

ПЛАТОНОВ ЮРИЙ ПЕТРОВИЧ

*д.п.н., профессор, зав. кафедрой прикладной социальной психологии
Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы*

**К ВОПРОСУ ОБ ЭТНИЧЕСКИХ И СОЦИОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ
СМЕРТНОСТИ**

АННОТАЦИЯ. *Смертность населения рассматривается как следствие разнообразных детерминант, одной из которых является сформировавшийся многими поколениями образ жизнедеятельности этноса.*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *этничность, этнос, смертность, популяция, образ жизни, культура, традиции, народная медицина, религиозные обычаи, колониальная экспансия.*

Анализ этнических аспектов смертности целесообразно начать со среды обитания этноса, влияющей на распространение болезней, которые оказывают существенное влияние на смертность. Природную обусловленность имеют прежде всего паразитарные заболевания. Например, малярия бывает только во влажных болотистых тропических и субтропических районах – местах обитания малярийного комара; сонная болезнь – там, где есть условия для размножения мухи цеце. Имеется и много других болезней, распространенных лишь в жарких странах («тропические болезни»). К их числу относятся, в частности, шистосоматоз (передается микроорганизмами, живущими в воде), филяриатоз (его разносят кровососущие насекомые), фрамбезия (возбудителем ее является один из видов спирохеты).

Некоторые инфекционные заболевания, например грипп, распространены повсеместно, и им подвержены все народы. По числу смертельных исходов грипп вышел на первое место среди инфекционных болезней после того, как медицине удалось найти эффективные средства для предупреждения многих тяжелых болезней, свирепствовавших ранее и уносивших жизни миллионов людей. Так, практически полностью удалось победить черную оспу (последние очаги ее находились в Эфиопии и Сомали), уменьшились случаи заболевания чумой. Возникающие время от времени вспышки эпидемий удается быстро локализовать и ликвидировать. Ограничилось распространение таких смертоносных болезней, как тиф, холера. Их эпидемии отмечаются в основном лишь в развивающихся странах.

Расширение ареалов болезней являлось следствием усиливающихся контактов между народами. При этом нередко случалось, что для народов,

прежде не знавших ту или иную болезнь, она оказывалась гораздо страшней и чаще приводила к смертельному исходу, чем в местах своего прежнего распространения. До прихода в Центральную Америку конкистадоров индейцы не знали, например, таких болезней, как холера и тиф, эпидемии которых унесли миллионы жизней ацтеков, майя и инков. Это было связано с тем, что в тех районах, где болезнь свирепствовала давно, у человека за столетия и даже тысячелетия выработался определенный иммунитет, в новых же условиях люди, не имея иммунитета, оказывались безоружными перед недугом. Например, корь сравнительно безобидна только для европейских народов, но в Океании в XIX в. от нее умирала значительная часть заболевших. Так, население о. Эроманга во время эпидемии кори в 1859–1861 гг. сократилось почти на треть. На архипелаге же Фиджи в 1875 г. от кори погибла четвертая часть всех коренных жителей.

В наше время, когда в борьбе со многими инфекционными болезнями человечеству удалось добиться впечатляющих успехов, сведя некоторые из них до минимума, из Африки стало распространяться новое страшное заболевание – СПИД, который за его 100%-ный летальный исход и полное бессилие перед ним медицины нарекли чумой XX в. Реально угрожая всему человечеству, СПИД пока распространен среди различных народов очень неравномерно. Больше всего им поражена Тропическая Африка, много инфицированных в США (особенно среди негритянской части населения). Значительно меньше больных СПИДом в странах Европы и Латинской Америки. В Азии до недавнего времени заболевания СПИДом были очень редки, теперь же его очаги появились в ряде азиатских стран

(в Гонконге, Таиланде и др.), причем в Азии он распространяется очень быстрыми темпами. Осваивает СПИД и просторы России.

В ходе последних наблюдений за этой болезнью выяснилась примечательная деталь: среди африканских народов при огромном числе инфицированных (и, следовательно, передающих при половых контактах болезнь) оказалось относительно немного больных в активной форме (у остальных этносов соотношение инфицированных и больных заметно иное). Возможно, организм африканцев смог к ней как-то приспособиться.

Следует отметить, что отдельные человеческие популяции не только выработали иммунитет к некоторым заболеваниям, но и антропологически адаптировались к жизни в определенных условиях, хотя и в разной степени. Так, черная кожа негроидов предохраняет их от заболеваний, вызванных повышенной солнечной радиацией, узкий выступающий нос у европейцев в какой-то мере защищает их зимой от переохлаждения морозным воздухом.

В результате изоляции человеческих популяций у них сложились свои особые генотипы, т. е. совокупности генов – наследственная основа организма. В связи с этим генетические, или наследственные, заболевания также оказались географически, а иногда и этнически ограниченными. Так, серповидная-клеточная анемия встречается только у народов Африки. Некоторые другие генетические заболевания (например, болезнь Дауна), хотя и не являются регионально ограниченными, распространены у разных народов в неодинаковой степени.

Вероятность передачи ребенку генетического заболевания увеличивается, когда у народов существуют традиции, допускающие или даже поощряющие браки между родственниками (двоюродными братьями и сестрами, дядями и племянницами и т. д.). Например, родственные браки очень распространены у народов Индии – в определенной степени такая традиция обусловлена тем, что у индуистов запрещено вступать в брак представителям разных каст. Кузенные браки довольно часты у евреев. Вероятность того, что аномальный ген имеется у обоих родителей и может передаваться их потомству, повышается и у небольших этнических общностей. У этносов обычно преобладают эндогамные браки, и при небольшой численности населения увеличивается доля брака между родственниками. У крупных этносов межродственные браки бывают довольно распространены в замкнутых сельских общинах.

Иногда влияние генетических факторов может проявиться довольно неожиданно. Так, во время Второй мировой войны в страны Дальнего Востока были завезены новые лекарственные препараты против малярии. Однако вскоре обнаружилось, что у некоторых больных они вызывают тяжелую форму анемии, в то время как для других пациентов совершенно безвредны. Позже было установлено, что отрицательная реакция вызывалась наличием у отдельных людей не известного до этого гена.

Начало эпидемиологической революции положили открытия французского ученого, основателя современной микробиологии и иммунологии Л. Пастера (1822-1895 гг.). Им были получены вакцины против сибирской язвы, бешенства и разработаны методы практической вакцинации, а также асептики и антисептики. В наиболее передовых странах Европы и Северной Америки первый этап эпидемиологической революции пришелся на конец XIX в. – начала XX вв., в большинстве развивающихся стран, как уже говорилось, на середину XX столетия. Надо также отметить, что во многих азиатских и африканских странах эпидемиологической революцией не было охвачено население глубинных районов, да и проводилась она не всегда достаточно последовательно. И все же антиэпидемические мероприятия и там дали неплохие результаты: во второй половине XX в. уровень смертности в подавляющем большинстве развивающихся стран сильно понизился.

Между тем в наиболее развитых странах, где инфекционные болезни были в основном побеждены, с 50-х годов начался второй этап эпидемиологической революции.

Поскольку там на первый план в качестве причин смерти выдвинулись хронические заболевания, то главными на этом этапе стали профилактические и гигиенические мероприятия, пропаганда здорового образа жизни, разработка эффективных способов диагностики и лечения. Для второго этапа характерно менее стремительное падение смертности и некоторое замедление наметившегося ранее роста продолжительности жизни. В развитых странах этот этап ознаменовался, в первую очередь, снижением смертности от сердечно-сосудистых и опухолевых заболеваний. Из-за того, что мероприятия, проводимые на втором этапе эпидемиологической революции, имеют долгосрочный характер и требуют гораздо больших затрат средств, они оказались многим бедным странам недоступными.

В результате больших различий в уровне здравоохранения структуры смертности у народов

развитых и развивающихся стран сильно отличаются друг от друга. У народов развивающихся стран по-прежнему (как в прошлом у всех народов мира) основной причиной смертности являются инфекционные заболевания. В развитых же странах первое место среди причин смертности занимают сердечно-сосудистые, второе – раковые заболевания, третье – болезни нервной системы и лишь четвертое место – инфекционные заболевания.

Более низкие показатели повозрастной смертности и большая продолжительность жизни у народов богатых, процветающих стран связаны также с достаточностью и полноценностью питания, что является неперенным условием здорового человека. В отставших же в своем развитии государствах проблема питания до сих пор не решена, и во многих странах Азии и Африки периодически, а в некоторых из них (например, в Сомали) и достаточно регулярно случается голод.

На уровень смертности очень существенное влияние оказывают жилищные условия населения (здесь важно как число человек, живущих в одном помещении, так и наличие в квартирах удобств – горячей воды, канализации, отопления и т. п.).

В целом благосостояние сильно влияет на смертность и продолжительность жизни – швейцарский демограф Херш даже ввел в научный оборот выражение «неравенство перед смертью». Сложилась, например, своеобразная дифференциация болезней у людей, относящихся к разным социальным группам. Люди из социально продвинутых групп чаще страдают от болезней сердца, гипертонии, атеросклероза, рака почек и мочевого пузыря, а представители низших социальных слоев больше подвержены туберкулезу, сифилису, алкоголизму, циррозу печени, раку желудка, пневмонии, бронхиту.

Поскольку в многонациональных странах доля лиц с высшим образованием у разных этносов часто заметно варьирует и нередко отдельные народы занимают определенные социальные ниши, то культурно-образовательные факторы смертности иногда имеют хорошо выраженные этнические аспекты. Но так как культурно-образовательный уровень довольно тесно связан с распределением населения по занятиям, то эта связь несколько нарушает достаточно четкую зависимость между смертностью и культурно-образовательным уровнем. Дело в том, что у лиц, занимающих наиболее высокие посты, смертность выше, а продолжительность жизни несколько короче, чем у работников среднего зве-

на. Здесь, судя по всему, сказываются нервные перегрузки, частые стрессовые ситуации, вызванные большой личной ответственностью людей, занимающих высокие должности.

Традиционные занятия народов также оказывают воздействие на смертность. Установлено, что смертность бродячих охотников и собирателей выше, чем у оседлых соседей. Для ряда занятий характерны свои специфические болезни, существенно влияющие на общую картину смертности. Рисоводы, работающие на залитых водой чеках, часто болеют кишечными болезнями. Народы, занимающиеся разведением крупного рогатого скота, подвержены заболеванию сибирской язвой.

На смертность в определенной степени влияют и некоторые элементы материальной и духовной культуры, хотя, безусловно, в культуре любого этноса гораздо больше полезных и рациональных элементов, чем вредных, поскольку, традиционная культура в течение длительного времени адаптируется к конкретным условиям существования народа. Поэтому негативные последствия чаще имеет не следование традиции, а, наоборот, ее разрушение.

Тем не менее важно привести отдельные примеры, когда какие-то элементы, присущие народам традиционной культуры, способствуют возникновению определенных заболеваний и повышают смертность. Известно, что система питания каждого народа вырабатывается в течение веков, хорошо отражая возможности окружающей среды. К ней со временем приспосабливается и человеческий организм. Например, у эскимосов, несмотря на то, что они питаются в основном рыбой и мясом, содержание в крови холестерина не увеличивается, т. е. у них не создается предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям. Однако в системе питания могут быть и вредные для здоровья традиции, приводящие к тому, что какой-то народ чаще, чем другие, страдает от определенных болезней. Например, народы, употребляющие очень острую пищу, более подвержены раку пищеварительного тракта. Риск раковых заболеваний возрастает и при слишком горячей еде, а также от частого использования в пищевом рационе копченостей. Обычай некоторых этнических групп, занимающихся рыболовством, есть сырую рыбу приводит к глистным инвазиям.

Весьма большое влияние на смертность оказывает традиция употребления алкогольных напитков. Замечено, что различные народы имеют неодинаковую реакцию на эти напитки и

соответственно разную предрасположенность к алкоголизму. У народов, живущих в районах выращивания винограда и давно занимающихся виноделием, алкоголизм встречается реже – за века их организм выработал своеобразную защитную реакцию. Народы же, относительно поздно познакомившиеся со спиртными напитками, этой защитной реакции не приобрели и при постоянном употреблении алкоголя быстро спиваются. Такая трагедия, в частности, у индейцев Америки и коренных народов Севера России.

К вредным традициям, широко распространенным у некоторых народов, можно отнести и курение, повышающее возможность заболевания раком легких, горла и полости рта. Особенно опасно курение с использованием сильных наркотических веществ. Традиционное употребление сильных наркотиков было распространено во многих регионах Азии (в Китае, Индии, Юго-Восточной и Юго-Западной Азии), в Северной Африке и Северной Америке.

У некоторых народов существуют или существовали в прошлом и довольно экстравагантные традиции, небезопасные для здоровья человека, а потому способные влиять на смертность. У одной из этнических групп нага, живущих в Мьянме, признаком женской красоты считается очень длинная шея. Чтобы ее удлинить, на шею надевают специальные кольца, постепенно увеличивая их число. Если же по какой-то причине их нужно было снимать, то часто происходил перелом шеи. В Китае в подражание одной из императриц, имевшей крохотную ножку, маленьким девочкам туго забинтовывали ступни, подгибая внутрь пальцы. В результате кости ступни постепенно деформировались и приводили к инвалидности.

Первые медицинские представления, попытки врачевания появились у людей в очень глубокой древности и постепенно совершенствовались. В результате практически у всех этносов сложились целые комплексы народной медицины. Основу ее у любого народа, бесспорно, составляют экспериментально добытые знания и полезные навыки: целители использовали лекарственные растения и иные природные материалы, делали довольно сложные операции и знали другие приемы лечения болезней. Вместе с тем неспособные лечить многие болезни и не понимающие их природу, эти лекари иногда прибегали к способам врачевания, приносящим вред, иногда со смертельным исходом. Например, на о. Увеа (в Тихом океане) вплоть до середины XIX в. всем новорожденным делали трепанацию черепа.

Считалось, что этой операцией создаются условия для выхода духа болезни из тела человека на протяжении всей его последующей жизни.

Из-за непонимания причин появления на свет близнецов у некоторых народов сложилось крайне отрицательное отношение к ним вплоть до убийства одного из них, а то и всех родившихся.

В Индии и Китае раньше широко практиковался обычай убийства новорожденных девочек, если в семье уже была дочь. Вообще для народов с сильными патриархальными традициями весьма характерно пренебрежительное отношение к женщинам и девочкам. Девочки, особенно в бедных семьях, получают гораздо худший уход, чем мальчики, их ограничивают в пище, в случае болезни нередко не приглашают лекаря. Поэтому у таких народов смертность девочек обычно намного выше, чем смертность мальчиков, а смертность женщин (из-за бытовых тягот) существенно превосходит смертность мужчин. В результате в странах с патриархальными устоями (особенно в мусульманских) наблюдается сильная диспропорция полов. В Ливии, например, на 1000 мужчин приходится 880 женщин.

Еще одним жестоким обычаем, распространенным у ряда племен (например, атабасков), была практика убийства (или «добровольного» самоубийства) стариков. Этот обычай был связан с трудностями обеспечения едой всех членов рода. У некоторых народов Океании и особенно Африки вплоть до недавнего времени существовал каннибализм (кое-где он встречается и поныне). На смертность влиял распространенный у многих народов Африки, Юго-Восточной Азии, Океании и Южной Америки обычай «охоты за головами». Обильную «жатву» собирала широко распространенная в прошлом (и не изжитая полностью вплоть до настоящего времени) кровная месть, в процессе которой истреблялись целые семьи и даже роды.

В свое время влияло на смертность и одно из положений синтоизма (японской религии), согласно которому воины, избравшие добровольную смерть за родину, – камикадзе – становились богами и их души поселялись в самом почитаемом храме – Ясукуни.

Некоторые религиозные обычаи могут оказывать на смертность не прямое, а опосредованное влияние. Например, у мусульман, иудаистов, а также у приверженцев многих африканских племенных верований существует обряд обрезания. Если он производится с соблюдением медицинских норм, то может считаться даже полезным в

гигиеническом смысле, тем более что он распространен у народов, живущих преимущественно в жарких, а часто в безводных районах. Однако нередко этот обряд совершается в антисанитарных условиях, вызывая различные инфекции и даже приводя к смерти ребенка.

К политическим факторам смертности относятся прежде всего войны. В большинстве случаев они носят ярко выраженный этнический аспект. Величина потерь в войнах в разные исторические периоды была весьма различной. У многих первобытных племен существовало неписаное правило прекращать войну после первой крови. В древности и в средневековье войны также не отличались особой кровопролитностью. Лишь в XX в. жертвы войн стали исчисляться миллионами и даже десятками миллионов. Во время войны люди гибнут не только непосредственно от военных действий, но и от часто вспыхивающих эпидемий, от недоедания и истощения. Так, вплоть до Первой мировой войны большую смертность давали не потери на полях сражений, а широкое распространение во время войн эпидемий. А поскольку эпидемии не знают государственных границ, то они перекидывались и на невоюющие страны, что приводило к повышению смертности у народов, не участвовавших в войне.

Многочисленными были и потери, связанные с колониальной экспансией. В результате колониальных завоеваний много людей погибло не только на войне, но и от новых, ранее неизвестных завоеванным народам болезней. Некоторые аборигенные народы вообще исчезли с лица Земли, например такие индейские народы, как тайрона, мочи-ка, а также тасманийцы и др. Оттеснение индейцев во время освоения Америки в наименее пригодные для жизни районы (резервации) также привело к росту смертности среди аборигенов.

Смертность африканских народов резко возросла после начала работорговли. Рабы вывозились в Америку для работ на создаваемых там плантациях. Одни из них гибли еще в пути, другие быстро умирали из-за тяжелых условий

работы на плантациях. По ориентировочным подсчетам, всего в XVII–XVIII вв. от работорговли пострадало до 100 млн. человек. Работорговля вызывала вооруженные конфликты между самими африканскими племенами. Так, народ фан-ти, живущий на территории современной Ганы, активно занимался посреднической деятельностью, снабжая работорговцев захваченными представителями соседних племен.

Непосредственное воздействие на смертность оказывают межнациональные конфликты. Крайним проявлением национальной или религиозной, расовой розни служит геноцид – физическое уничтожение людей определенной национальности, религии или расы. Самые известные случаи геноцида (из-за их массовости и жестокости) – уничтожение курдами и турками в Османской империи в 1915 г. более 1,5 млн армян и истребление немецкими национал-социалистами в годы второй мировой войны евреев и цыган.

Увеличивает дифференциацию показателя смертности по отдельным этносам и проводимая государством политика репрессий против определенного народа (или группы народов). Особенно прославился такого рода политикой сталинский режим, по воле которого целые народы подвергались депортации.

Так же как при анализе факторов, влияющих на рождаемость, при изучении факторов, воздействующих на смертность, следует учитывать, что они действуют не изолированно друг от друга, а в совокупности, «накладываясь» один на другой. Уже говорилось, как влияет на показатель смертности взаимосвязь таких характеристик, как образование и род занятий. Отмечалось и то, что в военное время обычно учащаются эпидемии, т. е. политический фактор сопрягается с природно-биологическим. С другой стороны, роль последнего фактора несколько снижается по мере совершенствования здравоохранения, развитие которого, в свою очередь, зависит от общего культурного и экономического состояния государства.