерная чистота). Пик Шт-личностных черт в значительной степени связан с выбором профессиональной карьеры; пик Н-черт не является конкретным признаком и вероятно связан с необходимостью получения признания, с более высокой социальной ответственностью. Пик ОК-дименсии показывает, что у целителей-ЭС исключительная работоспособность. Комбинация этих особенностей свидетельствует о весьма достоверной учетной записи. Шт-дименсия соответствует выбору профессии, вероятно, выполняет большую роль в мотивации выбора этих людей, она вполне в соответствии с содержанием их профессии (их методы диагностирования и лечения не подтверждены наукой, целители этой группы — экстрасенсы — склонны к мистике).

Личностные черты второй группы — Н-группы, соответствуют их потребности самоусовершенствования и желанию получить признание других людей и, возможно, в этом выражается их самолюбие, которое им необходимо в определенной дозе, чтобы они могли заниматься своей профессией в среде, где их считают и шарлатанами. ОК-измерение в социальном аспекте непосредственно связано с конкуренцией.

Выводы

1. У обследованных целителей не отмечается наличия психического расстройства.

2. Ни у одного из обследованных целителей нет оценки (2) и это доказывает, что ни у одного из них тестирование не удовлетворяет критерию расстройства личности, т.е. обследованные лица не являются личностно абнормными.

3. Выраженные у обследованных лиц личностные черты находят-ся в первую очередь в областях Шт, Н и ОК- дименсий.

Литература

Ончев, 1995 — Ончев Г. Клинико-психологична характеристика на гранично личностово разстройство. Дисертация. София.

Ончев и др., 1994 — Ончев Г., Ганев К. Диагностична надеждност при изследване на личността с полуструктурирано клинично интервю // Психология. № 4. С. 56-63.

Loranger, 1988 — Loranger A. Personality Disorder Examination (PDE), Manual Yonkers, V.Y, D.V. Communications.

Reish, 1989 — Reish J.K. Update on Instruments to Measure DSM-III and DSM-III-R Personality Disorders // J. Nerv. Ment. Diseases, 1989, 177, 6, P. 366-370.

Wing et al., 1990 — Wing J.K., T. Bator, T. Brugha et al. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry // Archives of General Psychiatry, UY, 1990, 5, P. 589-593.

О.И. Коёкина

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ФЕНОМЕНАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ НАРОДНЫХ ЦЕЛИТЕЛЕЙ

Исследования феноменальных (экстраординарных) способностей у народных целителей могут способствовать развитию нескольких научных направлений. Кроме того, результаты этих исследований могут иметь не только научный, но и социальный отклик.

С одной стороны, научные работы закладывают основные положения для дальнейшего изучения возможностей развития отдельных способностей у любого человека, в частности, способности к саморегуляции и самооздоровлению, а это, в свою очередь, позволяет ставить вопрос о создании национальной программы и развитии на ее основе национальной системы оздоровления и самооздоровления.

С другой стороны, эти работы дают возможность проводить некоторые сопоставления и оценку отдельных видов деятельности целителя, что важно не только для сертификации, но и для принятия решения самим целителем о необходимости дальнейшего развития своих возможностей.

Предварительно проведенные исследования с участием целителей показали неоднозначность и сложность проблемы в целом и позволили выделить те направления, по которым в настоящее время было бы необходимо проводить дальнейшие работы для обоснования критериев оценки их способностей. Эти направления включают нейрофизиологические, психологические, психофизиологические, био-

логические, биохимические и другие научные исследования параллельно с оценкой диагностических и исцеляющих (оздоравливающих) способностей целителей под медицинским контролем.

Настоящее сообщение включает нейрофизиологические результаты, которые позволили предварительно определить следующие *нейрофизиологические критерии*:

- признаки расширения сферы восприятия определяются по динамике спектральных характеристик электрических потенциалов мозга и распределению вызванных потенциалов в коре головного мозга при выполнении тестовых заданий и включении сигналов;

- распределение спектральных составляющих альфа-ритма по зонам коры позволяет определить тип экстрасенсорного восприятия: зрительный или телесный;

- межполушарная асимметрия (преобладающая активность одного из полушарий): активация правого полушария свидетельствует о преобладании экстрасенсорного восприятия (диагностических способностей), активация левого — о биоэнергетическом воздействии;

- способность к саморегуляции состояния сознания (произвольному переходу в состояние транса) определяется по динамике распределения характеристик амплитуды и мощности альфа-ритма на поверхности коры;

- возможность перехода к деятельности на уровне подсознания (аутогипноз) или сверхсознания определяется по динамике спектральных характеристик колебаний потенциалов мозга в диапазонах частот дельта-, тета-, бета-, гамма-;

- межполушарная и внутризональная когерентность ритмов мозга — тонус коры мозга и возможность управления телесной энергетикой;

- ось познания и сверхсознания (*Свидерская*, 2002);

- распределение энергетики мозга в виде потоков и управляемость этими потоками.

Одну из способностей экстрасенсорного восприятия мы обозначили как ясновидение. Ясновидение относится к уникальным способностям, свойственным практически каждому целителю. Согласно известным определениям (*Ожегов*, 1982; *Ледбитер*, 1914), оно выражается в тонкой проницательности, прозорливости, основанной на восприятии одновременно настоящего, прошлого и будущего, причины и следствия развития страдания у больного, и в настоящее время позволяет *народному целителю* в некоторых случаях противопоставить свои возможности новейшим медицинским технологиям диагностики и терапии. По-видимому, явление ясновидения будет подвергаться сомнению до тех пор, пока будут отсутствовать предпосылки для объяснения этого феномена, пока не столь распространенного у людей.

В данной работе делается предположение, что ясновидение может сопровождаться особой формой деятельности мозга, позволяющей интерпретировать в едином ключе информацию, поступающую в мозг по разным каналам, сенсорным и внесенсорным (Коёкина, 2003).

При ясновидении телесные сенсорные ощущения интерпретируются во временном континууме в соответствии с задаваемой программой получения и оценки информации.

Для решения этой сложной задачи в биоэлектрической активности мозга были выделены отдельные частотные поддиапазоны альфа и альфаподобного (роландического или мю-) ритмов в первичных зрительной и сенсомоторной зонах и рассмотрено взаимодействие этих зон в процессе деятельности целителей-ясновидцев.

Методика. В исследовании приняли участие десять целителей, имеющих опыт ясновидения при оценке состояния здоровья у пациентов. Основным критерием для определения способности к ясновидению являлось совпадение основных показателей диагностики целителя с результатами объективных обследований пациента, его анамнезом и медицинским диагнозом.

Исследовалась электрическая активность мозга у целителей в состоянии относительного покоя (фон), а также при моделировании состояний, соответствующих целительской деятельности. В качестве моделей целительской деятельности испытуемые использовали диагностику и коррекцию энергоинформационной структуры биополя по «фантому» пациента. В процессе каждого из моделируемых состояний регистрировали биоэлектрическую активность мозга.

Наряду с визуальной оценкой динамики активности мозга у целителей в разных состояниях деятельности проводили исследование распределений спектральной мощности частот в диапазоне альфаритма. Полученные данные подвергали вторичной групповой обработке с целью подтверждения статистической гипотезы достоверности различий по критерию *t*-Стьюдента. Программа «BrainLock» использовалась для того, чтобы проследить пути движения эквивалентных дипольных источников (ЭДИ) альфа и альфаподобных ритмов в структурах мозга при различных состояниях деятельности целителей.

Результаты. Активность в сенсомоторной зоне правого полушария у целителей-ясновидцев достоверно выше, чем у испытуемых контрольной группы, не обладающих этим даром. Ранее было показано (Лебедева, 1990; Ли, 1995), что у лиц, обладающих экстрасенсорными способностями, межполушарная асимметрия выявляется за

счет повышенной активности правого полушария. Регуляция функционального состояния мозга у них связана с направленным изменением сознания, уровня бодрствования, эмоций.

Статистическое сравнение данных спектрального анализа биоритмов мозга группы народных целителей, обладающих даром ясновидения, и контрольной группы лиц, не обладающих этим даром, показало достоверные различия между группами. Эти различия выражены по показателям мощности альфа-ритма в диапазоне 7-12 Гц. На картах распределения величин показателей достоверности наблюдается выраженная тенденция, переходящая в достоверное отличие ($p < 0,05$) более высокой активности в правом полушарии и в сенсомоторных зонах обоих полушарий у целителей-ясновидцев по сравнению с контрольной группой.

Смещение профиля функциональной асимметрии мозга в сторону правого полушария служит необходимым условием проявления особых состояний мозга, при которых реализуются способности к восприятию субсенсорной или внесенсорной информации. Межполушарные взаимоотношения рассматриваются как важная нейрофизиологическая основа осознаваемых и неосознаваемых психических явлений. Особое значение придается правому полушарию в проблеме исследования внелогических форм мышления, подсознательного принятия решений, поисковой деятельности, творческого воображения и т.д. Результаты не только подтверждают смещение профиля активности в правое полушарие у целителей-ясновидцев, но и выделяют повышенную активность сенсомоторной зоны обоих полушарий, в большей степени правого.

Для проведения дальнейших исследований надо было определить функциональное значение альфа-ритма в разных частотных диапазонах. Для того, чтобы определить значение сенсомоторного и зрительного сенсорного представительства в процессах интегрального телесного восприятия и ясновидения, сопоставили распределение спектральной мощности ритмов сенсомоторной зоны 7...9 и зрительной зоны 9...12 Гц методом нейрокартирования по данным фоновой активности у каждого целителя в отдельности.

Было показано (Кожкина, 2001), что у лиц контрольной группы в состоянии спокойного бодрствования и мышечной релаксации ритмы частотой 7...9 Гц реагируют на мышечное усилие, а ЭДИ происхождения этих ритмов локализируются или непосредственно в сенсомоторной области коры, или в срединных структурах мозга в системах восходящей активации области таламуса и ствола. Другие ритмы частотой 9...11 Гц реагируют на возбуждение зрительных афферен-

тов поступлением светового потока, а ЭДИ их происхождения локализируются в зрительной зоне коры, в ассоциативных теменных областях или в стволе мозга. Таким образом, близкие по частоте ритмы в альфа-диапазоне имеют разное функциональное назначение, определяемое специфичностью афферентации, что в большей степени подтверждается локализацией ЭДИ происхождения этих ритмов, чем распределением максимальных значений амплитуд биопотенциалов на поверхности мозга. Это объясняется тем, что амплитуда потенциалов на поверхности коры меняется в зависимости от направления векторов ЭДИ, распределенных в его глубинных структурах. Направлением векторов управляет сознание. У целителей-экстрасенсов ЭДИ альфа-ритма, реагирующего на зрительное возбуждение, локализируются в зрительной зоне коры и в стволе мозга, а их векторы могут быть направлены к поверхности сенсомоторной коры, на поверхности которой увеличивается амплитуда ритма частотой 9...11 Гц, и зрительный альфа-ритм как бы сканирует телесную информацию, поступающую по сенсорным афферентам. Наоборот, ЭДИ альфа-ритма, реагирующего на мышечное усилие, локализируются в области ствола, таламуса и в сенсомоторной коре, а векторы могут быть направлены в сторону зрительной коры, при этом на поверхности зрительной коры амплитуда ритма частотой 7...9 Гц может быть максимальной, когда зрительное восприятие сопровождается телесным и телесное ощущение преобладает. Таким образом, активность мозга может быть организована так, что она может проявлять себя как своеобразный переводчик ощущений одной модальности на другую. Описанный механизм объясняет возможность возникновения синестезий. Отчеты целителей-ясновидцев, участников исследований, подтверждают эти предположения.

В условиях сенсорной депривации и ослабления потока афферентации (фоновая регистрация) увеличение мощности ритма альфа-диапазона в зонах иной модальности, по сравнению с собственной проекционной, можно рассматривать как отражение состояния повышенной возбудимости коры по отношению к перекрывающимся сигналам.

Заключение. Выше обозначенные нейрофизиологические критерии оценки способностей *народных целителей* к экстрасенсорному восприятию, ясновидению и биэнергетическому влиянию на пациентов имеют объективное отражение в динамике активности мозга и в совокупности могут быть наблюдаемы только у людей с подобными способностями. Поэтому наблюдаемые процессы в активности мозга

могут быть использованы как доказательства проявления (или возможного проявления) феноменальных (экстраординарных) способностей целителя.

Литература

Коёкина, 2001 — Коёкина О.И. Способности к интегральному телесному восприятию и ясновидению у народных целителей (Нейрофизиологические исследования) // Материалы Международного междисциплинарного научно-практического симпозиума «Экология и традиционные религиозно-магические знания». М: ИЭА РАН. С. 93-104 (ЭИ... Т. 7. Ч. 2).

Коёкина, 2003 — Коёкина О.И. Экстрасенсорное восприятие // Материалы Международного междисциплинарного научно-практического семинара-конференции «Сакральное в традиционной культуре: методология исследования, методы фиксации и обработки полевых, лабораторных, экспериментальных материалов». Москва — Республика Алтай, 6-15 июля 2003 г., М.: ИЭА РАН. С. 124-127 (ЭИ... Т. 9).

Лебедева и др., 1990 — Лебедева Н.Н., Добронравова И.С. Организация ритмов ЭЭГ человека при особых состояниях сознания // ЖВНД. Т. 40. Вып. 5. С. 951-962.

Ледбитер, 1914 — Ледбитер Ч. Ясновидение. СПб.: Изд. «Вестник теософии».

Ли, 1995 — Ли А.Г. Разработка способов управления состояниями мозга для повышения эффективности восприятия стимулов малой интенсивности и создания систем управления в биологических и медицинских системах. М., 112 с.

Ожегов, 1982 — Ожегов С.И. Словарь русского языка / под ред. Н.Ю. Шведовой. М.: «Русский язык», 816 с.

Свидерская, 2002 — Свидерская Н.Е. В поисках нейрофизиологических критериев измененных состояний сознания // ЖВНД. Т. 52, №5. С. 517-530.

И.В. Родштан

НЕКОТОРЫЕ ДИСКУССИОННЫЕ СООБРАЖЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ШАМАНОВ И ШАМАНСКОЙ БОЛЕЗНИ

Согласно с данными такого информированного собирателя обычаев, обрядов и преданий как М. Забылин (*Забылин*, 1880/1990), слово шаманизм происходит от санскритского «сострадание». Другой знаменитый русский собиратель фольклора В.И. Даль, будучи по образованию и практической деятельности врачом, определяет сострадание как нравственную болезнь души и особо выделяет слово «стражду», т.е. страдаю (*Даль*, 2001). По-видимому, классический образец таких чувств содержится в поэтическом шедевре Мориса Метерлинка, переведенном на русский язык Валерием Брюсовым (*Брюсов*, 1961):

А если он возвратится,
Что должна ему я сказать?
- Скажи, что я и до смерти
Его продолжала ждать.
А если он спросит, где ты?
О, что я скажу в ответ!
- Отдай ему этот перстень,
Ничего не сказав в ответ.
А если он удивится,
Почему так темно теперь?
- Укажи погасшую лампу.
Укажи открытую дверь.
А если он спрашивать будет
О том, как свет угасал?
- Скажи, что я улыбалась. -
Чтоб только он не рыдал.
А если он не спросит,
Должна ли я говорить?
- Взгляни на него с улыбкой
И позволь ему позабыть.

Как видим, темы сострадания и смерти неразделимы в подлинной поэзии. В настоящее время на это обратила внимание академическая наука, сделав своим предметом исследования (*Материалы...*, 2004). Это, в свою очередь, дает некоторые основания высказаться по поводу шаманизма и шаманской болезни в целом.

А именно, высказаться по поводу того, что же объединяет по сути, с учетом наших знаний на сегодняшний день, шамановедение и суицидологию? Так, например, результаты клинико-экспериментальных работ свидетельствуют (*Cheetham et al.*, 1988; *Gross-Isseroff et al.*, 1990), что в гиппокампе (т.е. ключевой структуре лимбической системы, называемой также эмоциональным мозгом) погибших в результате суицида людей, не принимавших антидепрессанты, частично заблокированы 5-ОТ₂-рецепторы (5-ОТ — аббревиатура окситриптамина, т.е. серотонина). Именно эти рецепторы бывают заблокированы в первичной зрительной коре и стволе мозга при феномене ВИТ, т.е. выходе из тела или Out-of-Body State, который составляет ключевое звено камлания шаманов (эффект двойника) (*Родитат*, 1996; 2004). Вероятно, что санскритское определение шаманизма не случайно и отражает глубинный смысл этого явления, который находит отражение также в физиологии мозга.

Исходя из этой позиции, можно рассмотреть и понятие шаманской болезни как болезни страждущего (в определении В.И. Даля)

человека, а также как болезни, связанной с конкретной физиологией мозга. Поскольку шаманская болезнь манифестирует, как правило, до начала шаманской практики, то ее природа обусловлена, по-видимому, исходными особенностями личности и мозга дебютирующего шамана. Что касается исходных особенностей личности шамана, то с учетом гипертрофированной склонности к сопереживанию, они, т.е. эти особенности, определяются мотивационной установкой, известной как альтруизм, а в приложении к целительству — как милосердие. Необычность данной ситуации, однако, в том, что она принимает императивный характер, нередко чуждый сиюминутным устремлениям потенциального шамана либо его привычному образу жизни.

Для понимания такого рода поведенческого парадокса обратимся к представлениям о т.н. программе смерти, активно обсуждаемой в последнее десятилетие (*Чердниченко*, 1996; *Рыбцов*, 1999; *Родштат*, 2000). Сначала отметим, что оккультное представление о фантоме (эффekte двойника) как гробовщике физического тела человека после его смерти, предполагает в неявном виде определенную запрограммированность человека на смерть. Предполагается в частности, что в околоземном живом пространстве фантомная форма есть универсальная первичная и неразрушимая форма разумной жизни. В своем эволюционном витальном цикле (в планетных земных условиях) она способна использовать органические субстанции белково-нуклеиновой природы, вступая с ними в метастабильный симбиоз с образованием живого организма. Гибель живого организма приводит к распаду симбиоза, освобождению фантома, который (возможно в течение определенного периода времени) сохраняет структурно-соматическую память об организме. Однако реальное начало осуществления программы смерти связывают с угрожающей жизненной ситуацией. При включении программы смерти у человека появляются мысли о бесполезности земного существования и возникают образы зовущих покойников. В общем, начинает доминировать сильная мотивация на смерть. И человек впадает в оцепенение. Сходная ситуация в клинической физиологии описывается как реакция мнимой смерти (*Фолков и др.*, 1972). С учетом этологических наблюдений и лабораторной практики ее называют реакцией опоссума, так как она весьма характерна именно для этого животного. В лабораторных условиях у экспериментальных животных реакцию мнимой смерти удается вызвать раздражением передних отделов поясной извилины, входящей, как и гиппокамп, в состав лимбической системы. Это значит, нельзя исключить тот факт, что гипертрофирован-

ная склонность шамана к сопереживанию инициирует манифестацию программы мнимой смерти задолго до наступления его физической немощи.

Альтруистическая мотивационная установка не является только прерогативой Homo sapiens. По данным Реми Шовена (*Шовен, 1972*) она отмечена даже у птиц. Например, вороны и сороки с особым криком, собирающим всю стаю, летят на помощь пострадавшим особям. Чайки приходят на помощь и бывшему противнику, а в случае смерти одной особи вся стая бесшумно рассеивается. Это так называемый родственный альтруизм. Однако известен и взаимный (реципрокный) альтруизм, т.е. альтруизм между неродственными индивидуумами. Существует даже термин «эпимелез», означающий спасение одного животного другим, например, спасение антилопы-импалы гиппопотамом от крокодила. Известны случаи спасения людей дельфинами от акул. Описано также спасение человека стадом коров от нападения быка (*Шукер, 2006*). По-видимому, в этом нет ничего удивительного, так как старая кора или архикортекс, типичным представителем которой является гиппокамп, в хорошо выраженной форме появляется уже у рептилий (*Филимонов, 1957*), т.е. предшественников птиц на эволюционной лестнице, а те, в свою очередь, являются непосредственными предшественниками млекопитающих.

Таким образом, шаманская болезнь, по-видимому, разворачивается на базе довольно древнего мозгового механизма, причем усложнение альтруистической установки происходит по мере последовательного эволюционного развития наших меньших братьев. В данном контексте несомненный интерес представляют состояния, связанные с патологической нейродинамикой в гиппокампе, а именно с гиперсинхронным (эпилептическим) разрядом (*Терминологический словарь..., 1975*). Во время этих состояний человек испытывает грезоподобные переживания, похожие на сновидения. Восприятие окружающей действительности нарушается. Могут возникать истинные эпилептические зрительные галлюцинации. В связи со снижением ясности или сужением сознания такой человек бывает поглощен наплывом образов сновидения. Как видим, описание этих эпилептических онейроидных состояний весьма напоминает отчеты шаманов о сеансах камлания.

Достоверных сведений о целенаправленном целительстве, исходящем от животных, сегодня нет. Однако имеются косвенные свидетельства наличия целительских эффектов, испытываемых человеком от общения с рядом животных (*Шукер, 2006*). Так, люди, содержащиеся в домашних условиях собак, реже обращаются за медицинской

помощью по сравнению с людьми, не содержащими собак в домашних условиях. Еще реже обращаются за медицинской помощью, по сравнению с двумя предыдущими категориями лиц, люди, содержащие в домашних условиях кошек. Следует отметить и растущую популярность в мире так называемого дельфиньего целительства; дельфины отличаются развитым практическим разумом.

С учетом дискуссионности предложенных для обсуждения соображений, мы не даем каких-либо конкретных рекомендаций, надеясь, что эти соображения дополнят циркулирующие среди шамановедов представления о механизмах целительства этой до сих пор загадочной субпопуляции людей. Один из путей к пониманию этой загадочности, по-нашему мнению, ведет к некоторым представлениям экзистенциальной психологии (*Фрейджер и др.*, 2001). Один из ее мэтров, а именно Ролло Мэй, предложил понятие «агапе» для обозначения альтруистической любви человека. Альтруистическая любовь требует принятия и утверждения личности другого человека, освобождение от чувства соперничества, а также такой старинной добродетели как милосердие. Поскольку идеальным примером для подобной любви является любовь Бога к человеку, то существует реальная опасность, как считает Р. Мэй, в самооценке самому уподобиться божественной сущности. В сочетании с переживаниями эпизодов мнимой смерти, как предполагаем мы, это со временем завершает формирование соответствующих личностных черт. Подобная одухотворенная загадочность способствует возникновению у пациента, обратившегося к шаману, лечебных эффектов стандартного плацебо, основанных на психологической функции ожидания и реализуемых посредством адаптивных гормонов на уровне лимбической системы мозга (*Родштатт*, 1991).

Шаманская болезнь, как таковая, не получила права терминологического гражданства в официальной медицине. О ней нет упоминания в отечественном энциклопедическом словаре медицинских терминов (*Энциклопедический словарь...*, 1982), в наиболее полном международном справочном пособии по клинической синдромологии (*Лайбер и др.*, 1974), в современных руководствах по психосоматической медицине (*Бройтигам и др.*, 1999) и лекарственным средствам (*Бурбелло и др.*, 1999). Нет о ней упоминания и в специальном выпуске ЮНЕСКО, посвященном новому в здравоохранении (синтез традиций и современности) (*Impact...*, 1987). А наиболее авторитетные знатоки этого вопроса берут словосочетание шаманская болезнь в кавычки (*Харитонов*, 1999). По-видимому, излечение от шаманской болезни значило бы избавление ее носителя от дара целительства.

Сходная по смыслу ситуация наблюдалась нами при врачевании известных актеров, когда, избавляя их от издержек вегетативного сопровождения актерского таланта, мы обрекали их на период лечения на ощущение утраты сценического успеха. В этой части своего сообщения сошлемся на мнение Клода Леви-Стросса, писавшего, что «шаман разыгрывает перед своей аудиторией спектакль. Какой спектакль? Не рискуя неосторожно обобщать некоторые наблюдения, мы скажем, что этот спектакль является всегда повторением шаманом «призыва», т.е. первого припадка, во время которого ему открылось его призвание» (*Леви-Стросс*, 2001).

Какие болезненные состояния, получившие права терминологического гражданства, могут напоминать шаманскую болезнь и приводить к диагностическим ошибкам? По-видимому, в первую очередь, речь может идти о синдроме сенестопатического автоматизма с чувствованием необычных тягостных ощущений в различных областях тела, но сочетающихся с бредом воздействия. Бред воздействия, в свою очередь, содержит идею постороннего влияния на мысли, чувства и поступки больного и чаще всего является одним из проявлений синдрома Кандинского-Клерамбо, для которого характерны отчуждение или утрата принадлежности своему «Я» (*Энциклопедический словарь...*, 1982: I — 22, 160; 1983: II — 12). Выявление синдрома Кандинского-Клерамбо обычно предполагает диагноз шизофрении. Сенестопатии у такого рода больных могут иметь характер ощущений горения своего мозга, а утрата своего «Эго» сопровождается отсутствием чувства границ собственного тела и другими столь же необычными эффектами (*Каплан и др.*, 1994). Другим трудным для дифференциальной диагностики шаманской болезни патологическим состоянием может оказаться височная эпилепсия. Мы уже упоминали о разновидности височной эпилепсии в форме онейроидных, т.е. сноподобных состояний, при которых нейронный разряд локализуется в передневнутренней части височной доли, особенно в крючке (ункусе) гиппокамповой извилины (*Терминологический словарь...*, 1975). Нередко такого рода височная эпилепсия сопровождается обонятельными иллюзиями либо обонятельными галлюцинациями.

Однако диагностика как шизофрении, так и височной эпилепсии не столь однозначна и легка, как может показаться на первый взгляд. Например, в знаменитом европейском руководстве по клинической психиатрии под сомнение берется нозологическая самостоятельность шизофренического процесса (*Груле и др.*, 1967). В американском руководстве по клинической психиатрии (*Каплан и др.*, 1994) дос-

ловно говорится: «Этиология шизофрении неизвестна. Скорее всего, шизофрения является гетерогенным расстройством, и очень немногие из обсуждаемых здесь этиологических факторов являются характерными исключительно для нее. Основной моделью, интегрирующей эти предположительные этиологические факторы, является модель предрасположенности к влиянию стрессов (stress diathesis model)». Отсутствуют и клинические проявления, патогномичные для шизофрении, так как каждый симптом, наблюдаемый при шизофрении, может иметь место при других психических и неврологических расстройствах (Каплан и др., 1994). Отметим также, что примерно 50% больных шизофренией совершают суицидальные попытки и 10% из них оказываются завершёнными. Причем в продромальном периоде шизофрении наблюдаются сверхценные идеи относительно ясновидения и телепатии. Известны при шизофрении и онейроидные состояния.

Не меньше трудностей, хотя и несколько иных, возникает при диагностике височной эпилепсии. Так, например, в ряде случаев при нормальной скальповой электроэнцефалограмме с помощью вживленных в мозг диагностических электродов удается наблюдать развитие спонтанных или активированных гипервентиляцией субклинических электрографических пароксизмов в гиппокампе (Окуджава и др., 1975). Подчеркиваются также особенно большие затруднения при различении височной эпилепсии от шизофрении (Каплан и др. et al., 1994). На наш взгляд, последнее обстоятельство свидетельствует о том, что прогностически разные болезненные процессы развиваются с использованием одного и того же мозгового субстрата. И хотя, строго говоря, шаманская болезнь не относится к категории патологических процессов, она, по-видимому, использует для своего развития тот же мозговой субстрат.

Литература

Cheetham et al., 1988 — *Cheetham S.C., Crompton M.R., Katona C.L.E., Horton R.W.* Brain 5-OT2 receptor binding sites in depressed suicide victims // *Brain Res.*, 1988, V. 443, N 1-2. Pp. 272-280.

Gross-Isseroff et al., 1990 — *Gross-Isseroff R., Israeli M., Biegon A.* Autoradiographic analysis of serotonergic markers in brains of suicide victims // *Pharmacol. and Toxicol. Suppl.*, V. 66, N 3. P. 149.

Impact..., 1987 — *Impact of Science on Society.* N 4. P. 111.

Бройтигам и др., 1999 — *Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина. М.: ГЭОТАР-Медицина, 373 с.

Брюсов, 1961 — *Брюсов В.* Стихотворения и поэмы. Л.: Советский писатель, 910 с.

Бурбелло и др., 1999 — *Бурбелло А.Т., Шабров А.В., Денисенко П.П.* Современные лекарственные средства. СПб: Нева; Москва, 895 с.

Груле и др., 1967 — *Груле Г., Юнг Р., Майер-Гросс В., Мюллер М.* (ред.) Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 832 с.

Даль, 2001 — *Даль В.И.* Толковый словарь русского языка (современная версия). М.: ЭКСМО-Пресс, 736 с.

Забылин, 1880/1990 — *Забылин М.* Русский народ: Его обычаи, обряды, предания, суеверия и поэзия. М.: Книга принтшоп, 615 с.

Каплан и др., 1994 — *Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж.* Клиническая психиатрия: Из синопсиса по психиатрии. Т. 1. М.: Медицина, 671 с.

Лайбер и др., 1974 — *Лайбер Б., Ольбрих Г.* Клинические синдромы. М.: Медицина, 479 с.

Леви-Стросс, 2001 — *Леви-Стросс К.* Структурная антропология. М.: ЭКСМО-Пресс, 512 с.

Материалы..., 2004 — Материалы Международного интердисциплинарного научно-практического конгресса «Сакральное глазами “профанов” и “посвященных”». Ч. 2. М.: ИЭА РАН, с. 243-312 (ЭИ... Т. 10).

Окуджава и др., 1975 — *Окуджава В.М., Геладзе Т.Ш., Чхенкели С.А.* К электрофизиологической диагностике эпилептического очага при височной эпилепсии // Материалы I республиканской научной конференции невропатологов и психиатров. Тбилиси. С. 66-69.

Родитат, 1991 — *Родитат И.В.* Плацебо как мотивированная форма обучения в контексте КВЧ-терапии // Миллиметровые волны в медицине: Сб. ст. Т. 1. М.: ИРЭ АН СССР. С. 166-179.

Родитат, 1996 — *Родитат И.В.* Структурно-функциональные предпосылки сверхчувственного восприятия. (Препринт N 1 (612) Института радиотехники и электроники РАН. М., 17 с.)

Родитат, 2000 — *Родитат И.В.* Некоторые физиологические оценки активности фантома человека после его смерти // Парапсихология и психофизика. № 1. С. 118-122.

Родитат, 2004 — *Родитат И.В.* Некоторые мозговые аспекты особых состояний сознания // Материалы Международного интердисциплинарного научно-практического семинара-конференции «Сакральное в традиционной культуре: методология исследования, методы фиксации и обработки полевых, лабораторных, экспериментальных материалов». Москва-Республика Алтай, 6-15 июля 2003. М.: ИЭА РАН. С. 131-158 (ЭИ... Т. 9).

Рыбцов, 1999 — *Рыбцов С.А.* Структура конфликтных ситуаций, стимулирующая распространение конфликтов в массовом сознании и причины, побуждающие их активизацию // Парапсихология и психофизика. № 1. С. 79-84.

Терминологический словарь..., 1975 — Терминологический словарь по эпилепсии: Часть первая (определения). Женева.: ВОЗ, 90 с.

Филимонов, 1957 — *Филимонов И.Н.* Древняя, старая и промежуточная кора // Многотомное руководство по неврологии. Т. 1, кн. 2. М.: Медгиз. С. 112-127.

Фолков и др., 1972 — *Фолков Б., Нил Э.* Кровообращение. М.: Медицина, 464 с.

Фрейджер и др., 2001 — *Фрейджер Р., Фейдимен Дж.* Личность: Теории, эксперименты, упражнения (психологическая энциклопедия). СПб.: Изд. дом Нева; Москва: Олма-Пресс, 864 с.

Харитонова, 1999 — *Харитонова В.И.* Заговорно-заклинательное искусство восточных славян: проблемы традиционных интерпретаций и возможности современных исследований. В 2-х ч. М.: ИЭА РАН, 602 с. (ЭИ... Т. 3).

Чердниченко, 1996 — *Чердниченко Ю.Н.* Виды наследования и причинно-следственные основы психосоматической патологии // Биоэкстра-сенсорика и научные основы культуры здоровья на рубеже веков. М.: МНТОРЭС им. А.С. Попова. С. 137-146.

Шовен, 1972 — *Шовен Р.* Поведение животных. М.: Мир, 487 с.

Шукер, 2006 — *Шукер К.* Удивительные способности животных: Загадки живой природы. М.: Мир книги, 240 с.

Энциклопедический словарь..., 1982; 1983 — *Энциклопедический словарь медицинских терминов.* М.: Сов. энциклопедия. Т. I, 464 с.; 1983, т. II, 447 с.; 1984, т. III, 512 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

вторая

**Международная летняя школа
медицинской антропологии /
научная конференция
«ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ
В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА И СИБИРИ»**

ОРГКОМИТЕТ ВИРТУАЛЬНОГО ФОРУМА

*Почетные сопредседатели международного Оргкомитета
Летней школы медицинской антропологии*

ТИШКОВ Валерий Александрович, академик РАН, д.и.н., проф.; директор ИЭА РАН; член Общественной Палаты РФ (*Москва*)

ХАРЮЧИ Сергей Николаевич, к.ю.н.; президент АКМНССиДВ РФ, Председатель Законодательного собрания (ГД) Ямало-Ненецкого АО РФ (*Салехард*)

Оргкомитет

ВОЙЦЕХ Владимир Федорович, д.м.н., проф., рук. отделения суицидологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава» (*Москва*)

ДОБКИН ДЕ РИОС, Марлен, Ph.D, ассоц. проф. Ун-т шт. Калифорния, Ирвин; почетный проф. антропологии, Ун-т шт. Калифорния, Фуллертон (*США*)

КРЕМЕР, Юрген Вернер, Ph.D., проф. Колледж Санта Роза, Университет Сонома (*Котати*), Институт Сэйбрук (*Сан-Франциско*) (*США*)

МАНЧУК Валерий Тимофеевич, чл.-корр. РАМН, проф., д.м.н., директор НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН (*Красноярск*)

МАРТЫНОВА Марина Юрьевна, д.и.н, проф.; зам. директора ИЭА РАН (*Москва*)

ПОВОРОЗНИЮК Ольга Алексеевна, к.и.н., н.с. ИЭА РАН (*Москва*) — *отв. секретарь Оргкомитета*

СКАЛЬНЫЙ Анатолий Викторович, д.м.н., проф., г.н.с. ФГУН Институт токсикологии ФМБА; президент АНО «Центр биотической медицины» (*Москва*)

УОЛКЕР, Мэрилин, Ph.D, ассоц. проф. Университет Маунт Эллисон (*Канада*)

ФУНК Дмитрий Анатольевич, д.и.н., проф.; зав. отделом Севера и Сибири ИЭА РАН (*Москва*)

ХАРИТОНОВА Валентина Ивановна, д.и.н., к.ф.н., доц.; рук. группы медицинской антропологии ИЭА РАН (*Москва*) — *председатель Оргкомитета*

Рабочая группа (Москва)

КЛЮЕВА Ирина Геннадиевна

ОЖИГАНОВА Анна Александровна, к.и.н.

ТЮХТЕНЕВА Светлана Петровна, к.и.н.

ШАХОВЦОВ Кирилл Геннадьевич, к.и.н.

Переводчики (Москва)

БАЛАЛАЕВА Ольга Эдуардовна, к.ф.н.

ОШУРКОВ Максим Николаевич

ПИТЕРСКАЯ Елена Сергеевна, к.и.н.

ПОВОРОЗНЮК Ольга Алексеевна, к.и.н.

ПРОГРАММА ВИРТУАЛЬНОГО ФОРУМА

Тематический симпозиум № 1

«Проблемы сохранения здоровья

коренного и пришлого населения Севера и Сибири»

(научный консультант — д.м.н., проф., чл.-корр. РАМН

В.Т. Манчук)

1. ТКАЧЕНКО О.С. (*Москва*) Влияние геофизических полей на биосферу.

2. ОСАДЧУК Л.В., ОСИПОВА Л.П. (*Новосибирск*) Экотоксиканты и механизмы их действия на развитие и функционирование репродуктивной системы. Разработка комплексного подхода к изучению репродуктивного потенциала у коренных этносов и пришлого населения Российского Севера и Сибири.

3. ХАСНУЛИН В.И. (*Новосибирск*) Этнические особенности психофизиологии коренных жителей Севера как основа выживания в экстремальных природных условиях.

4. БУХНА Анастасия Г. (*Салехард*) Дерматоглифические признаки адаптации к экстремальным условиям Крайнего Севера на примере Ямало-Ненецкого округа.

5. ХАСНУЛИН В.И. (*Новосибирск*) Здоровье, северный тип метаболизма и потребность рыбы в рационах питания на Севере.

6. БУХНА А.Г., ПРИЛЕНСКИЙ Б.Ю., СОКОЛОВ С.А. (*Салехард*) Хронический вирусный гепатит «С» в Западной Сибири. Психологическая, иммунологическая и неврологическая характеристика больных ХВГ «С» в зависимости от лабораторных данных.

7. ХАРИЮЧИ Г.П. (*Салехард*) Проблемы сохранения здоровья населения Ямало-Ненецкого АО.

Тематический симпозиум № 2

«Здоровье детей народов Севера и Сибири»

(научный консультант — д.м.н., проф. А.В. Скальный)

1. МАНЧУК В.Т. (*Красноярск*) Клинические и структурно-функциональные особенности формирования здоровья детей в условиях Севера.

2. ОСИПОВА Л.П. (*Новосибирск*) От чего зависит здоровье детей коренных народов севера Сибири? Точка зрения генетика.

3. ГОДОВЫХ Т.В. (*Тюмень*) Обмен веществ мигрантов и аборигенов с учетом соматотипа.

4. КОЗЛОВ В.К., УЧАКИНА Р.В., КРАСНОВА М.А., КОЗЛОВ А.В. (*Хабаровск*) Состояние здоровья подростков коренного населения Приамурья в начале XXI века.

5. ЛОБАНОВА Ю.Н., ГОРБАЧЕВ А.Л., СКАЛЬНЫЙ А.В. (*Москва*) Влияние экологических и климатогеографических условий проживания на микроэлементный статус детей.

6. ПУЛИКОВ А.С. (*Красноярск*) Структурно-функциональные преобразования сердца в процессе его роста и развития у детей коренного и пришлого населения Крайнего Севера и Сибири.

7. ПОЛИВАНОВА Т.В., МАНЧУК В.Т. (*Красноярск*) Гистархитектоника коллагеновых волокон в слизистой желудка у школьников Эвенкии с гастродуоденальной патологией.

8. ЭВЕРТ Л.С., МАНЧУК В.Т., МАСЛОВА М.Ю., ЗАЙЦЕВА О.И., ПАНИЧЕВА Е.С. (*Красноярск*) Характеристика адаптационных состояний и особенности функционирования сердечно-сосудистой системы при физических нагрузках у детей коренного и пришлого населения северных и южных регионов Сибири с артериальной гипертензией и нормальным уровнем АД.

9. ЗАЙЦЕВА О.И., МАНЧУК В.Т., ПРАХИН Е.И., КОЛОДЯЖНАЯ Т.А., ЭВЕРТ Л.С. (*Красноярск*) Реактивность клеточных мембран как маркер адаптации к средовым влияниям у детей, проживающих в различных регионах Сибири.

10. ОЖИГАНОВА А.А. (*Москва*) Вакцинация: мнения оппонентов.

Тематический симпозиум № 3
«Проблемы суицида и алкоголизма
в северных и сибирских регионах»

(научный консультант — д.м.н., проф. В.Ф. Войцех)

1. ВОЙЦЕХ В.Ф. (*Москва*) Проблемы суицида у малочисленных народов Севера.

2. МАНЧУК В.Т., СЕМЕНОВА Н.Б. (*Красноярск*) Суицидальное поведение подростков коренного населения Республики Тыва.

3. ТУГУЖЕКОВА В.Н. (*Абакан*) Некоторые проблемы суицида в молодежной среде Хакасии.

4. HIRSCH G.Y. (*USA, California State University, Dominguez Hills*) Eskimos Have No Word or Concept For 'Future': Cultural Suicide in Nunavut // ХЁРШ Г.Й. (*США, Университет шт. Калифорния, Домингез Хиллз*) Почему у эскимосов нет слов и концепций, описывающих будущее: культурный суицид в Нунавуте.

5. СКАЛЬНЫЙ А.В., КУРЧАШОВА С.Ю., ВЯТЧАНИНА Е.С. (Москва) Дисбаланс цинка и других микроэлементов при алкоголизме и алкогольной эмбриофетопатии в России.

6. WIGET A., BALALAEVA O. (USA, New Mexico State University) Alcoholism, Accidents and Violence // ВИГЕТ Э., БАЛАЛАЕВА О.Э. (США, Университет шт. Нью-Мексико) Алкоголизм, несчастные случаи и насилие.

7. НАУМЕНКО В.С. (Новосибирск) Генетическая предрасположенность к депрессии и суициду: роль серотонина мозга.

Тематический симпозиум № 4

«Интеграция медицинских систем в целях наиболее продуктивного оздоровления населения»

*(научные консультанты - д.м.н., чл.-корр. РАМН
А.А. Буганов, д.и.н. В.И. Харитонова)*

1. МОЛЧАНОВА Е.С., АЙТПАЕВА Г.А., ТЕН В.И., КОГА П.М. (Киргизия, Бишкек) Целительство и официальная психиатрия Кыргызской Республики: возможности взаимодействия.

2. ЕРМАКОВА Е.Е. (Тюмень) Официальная и народная медицина: противостояние или сотрудничество?

3. ТРОФИМОВ В.Н. (СПб) Архетип тени в традиционной и нетрадиционной медицине.

4. WIGET A. (USA, New Mexico State University) Traditional Navajo Medicine and Western Medicine Today // ВИГЕТ А. (США, Университет шт. Нью-Мексико) Традиционная медицина Навахо и западая медицина сегодня.

5. WALKER M. (Canada, Mount Allison University Sackville, New Brunswick) Shamanism and Symmetry // УОЛКЕР М. (Канада, Университет Маунт Эллисон) Шаманизм и симметрия.

6. ХАРИТОНОВА В.И. (Москва) Интеграция медицинских систем: идея, практика, человеческий фактор.

7. ХАРИТОНОВ С.В. (Москва) Возможности приложения теории систем к практическим задачам психотерапии.

Тематический симпозиум № 5

«Роль народной медицины и магико-медицинских практик, народного целительства и традиционных медицинских систем в жизни современного общества»

(научный консультант — д.и.н. В.И. Харитонова)

1. PEPION D.D. (USA, New Mexico State University) Traditional Blackfeet Indian Medicinal and Healing Practices // ПЕПИОН Д.Д.

(США, Университет шт. Нью-Мексико) Традиционные медицинские и целительские практики индейцев племени черноногих.

2. DOBKIN DE RIOS M. (USA, University of California, Irvine) Shamanism, Ontology and Human Evolution: Implications for Psychotherapy // ДОБКИН ДЕ РИОС М. (США, Университет шт. Калифорния, Ирвин) Шаманизм, онтология и эволюция человека в контексте психотерапии.

3. LOESKENHOFF H.K. (Germany) Ethno-medicine: vitalizing powers of self-healing // ЛЕККЕНХОФ Х.К. (Германия) Этномедицина: возрождающие силы самоисцеления.

4. KREMER J. W. (USASanta Rosa Junior College, California) Shamanic Healing, Psychotherapy, and the Affirmation of Indigenous Approaches to Healing // КРЕМЕР Ю. В. (США, Колледж Санта Роза, Калифорния) Целительство и психотерапия в шаманизме и становление целительских практик коренных народов.

5. ЯНЕВА-БАЛАБАНСКА И. (Болгария, София) Альтернативная (неконвенциональная) медицина в современной Болгарии.

6. ВОЛДИНА М.К. (Ханты-Мансийск) Звуковая сфера в традициях ханты как источник оздоровления человеческой души.

7. ВОЛДИНА Т.В. (Ханты-Мансийск) Сакральные практики Казымских ханты в свете проблемы сохранения здоровья народа.

8. ЕРМАКОВА Е.Е. (Тюмень) Целительство (лекарство) в среде российских протестантов (Христиане Веры Евангельской — пятидесятники).

9. ПОПОВКИНА Г.С. (Владивосток) Методы сохранения здоровья в современном городе: мифы, традиции и новации.

10. КУПРЯШИНА Н.А. (Москва) «Во имя отца и матери и тех, кому надо»: целительские стратегии в практиках городских шаманов.

11. ХАРИЮЧИ Г.П. (Салехард) «Экология человека» в свете народных медицинских знаний.

12. БАТЬЯНОВА Е.П. (Москва) Из народной медицины телеутов.

Тематический симпозиум № 6
«ИСС в жизни и сохранении здоровья
человека и человечества»

*(научные консультанты — к.м.н. О.И. Коёкина,
д.и.н. В.И. Харитонова)*

1. KREMER J.W. (USA, Santa Rosa Junior College, California) Shamanic Healing, Psychotherapy, and a Multi-Sense Perspective on

Hypnotic-like Procedures // КРЕМЕР Ю.В. (США, Колледж Санта Роза, Калифорния) Шаманское целительство, психотерапия и мультисенсорный подход в практиках гипнотического типа.

2. MICHAELSON S. (England) The Visual Arts and the Healing Process // МАЙКЛСОН С. (Великобритания) Изобразительные искусства и процесс исцеления.

3. SODER H.B.J. (Switzerland) Shamanism without Shaman: an Exploration of ASC Using Psychotechnological Devices // ЗОДЕР Х.Б.Ж. (Швейцария) Шаманизм без шамана: исследование ИСС с использованием психотехнологического оборудования.

4. ХАРИТОНОВА В.И. (Москва) Современные шаманы: творческий оксюморон или реальность?

5. МОЛЧАНОВА Е.С. (Киргизия, Бишкек) Синестезия и измененные состояния сознания у исполнителей киргизского эпоса «Манас».

6. МЕЩЕРЯКОВА Е.А. (Москва) Психологическое исследование приверженцев оздоровительной методики «АЯТ».

7. ЯНЕВА-БАЛАБАНСКА И. (Болгария, София) Исследование личностных особенностей болгарских целителей.

8. КОЁКИНА О.И. (Москва) Критерии оценки феноменальных способностей народных целителей.

9. РОДШТАТ И.В. (Москва) Некоторые дискуссионные соображения относительно шаманов и шаманской болезни.

**ПРОГРАММА МЕЖДУНАРОДНОГО СЕМИНАРА
(25 ИЮНЯ 2009 г.)**

11.00 — 13.30

Открытие семинара — д.и.н. В.И. ХАРИТОНОВА

1. WIDGET A. (USA, New Mexico State University) Traditional Navajo Medicine and Western Medicine Today // ВИГЕТ Э. (США) Традиционная медицина Навахо и западая медицина сегодня.

2. ОЖИГАНОВА А.А. (Москва, ИЭА РАН, гр. мед. антропологии) Вакцинация: мнения оппонентов.

3. МОЛЧАНОВА Е.С., АЙТПАЕВА Г.А., ТЕН В.И., КОГА П.М. (Киргизия, Бишкек, Американский ун-т в Центральной Азии / США, Калифорния) Целительство и официальная психиатрия Кыргызской Республики: возможности взаимодействия.

Видеофильм «Святые места и целительство в Кыргызстане»

Дискуссия по проблемам тематического симпозиума № 4.

14.30 — 17.00

***Выступление-приветствие директора ИЭА РАН
академика В.А. ТИШКОВА***

4. PEPION D.D. (USA, New Mexico State University) Traditional Blackfeet Indian Medicinal and Healing Practices // ПЕПИОН Д.Д. (США) Традиционные медицинские и целительские практики индейцев племени черноногих.

5. КУПРЯШИНА Н.А. (Москва, ИЭА РАН, гр. мед. антропологии) «Во имя отца и матери и тех, кому надо»: целительские стратегии в практиках городских шаманов.

6. БАТЬЯНОВА Е.П. (Москва, ИЭА РАН, отдел Севера и Сибири) Сохранение народно-медицинских знаний и представлений в жизни коренных народов.

Дискуссия по проблемам тематического симпозиума № 5.

17.30 — 19.30

7. («Видео-мост») KREMER J.W. (USA, CA, Saybrook Institute, San Francisco) Shamanic Healing, Psychotherapy, and a Multi-Sense Perspective on Hypnotic-like Procedures // КРЕМЕР Ю.В. (США)

Шаманское целительство, психотерапия и мульти-сенсорный подход в практиках гипнотического типа.

8. КОЁКИНА О.И. (Москва, ФНКЭЦТМДиЛ Минздравсоцразвития РФ, зав. сектором исследования сознания) Критерии оценки феноменальных способностей народных целителей.

9. МОЛЧАНОВА Е.С. (Киргизия, Бишкек, Американский ун-т в Центральной Азии, лаб. психологии) Синестезия и измененные состояния сознания у исполнителей кыргызского эпоса «Манас».

Дискуссия по проблемам тематического симпозиума № 6.

19.30 — 21.30

***Выступление-приветствие президента АКМНССиДВ РФ,
Председателя ГД Ямало-Ненецкого АО к.ю.н. С.Н. ХАРИЮЧИ***

10. ХАРИТОНОВА В.И. (Москва, ИЭА РАН, гр. мед. антропологии) Техника «вселения духа» в современном шаманизме бурят — Агинская школа

Видеоматериалы

Камлание с «вселением духа» — Р.Б. ШОЙДОРОВА

RESUME

Problems of Health Preservation of Native and Non-Native Population of the North and Siberia

Tkachenko O.S.

Influence of Geophysical Fields on Biosphere

The author investigates the influence of terrestrial physical fields both on individual health and on health of all society. Planet power and information interaction of organisms between themselves and with the environment are carried out through physical fields.

Knowledge of the optimum existence conditions for people allows a society to accumulate and keep healthy physical and spiritual potential not only of a separate individual, but community as well. It helps choose the safest migration routes and optimum settlement sites. This approach allows estimating ecological and extreme situations with higher probability for preventive actions. It also provides scientific explanation to natural and artificial (technical) power and information interactions of an individual with the environment.

Hasnulin V.I.

Ethnic Features of Psychophysiology of the Northern Indigenous People as Survival Basis in Extreme Geocological Conditions

The northern indigenous people can preserve health more effectively and keep valuable vital activity necessary to reproduce new generations in the extreme climatic geographical conditions due to peculiar life style, language features, rituals, food, work and rest regimes, social and cultural traditions. Fishery, clothes, heat and promotion of self-cleaning, impacts of some psycho-therapeutic (ritual, shaman) factors, animal and plant food are of great importance.

Phenotype of adaptation organism reserves, northern type of metabolism, dominance of right hemisphere functions, adaptation of national language to the harmony of inner human state with the extreme geocological conditions of high latitudes play a great role as well. Paper supports the necessity to form a new ethno-biospheric community such as a single circumpolar population, based on social demographic synthesis and whose vital activity would be ecologically balanced with all elements of the surrounding biosphere.

Key words: *psychophysiology of the northern indigenous people,*

psycho physiological mechanisms for survival, phenotype of organism adaptation reserves, brain asymmetry, northern type of metabolism, national language.

Bukhna Anastasia G.

Dermatoglyphic Features of Adaptation to Extreme Northern Conditions — Example of Yamalo-Nenets Autonomous District

We have studied basic dermatoglyphical features of three groups of population in Yamalo-Nenets Autonomous District: Nenets — aboriginal people, Russians born in Yamalo-Nenets Autonomous District, Russians born in the south of Tyumen region.

It is stated, that according to a number of key dermatoglyphical features Russians born in Yamalo-Nenets District are closer to the aboriginal population — Nenets.

Research shows that in the region with severe life conditions a phenomenon of selective accumulation of individuals with dermatoglyphical features that appear as markers of high adaptive characteristics occurs.

Hasnulin V.I.

Health, Northern Type of Metabolism and Food Requirements in Fish in the North

Adaptation mechanisms tension of the Northern population exceeds similar indicators among moderate climate regions inhabitants at 30—70%. It is accompanied with the delay of regenerative processes, speed of exchange processes, decrease in functionality of endocrine and immune systems.

Special role in keeping and development of people health to the life-support system is played by the food allowances balanced according to personal metabolism processes and requirements in unfavorable and sub extreme climate-geographical Northern conditions. Metabolism requirements for these conditions are featured by the prevalence of protein-rich components in food as well as norms of fiber, fats, carbohydrates, vitamins, macro and microcells consumed by the northerners. Special attention is paid to inclusion of river and sea fish in the diet of aboriginals.

Keywords: *the North, adaptation, northern metabolic type, population health, food allowances.*

Bukhna Andrey G., Prilensky B. Yu., Sokolov S. A.
Chronic Viral Hepatitis of «C» Type in Western Siberia

Chronic acute viral hepatitis «C» in Western Siberia is characterized by the presence of ill-defined asthenia, deterioration of health and activity, but good mood and the absence of depression signs in clinic conditions. Concerning illness agnostic and argopathic types prevail.

According to hypochondria, depression, psychopathy, schizophrenia scales there is the disturbance of adaptation.

According to blood test the level of eosinophilic cells and stab neutrophil are decreasing and there are signs of temperate citolitic syndrome. All these indices coincide with worldwide data. Examination of immunological status shows increasing indices of cellular link (CD3, CD4, CD8) of immunity, decreasing of phagocytic (phagocytic number, NST test — spontaneous and stimulate) and humoral links (B- lymphocytes).

Kharuchi G. P.

**Problems of Health Preservation
in Yamalo-Nenets Autonomous District**

Paper focuses on general problems of human health preservation in Yamalo-Nenets Autonomous District with special attention paid to the health problems of nomadic population. Today there is 3-level medic care system in the District that provides medical services for nomadic groups:

-1st level — Emergency Medical Service (sanitary assistants)

-2d level — Incidental Medical Services (assistants at mobile paramedic units)

-3d level — Medical Services (doctors of mobile medical groups).

Medical experts confirm better health of nomadic groups, less cases of traumas and violent death that mainly occurs during their temporary stay in villages.

High death rate of small indigenous peoples of the Russian North is closely connected with strong crisis of traditional activities, alcohol addiction, etc. Diseases rate among native population has raised 13% in 2002 compared to 1999. For instance between 1992 to 2002 the level of cancer morbidity in the areas inhabited by small indigenous groups has raised 2,5 times. Main reasons include: non-balanced diet (not applicable for tundra residents), unfavorable ecologic situation, environmental pollution (including air pollution and soil

contamination). As a result, the level of infant mortality among native population is 2-3 times higher than average in the district. Research done by the experts of the Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences confirmed that low disease-resistance among native groups of Siberia is caused by the negative effect of socially determined stress. Industrial development of the North and global ecological disruption are one of the most significant hazards to native people health. 95% respondents see the establishment of special protected sites with no oil and gas development as one of the means of preservation of traditional habitation areas of native people.

Children Health in the North and Siberia

Manchuk V. T.

Clinic and Structural-Functional Features of Children Health in Northern Conditions

In Siberian and Northern conditions children health is influenced by ecological environment, ethnic affiliation and developed structurally-metabolic changes. Children functional maturing and differentiation of erythrocytes membranes, exchange processes of child organism are suffered; the adaptable mechanisms are disturbed leading to pathology development. Special role in formation of children health is played by the food type, intensive technogenic environmental contamination, and natural iodine deficiency.

Godovykh T. V.

Metabolism of Natives and Migrants in Respect to Somatotype

Various conditions for the existence of optimal type proportions and body mostly adapted to the environment were analyzed. Formation of architectonics of the body happens in view of the metabolic changes. We have studied mezosomatic (inducible type) of aboriginal and migrant workers. It was found that aborigines' body structure is of optimal type (increase of the transverse size of the chest, reduced absolute composition of bone, muscle and adipose tissue on the background of the same bone, increased endurance, against the backdrop of the smaller area of body, body length and weight, smaller height and strengthening of the core exchange). We identified elements of aboriginal centralization hemodynamics — increase in minute volume of circulation, coronary

blood flow, blood per unit of body surface, reduction of specific peripheral resistance, increased heart rate and respiration rate. Morphofunctional peculiarities of the transformation provided by the exchange process: the relationship of lipid, protein, carbohydrate and mineral exchange (on the background of increasing calcium and phosphorus, the reduction of urea, a stable piruvata), the formation of tissue adaptation (switching systems for the functional deficit of energy to the accumulation of lactate, permanent total cholesterol trends to changes in cholesterol fractions), the reduction of the antioxidant action mechanism.

Kozlov V.K., Uchakina R.V., Krasnova M.A., Kozlov A.V.
Amur River Indigenous Teenagers Health Status
in the Beginning of the XXI century

During 2005—2007 years, 1026 indigenous teenagers (nanai) at the age of 10—17 years living at the Nanaiskiy Region of Khabarovsk region were examined by clinical and laboratory methods.

There were 51,5% of boys and 48,8% of girls. The health status of this group at present time was compared with the results of the investigation of 1202 indigenous teenagers at the same region in 1995-2001. Both, in 90ies and at present time health status is worsening to the moment of school graduation. The main problems are the following: high spread of digestive system disorders, orthopedic pathology, endocrine system and vision abnormalities, psycho neurological disturbances. At the same time, the total morbidity rate among the indigenous teenagers of Nanai Region at Khabarovsk region has the tendency for decreasing, because of health protection organizations' activity both at federal and municipal levels.

Lobanova Yu. N., Gorbachev A. L., Skalny A. V.
Influence of Ecological, Climatic and Geographic Conditions
on Children Microelement Status

Combined multi element ICP-OES + ICP-MS analysis of 543 samples of hair of children up to 7 years old, living in different climate and geographical regions of Russia, has shown the overall deficiency of such essential elements as Mg, Zn, Cu, and Co. Insufficiency is a feature of a majority children in the studied regions of Russia, ranging from 40 to 75 per cent. At the same time, risk of adverse effects on kids' health due to the excess accumulation of the toxic elements (Hg, Cd, and Pb), is revealed mainly among kids living in industrial cities. According to the presented data, the environmental, social and

economical factors regulate children's essential and toxic element status in Russia. Investigated data are intended to be a base for public and political activity in the kid's health care and disease prevention in Russia.

Pulikov A.S.

**Heart Structural Functional Transfigurations during
its Growth and Development among Native
and Non-Native Children
in the Extreme North and Siberia**

Heart morphological reactions under different ecology and extremity are the function of age. There is definite similarity between them, but dependence from the intensity of complex extreme factors is clearly observed due to peculiarities of their signs. Maximum morphological reactions are revealed under critical Northern conditions. They are minimal in Siberian regions and intermediate in Central Yakutia. These results correspond with the increase in climate extremity and the latitude of the area.

In Northern conditions morphological reactions of heart (or its sectors), pulmonary trunk and aorta make sharp quantitative-qualitative leap during the last 3—4 weeks of intrauterine development. This is accompanied by the expressed heart cardiogravimegalia with right ventricle hypertrophy, maximization of absolute and relative indices, which exceed similar processes in non-native and adapted native population of the North and Siberia.

Smaller size of heart and cardiogravimegalia are marked in fetus and newborns among non-natives in the North and babies of the first year of life. At the end of the first year a heart mass among native babies in Yakutia reaches a heart mass of non-native babies of the Extreme North. In the middle of the first year it exceeds a heart mass of babies of non-natives in Yakutia and Siberia. This testifies on continuing hypertension in small blood circulation with hypertrophy facts in right ventricle.

Polivanova T.V., Manchuk V.T.

**Structural Organization of Collagen in Stomach Mucous among
Evenkia Schoolchildren with Gastroduodenal Pathology**

We have studied the state of collagen fiber in stomach mucous among 37 schoolchildren of native (Evenks) and non-native (Caucasoid) population of Evenkiya who have gastroduodenal pathology. There are ethnic peculiarities in sclerosis formation in SM children. Among the Evenks we have marked more active collagen fiber response to

sclerosing, which was characterized by greater dynamics and smaller dependence from the stage of gastritis activity, presence of the organic pathology in gastroduodenum area, the duration of dyspepsia signs during a year as compared to the Caucasoid schoolchildren.

Evert L.S., Manchuk V.T., Maslova M.U., Zaitseva O.I., Panicheva E.S.
Adaptation Conditions and Functioning Peculiarities of Cardiovascular System during Physical Activity among Native and Non-Native Children of Northern and Southern Siberian Regions with Arterial Hypertension and Normal Level of Blood Pressure

Children with arterial hypertension (AH) and normal level of blood pressure (BP) at the age of 7-17 years old living in Northern and Southern Siberian regions were studied.

More intensive level of functioning of blood circulation system and larger tension of the adaptation mechanisms of children of non-native population and schoolchildren having arterial hypertension were shown. Cardiovascular system of most aboriginal children functions in the optimal regime.

Zaitseva O.I., Manchuk V.T., Prachin E.I., Kolodyazhnaya T.A., Evert L.S.
Reactivity of Cellular Membranes as a Marker of Adaptation to Environment Influences among Children in Different Siberian Regions

We have studied adaptation reactions of children on the cellular level by the probe chlortetracycline fluorescent spectroscopy of membrane and by using functional tests of exogenous bioregulators, introduced in physiological dosage into erythrocyte membrane suspension *in vitro* among children of different regions of Siberia.

We have revealed some adaptative variants of membrane reactivity. They adequately reflect adaptation reactions of a growing body on cellular-molecular level. Ethnic and regional peculiarities of strategic mechanisms of regulation of homeostatic functions on the level of cellular membranes were found. We show the formation of pre-clinical signs of pathology in vegetative regulation among children on a cell level.

Key words: *children, adaptation, Siberia, cellular membrane reactivity.*

Vaccination: Opinions of the Opponents

The problem of children's vaccination became very significant nowadays in the USA and in European countries. There is a widely developed international movement against vaccines. During the last years many parents in Russia refused vaccination of their children. We don't have any official statistic data of these refusals but we can suppose that this number is rather big: medical officers propose that in Moscow there can be about 4 — 6 thousand children without any vaccinations. In some private schools and kindergartens 50% of children are not vaccinated.

Two authors of the books on harm and senselessness of the vaccination are very popular among parents — homoeopathist A. Cotok and virologist, member of the Russian National Committee for Bioethic RAS G. Chervonskaya. All movements and groups of alternative medicine take their position against vaccination. Members of the movement for home birth delivery are also very active today. Some orthodox leaders also protest against vaccination defining it as a sin.

Alcoholism and Suicide Problems in Northern and Siberian Regions

Skalny A. V., Kurchashova S. Yu., Vyatchanina E. S.
**Zn and Other Trace Elements Imbalances Affiliated
with Alcoholism and Fetal Alcohol Syndrome in Russia**

Alcoholism is a dangerous social phenomenon in Russia. It causes serious metabolic alterations which consequently lead to macro and trace element imbalance. This paper reviews the influence of alcoholism on metabolism of trace elements such as Zn, Cu, Li etc. and other clinical and laboratory parameters (activities of ceruloplasmin, alcohol dehydrogenase etc.). The specific features of trace element metabolism in offsprings in both clinic and experiment are highlighted. The possibility of application of zinc medication for alcoholism treatment and correction of metabolic disorders among children born by parents with chronic alcoholic intoxication is estimated based on literature analysis and experimental data.

Manchuk V.T., Semyonova N.B.

Risk Factors of Suicidal Behavior among Youth Natives of Tuva Republic

The aim of the present research is to study the reasons and risk factors of suicidal and self-destruction behavior among natives of Eastern Siberia. We studied three groups of factors. The first group included cultural, ethnic political and social economic risk factors. The second consisted of ecological risk factors (special feature of ecological conditions is severe iodine deficiency, caused by ecological reasons in the most territory). The third group comprises of ethnic peculiarities of emotional sphere of natives and emotional reaction to the stress situations.

It was shown that suicidal behavior of natives is the outcome of psychical adaptation disturbances and the sign of psychical exhaustion, which resulted from higher demand to adaptation mechanisms due to the disturbances in balance of the system «human being — environment».

Tuguzhekova V.N.

Some Youth Suicide Issues in Khakassia

This paper focuses on the problems of suicide among young people in the Republic of Khakassia. Every year more than 300 suicides are committed in Khakassia, 20% of them are committed by people younger 24.

In 2003-2004 the laboratory of ethno psychology of the Khakas Research Institute carried out psychological monitoring in 3 schools of Askiz district where suicides among schoolchildren occurred more often.

388 schoolchildren of 7-11 classes (grades) took part in the experiment. Schoolchildren with bigger factors of risk were revealed. Discussions with teachers, parents, and children were conducted. It was recommended to the board of directors to have a psychologist in every school to work individually with each pupil especially with those from the risk group.

Voitseh V.F.

Suicide Issues among Small Indigenous Peoples of the North

Different social, economic and ecological factors render essential injurious effect on native people of the North and Siberia. Radical changes of life lead to the break of self-identification and nations in general. The aggregation of these factors brought suicide behavior into a state of readiness. An important growth factor of suicide is alcohol addiction.

Hirsch G.Y.

**Eskimos Have no Word or Concept for 'Future': Cultural Suicide
in Nunavut**

The 20th C blasted through many ancient cultures dramatically changing spirituality, ecology and behavior. In 2006 I visited Cambridge Bay, Nunavut, the North Pole. While Inuktitut, the language of the Eskimos, has never had a word or concept for «future», the Eskimo people lived successfully for 100,000 years in harmony with nature, inspired by the grandeur and beauty of the tundra and the Northern Lights. The advent of Anglican missionaries in 1932 and the subsequent kidnapping and brainwashing of Eskimo children as late as 1997, was just the beginning of the end of this culture. This paper examines the contemporary community of Cambridge Bay, Nunavut, and suggests possible remedies to prevent inevitable cultural annihilation.

**Integration of Medical Systems Aimed to More Efficient
People Health Recovery**

Molchanova E.S., Aitpaeva G.A., Ten V.I., Koga P.M.

**Traditional Healing and Official Psychiatry in Kyrgyz Republic:
Interaction Opportunities**

The development of mental health sphere in Kyrgyzstan is an example of how the interaction of traditional culture and the modern state has influenced contemporary mental health service in a very complex way. A unique combination of ancient beliefs and Islam is a characteristic feature of contemporary spiritual life in Kyrgyzstan. Kyrgyz people usually look for a combination of traditional healing and modern medicine. The authors assert that a culturally sensitive specialist should be aware of Kyrgyz views on psychopathology and people's ways of presenting problems. Both health care providers' and clients' cognitive schemas of a disorder will affect their treatment.

Official and Folk Medicine: Confrontation or Cooperation?

In the paper we present the results of the sociological survey held among the representatives of official medicine in Tyumen region. The main purpose of this research was to clarify the attitude of professional doctors towards the folk medicine, how they understand it and whom they refer as folk healers. About 288 doctors, medical assistants and students of medical departments were interviewed both in city and village medical centers. Characteristics of the respondents: 82% female, 18% male; average age 37 years (20 years for students, 41 year for professionals); majority (51%) of respondents have university education, 34% have professional secondary education, 13% students, 1% with basic secondary education, 1% with Master or Doctoral degree. Interviews were conducted among medical professionals of various fields of specialization.

Our research results showed that 61% of respondents are positive towards folk medicine, 14% — negative, 25% — indifferent. The question: «Had a folk healer ever helped your friends or relatives cure the disease?» was answered as follows: 60% — yes, 39% — no. On the question «Was treatment by folk healers useful for you?» 81% (!) answered positively, 17% — negatively. 65% of respondents confirmed the validity of folk medicine, 35,5% see no use in it, 9,5% — remained neutral. 43% of medical professionals support herbal therapy, 43% — hirudo (leech) therapy, 13% treatment by spell and prayers, 11% combination of herbs and spell, 8% apis (bee sting) therapy.

Shadow Archetype in Traditional and Alternative Medicine

In Jungian analytical psychology Shadow Archetype means personal peculiarities unacceptable or disputable for the existing morality and repressed to the unconsciousness. Usually they are denied by a person himself and are projected on other people (vivid example is race and gender prejudices). Alternative (folk) and traditional (professional) medicine are competing for the right of exclusive assistance to their clients. We suppose that mutual unconscious shadow archetype projection on the opponent takes place with assigning all positive qualities to own system. As a result patient is deprived of the right to make his own choice. He is either suggested «mind-bending» medical terminology which says nothing to a lay person, or eccentric «mystic» interpretation of a folk healer who sees «spell» and «hex» in

everything and whose words can't be verified by objective methods. To our mind truth is somewhere close; being more specific it's right in the golden mean and supposes cooperation of both medicines and respective attitude to the reality map of the client. It is absolutely impossible to exterminate any alternative because it will remain due to psychological feature of a human who tries to name everything in a way that something strange and scary will acquire clear meaning and sense. For a long time positivistic sciences discourse seems to a lay person similar to the language of black magic as well as many medical manipulations with the organism. Very often both medicines consider patient as silly, passive object not able to cooperate meaningfully in respect to his recovery.

Wiget A.

Traditional Navajo Medicine and Western Medicine Today

This paper examines traditional healing practices among contemporary Navajo Indians, including the nature of illness, diagnosis and treatment as well as the status of traditional healers in Navajo society. Attempts on the part of the Navajo Nation and the US government to incorporate Navajo traditional healing into government-funded medical treatment, the rise of a Western sense of professionalism among Navajo healers, and some of the difficulties associated with trying to integrate traditional and western medical healing practices are also examined.

Walker M.

Shamanism and Symmetry

As a synergistic concept relevant to intercultural and interdisciplinary medicine praxis, symmetry (which is expressed in shamanism as 'balance') may be a «concept of everything.» In this paper, I suggest that symmetry underlies, and is common to, the sacred and the secular, western and traditional healing modalities, art and science. As the pivotal concept in science, particularly the language of mathematics, it can provide a map for interpreting and understanding such relationships which are commonly viewed as opposing. Symmetry is also 'the essence' of the paradigms and archetypes that are the language of culture. Of particular interest is the linkage between symmetry and healing, of which I use two examples — shamanic healing and energy psychology.

**Application Possibilities of Systems Theory
to Practical Problems of Psychotherapy**

Possibilities of theoretical maintenance of psychotherapy are discussed in the paper. The author considers application possibilities of the mathematical theory of systems to the needs of theoretical psychotherapy, through a prism of functional conditions. Some general system laws are considered and their practical utility is supposed. It is supposed, that the given kind of therapy can be directed on the dynamic transformations of functional conditions (to consider functional conditions of systems' dynamics), and has rather convincing theoretical bases assuming synthesis of humanitarian and natural scientific views.

Integration of Medical Systems: Idea, Practice, Human Factor

In Russia the idea of integration of medical systems is rooted in the development of folk (traditional) healing in the post transformation (perestrojka) years. At that period this term defined all alternative medical phenomena that were not related to the professional biomedicine.

Currently we observe «upward integration» of *traditional (oriental) medicine* and developed *folk healing* which incorporated several components of various *ethnic medical systems, traditional medical systems* and *magic-mystic practices*. This integration focuses on selection of its best experts and working methods, improvement of their professional knowledge both medical and psychological. It is developing an integrated set of diagnostic and treatment methods, and aims to the additional training of doctors to the one hand and healers to another.

In biomedicine most active and successful integration process are happening in recovery medicine. Already in 1990ies number of specialized medical centers were established where conventional medical services were combined with additional methodic incorporated from various health preservation systems. One of the most efficient centers of his type is the «Center of Oriental Medicine» established in 1989 in Ulan-Ude, capital of Buryatia.

Unfortunately today integration is interpreted by some contemporary followers as a mean of substitution of one diagnostic and treatment method by another — if allopathy failed, you are advised to address healer or homeopath.

While speaking about the integration of diagnostic and medic services it is necessary to consider not only the point of the state official medical system and its experts, but also the requirements of the clients (patients) who currently make their choice towards alternative methods or ill-considered symbiosis of means that might help just «in case».

Key words: *integration of medical systems, folk healing, folk medicine, traditional (oriental) medicine, alternative medicine, complementary medicine, biomedicine.*

The Role of Folk Medicine and Magic-Medical Practices, Folk Healing and Traditional Medical Systems in the Life of Contemporary Society

Pepion D.D.

Traditional Blackfeet Indian Medical and Healing Practices

This presentation will discuss the medicinal practices of the Blackfeet Indians of Montana and Canada. The discourse begins by identifying how the Native American prevention and treatment models may differ from the United States disease oriented treatment modalities. Blackfeet Indian terminology is introduced relative to understanding the differing cultural and linguist meanings of medicine and the power of healing. The linguistics of multiple descriptive terminologies for singular compound words relative to the Blackfeet way of being is presented. The nature of knowledge and the universe is briefly explored to gain an awareness of the Blackfeet way of knowing. The presentation culminates in a review of how Blackfeet ceremony and spirituality is integral to medicinal and healing practices.

Dobkin de Rios M.

Shamanism, Ontology and Human Evolution: Implications for Psychotherapy

Ontology is a branch of metaphysics that studies the nature of existence, the study of being. Anthropologists who are interested in shamanism need to understand the key religious value in that system—namely the overriding meaning given to themes of shamanic control over nature, over spirits, and over animals.

The author, a medical anthropologist and practicing psychotherapist, examines shamanic beliefs and values of traditional

hunting and gathering societies in terms of what she has termed «ontological security». Faced with implicit and explicit dangers in the environment due to the nature of predator species, predictable shortfalls in food and lack of shelter, a probable response of '*Homo sapiens*' could easily have been that of helplessness, hopelessness and despair. We know that such emotional response to uncertainty and danger in contemporary life without doubt leads to major depressive psychiatric syndromes, including the individual's disinclination to respond actively to life's challenges (Garber & Seligman, 1980). This is generally coded as major depressive episode with melancholic features in the Diagnostic and Statistical Manual IV (American Psychiatric Association). Shamanic beliefs that an individual, properly trained and apprenticed, can exercise power and control over nature, would reinforce what has been called the «biology of hope», the body's positive immunological response, and thus contribute to the evolutionary success of the species.

Loeckenhoff H.K.

Ethno-Medicine: Vitalizing Powers of Self-Healing

The concept of ethno-medicine relates to roughly three aspects. In essence it is '*natural*' medicine that is employing remedies available from the surrounding natural habitat. Thus it is bound to *geography*, to climate, to the herbal and animal provision of the country. Not least ethno-medicine is practised by the healers within an ethnic group following the typical *ethnic tradition*. As such it is closely related to the myth, to proto-religious beliefs and to the particular system of social conduct. It acts as an essential part constituting the coherence of the community. When discussing the topics the paper will employ Shamanism (*Hoppal*: 1984, 2002, 2005) as a paradigmatic example.

Societal change in its widest extent affects both ethno-medicine and its groundings. Chemistry and apparatus based medicine often leaves but a first aid and a complementary role to ethno-medicine.

Social life and rules for social conduct of the 21st century did not fully integrate yet the shaman as a healer and a symbolic figure of *social individual and group identity*. Modern forms of e.g. esoteric, beliefs and healing modes compete with shamanism and ethno-medicine and change both. Recent research into the essential features of life and of life systems as e.g. micro- and nano-biology or bio semiotics provide insights which also open a new understanding of ethno-medicine. They assign to its practices a bio-social function e.g. wakening up the powers of self-healing. In the change process also ethno-medicine and shamanism necessarily need change or face decline.

Key words: *Ethno-medicine, healing, shamanism, recent scientific approaches.*

Janeva-Balabanska I.

The Alternative Medicine in Contemporary Bulgaria

The extrasensory diagnostics and treatment as one of the alternative medical methods are methods based on extra-sensitive perceptions occurring without the participation of the five senses. They were studied in Bulgaria during the period 1991 — 2004. The extrasensory healers examined in Bulgaria were selected deliberately. The basic methods applied are personal direct observation, interviewing, inquire, as well as studying of patients' medical documentation and conclusions of physicians for extrasensory healers' activities. The Bulgarian extrasensory healers achieve diagnosing and therapeutic results confirmed by the methods of the orthodox medicine.

Voldina M.K.

Sounds in Khanty Traditions as the Source of Human Soul Recovery

For human improvement Khanty widely used nature forces, its certain phenomena, energy of all spheres which surrounded the human — the Sky, the Sun, the Earth, Water, Fire, Air, the Sound, Animals, Trees, Fish, People, Stones, items of everyday life. It was all spiritualized and reflected in idiomatic expressions. A great number of items made by humans, taken from their human soul serves leading the life in Space — the House without wall, without door, where all this is found. Khanty lived in harmony; they prayed, asked for help and received it.

Khanty consider sound as sacred. Sound sphere includes music, songs, crying, speech. Animals, birds, water, trees, musical instruments, items of everyday life, and the nature utter sounds. For a long time humans used sound sphere for treatment of various diseases, normalizing emotional state, and upbringing.

Various ritual actions were conducted by special people for the community and for separate persons depending on the situation.

Kazym Khanty Sacral Practices and the Problem of Human Health Preservation

Khanty national medicine is based on the system of national knowledge and traditional concepts of illness and its causes connected with understanding of dependence of human health from his spiritual condition. Beliefs and cosmological concepts, and also concepts of soul or vital forces made a great impact on the formation of this system. Therefore many means and ways of treatment had sacral and magic basis. The power of elements: fire, water; means of mineral, vegetable and animal origin, and also strong power of human hands, a sight, a word compose the medicinal arsenal of Khanty.

In the contemporary world of constant technological progress Khanty have lost much. First of all, the traditional way of life where a human lived in harmony with the surrounding world was destroyed. The belief spiritualizing the natural world was brought up in the person since his childhood and was the basis for preservation of human health. At present time spiritual connection of the person with his natural environment has been destroyed. With the loss of native language a modern person lost ties with old spiritual foundations, traditions, he became vulnerable and unprotected. Therefore today the problem of suicide has risen sharply. Revival of receptions and ways of native medicine, its sacral-ceremonial component can become a basis for the recovery of spiritual balance and health of the next generations.

Lapina M. A.

Ethic Principles Related to Khanty Health Preservation

The system of Khanty spiritual values contains special views on health preservation. Khanty traditional medicine focused on prevention means as well as sustaining physical and psychic individual and community health. This system included traditional beliefs, psychotherapeutic means, proper nutrition, physical training and following moral norms of the community.

The system of ethics and etiquette defined behavioral patterns both for social interaction and relations with nature. Prohibition was Khanty major moral restriction norm. Disregard of prohibition laws was harmful for a human and could even break the harmony of his life and lead to inevitable punishment. For instance if somebody has pain in his legs and difficulties in stepping he is considered to violate the rules by stepping over the sacral sites of another clan. Those who

have arm ache or cut their fingers off were punished for touching sacred relicts. There is a number of such beliefs related to different parts of the human body, especially head.

Social economic and cultural changes lead to the transformation of Khanty worldview which impact also traditional understanding of health preservation methods. Today Khanty have qualified medical services available and medical drugs affordable. But in remote Khanty camps they still use ancient means of health improvement where significant role is played by certain ethic norms.

Khanty behavioral culture aims first of all at reglementation of social ties, normalization of psycho emotional sphere of an individual, which is closely connected to the preservation of physical, psychic and moral health.

Batyanova E.P.

Traditional Teleut Medicine

This paper presents data on folk medicine collected by the author among Teleut in 2002 — 2004. Teleut is one of Turkic speaking groups of Southern Siberia whose population is about 2600 people. They live mainly in Kemerovo region and Zariinsky district of Altay Republic.

Teleut traditional medicine is closely connected with their shamanic worldview which includes beliefs in illness and death as a result of evil spirit influence or harmful magic impact. That's why shamanic ritual was the main Teleut healing method.

Even during the Soviet time with prevailing official medical system there were certain spheres where the healing knowledge and abilities of shamans were unquestionable. People asked shamans for assistance during depression connected with the death of a relative, or other psychological trauma, or when official doctors failed to provide effective treatment.

The author presents two life stories of Teleut women practicing traditional healing methods. In their stories they mention popular attributes of Teleut healing magic: fire, water, shawls, and knives. They also focus on the religious means of communication with clan and family protectors, with spirits of illness. The author also provides data on professional self-consciousness of a native healer, on interaction ethics between a healer and a patient.

Up to nowadays ancient shamanic traditions form the integral part of Teleut traditional medical system.

Popovkina G.S.

**Methods of Human Health Preservation in a Modern City:
Myths, Traditions and Innovations**

Folk prophylactic medicine of eastern Slavs living in a city of the Russian Far East is analyzed in this paper. The author reveals traditional and new complexes of folk prophylactic medicine and factors of its preservation and development.

Key words: folk medicine, ecological thinking, Eastern Slavs, health, modern city.

**Altered States of Consciousness in Life and Health
Preservation
of a Human and the Mankind**

Kremer J.W.

**Shamanic Healing, Psychotherapy and a Multi-Sense Perspective
on Hypnotic-like Procedures**

This presentation focuses on the role played by ritual and altered states of consciousness in both shamanism and psychotherapy and its implications for individual and cultural healing. I explore the historical differences in self construction between indigenous and non-indigenous people. The Dine (Navajo) chantways will be used as illustrative examples of intricate rituals that involve multiple sense modalities. Additionally, aspects of Sami shamanic work as well the revival of Pacific Northwest Coast ceremonialism will be discussed. Recent brain research supports my contention that shamanic practices as well as certain psychotherapeutic approaches promote healing by integrating the emotional and cognitive parts of the human brain. This integration promotes life potentiating processes that restore and maintain psychological health

Key words: cross-cultural, healing, hypnosis, hypnotic-like, indigenous practices, shamanism, mediumship, self, violence, cultural healing.

Michaelson S.

The Visual Arts and the Healing Process

In the past, folklore, rituals, rites and the creative acts of many Siberian people have made a significant contribution to the psycho-emotional state of communities. This paper makes connections between

the visual arts and the healing process. It draws on Shamanism, Transpersonal Psychology and the Visual Arts, to make links between the visual arts, altered states of consciousness, and the psycho-emotional state, health and well being of people in a contemporary context. The ideas presented here have grown out of

1. My own experiences as a practicing artist and lecturer in colleges of Art and Design, in London.

2. A long and substantial involvement with Transpersonal Psychology, as a counselor/therapist and workshop leader.

3. Research undertaken at the Royal College of Art and the University of Brighton in England, between 1993 and 2007.

4. Some experiences of Shamanism in Russia and particularly in Siberia between 2001 and 2004.

In my paper I focus on:

- A. A definition of what I mean by healing, both within the individual and at a broad cultural level. The artist as a healer and bridge maker.

- B. A section on the relationship between the visual arts and altered states or consciousness, which includes looking at:

1. The prehistoric cave paintings at Peche Merle in France, showing how in its origins, the making of visual art may well have been connected with rites, rituals, and altered states of consciousness, focused very much on process as well as end product.

2. Techniques for going on inner journeys and exploring inner worlds in the context of psychotherapy for the purposes of healing. The relationship between this type of work and creative work in the context of the visual arts.

3. The power, importance, and magical nature of images and image-making. The imaginal realm as part of life. How images can take you on a journey that is both healing and creative if you follow them and let them lead the way. How images say what cannot be said any other way.

4. How when we are completely absorbed in creative work, we move from secular time and secular space to sacred time and sacred space. Often the work seems to take over and create itself. In this state we can both be most truly ourselves and also make connections with other realities. In that sense a creative state can also be described as an altered state of consciousness. Intuition and Meditation are fundamental to this process.

C. A look at some individual artists and artwork, emphasizing process as well as products:

1. Recent research into the Russian artist Kandinsky, the so-called father of modern art, suggests that his work was profoundly influenced by his early experiences of shamanism and was expressive of a shamanistic sensibility coming to the surface and trying to find a form both personally and at a broad cultural level.

2. Jackson Pollack — artist/shaman. The importance of both ritual and process.

3. Rothko, whose late paintings represent pure feeling states.

4. Three women artists whose art work represents self healing through creativity. i.e. Niki de St Phalle, Frieda Kahlo, Charlotte Salomon.

5. The work of Andrea Batorfi, a young Hungarian photographer, for whom the creative process is a magical activity through which forms from another reality find expression.

6. Outsider Art, Art Therapy, and the Prinzhorn Collection — artwork that was a lifeline for people incarcerated in a mental hospital.

7. Carpets made by Berber women in the High Atlas Mountains of Morocco.

8. My own personal development as a visual artist.

D. A Cultural Creative Project:-

A description of a cultural creative project called The Pushkin Project that has been running in schools in Ireland, for the last 20 years, that has also been linked with schools in St Petersburg. This project was originally built around a prize for creative writing in Irish schools. It was then extended to include the visual arts. It now also works with adults and business organizations as well as schoolchildren. It has made an invaluable contribution to the peace process in Ireland, as well as having a profound effect on all the individuals involved. It is a wonderful example of the healing nature of creativity both for individuals and the community.

E. Finally, I would like to make some suggestions for practical things that people might be able to do, to evoke and invoke creative work that could make a valuable contribution to both their psycho — emotional state and health improvement, as individuals, with children in schools, in the context of psychotherapy, in workshops with other people.

**Shamanism without Shaman:
an Exploration of Altered States
of Consciousness Using Psycho technological Devices**

This practical experiment induces a trance-like psycho-physiological state without any specific training or effort. By means of the technical resources of acoustical stimulation in a sensory protected environment, an ordinary man can easily enter into altered states of consciousness (ASC) and get access to the shamanic world. During this experiment, he will encounter and interact with diverse entities known as «spirits» by the shamanic tradition. In order to facilitate the recognition and the description of these entities, their manifestations are expected under the shapes of animals, traditionally named «animals of power». The statistical analysis of the results of 96 tests performed by 30 participants gives significant evidences in favor of this technical way of access to the shamanic world.

Key words: altered states, animals of power, psycho technology, shamanism, spirits, trance.

Kharitonova V.I.

Modern Shamans: Creative Oxymoron or Reality?

From various aspects the author analyses regularities of shamanism revival in modern Russia. Special attention is paid to the personal (neurophysiologic, psychic) peculiarities of «shamans» and reality of their revelations.

The results of interdisciplinary research supervised by the author among (neo) shamans are presented in the paper. These data confirms significant distinctions between «shamans» and control groups: «shamans» are more inclined to the intuitive, holistic perception of the world, they avoid «left hemisphere» thinking patterns; heuristic way of thinking and non verbal intellect prevails among them. Their brain activity allows easier induction into altered states of consciousness. They are not inclined to verbal creativity which significantly distinct them from creative individuals like storytellers (narrators) and priests. They are less active in interaction with the outer world and have weaker abilities for social adaptation. It is obvious that in a society with the demand for «shamans» people with such abilities find their place easily.

Anyway *contemporary (neo) shamanism* is a renewed phenomenon that exists in a significantly changed society. Ways of its further

development strongly depend on the society requirements: in the situation with poor medical services shamans will focus on healing/treating, in the situation of life uncertainty they will become foretellers and predictors. Considering current level of *situational religiousness* of the Russian society these people will focus on religious revival: it is not just an empty niche but the most profitable and the least responsible development direction today.

Kew words: *shaman, altered states of consciousness, experimental research, interdisciplinary methods, neurophysiologic study, psychological test.*

Molchanova E.S.

Altered States of Consciousness and Synaesthesia among Kyrgyz Epos «Manas» Chanters

The domestic Kyrgyz typology of Manas chanters (*manaschi*) proposes the existence of a gift to tell Kyrgyz epos «Manas» in comparison with a skill to simply retell the text of epos previously learned by heart. The main difference between those who are recognized as «real» (gifted) *manaschi* and «non-real» Manas-chanters is supposed to be an ability to induct into altered state of consciousness (ASC). While being in ASC the chanter becomes a witness of epic events and he just needs to say about everything what he sees with his own eyes. Besides experiencing ASC, the important cognitive characteristic of a real Manas chanter is a verbal-visual variant of synesthesia. This feature of cognitive processes of Manas tellers has not been described before and it is supposed to be the factor contributing to poetic improvisation as well as to induction, extending and maintenance altered states of consciousness.

Mesheryakova E.A.

Psychological Study of the Followers of the Healing Method «Ayat — Life without Pharmaceuticals and Diseases»

System of self health improvement «Ayat — life without Pharmaceuticals and Diseases» established by Abdullaev F. M. was introduced in 1989. This paper focuses on the results of psychological testing of 26 followers of Ayat system who are in «Apprentice» status. They were divided into two experimental groups: №1 apprentices are practicing since 1989 (10 people); №2 apprentices are practicing since 2000 (16 people).

While working in line with Farkhata-ata method apprentice acquires new personal traits peculiar to people with strong nervous system:

psychic anxiety decreases, emotional status stabilizes. Their world view also transforms along with the changes of all beliefs, habits, way of life and concepts (construction of a new «world picture»). Such person considers himself as a translator of solar energy.

Janeva-Balabanska I.

Study of Personality Peculiarities of Bulgarian Healers

A semi structural clinical interview for PDE (Personality Disorder Examination — Loranger, 1988) was carried out with 61 Bulgarian extrasensory healers (46 female and 15 male). Before conducting the interview, screening parts of SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, Wing et al., 1990) on these 61 extrasensory healers were applied with which a presence of psychic disorder in them is expected. It was found that there were no personally abnormal persons.

Key words: *semi structural clinical interview, Bulgarian extrasensory healers, Personality, Disorder Examination.*

Koyokina O.I.

Criteria for Evaluation of Phenomenal Abilities of Folk Healers

Previously received results of the neuro physiological research allow determine the following definitions:

1. The evidence of the sphere extension of the perception is determined by the spectral power of the cortex rhythms and by the distribution of evoked potentials.

2. Distribution of alpha-rhythm (spectral power) on the cortex area let determine the type of the extrasensory perception: visual or bodily.

3. Hemisphere asymmetry: activation of the right hemisphere evidence about dominance of the extrasensory perception (diagnostic capacity); activation of left — about bioenergetics influence (bioenergotherapy capacity).

4. Ability by self regulation of the state of consciousness is determinate by the change of the amplitude and by the distribution of alpha-rhythm spectral power on the cortex surfaces.

5. Possibility crossing to autohypnosis or to clairvoyance is determinate by change of the frequency spectrum of delta, teta, beta, gamma scale.

6. Between and inside hemisphere coherence rhythms correspond to the brain activity and to the possibility to manage for bodily energetics.

7. Axis of knowledge and clairvoyance.
8. Distribution of the brain energetics by stream and controllability.

Rodshtat I.V.

Some Debatable Considerations on Shamans and Shaman Disease

There is little evidence for thinking that shaman disease is a common occurrence. Here other factors come into play, namely the cerebral programs of generosity and imaginary death. This paper is the material for discussion and a platform to thrash out the problem of shaman disease.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

1. **AITPAEVA Gulnara Amanovna** (*Kyrgyz Republic, Bishkek*) — Doctor of Sciences (Philology; 1996), Director of Cultural Research Center «Aigine»

2. **BALALAEVA Olga Eduardovna** (*USA, New Mexico, Las Cruces — Russia, Moscow*) — Candidate of Science (Philology; 1992), UNESCO consultant; (translator)

3. **BATYANOVA Elena Petrovna** (*Russia, Moscow*) — Candidate of Science (Ethnology; 2002), Senior Researcher, Department of North and Siberia, Institute of Ethnology and Anthropology Russian Academy of Sciences (IEA RAS)

4. **BUKHNA Anastasia Gennadievna** (*Russia, Salekhard*) — Graduate student (Distant Education), Department of Forensic Medicine, Tyumen State Medical Academy; Allergologist-Immunologist, Salekhard District Clinical Hospital

5. **BUKHNA Andrey Georgievich** (*Russia, Salekhard*) — Infection Disease Doctor, Cabinet on AIDS and infectious diseases relief and prevention, Salekhard District Clinical Hospital

6. **DOBKIN de Rios Marlene** (*USA, California, Irvine*) — Ph.D. Associate Clinical Professor of Psychiatry & Human Behavior, University of California, Irvine; Professor Emerita of Anthropology, California State University, Fullerton

7. **ERMAKOVA Elena Evgenievna** (*Russia, Tyumen*) — Candidate of Sciences (Philology), Associated Professor (Docent), Department of Publishing and Editing, Tyumen State University

8. **EVERT Lidiya Semenovna** (*Russia, Krasnoyarsk*) — Doctor of Medical Sciences (2008), Leading Researcher, SRI MPN, SB RAMS

9. **GODOVIH Tatyana Vladimirovna** (*Russia, Tyumen*) — Candidate of Medical Sciences (1994); Senior Researcher, Department of Cryosphere Protective Mechanisms, Tyumen Research Center, Siberian Branch of Russian Academy of Sciences (SB RAS)

10. **GORBACHEV Anatoliy Leonidovich** (*Russia, Magadan*) — Doctor of Biological Sciences (2003), International Scientific Center «The Arctic», Far East Branch of Russian Academy of Sciences (FEB RAS)

11. **HIRSCH Gilah Yelin** (*USA, California, Dominguez Hills*) — MA, Senior Professor, California State University, Dominguez Hills

12. **KHARITONOV Sergey Viktorovich** (*Russia, Moscow*) — Candidate of Medical Sciences (1998), Senior Researcher, Department of Suicidology, Moscow Research Institute of Psychiatry

13. **KHARITONOVA Valentina Ivanovna** (*Russia, Moscow*) — Doctor of Sciences (Ethnology; 2000), Candidate of Science (Philology, 1983), Associate Professor (Docent, 1990); Leading Researcher, IEA RAS, Head of Medical Anthropology Group

14. **KHARYUCHI Galina Pavlovna** (*Russia, Salekhard*) — Candidate of Historical Sciences (1999), Leading Researcher, Yamal Branch of the Institute of History and Archaeology, Ural Branch of RAS

15. **KHASNULIN Vyacheslav Ivanovich** (*Russia, Novosibirsk*) — Doctor of Medical Sciences (1990), Professor (1999); Chief Researcher, Research Center of Clinical and Expert Medicine, SB RAMS, Head of the Laboratory of Disadaptation Mechanisms

16. **KOYOKINA Olga Ivanovna** (*Russia, Moscow*) — Candidate of Medical Sciences (1972), Head of the Department of Consciousness Studies, Federal Clinical and Experimental Center for Traditional Diagnostics and Treatment Methods, Russian Ministry of Health and Social Development (RMHSD)

17. **KOGA Patrick Marius** (*USA, California, Palo Alto*) — Doctor of Medicine (Psychiatry), MA in Public Health, Professor, Institute of Transpersonal Psychology

18. **KOLODYAZHNAYA Tatyana Aleksandrovna** (*Russia, Krasnoyarsk*) — Candidate of Biological Sciences (1998); Leading Researcher, SRI MPN SB RAMS

19. **KOZLOV Aleksey Vladimirovich** (*Russia, Khabarovsk*) — Head of the Methodic Cabinet, Scientific Research Institute of Maternal and Child Welfare (SRI MCW)

20. **KOZLOV Vladimir Kyrillovich** (*Russia, Khabarovsk*) — Correspondent Member of RAMS (1999), Doctor of Medical Sciences (1986), Professor (1987); Honored Academician; Director of Khabarovsk Branch of the Scientific Center of Physiology and Pathology of Breath SB RAMS — SRI MCW

21. **KRASNOVA Marina Aleksandrovna** (*Russia, Khabarovsk*) — Candidate of Medical Sciences (2006), Neurologist, Clinic of the SRI MCW

22. **KREMER Jurgen Werner** (*CIIA, California, Santa Rosa*) — Ph.D. Tenure-track faculty, Associate Professor Santa Rosa Junior College, California; (primary) Secondary: Sonoma State University, Cotati; Saybrook Institute, San Francisco

23. **KUPRYASHINA Nadezhda Anatolievna** (*Russia, Moscow*) — Clinical Psychologist, Moscow Perinatal Center

24. **KURCHASHOVA Svetlana Yurievna** (*Russia, Moscow*) — Candidate of Biological Sciences (2001), Researcher, Institute of Physical Chemical Biology, Moscow State University

25. **LAPINA Maina Afanasievna** (*Russia, Khanti-Mansijsk*) — Candidate of Historical Sciences (1997), Head of Ethnology Department, Obsko-Ugorsky Institute of Applied Research and Design

26. **LOBANOVA Yulia Nikolaevna** (*Russia, Moscow*) — Candidate of Biological Sciences (2007), Biologist, Clinical Diagnostic Laboratory, Center of Biotic Medicine

27. **LOECKENHOFF Helmut Karl** (*Germany, Backnang*) Ph.D., Independent Researcher

28. **MANCHUK Valeriy Timofeevich** (*Russia, Krasnoyarsk*) — Correspondent member of RAMS, Doctor of Medical Sciences, Professor, Director, SRI MPN, SB RAMS

29. **MASLOVA Margarita Yurievna** (*Russia, Krasnoyarsk*) — Chief Physician, City Children's Hospital № 8

30. **MESHERYAKOVA Elena Aleksandrovna** (*Russia, Moscow*) — Psychologist, Senior Researcher, Department of Consciousness Studies, Federal Scientific Clinical and Experimental Center of Traditional Diagnostics and Treatment Methods, RMHSD

31. **MICHAELSON Susan** (*England*) — Ph.D., Independent Researcher

32. **MOLCHANOVA Elena Sergeevna** (*Kyrgyz Republic, Bishkek*) — Candidate of Medical Sciences (Psychiatry; 1998); Ass. Professor of the American University of Central Asia, Psychological Laboratory; Department of Medical Psychology, Psychiatry and Psychotherapeutics, Kyrgyz-Russian (Slavic) University

33. **OSHURKOV Maxim Nikolaevich** (*Russia, Moscow*) — Independent Researcher; (translator)

34. **OZHIGANOVA Anna Aleksandrovna** (*Russia, Moscow*) — Candidate of Science (Ethnology; 2000); Researcher, Group of Medical Anthropology, IEA RAS

35. **PANICHEVA Elena Sergeevna** (*Russia, Krasnoyarsk*) — Doctor, City Children Hospital №8

36. **PEPION Donald Duan** (*USA, New-Mexico, Las Cruces*) — Ph.D., Associate Professor, New Mexico State University

37. **PITERSKAYA Elena Sergeevna** (*Russia, Moscow*) — Candidate of Sciences (Ethnology; 2007), Independent Researcher; (translator)

38. **POLIVANOVA Tamara Vladimirovna** (*Russia, Krasnoyarsk*) — Doctor of Medical Sciences (2008); Leading Researcher, Clinical Department of Children Somatic and Psychic Health, SRI MPN, SB RAMS

39. **POPOVKINA Galina Sergeevna** (*Russia, Vladivostok*) — Candidate of Historical Sciences (2006); Senior Researcher, Department of Ethnography, Ethnology and Anthropology, Institute of History, Archaeology and Ethnography of the Far East, FEB RAS

40. **POVOROZNYUK Olga Alekseevna** (*Russia, Moscow*) — Candidate of Sciences (Ethnology; 2005), Researcher, Department of North and Siberia, IEA RAS; (translator)

41. **PRAKHIN Efim Isakovich** (*Russia, Krasnoyarsk*) — Doctor of Medical Sciences (1985), Professor (1990); Chief Researcher, SRI MPN, SB RAMS

42. **PRILENSKY Boris Yurievich** (*Russia, Tyumen*) — Doctor of Medical Sciences (2001); Associated Professor (Docent, 1994), Head of the Department of Medical Psychology and Psychotherapy, Tyumen State Medical Academy

43. **PULIKOV Anatoliy Stepanovich** (*Russia, Krasnoyarsk*) — Doctor of Medical Sciences (1989); Chief Researcher, Laboratory of Ethno-Genetic and Metabolic Problems of Norm and Pathology, SRI MPN, SB RAMS; Professor, Department of Morphology and Physiology, Khakass State University (Abakan)

44. **RODSHTAT I.V.** (*Russia, Moscow*) — Doctor of Medical Sciences (1982); Leading Researcher, Institute of Radiotechnics and Radioelectronics RAS (till Dec.2008)

45. **SEMENOVA Nadezhda Borisovna** (*Russia, Krasnoyarsk*) — Candidate of Medical Sciences (1999); Leading Researcher, Clinical Department of Children Somatic and Psychic Health SRI MPN, SB RAMS; Head of the Psychological Office of Krasnoyarsk Regional Psycho Neurological Dispensary №1

46. **SKALNY Anatoliy Viktorovich** (*Russia, Moscow*) — Doctor of Medical Sciences (2000), Professor (2004); Chief Researcher, Institute of Toxicology of Federal Medical — Biological Agency; President Center of Biotic Medicine

47. **SOKOLOV Sergey Aleksandrovich** (*Russia, Tyumen*) — Candidate of Medical Sciences (2003), Gastroenterologist-Hepatologist, Medical Clinical Diagnostic Center «Doctor-A»

48. **TEN Vladimir Illarionovich** (*Kyrgyz Republic, Bishkek*) — Candidate of Medical Sciences (Medical Psychology; 1990); Associate Professor (Docent), Kyrgyz-Russian (Slavic) University

49. **TISHKOV Valeriy Aleksandrovich** (*Russia, Moscow*) — Acting Member of RAS (2008), Professor (1992), Doctor of Historical Sciences (1980), Director, IEA RAS; Deputy Academic Secretary of the Historical and Philological Sciences Division of RAS; Deputy Chairman of the Commission on Ethnic Relations and Liberty of Conscious, Public Chamber of the Russian Federation

50. **TKACHENKO Olga Stepanovna** (*Russia, Moscow*) — Russian Academy of Cosmonautics named after K.E. Tziolkovsky

51. **TROFIMOV Valeriy Nikolaevich** (*Russia, St. Petersburg*) — Psychiatrist, State Psychiatric Hospital 6

52. **TUGUZHEKOVA Valentina Nikolaevna** (*Russia, Abakan*) — Doctor of Historical Sciences (1994), Professor (1995); Director, Khakass Research Institute of Language, Literature and History

53. **UCHAKINA Raisa Vladimirovna** (*Russia, Khabarovsk*) — Doctor of Biological Sciences (2006), Professor (2008); Chief Researcher, SRI MCW

54. **VOITSEH Vladimir Fedorovich** (*Russia, Moscow*) — Doctor of Medical Sciences (1990), Professor (2000); Head of Suicidology Department, Moscow Research Institute of Psychiatry

55. **VOLDINA Maria Kuzminichna** (*Russia, Khanti-Mansijsk*) — Khanti poetess, story teller, member of the Russian Union of Writers, Honored cultural professional of Russia

56. **VOLDINA Tatyana Vladimirovna** (*Russia, Khanti-Mansijsk*) — Candidate of Historical Sciences (2000), Deputy Director on Science, Yugra State University; Institute of Language, History and Culture of Yugra People

57. **VYATCHANINA Elena Sergeevna** (*Russia, Moscow*) — Researcher, Laboratory of Metallomics, Institute of Analytical and Nano Technologies; Senior Expert, Center of Biotic Medicine

58. **WALKER Marilyn** (*Canada, Sackville*) — Ph.D, Associate Professor, Mount Allison University, Sackville

59. **WIGET Andrew Orville** (*USA, New Mexico, Las Cruces*) — Ph.D., Professor, Director, New Mexico Heritage Center

60. **YANEVA-BALABANSKA Iliyana Dimova** (*Bulgaria, Sophia*) — Candidate of Medical Sciences (1999), Chief Expert, National Center on Public Health Preservation of the Ministry of Health

61. **ZAITZEVA Olga Isaevna** (*Russia, Krasnoyarsk*) — Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher, Scientific Research Institute of Medical Problems of the North, Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences (SRI MPN SB RAMS)

62. **ZODER Hugo Bernard Jean** (*Switzerland, Montreux*) — Director of MEDIRELAX Research Center

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

1. **АЙТПАЕВА** Гульнара Амановна (*Кыргызская Республика, Бишкек*) — д.ф.н. (1996), директор Культурно-Исследовательского Центра «Айгине»

2. **БАЛАЛАЕВА** Ольга Эдуардовна (*США, Нью-Мексико, Лас-Крусес*) — РФ, Москва) — к.ф.н. (1992), консультант ЮНЕСКО (*переводчик*)

3. **БАТЬЯНОВА** Елена Петровна (*РФ, Москва*) — к.и.н. (2002), с.н.с. ИЭА РАН, отдел Севера и Сибири

4. **БУХНА** Анастасия Геннадьевна (*РФ, Салехард*) — асп. (з/о) кафедры судебной медицины Тюменской ГМА; врач аллерголог-иммунолог Салехардской ОКБ

5. **БУХНА** Андрей Георгиевич (*РФ, Салехард*) — врач-инфекционист кабинета по борьбе и профилактике СПИДа и инфекционных заболеваний Салехардской ОКБ

6. **ВИГЕТ** Эндрю Орвилль (*США, Нью-Мексико, Лас-Крусес*) — Ph.D., проф.; директор Центра наследия Нью-Мексико Ун-та шт. Нью-Мексико

7. **ВОЙЦЕХ** Владимир Федорович (*РФ, Москва*) — д.м.н. (1990), проф. (2000); рук. отделения суицидологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

8. **ВОЛДИНА** Татьяна Владимировна (*РФ, Ханты-Мансийск*) — к.и.н. (2000), зам. дир. по научной работе ГОУ ВПО «Югорский государственный университет», ИЯИиКНЮ

9. **ВОЛДИНА** Мария Кузьминична (*РФ, Ханты-Мансийск*) — хантыйская поэтесса, сказительница, член СП РФ, заслуженный деятель культуры РФ

10. **ВЯТЧАНИНА** Елена Сергеевна (*РФ, Москва*) — н.с. лаб. металломики НП «Институт аналитических и нанотехнологий»; ст. спец. АНО «Центр биотической медицины»

11. **ГОДОВЫХ** Татьяна Владимировна (*РФ, Тюмень*) — к.м.н. (1994); с.н.с. отдела протекторных механизмов Крисиосферы Земли Тюменского НЦ СО РАН.

12. **ГОРБАЧЕВ** Анатолий Леонидович (*РФ, Магадан*) — д.б.н. (2003), МНЦ «Арктика» ДВО РАН.

13. **ДОБКИН ДЕ РИОС**, Марлен (*США, Калифорния*) — Ph.D, асс. проф./доц. (клин. спец. — психиатрия и человеческое поведение), Ун-т шт. Калифорния, Ирвин; почетный проф. антропологии, Ун-т шт. Калифорния, Фуллертон

14. **ЕРМАКОВА** Елена Евгеньевна (*РФ, Тюмень*) — к.ф.н., доц. каф. издательского дела и редактирования Тюменского ГУ

15. **ЗАЙЦЕВА** Ольга Исаевна (*РФ, Красноярск*) — д.м.н., в.н.с. НИИ МПС СО РАМН

16. **ЗОДЕР** Хьюго Бернад Жан (Швейцария, Монтре) — дир. НЦ «MEDIRELAX»

17. **КОГА Патрик Мариус** (*США, Калифорния, Пало-Альто*) — доктор медицины (психиатрия), магистр общественного здравоохранения, проф. Ин-та Трансперсональной психологии

18. **КОЁКИНА Ольга Ивановна** (*РФ, Москва*) — к.м.н. (1972), зав. сектором исследований сознания ФНКДЦТМДиЛ Минздравсоцразвития РФ

19. **КОЗЛОВ Алексей Владимирович** (*РФ, Хабаровск*) — зав. орг. метод. кабинетом НИИ ОМид

20. **КОЗЛОВ Владимир Кирилович** (*РФ, Хабаровск*) — чл.-корр. РАМН (1999), д.м.н. (1986), проф. (1987), заслуженный деятель науки; директор ХФ ДНЦ ФПД СО РАМН — НИИ ОМид

21. **КОЛОДЯЖНАЯ Татьяна Александровна** (*РФ, Красноярск*) — к.б.н. (1998), в.н.с. НИИ МПС СО РАМН

22. **КРАСНОВА Марина Александровна** (*РФ, Хабаровск*) — к.м.н. (2006), врач-невролог клиники НИИ ОМид

23. **КРЕМЕР Юрген Вернер** (*США, Калифорния, Санта Роза*) — Ph.D., асс. проф./доц. колледжа Санта Роза, Калифорния

24. **КУПРЯШИНА Надежда Анатольевна** (*РФ, Москва*) — клинический психолог, МПЦ

25. **КУРЧАШОВА Светлана Юрьевна** (*РФ, Москва*) — к.б.н. (2001), н.с. НИИ ФХБ им. А.Н. Белозерского МГУ им. М.В. Ломоносова

26. **ЛАПИНА Маина Афанасьевна** (*РФ, Ханты-Мансийск*) — к.и.н. (1997), рук. отдела этнологии Обско-угорского ИПИиР

27. **ЛЁККЕНХОФ Хельмут Карл** (*Германия, Бакнанг*) Ph.D., н/и

28. **ЛОБАНОВА Юлия Николаевна** (*РФ, Москва*) — к.б.н. (2007), биолог, КДЛ АНО «Центр биотической медицины»

29. **МАЙКЛСОН Сьюзан** (*Великобритания*) — Ph.D., н/и

30. **МАНЧУК Валерий Тимофеевич** (*РФ, Красноярск*) — член-корр. РАМН, д.м.н., проф., дир. ГУ НИИ МПС СО РАМН

31. **МАСЛОВА Маргарита Юрьевна** (*РФ, Красноярск*) — гл. врач МУЗ ГДБ № 8

32. **МЕЩЕРЯКОВА Елена Александровна** (*РФ, Москва*) — психолог, с.н.с. сектора по изучению сознания ФНКЭЦТМДиЛ Минздравсоцразвития РФ

33. **МОЛЧАНОВА Елена Сергеевна** (*Кыргызская Республика, Бишкек*) — к.м.н. (психиатрия; 1998); асс. проф. Американского Университета в Центральной Азии (АУЦА), лаб. психологии А.А. Брудного; каф. медицинской психологии, психиатрии и психотерапии Киргизско-Российского (Славянского) Университета

34. **ОЖИГАНОВА Анна Александровна** (*РФ, Москва*) — к.и.н. (2000), н.с. ИЭА РАН, гр. медицинской антропологии

35. **ОШУРКОВ Максим Николаевич** (*РФ, Москва*) — н/и; (переводчик)

36. **ПАНИЧЕВА Елена Сергеевна** (*РФ, Красноярск*) — врач; МУЗ ГДБ № 8

37. **ПЕПИОН Дональд Дуан** (*США, Нью-Мексико, Лас-Крусес*) — Ph.D., асс. проф./доц. Университета шт. Нью-Мексико

38. **ПИТЕРСКАЯ Елена Сергеевна** (РФ, Москва) — к.и.н. (2007), п/и (переводчик)
39. **ПОВОРОЗНЮК Ольга Алексеевна** (РФ, Москва) — к.и.н. (2005), н.с. ИЭА РАН, Отдел Севера и Сибири (переводчик)
40. **ПОЛИВАНОВА Тамара Владимировна** (РФ, Красноярск) — д.м.н. (2008); в.н.с. клинического отделения соматического и психического здоровья детей НИИ МПС СО РАМН
41. **ПОПОВКИНА Галина Сергеевна** (РФ, Владивосток) — к.и.н. (2006), с.н.с. отдела этнографии, этнологии и антропологии ИИАиЭНДВ ДВО РАН
42. **ПРАХИН Ефим Исакович** (РФ, Красноярск) — д.м.н. (1985), проф. (1990), г.н.с. ГУ НИИ МПС СО РАМН
43. **ПРИЛЕНСКИЙ Борис Юрьевич** (РФ, Тюмень) — д.м.н. (2001), доц. (1994), зав. кафедрой медицинской психологии и психотерапии с курсами общей психологии и педагогики ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава
44. **ПУЛИКОВ Анатолий Степанович** (РФ, Красноярск) — д.м.н. (1989); г.н.с. лаборатории этно-генетических и метаболических проблем нормы и патологии НИИ МПС СО РАМН; проф. кафедры морфологии и физиологии ГОУ ВПО ХГУ им. Н.Ф. Катанова (Абакан)
45. **РОДШТАТ Игорь Вениаминович** (РФ, Москва) — д.м.н. (1982); в.н.с. ИРЭ РАН (по дек. 2007 г.)
46. **СЕМЕНОВА Надежда Борисовна** (РФ, Красноярск) — к.м.н. (1999); в.н.с. клинического отделения соматического и психического здоровья детей НИИ МПС СО РАМН; зав. психологической службой Красноярского краевого психоневрологического диспансера №1 (Кр.ГУЗ)
47. **СКАЛЬНЫЙ Анатолий Викторович** (РФ, Москва) — д.м.н. (2000), проф. (2004), г.н.с. ФГУН Институт токсикологии ФМБА, президент АНО «Центр биотической медицины»
48. **СОКОЛОВ Сергей Александрович** (РФ, Тюмень) — к.м.н. (2003), гастроэнтеролог-гепатолог, медицинский клинико-диагностический центр «Доктор-А»
49. **ТЕН Владимир Илларионович** (Кыргызская Республика, Бишкек) — к.м.н. (медицинская психология, 1990), доцент; Киргизско-Российский (Славянский) Университет
50. **ТИШКОВ Валерий Александрович** (РФ, Москва) — действительный член РАН (академик, 2008), проф. (1992), д.и.н. (1980), директор ИЭА РАН, зам. академика-секретаря Отделения историко-филологических наук РАН, зам. председателя Комиссии по международным отношениям и свободе совести Общественной Палаты РФ
51. **ТКАЧЕНКО Ольга Степановна** (РФ, Москва) — Росс. акад. космонавтики им. К.Э. Циолковского
52. **ТРОФИМОВ Валерий Николаевич** (РФ, СПб) — психиатр, врач-психотерапевт, ГУЗ ГПБ № 6
53. **ТУГУЖЕКОВА Валентина Николаевна** (РФ, Абакан) — д.и.н. (1994), проф. (1995); директор ХакНИИЯЛИ

54. **УОЛКЕР Мэрилин** (*Канада, Саквилл*) — Ph.D, асс. проф./доц. Ун-та Маунт Эллисон
55. **УЧАКИНА Раиса Владимировна** (*РФ, Хабаровск*) — д.б.н. (2006), проф. (2008); г.н.с. НИИ ОМиД
56. **ХАРИТОНОВ Сергей Викторович** (*РФ, Москва*) — к.м.н. (1998), с.н.с. отделения суицидологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»
57. **ХАРИТОНОВА Валентина Ивановна** (*РФ, Москва*) — д.и.н. (2000), к.ф.н.(1983), доц. (1990); в.н.с. ИЭА РАН, рук. группы медицинской антропологии
58. **ХАРЮЧИ Галина Павловна** (*РФ, Салехард*) — к.и.н. (1999), в.н.с. ЯФ ИИиА УрО РАН
59. **ХАСНУЛИН Вячеслав Иванович** (*РФ, Новосибирск*) — д.м.н. (1990), проф. (1999); г.н.с. НЦ КиЭМ СО РАМН, рук. лаборатории механизмов дезадаптации
60. **ХЁРШ Гила Йелин** (*США, Калифорния, Домингез Хиллз*) — МА., проф./преп., Университет шт. Калифорния, Домингез Хиллз
61. **ЭВЕРТ Лидия Семеновна** (*РФ, Красноярск*) — д.м.н. (2008), в.н.с. НИИ МПС СО РАМН
62. **ЯНЕВА-БАЛАБАНСКА Илияна Димова** (*Болгария, София*) — к.м.н. (1999), гл. эксперт Национального центра по охране общественного здоровья при Министерстве здравоохранения

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АКМНССиДВ РФ — Ассоциация коренных малочисленных народов Сибири, Севера и Дальнего Востока Российской Федерации
- АЛТ — аланинаминотрансфераза
- АНО — автономная некоммерческая организация
- АпоА — аполипопротеид А
- АпоВ — аполипопротеид В
- АСТ — аспаратаминотрансфераза
- БАД — биологически активные добавки
- БАТ — биологически активные точки
- БГУ — Бурятский государственный университет (г. Улан-Удэ)
- БНЦ СО РАН — Бурятский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук (г. Улан-Удэ)
- ВНИЦТНМ «ЭНИОМ» — Всероссийский научно-исследовательский центр традиционной народной медицины «ЭНИОМ»
- ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения (Женева)
- ГГТ — гамма-глутамилтрансфераза
- ГЛЮ — глюкоза
- ГМА — государственная медицинская академия
- ГПБ государственная психиатрическая больница
- ГУЗ — государственное учреждение здравоохранения
- ЖВНД — Журнал высшей нервной деятельности
- ИИАиЭНДВ — Институт истории, археологии и этнографии народов Дальнего Востока
- ИПИиР — Институт прикладных исследований и разработок
- ИРЭ РАН — Институт радиотехники и электроники РАН
- ИЯИиКНЮ — институт языка, истории и культуры народов Югры
- КА — катехоламины
- КДЛ — клиничко-диагностическая лаборатория
- КРЕ — креатинин
- ЛАК — лактат
- ЛПВП — липопротеиды высокой плотности
- ЛПНП и ЛПОНП — липопротеиды низкой и очень низкой плотности
- МГСУ — Московский государственный строительный институт
- МНЦ — международный научный центр
- МОЧ — мочевины
- МПЦ — Московский перинатальный центр
- НЖК — насыщенные жирные кислоты
- НИИ МПС — научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера
- н/и — независимый исследователь
- НЦ КиЭМ — научный центр Клинической и Экспертной Медицины
- ОБ — общий белок

ОКБ — окружная клиническая больница
ОХ — общий холестерин
ПИР — пируват
ПМА — полевые материалы автора
ПНЖК — полинасыщенные жирные кислоты
РАМН — Российская академия медицинских наук
РАН — Российская академия наук
РЖГГК — Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и
колопроктологии
Са — кальций
СЖК — свободные жирные кислоты
СП — союз писателей
СХ — свободный холестерин
ТГ — триглицериды
ФГУ — федеральное государственное учреждение
ФГУН — федеральное государственное учреждение науки
ФМБА — федеральное медико-биологическое агентство
ФНКЭЦТМДиЛ — Федеральный научный клинико-эксперименталь-
ный центр традиционной медицинской диагностики и лечения
ХакНИИЯЛИ — Хакасский научно-исследовательский институт язы-
ка, литературы, истории
ХФ ДНЦ ФПД СО РАМН НИИ Омид — Хабаровский филиал Даль-
невосточного НЦ физиологии и патологии дыхания СО РАМН —
Научно-исследовательский институт охраны материнства и детства
ЦИШ... — Центр изучения шаманизма и иных традиционных верова-
ний и практик (при ИЭА РАН)
ЭИ... — Этнологические исследования по шаманству и иным tradi-
ционным верованиям и практикам (международная серия научных
трудов, издаваемая "ЦИШ...")
ЭО — Этнографическое обозрение
ЭХ — эфиры холестерина
ЯФ ИИиА УрО РАН — Ямальский филиал Института истории и
археологии Уральского отделения РАН

**ИЗ МАТЕРИАЛОВ
ПЕРВОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ ЛЕТНЕЙ ШКОЛЫ
МЕДИЦИНСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ (2006 г.)**

РЕЗОЛЮЦИЯ

**международной летней школы медицинской антропологии
«Проблемы интеграции медицинских систем»
и международного семинара
«Шаманизм и шаманское целительство:
методологический и научно-практический аспекты»**

Участники двух объединенных научных мероприятий: Международной летней школы медицинской антропологии «Проблемы интеграции медицинских систем» и Международного семинара «Шаманизм и шаманское целительство: методологический и научно-практический аспекты» (ближнее Подмосковье; 17-24 августа 2006 г.), обсудив проблемы сохранения здоровья коренных малочисленных и других российских народов, считают необходимым:

1. Учитывая сложность и многоплановость феноменов шамана и шаманизма, рекомендовать специалистам различных областей науки интегрировать свои усилия к их всестороннему изучению.

2. Ходатайствовать перед РАМН о возложении руководства на НИИ общей патологии и патофизиологии РАМН о проведении интегративных исследований в отношении оценки уникальности личности и среды шаманов, а также современных народных целителей на базе НИИ.

3. Просить Минздравсоцразвития РФ организовать при консультативной помощи «Центра по изучению шаманизма и иных традиционных верований и практик» при ИЭА РАН кабинеты восстановительной медицины, используя в качестве аналога систему подобных учреждений, созданных в Китае. В этом есть насущная потребность у коренных малочисленных и иных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ, у которых ранее был распространен шаманизм, а в современных социумах значима личность шамана в роли лекарей психотерапевтического плана и духовных лидеров. Организация таких центров может помочь в борьбе с алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, а также способствовать созданию правильного отношения в обществе к вич-инфицированным лицам. Участники Международной летней школы на специальных заседаниях совместно с сотрудниками НИЦ суицидологии РФ обсудили проблемы суицида в стране, выработав ряд рекомендаций для специалистов, и сочли необходимым:

4. Просить Минздравсоцразвития РФ рассмотреть вопрос о целесообразности преобразования существующих центров суицидологии в межведомственные и интегративные, включающие в свой состав специалистов различного профиля (психиатров, психотерапевтов, психоаналитиков, этнологов, этнопсихологов и др. специалистов), а также представителей этнической духовной психотерапии (шаманов или целителей), представителей религиозных организаций, что, несомненно, повысит потенциал работы с суицидентами.

5. Просить Минсоцразвития РФ поручить НИЦ суицидологии РФ разработать государственную программу борьбы с суицидом, учитывая сложность сложившейся в стране ситуации в последнее двадцатилетие (социально-экономические и др. причины) и наличие этнических составляющих в феномене суицида.

Рассмотрев ситуацию с народным целительством и сопутствующими явлениями, участники мероприятий считают необходимым обратить внимание различных государственных и негосударственных организаций (медицинского и немедицинского профиля) на:

1) несоответствие уровня образования и наличие многочисленных дипломов (включая «кандидатские» и «докторские») и сертификатов, выданных во внесударственных учреждениях, у многочисленных лиц, занимающихся целительскими практиками;

2) включение целительско-оздоровительных практик в сферу услуг, оказываемых в различных так называемых религиозных центрах;

3) систематические нарушения закона о рекламе и предложение оккультно-магических услуг через средства массовой информации.

В связи с этим участники Международной летней школы и Международного семинара считают целесообразным:

1) рекомендовать ТВ и СМИ более критично относиться к использованию материалов на темы целительства, шаманизма, оккультных услуг и использовать консультативные возможности специалистов РАН и иных компетентных научных организаций;

2) просить Минздравсоцразвития РФ усилить контроль за выдачей документов о специальном и дополнительном образовании в сфере целительства;

3) обратить внимание Минздравсоцразвития РФ на необходимость разработки достоверных методов тестирования народных целителей и вопрос об организациях, которым доверено проводить экспертное тестирование, в связи с тем, что эффективность целительской практики многих обладателей различных документов вызывает серьезные сомнения; экспертное тестирование желательно проводить по принятым международным методам и технологиям с применением объективных средств (приборное обеспечение); для разработки российского стандарта экспертизы целителей целесообразно привлечь: а) этнологов, специализирующихся в области медицинской антропологии, народной медицины, шамановедения, б) психологов, имеющих опыт экспертной оценки целителей, в) нейрофизиологов, проводящих исследование особенностей работы мозга у лиц, занимающихся целительскими и магико-мистическими практиками, г) врачей, знакомых с особенностями целительской деятельности, д) специалистов из Международного экспертного комитета по энергоинформационным и метафизическим технологиям; на основе междисциплинарной предварительной работы создать специальный стандарт и уже на его базе подготовить соответствующие поправки в Законодательство по традиционной медицине и целительству.

Участники летней школы, выслушав научные доклады и обсудив их в открытых дискуссиях, просмотрев видеофильмы о мастерах народной медицины в разных странах мира и став участниками практических сеансов и различных народных ритуалов, убедились, что народная медицина

востребована обществом. Разделяя точку зрения Департамента натуральных медицинских препаратов и медицинской политики в рамках Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) о трех типах систем здравоохранения: интегрированная, объединенная и толерантная в зависимости от степени, в которой Нетрадиционная Медицина/Дополнительная и альтернативная медицина (НМ/ДАМ) официально признается в качестве элемента медико-санитарной помощи, обращают внимание на следующее.

В интегрированной системе НМ/ДАМ официально признается и учитывается везде, где обеспечивается медико-санитарная помощь. Объединенная система признает НМ/ДАМ, но не обеспечивает ее полной интеграции во все аспекты медико-санитарной помощи. В странах с толерантной системой национальная система санитарной помощи основана целиком на аллопатической медицине, но закон допускает применение некоторых видов НМ/ДАМ.

В связи с широким использованием НМ/ДАМ как во всем мире, так и в России, участники летней школы и семинара считают необходимым:

1) просить Минздравсоцразвития РФ принять меры по интеграции медицинских систем в России с тем, чтобы российская система здравоохранения в будущем стала объединенной;

2) просить Министерство образования и науки РФ вести в программы обучения медицинских вузов специальный курс по традиционной медицине, а также курс «Этномедицина».

Подводя итоги работы, участники Международной летней школы и международного семинара рекомендуют Оргкомитету:

1) направить резолюцию и отчет о проведенных мероприятиях в Минздравсоцразвития Российской Федерации;

2) проинформировать Президиум РАН, Президиум РАМН, НИИ общей патологии и пси-хофизиологии РАМН, НИЦ суицидологи РФ, НИИ «Бинар» АМТН РФ о проведенном мероприятии и направить в их адреса принятую резолюцию;

3) направить во Всемирную Организацию Здравоохранения (ВОЗ) резолюцию и краткую справку о проведенных мероприятиях;

4) опубликовать отчет на сайте журнала «Этнографическое обозрение» (ИЭА РАН/ изд-во «Наука»);

5) подготовить к изданию и издать материалы Международного семинара очередным томом в серии «Этнологические исследования по шаманству и иным традиционным верованиям и практикам», а материалы Международной летней школы — первым томом новой научной серии «Медицинская антропология»;

6) сделать летнюю школу медицинской антропологии регулярным научным и просветительским мероприятием с привлечением СМИ и ТВ для формирования непредвзятого общественного мнения в области традиционной медицины (проводить один раз в два года; основные организаторы — «Центр медицинской антропологии и биоэтики» при ИЭА РАН);

7) провести очередную летнюю школу медицинской антропологии в 2008 г. в городе Надыме Ямало-Ненецкого автономного округа на базе Научно-исследовательского Института (НИИ) медицинских проблем Крайнего Севера РАМН.

ПО ЛЕТНЕМУ СХОДНЕНСКОМУ МАРШРУТУ

(статья печатается с незначительными сокращениями)

...Особенностью Летней школы было то, что она плавно переклала из Международного семинара “Шаманизм и шаманское целительство: методологический и научно-практический аспекты”. Здесь присутствовали как люди науки с их фундаментальными и прикладными докладами, так и представители до сих пор загадочной субпопуляции шаманов, которые и сейчас целительство в районах Крайнего Севера, Сибири и Дальнего Востока. Среди ученых, выступивших с докладами и в дискуссиях, были как российские, так и известные зарубежные специалисты в области антропологии, этнологии, суицидологии, психологии, биогеофизики. Обсуждение в основном касалось методов и задач медицинской антропологии, проблемы особых состояний сознания, так называемой шаманской болезни и интегративных тенденций в сфере официальной и народной медицины. Следует отметить, что одно из заседаний Летней школы посетил и выступил с интересными воспоминаниями и рядом ценных предложений Генеральный директор Всероссийского научно-исследовательского центра традиционной народной медицины «ЭНИОМ», академик ряда общественных Академий Я.Г. Гальперин. Руководила работой Международного семинара и Летней школы медицинской антропологии д.и.н. В.И. Харитонов.

При рассмотрении методов и задач медицинской антропологии акцент явно или неявно был сделан на гуманитарных аспектах проблемы. В частности, обсуждались эффекты плацебо в их современном звучании, а именно в связи с психологической функцией ожидания и, соответственно, подвижкой ряда адаптивных гормонов на уровне лимбической системы, именуемой также эмоциональным мозгом. Причем в контексте выделения стандартного, нулевого и реверсного плацебо, имеющих совершенно разный прогноз для конкретных пациентов. Подверглись многомерному анализу с использованием современных психофизиологических методов состояния дистресса и эвтресса, конфликтных ситуаций, суицида и гомицида. Подчеркивалась важность использования при таком анализе современных научных представлений об информационной величине фрустрирующего воздействия, о конкретной насыщенности общепринятой единицы информации — бита, о разных формах соматизации психологического конфликта, в частности, о симптоме-иллюзии, симптоме-экране и психосоматическом симптоме. Приводились, с учетом этнических особенностей, проявления общей моторики и мимики при состояниях такого рода, играющие существенную роль в дифференциальной диагностике. Озвучены ограничения, препятствующие неконтролируемому использованию ряда фармакологических средств, известных как потенциальные канцерогены.

Особый интерес вызвал ряд докладов и дискуссия в области возрастной антропологии, где обсуждались актуальные вопросы из детской практики и родовспоможения. Не остались без внимания и такие “вечные” вопросы медицинской практики как профилактика и лечение алкоголизма и наркоманий. Обсуждение перечисленных здесь методов и задач завершилось в ряде московских клиник при их посещении участниками Летней школы.

Обсуждение проблемы измененных состояний сознания, по сути, явилось продолжением тех научных подходов, которые были сформулированы за три года до этого на Международном междисциплинарном научно-практическом семинаре-конференции “Сакральное в традиционной культуре”, также организованном ИЭА РАН и проходившем сначала в Москве, а затем в Горном Алтае. Но если в 2003 году обсуждались, в основном, клиничко-психологические аспекты проблемы, то сейчас акцент был сделан на ключевой роли мозга и мозговых процессов. Так, в докладе автора настоящего сообщения под названием “Сознание как функция мозга” приведен целый ряд научных аргументов, в том числе разработанных им самим, в пользу этой традиционной парадигмы сознания.

В частности, обсуждались эффекты слепо-зрения, когда пациент видит, но не осознает увиденного, пролонгированное вегетативное состояние, когда больной утрачивает функцию осознания собственного “Я”, гипнотический транс. Причем все это рассматривалось в контексте конкретных механизмов известных мозговых структур, а именно, первичной зрительной коры или поля V I, зоны СА 3 гиппокампа, лобной коры. В докладе профессора Ю.А. Бубеева “Неосознаваемое психическое: новые подходы к диагностике и коррекции” для оценки состояния здоровых добровольцев в режиме различных информационных нагрузок был использован метод вызванных потенциалов и получены объективные показатели активности конкретных мозговых структур.

Большой интерес вызвал доклад О.С. Ткаченко (Академия космонавтики и им К.Э. Циолковского) “ИСС в геоактивных зонах: из опыта экспериментально-полевой работы”, а также совместный доклад д.и.н. В.И. Харитоновой и к.псх.н. В.С. Топоева “Работа шамана-целителя: принципы, ощущения, основы воздействия”. По дискуссионному накалу к этим двум докладам приближается доклад к.м.н. О.И. Кокиной “Технологии развития сознания в традиционных медицинских системах”, в котором предметно, на основе скальповых электроэнцефалографических данных, рассматривался феномен имитированной левитации адептами тибетских практик.

Особенностью обсуждения вопроса о шаманской болезни было то, что в нем эмоционально, но предметно участвовали известные в стране неошаманы. Среди них были уже упоминавшийся к.псх.н. В.С. Топоев, который имеет и высшее техническое образование, а также С.О. Дарибазарова — соавтор очень содержательного доклада “Проблемы сбережения жизненной энергии целителей”, представленного А.Ю. Кривоноговым из Медицинского центра инновационных технологий и к.м.н. из того же Центра Г.К. Тюниной, а также шаман из дальневосточного поселка Красный Яр В.И. Дункай. Акцент при обсуждении вопроса был сделан на императивном характере начала шаманской болезни, что послужило в дальнейшем отправной точкой для создания концепции шаманской болезни автором настоящего сообщения.

Интересный анализ вопроса был сделан также этнологом и клиническим психологом из США Е. Фридман. В частности, она подвергла детальному рассмотрению вопрос о дифференциальной диагностике шаманской болезни и шизофрении, предложив ряд объективных критериев и того, и другого состояния. Этот вопрос затрагивали и другие докладчики.

Что же касается обсуждения интегративных тенденций в сфере официальной и народной медицины, то отмечу, что практически каждому из докладчиков, независимо от содержания его сообщения, руководителем Летней школы адресовался именно этот актуальный вопрос. Не избежали этой участи Генеральный директор “ЭНИОМ” Я.Г. Гальперин, президент Ассоциации народных целителей, профессор В.А. Загрядский, директор Федерального центра суицидологии, профессор В.Ф. Войцех, президент Ассоциации трансперсональной психологии и психотерапии, к.ф.н. В.В. Майков, заместитель директора НИИ общей патологии и патофизиологии РАМН и он же директор Центра биотической медицины, профессор А.В. Скальный, депутат ГД ЯНАО, д.и.н. Е.Т. Пушкарева. Летняя школа и началась с доклада ректора Национального института здоровья, профессора П.П. Горбенко “Интегративная медицина: настоящее и будущее”, зачитанного В.И. Харитоновой. Однако обсуждения этого доклада, по-видимому, из-за отсутствия самого докладчика не получилось. Суть же общего обсуждения вопроса свелась к единогласному пожеланию сближения официальной и народной медицины и к констатации того факта, что реально это никак не происходит уже на протяжении многих лет таких многозначительных пожеланий и обещаний.

Подробную информацию о ЛШ-2006 см.:
http://journal.iea.ras.ru/online/2006/EOO2006_6f.pdf

CONTENTS

(transl. by *Piterskaya E.S.*)

Opening address by the Member of the Academy V.A. Tishkov:

Environment, Tradition and Health:

What Medical Anthropology is Capable to Do? 5

Kharitonova V.I.

Second Summer School on Medical Anthropology 9

PROBLEMS OF HEALTH PRESERVATION

OF NATIVE AND NON-NATIVE POPULATION OF THE NORTH AND SIBERIA

Tkachenko O.S.

Influence of Geophysical Fields on Biosphere 15

Hasnulin V.I.

Ethnic Features of Psychophysiology of the Northern Indigenous People
as Survival Basis in Extreme Geoeological Conditions 36

Bukhna Anastasia G.

Dermatoglyphic Features of Adaptation to Extreme Northern
Conditions — Example of Yamalo-Nenets Autonomous District..... 54

Hasnulin V.I.

Health, Northern Type of Metabolism and Food Requirements
in Fish in the North 58

Bukhna Andrey G., Prilensky B.Yu., Sokolov S.A.

Chronic Viral Hepatitis of “C” Type in Western Siberia 77

Kharuchi G.P.

Problems of Health Preservation
in Yamalo-Nenets Autonomous District 83

CHILDREN HEALTH IN THE NORTH AND SIBERIA

Manchuk V.T.

Clinic and Structural-Functional Features of Children Health
in Northern Conditions..... 93

Godovykh T.V.

Metabolism of Natives and Migrants in Respect to Somatotype 98

Kozlov V.K., Uchakina R.V., Krasnova M.A., Kozlov A.V.

Amur River Indigenous Teenagers Health Status in the Beginning
of the XXI century..... 107

Lobanova Y.N., Gorbachev A.L., Skalny A.V. Influence of Ecological, Climatic and Geographic Conditions on Children Microelement Status.....	115
Pulikov A.S. Heart Structural Functional Transfigurations during its Growth and Development among Native and Non-Native Children in the Extreme North and Siberia	120
Polivanova T.V., Manchuk V.T. Structural Organization of Collagen in Stomach Mucous among Evenkia Schoolchildren with Gastroduodenal Pathology	130
Evert L.S., Manchuk V.T., Maslova M.Yu., Zaitseva O.I., Panicheva E.S. Adaptation Conditions and Functioning Peculiarities of Cardiovascular System during Physical Activity among Native and Non-Native Children of Northern and Southern Siberian Regions with Arterial Hypertension and Normal Level of Blood Pressure	137
Zaitseva O.I., Manchuk V.T., Prakhin E.I., Kolodyazhnaya T.A., Evert L.S. Reactivity of Cellular Membranes as a Marker of Adaptation to Environment Influences among Children in Different Siberian Regions	144
Ozhiganova A.A. Vaccination: Opinions of the Opponents	152

ALCOHOLISM AND SUICIDE PROBLEMS IN NORTHERN AND SIBERIAN REGIONS

Skalny A.V., Kurchashova S.Yu., Vyatchanina E.S. Zn and Other Trace Elements Imbalances Affiliated with Alcoholism and Fetal Alcohol Syndrome in Russia	161
Manchuk V.T., Semenova N.B. Risk Factors of Suicidal Behavior among Youth Natives of Tuva Republic	167
Tuguzhekova V.N. Some Youth Suicide Issues in Khakassia	176
Voitseh V.F. Suicide Issues among Small Indigenous Peoples of the North	180
Hirsch G.Y. Eskimos Have no Word or Concept for 'Future': Cultural Suicide in Nunavut (Ethnographic essay) (transl. by <i>Povoroznyuk O.A.</i>)	185

**INTEGRATION OF MEDICAL SYSTEMS
AIMED TO MORE EFFICIENT PEOPLE HEALTH RECOVERY**

Molchanova E.S., Aitpaeva G.A., Ten V.I., Koga P.M.
Traditional Healing and Official Psychiatry in Kyrgyz Republic:
Interaction Opportunities 204

Ermakova E.E.
Official and Folk Medicine: Confrontation or Cooperation? 218

Trofimov V.N.
Shadow Archetype in Traditional and Alternative Medicine 226

Wiget A.
Traditional Navajo Medicine and Western Medicine Today
(transl. by *Balalaeva O.E.*) 235

Walker M.
Shamanism and Symmetry (transl. by *Oshurkov M.N.*) 249

Kharitonov S.V.
Application Possibilities of Systems Theory
to the Practical Problems of Psychotherapy 266

Kharitonova V.I.
Integration of Medical Systems: Idea, Practice, Human Factor 274

**THE ROLE OF FOLK MEDICINE AND MAGIC-MEDICAL PRACTICES,
FOLK HEALING AND TRADITIONAL MEDICAL SYSTEMS
IN THE LIFE OF CONTEMPORARY SOCIETY**

Pepion D.D.
Traditional Blackfeet Indian Medical and Healing Practices
(transl. by *Piterskaya E.S.*) 286

Dobkin de Rios M.
Shamanism, Ontology and Human Evolution: Implications for Psychotherapy
(transl. by *Povoroznyuk O.A.*) 299

Loeckenhoff H.K.
Ethno-Medicine: Vitalizing Powers of Self-Healing
(transl. by *Povoroznyuk O.A.*) 307

Janeva-Balabanska I.
The Alternative Medicine in Contemporary Bulgaria 317

Voldina M.K.
Sounds in Khanty Traditions as the Source of Human Soul Recovery 329

Voldina T.V.
Kazym Khanty Sacral Practices and the Problem
of Human Health Preservation 332

Lapina M.A.
Ethic Principles Related to Khanty Health Preservation 338

Batyanova E.P. Traditional Teleut Medicine	343
Popovkina G.S. Methods of Human Health Preservation in a Modern City: Myths, Traditions and Innovations	350

**ALTERED STATES OF CONSCIOUSNESS IN LIFE
AND HEALTH PRESERVATION OF A HUMAN AND THE MANKIND**

Kremer Yu.V. Shamanic Healing, Psychotherapy and a Multi-Sense Perspective on Hypnotic-like Procedures (transl. by <i>Povoroznyuk O.A.</i>)	360
Michaelson S. The Visual Arts and the Healing Process (transl. by <i>Povoroznyuk O.A.</i>)	384
Soder H.B.J. Shamanism without Shaman: an Exploration of Altered States of Consciousness Using Psycho Technological Devices (transl. by <i>Povoroznyuk O.A.</i>)	394
Kharitonova V.I. “Modern Shamans”: Creative Oxymoron or Reality?	402
Molchanova E.S. Altered States of Consciousness and Synaesthesia among Kyrgyz Epos “Manas” Chanters	417
Mesheryakova E.A. Psychological Study of the Followers of the Healing Method “Ayat – Life without Pharmaceuticals and Diseases”	426
Janeva-Balabanska I. Study of Personality Peculiarities of Bulgarian Healers	437
Koekina O.I. Criteria for Evaluation of Phenomenal Abilities of Folk Healers	440
Rodshat I.V. Some Debatable Considerations on Shamans and Shaman Disease	445

APPENDIX

Steering Committee of the On-line Forum	454
Program of the On-line Forum	456
Program of the International Seminar (25 June, 2009)	461
Resume (prepublication preparation and editing <i>Piterskaya E.S.</i>)	463
Information about the authors (transl. by <i>Piterskaya E.S.</i>)	488
Information about the authors	493
List of abbreviations	497
Resolution	499
Resolution of the First International Summer School of Medical Anthropology	499
Rodshat I.V. On the Summer Skhodnia Route	502
Contents	504
Contents	508

СОДЕРЖАНИЕ

Вступительное слово академика В.А. Тишкова

Среда, традиция и здоровье:

что может медицинская антропология? 5

В.И. Харитонова

Вторая летняя школа медицинской антропологии 9

ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ КОРЕННОГО И ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРА И СИБИРИ

О.С. Ткаченко

Влияние на биосферу геофизических полей 15

В.И. Хаснулин

Этнические собенности психофизиологии коренных жителей Севера
как основа выживания в экстремальных природных условиях 36

Анастасия Г. Бухна

Дерматоглифические признаки адаптации к экстремальным условиям
Крайнего Севера на примере Ямало-Ненецкого округа 54

В.И. Хаснулин

Здоровье, северный тип метаболизма и потребность рыбы
в рационе питания на Севере 58

Андрей Г. Бухна, Б.Ю. Приленский, С.А. Соколов

Хронический вирусный гепатит «С» в Западной Сибири.
Психологическая, иммунологическая и неврологическая характеристика
больных ХВГ «С» в зависимости от лабораторных данных 77

Г.П. Харючи

Проблемы сохранения здоровья населения
Ямало-Ненецкого АО 83

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ НАРОДОВ СЕВЕРА И СИБИРИ

В.Т. Манчук

Клинические и структурно-функциональные особенности
формирования здоровья детей в условиях Севера 93

Т.В. Годовых

Обмен веществ мигрантов и аборигенов с учетом соматотипа 98

В.К. Козлов, Р.В. Учакина, М.А. Краснова, А.В. Козлов

Состояние здоровья подростков коренного населения Приамурья в
начале XXI века 107

Ю.Н. Лобанова, А.Л. Горбачев, А.В. Скальный

Влияние экологических и климатогеографических условий проживания
на микроэлементный статус детей 115

А.С. Пуликов Структурно-функциональные преобразования сердца в процессе его роста и развития у детей коренного и пришлого населения Крайнего Севера и Сибири	120
Т.В. Поливанова, В.Т. Манчук Гистархитектоника коллагеновых волокон в слизистой желудка у школьников Эвенкии с гастродуоденальной патологией	130
Л.С. Эверт, В.Т. Манчук, М.Ю. Маслова, О.И. Зайцева, Е.С. Паничева Характеристика адаптационных состояний и особенности функционирования сердечно-сосудистой системы при физических нагрузках у детей коренного и пришлого населения северных и южных регионов Сибири с артериальной гипертензией и нормальным уровнем АД	137
О.И. Зайцева, В.Т. Манчук, Е.И. Прахин, Т.А. Колодяжная, Л.С. Эверт Реактивность клеточных мембран как маркер адаптации к средовым влияниям у детей, проживающих в различных регионах Сибири	144
А.А. Ожиганова Вакцинация: мнения оппонентов	152

ПРОБЛЕМЫ АЛКОГОЛИЗМА И СУИЦИДА В СЕВЕРНЫХ И СИБИРСКИХ РЕГИОНАХ

А.В. Скальный, С.Ю. Курчашова, Е.С. Вятчанина Дисбаланс цинка и других микроэлементов при алкоголизме и алкогольной эмбриофетопатии в России	161
В.Т. Манчук, Н.Б. Семенова Факторы риска суицидального поведения у подростков коренного населения Республики Тыва	167
В.Н. Тугужекова Некоторые проблемы суицида в молодежной среде Хакасии	176
В.Ф. Войцех Проблемы суицида у малочисленных народов Севера	180
Г.Й. Хёрш Культурный суицид в Нунавуте, или почему у эскимосов нет слов и концепций, описывающих будущее (<i>этнографический очерк</i>)	185

ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СИСТЕМ В ЦЕЛЯХ НАИБОЛЕЕ ПРОДУКТИВНОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Е.С. Молчанова, Г.А. Айтпаева, В.И. Тен, П.М. Кога Целительство и официальная психиатрия Кыргызской Республики: возможности взаимодействия	204
--	-----

Е.Е. Ермакова	
Официальная и народная медицина: противостояние или сотрудничество?	218
В.Н. Трофимов	
Архетип тени в традиционной и нетрадиционной медицине	226
Э. Вигет	
Традиционная медицина навахо и западная медицина сегодня	235
М. Уолкер	
Шаманизм и симметрия	249
С.В. Харитонов	
Возможности приложения теории систем к практическим задачам психотерапии	266
В.И. Харитонова	
Интеграция медицинских систем: идея, практика, человеческий фактор	274

РОЛЬ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ И МАГИКО-МЕДИЦИНСКИХ ПРАКТИК, НАРОДНОГО ЦЕЛИТЕЛЬСТВА И ТРАДИЦИОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ СИСТЕМ В ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Д.Д. Пепион	
Традиционные медицинские и целительские практики индейцев племени черноногих	286
М. Добкин де Риос	
Шаманизм, онтология и эволюция человека в контексте психотерапии	299
Х.К. Лёккенхоф	
Этномедицина: возрождающая сила самоисцеления	307
И. Янева-Балабанска	
Альтернативная (неконвенциональная) медицина в современной Болгарии	317
М.К. Волдина	
Звуковая сфера в традициях ханты как источник оздоровления человеческой души	329
Т.В. Волдина	
Сакральные практики казымских ханты в свете проблемы сохранения здоровья народа	332
М.А. Лапина	
Этические установки, связанные с сохранением здоровья ханты	338
Е.П. Батянова	
Из народной медицины телеутов	343
Г.С. Поповкина	
Методы сохранения здоровья в современном городе: мифы, традиции и новации	350

ИСС В ЖИЗНИ И СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА И ЧЕЛОВЕЧЕСТВА

Ю.В. Кремер

Шаманское целительство, психотерапия
и мультисенсорный подход в практиках гипнотического типа 360

С. Майклсон

Изобразительные искусства и процесс исцеления 384

Х.Б.Д. Зодер

Шаманизм без шамана: исследование измененных состояний сознания
с использованием психотехнологического оборудования 394

В.И. Харитонова

Современные шаманы:
творческий оксюморон или реальность? 402

Е.С. Молчанова

Измененные состояния сознания и образно-вербальная синестезия
у сказителей эпоса «Манас» 417

Е.А. Мещерякова

Психологическое исследование приверженцев оздоровительной методики
«АЯТ — жизнь без лекарств и болезней» 426

И. Янева-Балабанска

Исследование личностных особенностей
болгарских целителей 437

О.И. Коёкина

Критерии оценки феноменальных способностей
народных целителей 440

И.В. Родштат

Некоторые дискуссионные соображения
относительно шаманов и шаманской болезни 445

ПРИЛОЖЕНИЯ

Оргкомитет виртуального форума 454

Программа виртуального форума 456

Программа международного семинара (25 июня 2009 г.) 461

Resume 463

Information about the Authors 488

Сведения об авторах 493

Список сокращений 497

Резолюция первой Международной летней школы медицинской
антропологии 499

И.В. Родштат По летнему сходненскому маршруту 502

Contents 504

Содержание 508

Научное издание

***Проблемы сохранения здоровья
в условиях Севера и Сибири:
Труды по медицинской антропологии***

Отв. редактор В.И. Харитонова

Утверждено к печати
Институтом этнологии и антропологии
им. Н.Н. Миклухо-Маклая
Российской академии наук
и
Научно-исследовательским институтом
медицинских проблем Севера
Сибирского отделения
Российской академии медицинских наук

*На первой странице обложки:
лечебное камлание хакасского (нео)шамана В.С. Топова
(фото В.И. Харитоновой, 2001 г., Республика Хакасия).
На второй странице обложки:
(вверху) в Центре восточной медицины (г. Улан-Удэ, Республика Бурятия);
сеанс автоматизированной пульсовой диагностики с помощью АПДК
(фото из архива ЦВМ);
(внизу) картина работы мозга (компьютерная обработка)
во время трансцендентальной медитации
(исследование к.м.н. О.И. Коёкиной).*

*Редактор А.П. Рогова
Корректор О.Н. Акуленок
Художественный редактор В.И. Тимофеева
Компьютерная вёрстка Е.Е. Ермаковой*

*Подписано в печать 21.10.2009
Формат 60х90 1/16. Бум. офсетная
Гарнитура Литературная. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 32,0. Уч.-изд. л. 30,0.
Тираж 500 экз. Тип. зак. 1008 .*

*Отпечатано в ОАО «Типография “Новости”»
105005, Москва, ул. Фридриха Энгельса, д. 46
Тел. (499)256-65-26*