

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

© 2011 В.А. Тишков

Ключевые слова: медицинская антропология, общественные культурные практики, традиции сохранения здоровья

Аннотация: Данная статья представляет собой вступительное слово академика РАН В.А. Тишкова к сборнику статей «Проблемы сохранения здоровья в условиях Севера и Сибири: Труды по медицинской антропологии». В ней автор анализирует свой личный опыт пребывания в условиях российского Севера, делая на его основе важные выводы о роли и значимости медицинской антропологии как науки.

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 в себя 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 запом-

нил 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 мнегодились 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 несколько 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 (оленоводство 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.

* Тишков, В.А., (2009), “Вступительное слово академика РАН В.А. Тишкова”, в Харитонов, В.И. (ред.), *Проблемы сохранения здоровья в условиях Севера и Сибири: Труды по медицинской антропологии*, Ин-т этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН, НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Типография «Новости», Москва.