

# Закономерности убыли населения вследствие контактов с европейцами и колонизации: Случай Таити и Маркизских островов

Жан-Луи Раллю<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Национальный институт демографических исследований, Обервилье, 93300, Франция

Получено 9 February 2022 ♦ Принято в печать 5 May 2022 ♦ Опубликовано 2 August 2022

**Цитирование:** Rallu J-L (2022) Patterns of population decline following European contact and colonization: The cases of Tahiti and the Marquesas. *Population and Economics* 6(2): 88–107. <https://doi.org/10.3897/popcon.6.e81900>

## Аннотация

Недавние археологические находки показывают, что на момент контакта с европейцами Таити и Маркизские острова были густо населены, но после этого испытали значительное сокращение численности населения. Этот феномен чаще всего объясняют эпидемиями, тогда как устойчивая убыль населения как фактор депопуляции упоминается крайне редко. В этой статье, основанной на ретроспективном анализе данных переписи населения 1881 г., информации о смертности во время эпидемий и о темпах ежегодного сокращения численности населения, наблюдавшихся во второй половине XIX в. на Таити, Маркизских и других островах Восточной Полинезии в подобных ситуациях, показано, что, согласно миссионерским, административным и медицинским отчетам, население Таити, вероятнее всего, составляло около 110 тыс. – или даже достигало 180 тыс. – на момент контакта. Наша “модель”, или реконструкция обеспечивает оценку влияния обоих типов смертности. Вследствие того, что полинезийцы не подвергались воздействию детских и других болезней, распространенных в континентальном населении, у них был низкий иммунитет, о чем свидетельствуют повозрастные коэффициенты смертности до эпидемии гриппа 1918 г. и эпидемии кори 1951 г. После контакта, ЗППП, туберкулез и другие занесенные инфекционные заболевания привели к неуклонной убыли населения из-за снижения рождаемости и очень высокой смертности. Для европейцев медицинские услуги стали доступны вскоре после заселения ими островов, но для коренных жителей – она стала оказываться гораздо позже и нерегулярно. Постоянная убыль населения наблюдалась еще долгое время после окончания колониального периода, и даже после того, как в 1880-х гг. были открыты эффективные лекарства; она стала основной причиной демографического кризиса на Маркизских островах, особенно в юго-восточной группе островов, где до 1924 г. большую часть времени отсутствовало медицинское обслуживание.

## Ключевые слова

снижение численности населения, эпидемии, бесплодие, колонизация, Таити, Маркизские острова

**Коды JEL:** I14, I18, J15

Дискуссии о численности коренного населения в Восточной Полинезии, особенно на Таити, Маркизских островах и Гавайях<sup>1</sup>, на момент контакта с европейцами, отчасти прекратились, поскольку недавние археологические открытия [The Growth and Collapse..., 2007] предоставили свидетельства высокой плотности населения до контакта с европейцами, ставя под сомнение низкие оценки численности этих популяций [Oliver, 1974; McArthur, 1968], которые подвергались критике уже с конца 1980-х гг. [Stannard, 1989; Rallu, 1990]. Затем объектом дискуссии стали причины этого явления. Stannard [1989] рассматривает эпидемии и новые болезни как основные причины демографического спада, в то время как Kunitz [1994] делает упор на социальные факторы – подход, восходящий к началу двадцатого века [Essays on the Depopulation..., 1922], и который вскоре был опровергнут исследованием Baker [1928]. В последнее время в центре внимания вновь оказались более высокие оценки численности коренного населения на момент контакта<sup>2</sup> и, следовательно, более быстрое его сокращение после контакта в конце XVIII и в XIX вв. Однако эпидемиям по-прежнему уделяется больше внимания, чем эндемическим болезням. Первые в основном наблюдались в ранний постконтактный период и характеризовались чрезвычайно высокими пиками смертности, вторые же прогрессивно возрастали вследствие распространения возбудителей болезней и приводили в течение нескольких десятилетий к аномально высокой смертности и низкой рождаемости, что вело к постоянному сокращению численности населения.

В статье представлена модель/реконструкция демографической динамики от начала контакта, которая позволяет оценить как сокращение численности населения под воздействием смертности во время эпидемий, связанной с низким иммунитетом, так и постоянное ежегодное сокращение, вызванное в основном занесенными эндемическими заболеваниями, в условиях слаборазвитой медицины, недостаточного объема услуг здравоохранения или социальной защиты. Мы сравним ситуацию на Таити и Маркизских островах, имеющих разную колониальную историю. После краткого обзора недавних археологических данных о доконтактной плотности населения и демографической динамике, мы проанализируем повозрастные структуры смертности от эпидемий в зависимости от иммунитета, а также постоянное сокращение населения в зависимости от новых эндемических заболеваний, используя для этого данные о рождаемости и смертности, собранные органами регистрации актов гражданского состояния. Основанный на документах из французских архивов и отчетах миссионеров и врачей анализ ситуации с верховенством закона в первые десятилетия после контакта, эффективности колониальной администрации, а также доступности медицинских услуг для коренного населения покажет социальный контекст столь длительной убыли населения.

Таким образом, мы сместим центр дискуссии о том, какие биологические или социальные факторы оказали большее влияние на сокращение численности населения, в область различных типов заболеваний, внезапных эпидемий и постоянного сокращения населения вследствие распространения эндемических болезней. Последний фактор препятствовал постэпидемическому восстановлению и продолжался до XX в., в то время как его воздействие легко могло быть уменьшено повышением качества социальных и медицинских услуг, пусть даже это были простейшие медицинские средства конца XIX в. Оценка значительного влияния постоянного сокращения населения на общий коллапс восточно-полинезийских популяций позволяет нам полагать, что на момент контакта население региона значительно превышало оценки, опубликованные около 1970 г. (см. выше) или в наших более ранних статьях [Rallu, 1990, 2007].

<sup>1</sup> Открыты в 1767, 1774 и 1778 г. соответственно.

<sup>2</sup> Два проекта по оценке размера и демографических тенденций населения тихоокеанских островов, были реализованы университетом Нового Южного Уэльса (UNSW, the University of New South Wales) и Австралийским национальным университетом (ANU, the Australian National University).

## Теоретическая основа

Оценки численности населения на момент контакта являются основой для определения ее пост-контактного сокращения. Археологические находки показывают, что на Гавайях численность населения стабилизировалась за одно-два столетия до контакта, и что на некоторых островах, а также в долинах на островах Общества, островах Кука и Маркизских островах (рис. 1) плотность населения достигала высоких значений. Численность населения на момент контакта в сочетании с плотностью населения мы будем сравнивать с ранними оценками путешественников-мореплавателей.

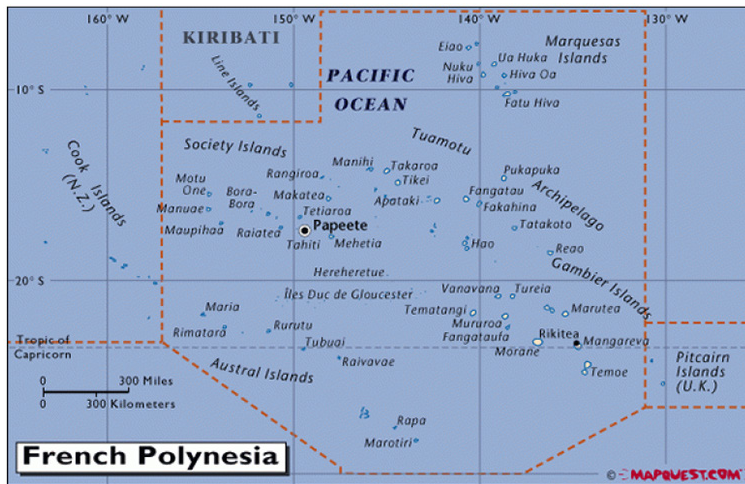


Рис. 1. Французская Полинезия. Источник: <https://liquid-blue.com/photos/tour/french-polynesia/>

Затем мы проведем ретроспективный анализ первых официальных переписей второй половины XIX в., используя доступные статистические данные об эпидемиях, а также ежегодных показателях рождаемости, смертности и прироста населения, и затем проверим соответствие наших результатов оценкам численности населения на момент контакта. В случаях, когда статистические данные о Таити или Маркизских островах недоступны, мы будем использовать данные о других островах, находящихся в аналогичных ситуациях, о которых сообщают миссионеры, колониальная администрация и врачи в журналах и архивах. Данные о смертности во время эпидемий частично доступны с 1850 г. (см. ниже); также можно анализировать межпереписные тренды на Таити; кроме того, записи регистраций актов гражданского состояния достаточно полны для оценки повозрастных коэффициентов рождаемости и смертности на Маркизских островах с 1886 г. [Rallu, 1990: 44].

Контакт произошел в условиях стабилизации численности населения, последовавшей за несколькими столетиями роста и изоляции, что привело к низкому иммунитету. В связи с этим, мы также примем в расчет низкий иммунитет и особенности приобретенного иммунитета у полинезийцев, сравнив данные о кори и гриппе 1918 г. на Таити и в материковой Франции.

Также, основываясь на архивах и различных отчетах, мы отметим слабую социальную политику и политику в области здравоохранения после колонизации Таити и Маркизских островов в начале 1840-х гг. и связанные с этим причины длительной ежегодной убыли населения, которые редко принимаются в расчет, поскольку до сих пор основное внимание при изучении снижения численности населения уделялось эпидемиям.

Мы разработали реконструкцию демографических тенденций на Таити и Маркизских островах на основе зарегистрированных эпидемий и периодов убыли с различной скоростью,

упомянутых в статистических и текстовых отчетах. Таким образом, мы разделяем два типа убыли населения, поскольку единственные доступные статистические данные, которые можно восстановить в долгосрочной перспективе, это: а) смертность в годы эпидемий, и б) устойчивое ежегодное сокращение численности населения. Мы полагаем, что первое связано прежде всего с низким иммунитетом полинезийцев к болезням, завезенным европейцами, поэтому мало что можно было сделать для предотвращения пиков смертности во время эпидемий, а второе – с низким уровнем социальных и медицинских услуг для коренного населения, несмотря на то, что все больше и больше эффективных лекарств становились доступными, особенно с конца XIX в. Сравнение демографических тенденций после колонизации Таити и Маркизских островов ясно покажет влияние доступности медицинских услуг – даже если это всего лишь врач с простейшими медицинскими средствами – на сокращение численности населения.

## Оценки численности коренного населения на момент контакта

В настоящее время для оценки демографической динамики до контакта на Гавайях доступны большие массивы данных о жилищных постройках, датированных XIV в.; аналогичная динамика, вероятнее всего, наблюдалась и на Таити, и на Маркизских островах, заселенных ранее полинезийцами. В XV–XVI вв. темпы прироста были близки к 0,5% [Rallu, 2007: 20] вследствие нововведений в сельском хозяйстве, таким как орошаемые террасы для выращивания корнеплодов таро, или появление крупных племен в конце Периода экспансии (Expansion Period)<sup>1</sup> (1100–1650 гг.) [Kirch, 1984, 2000]. В это же время начали заселяться полузасушливые зоны, являющиеся экологическими пределами расселения человека, такие как Кахикинуи на склонах вулкана Мауи, причем в XVIII в. плотность населения в низменной – ниже 900 м над уровнем моря – зоне составляла от 43 до 57 чел./км<sup>2</sup> [Kirch, 2007: 102]. Затем численность населения стабилизировалась и начала снижаться [Rallu, 2007: 21] по мере распространения войн, перемещений населения для строительства монументальных гавайских храмов Хейау (“heiau”), появления новых обычаев, таких как аборты, детоубийства [Ellis, 1831: 249–253]<sup>2</sup> и человеческие жертвоприношения [Kirch, 1984, 2000]. Тенденции на островах Общества и Маркизских островах, вероятно, были схожи, с поправкой на более раннюю, чем на Гавайях, демографическую стабилизацию из-за меньшего размера островов.

После нескольких десятилетий археологических исследований полевые работы охватывают практически целые долины, предоставляя данные для оценки плотности доконтактного населения некоторых островов Тихого океана. Hamilton and Kahn [2007: 155] оценивают плотность населения в долине Опуноху на Мурее – острове, расположенном недалеко от Таити – в 87 чел./км<sup>2</sup> в прибрежной и промежуточной (Opunohu DROP) долинах и 52 чел./км<sup>2</sup> для всей долины на конец XVIII в., и это только по самым скромным подсчетам, так как большинство домов людей низших каст строились без каменных фундаментов.

McArthur [1968: 167] оценивает население Раротонга (Острова Кука) «в шесть-семь тысяч к 1830 г.», или плотность – около 97 чел./км<sup>2</sup>. Такая же плотность, вероятно, наблюдается и на Таити, поскольку эти острова имеют схожие географические особенности и на обоих проживает по 101 000 жителей. Эта цифра согласуется с оценками Robertson [1948: 139, 221] в 1767 г.: «более 100 000» (после пяти недель его пребывания в заливе Матавай и сообщений о плантациях и бесчисленном множестве домов на прибрежной равнине и на несколько миль вглубь долины) и Forster в

1 Период роста численности населения региона и усложнения социально-политической системы.

2 Согласно отчетам миссионеров, основанным на данных нескольких информаторов с Подветренных островов, детоубийство было очень частым явлением; впрочем, эти отчеты могут быть нерепрезентативными.

1773 г.: 120 тыс. человек. Попытка Кука найти статистически обоснованную оценку во время своего третьего путешествия в 1774 г., после того как он провел на острове более шести месяцев, дает гораздо более высокую цифру – 204 тыс. [Beaglehole 1961: 409]. Оценки испанских миссионеров и Бонечеа не более чем в 15 тыс. жителей, а также недавние оценки McArthur [1968] и Oliver [1974] в 30 и 35 тыс. человек соответственно не согласуются с современными археологическими данными.

Ранние оценки численности населения Маркизских островов свидетельствуют о высокой плотности населения, но они ненадежны, поскольку первые европейцы, достигшие этого архипелага, посетили не все острова. Однако плотность, вероятно, была ниже, чем на островах Общества, из-за значительной полузасушливой территории (Terre Deserte) в Нуку-Хива и засушливых северо-западных областей большинства островов. Molle and Conte [2015: 267] оценивают численность населения острова Уа-Уа в конце XVIII в. в пределах от 1660 до 2550 человек, а плотность на пахотную землю – от 66 до 99 чел., или от 56 до 83 чел. на км<sup>2</sup> пахотной земли, соответственно для низкой и высокой оценки площади пахотных земель. Плотность населения всего острова оценивается в пределах от 20 чел./км<sup>2</sup> до 31 чел./км<sup>2</sup>. Столь низкие показатели по сравнению со средней плотностью на Маркизских островах [Kirch, 1984], Таити, Кахикинуи и Раротонга объясняются тем, что большая часть северного и северо-западного побережья Уа-Уа необитаема.

Таким образом, недавние археологические находки показывают, что численность населения на островах Общества на момент контакта была гораздо ближе к оценкам первых мореплавателей, чем к миссионерской «переписи» 1830 г., проведенной без надлежащей методологии и после нескольких эпидемий, в ходе которой были переписаны 8674 таитянца [McArthur, 1968: 249].

## Высокая эпидемическая смертность

Процесс иммунизации хорошо согласуется с сообщениями о катастрофических эпидемиях среди жителей тихоокеанских островов после появления таких болезней, как грипп, которые наносят европейцем разве что незначительный ущерб. Хотя сообщения об эпидемиях в конце XVIII – начале XIX вв. могут быть неполными, некоторые из них содержат интересную информацию. В 1773 г. таитяне пожаловались Куку на ужасную смертельную болезнь (вероятно, грипп), появившуюся после визита Бонечеа в 1772 г. [Beaglehole, 1961: 215]. В то время вирус гриппа был совершенно новым для полинезийцев (как и новый штамм вируса гриппа, который поразил людей во всем мире в 1918 г.), и количество смертей, безусловно, было очень высоким. Martin and Combes [1996: 360] снова сообщают о «катастрофической инфлюэнце» в 1820 г. Поскольку движение вокруг Таити по лагуне не представляло трудностей, эти эпидемии, вероятно, поразили весь остров. Сообщения о более поздних эпидемиях дают ключ к разгадке огромных потерь, которые понесло население островов. В 1844 г. Комейрас, врач с корвета «La Voussole», сообщил, что грипп на о.Тахуата унес жизни стольких людей, что на острове осталось не больше шестидесяти воинов [Testard de Marans, 2004: 46]. В том же году эпидемия была отмечена в долине Тайохаэ на о.Нуку-Хива [Lesson 1981: 924–927]. Маркизцы называли это болезнью живота (*mate i te kopu*) и говорили, что больные быстро умирают от конвульсий. Доктор Лессон видел много пустых домов и лежащих на виду мертвых тел, и предположил, что это был менингоэнцефалит; причиной его стал, скорее всего, фальсифицированный алкоголь, которым торговали французские колонисты. Сообщается, что эпидемия оспы 1863 г. унесла жизни «половины населения о.Нуку-Хива и двух третей населения о.Уа-Поу», 968 и 600 человек соответственно [Bailleul, 2001: 107]; однако показатели смертности, основанные на наших оценках численности населения, несколько ниже (табл. 1).

**Табл. 1.** Коэффициенты смертности (на 1000 человек) в годы эпидемий

Тип эпидемии	Год	Место	Источник данных	Общие коэффициенты смертности (%)
<b>Примерные оценки</b>				
Натуральная оспа	1856	Гуам	[Underwood, 1973]*	≈ 450
Натуральная оспа	1863	Нуку-Хива	968 смертей [Bailleul, 2001]	≈ 430
Натуральная оспа	1863	Уа-Пу	600 смертей [Bailleul]	≈ 500
Корь	1875	Фиджи	Отчет администрации	'1/3 населения'
<b>Отчеты администрации или данные регистрации актов гражданского состояния</b>				
Корь	1854	Таити	Регистрация **	97
Грипп	1849	Гуам	Отчет*	25 <sup>(b)</sup>
Коклюш	1855	Гуам	Отчет*	229 <sup>(a)(b)</sup>
Коклюш	1898	Гуам (Аганья)	Отчет*	141 <sup>(a)(b)</sup>
Не установлен	1914	Юго-восточные Маркизские о-ва	Регистрация **	126
Грипп 1918 г.	1918	Острова Общества	Регистрация **	191
Грипп 1918 г.	1918	Самоа	Отчет*	196
Грипп 1918 г.	1918	Науру	Отчет*	180

\* Underwood. Основано на оценке, что эпидемия «сократила [население] почти вдвое» [Underwood, 1973: 22]

\*\* Rallu, 1990 г.

(а) Коэффициенты для детей 0–4 лет (рассчитано по данным [Underwood, 1973]).

(b) Только смерти, вызванные эпидемией; [Underwood, 1973].

## Статистические данные об эпидемиях

Немногочисленные данные об островах Тихого океана во второй половине XIX – начале XX вв. демонстрируют очень высокие коэффициенты смертности от эпидемических заболеваний. На островах Нуку-Хива, Гуам и Уа-Пу смертность от оспы варьирует от 430 до 500 смертей на 1000 жителей. От коклюша в 1855 г. погибло около 230 из 1000 детей в возрасте до пяти лет, а в 1898 г. – 140 из 1000. Эти цифры согласуются с более ранними сообщениями путешественников о полном исчезновении больших групп населения.

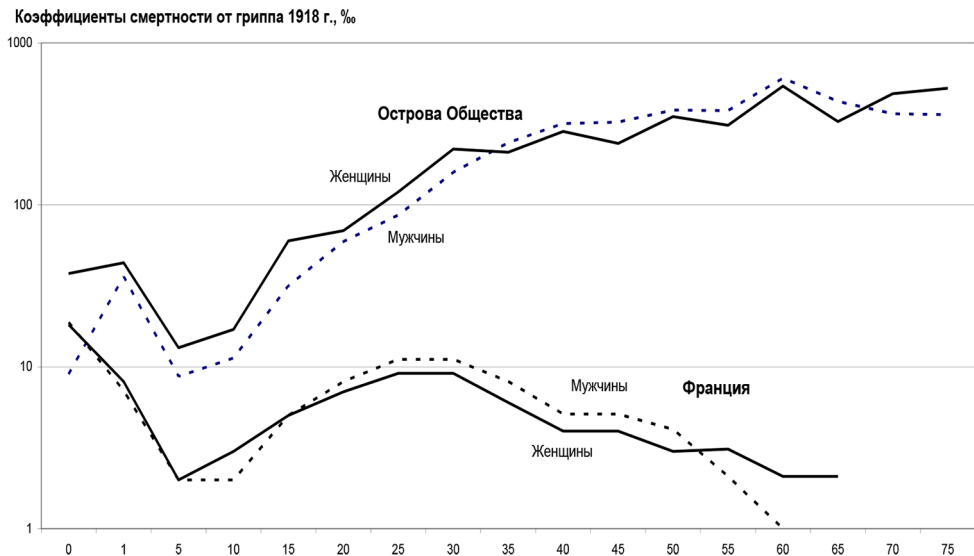
На Островах Общества данные регистрации актов гражданского состояния показывают, что уровень смертности от гриппа в 1918 г. был близок к 200 на 1000 населения; на Западном Самоа и Науру отмечены аналогичные значения. Такие высокие показатели не имеют ничего общего с (относительно) небольшим ростом смертности, наблюдавшимся в западных странах или у европейцев, живущих в Тихоокеанском регионе. В Новой Зеландии уровень смертности в 1918 г. составлял 5,8 смертей на 1000 человек у европейцев и 42 на 1000 – у маори, и даже достигал 80 на 1000 в наиболее пострадавших общинах, и это при том, что в этих общинах регистрация смертей все еще была неполной [Rice, 2005: 52; Wilson et al., 2012: 71–77].

## Влияние низкого уровня иммунитета

Сравнение повозрастных коэффициентов смертности на островах Общества и во Франции в 1917–1918 гг. до и во время эпидемии делает очевидной роль иммунитета. Наиболее заметные различия наблюдаются в возрастной структуре смертности от гриппа. Коэффициенты смер-

ности детей младшего возраста на островах Общества были выше, чем во Франции (рис. 2), и рост показателей был гораздо более быстрым, начиная с возрастов 10–14 лет. В возрастной группе 30–34 года показатели на островах были выше, чем во Франции, у мужчин в 14 раз, а у женщин – в 24 раза ([Rallu, 1990: 256]. Во Франции наблюдалась стабилизация коэффициентов в возрасте 25–34 лет и последующее их снижение с возрастом. Но на островах Общества показатели росли до тех пор, пока не достигли очень высокого уровня в самых старших возрастных группах: в возрасте 40–49 лет соотношение с Францией составляло 60:1, а в возрасте 50–54 года – 100:1. В старших возрастах каждый второй полинезиец умерал.

В Европе серьезные эпидемии гриппа случались в прошлом регулярно, примерно каждые 40–50 лет, и вызывались новыми штаммами вируса. Люди, которые переболели гриппом, сохраняют иммунитет против нового вируса, если большая часть его ДНК повторяет ДНК предыдущих вирусов [Mathews and al., 2009: 143]; что объясняет тот факт, что уровень смертности европейцев старше 35 лет снижался, а у полинезийцев – продолжал возрастать вплоть до самых старших возрастов. Предшествующие эпидемии гриппа в мае, августе и сентябре 1918 г. не повысили иммунитет таитяян против другого штамма вируса гриппа – испанского. Однако многие смерти, вероятно, были связаны с осложнениями, которые не поддавались лечению, когда больных иногда доставляли в больницы в безнадежном состоянии. Оказавшись в ситуации, где большинство персонала, включая двоих из трех врачей, были больны, и имея небольшие запасы лекарств, колониальная администрация создала Исполнительный комитет по гигиене и общественному здравоохранению (Comité Exécutif d'Hygiène et de Santé Publique), который в основном организовывал радиопередачи на французском и иногда на таитянском языке [Leriche, 1964: 759], советуя людям не собираться вместе (церемонии празднования перемирия были прерваны, школы закрыты), регулярно полоскать рот и избегать купания в холодной воде, что было у таитяян обычным методом лечения лихорадки. Пасторы и монахи раздавали малоэффективный отвар против гриппа. Если все члены семьи болели, никто не мог выйти из дома или приготовить еду, и некоторые люди, возможно, умерли от голода.



**Рис. 2.** Коэффициенты смертности от “гриппа 1918 г.” (на 1000 человек) в распределении по возрастным группам, Острова Общества и Франция (логарифмическая шкала).

Источник: [Rallu, 1990: 256]

Подобным образом влияние низкого уровня иммунитета проявляется и при заболевании корью. В 1951 г. во Французской Полинезии эпидемия кори поразила людей всех возрастов. Смертность только от эпидемии среди детей в возрасте до 1 года и 1–4 года была достаточно высокой: 132 и 44% соответственно. Затем, начиная с возраста 5–9 лет, коэффициенты росли и достигли уровня 100% в возрасте 30–39 лет, превысив 250% в возрасте 60 лет и старше [Rallu, 1980: 400]. Корь редко завозили на Таити, и большинство жителей острова в детстве не подверглось воздействию вируса. Предшествующая эпидемия кори с общим коэффициентом смертности, равным 97%, отмечена на Таити и Муреа в 1854 г., в то время, когда регистрация актов гражданского состояния была еще неполной. Такой высокий уровень смертности означает, что умерли многие взрослые: если бы умирали только дети, исчезло бы все население младше 7–8 лет.

В 1914 г. эпидемия поразила острова Хива-Оа и Фату-Хива; общие коэффициенты смертности достигали 126%. Больше всего пострадали взрослые: по сравнению с предыдущими годами, в возрастах старше 20 лет показатели выросли на 50–200%. Однако администрация и миссии не сообщали об этом, и нет никаких сведений о том, какая это была болезнь.

Таким образом, повозрастные показатели смертности от гриппа 1918 г., кори 1854 г. и 1951 г. на Таити и эпидемии 1914 г. на Маркизских островах демонстрируют последствия первых контактов с новыми вирусами в изолированных населенных пунктах. Столь высокий уровень смертности почти во всех возрастах, скорее всего, был обычным явлением во время первых эпидемий из-за «сниженного генетического полиморфизма полинезийцев в XIX веке» [Martin, Combes, 1996: 360].

## Восстановление после эпидемий

Скорость восстановления численности населения после эпидемий связана с возрастными структурами смертности. Эпидемии, поражающие в основном пожилых, приводят в итоге к более молодой возрастной структуре и более низкой смертности в дальнейшем, но этот эффект со временем ослабевает. Такие позитивные последствия не наблюдаются после эпидемий, поражающих в основном детей (корь, коклюш), после которых возрастная структура, напротив, становится старше. Позже, когда эти усеченные когорты достигают репродуктивного возраста, снижаются показатели рождаемости. Но в раннем постконтактном периоде из-за низкого уровня иммунитета оба типа эпидемий в той или иной степени поражали взрослых.

На островах Общества смертность в 1919 г. была немногим ниже уровня 1917 г.: 33,6 смерти против 35,3 на 1000 населения, поскольку высокая смертность от гриппа в молодых и средних возрастах ограничивала омоложение населения, а смертность среди взрослых оставалась высокой и в нормальные годы [Rallu, 1990: 248–264]. В то же время общий коэффициент рождаемости в 1919 г. составил всего 32% против 42% в 1917 г., вследствие падения числа зачатий, роста частоты самопроизвольных абортов и смертей беременных женщин во время эпидемии. В 1920 и 1921 гг. наблюдался существенный рост уровня рождаемости – 48 и 45% соответственно, но и уровень смертности увеличился – до 38%. В результате темпы прироста составили -0,1% в 1919 г., 1,0% в 1920 г. и 0,8% в 1921 г., что было близко к уровню 1917 г. (0,7%). При таких темпах полное восстановление численности населения заняло бы 20 лет. Однако темпы роста увеличились из-за повышения качества медицинских услуг после пандемии, и преимущественно из-за миграции на Таити. В ранний постконтактный период эпидемии были слишком частыми – между 1772 и 1820 гг. на Таити было зарегистрировано пять эпидемий; они не позволяли населению полностью восстановить свою численность. Вероятно, восстановление после ранних эпидемий было незначительным, если вообще было, потому что детоубийства и человеческие жертвоприношения продолжали практиковаться до 1810-х гг. [Ellis, 1831], периодически разгорались войны, пока Помаре III не объединил остров в 1815 г., но, главным образом, восстановление сдерживали завезенные новые болезни, вследствие которых начала сокращаться рождаемость и расти смертность взрослого населения.



## Устойчивая убыль населения

### Ранние сообщения об устойчивой убыли

Растущее число путешественников, прибывающих на острова, привело к появлению заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП), и туберкулеза. Вновь прибывшие продавали алкоголь и учили жителей Маркизских островов делать пальмовое вино [Denning, 1974]; алкоголь вызывал рост заболеваний органов пищеварения, внезапные смерти в результате его чрезмерного употребления, рост числа убийств; он влиял на здоровье коренных жителей и снижал их резистентность к микробам. Негативное влияние алкоголизма на течение туберкулеза также хорошо известно. Marestang [1892: 363] отмечал, что молодые люди умирали в течение 8–12 месяцев после начала кашля. Таким образом, после пиков эпидемической смертности в первые десятилетия после контакта с европейцами на первый план вышла устойчиво высокая смертность, что в сочетании со снижением рождаемости привело к неуклонному сокращению численности населения.

О такой ситуации уже в 1803 г. сообщали миссионеры на Таити: «*Что касается острова, то жителей с каждым годом становится меньше*» [The History of the Tahitian..., 1961: 75], а в 1820-х гг. на Тайарапу «...люди умирают очень быстро. Не осталось и половины от тех [...], кто жил десять лет назад» [McArthur, 1968: 248]; такое сокращение предполагает среднегодовой темп снижения, равный 6,5%. Эти сообщения показывают, что новые болезни были широко распространены уже через 25 или 30 лет после того, как контакты становятся более частыми, а именно с конца 1770-х гг.

На Маркизских островах в 1842 г., примерно через 30 лет после интенсификации контактов, доктор Лессон заметил, что широко распространился сифилис, а туберкулез был наиболее частой болезнью легких, быстро приводившей к смерти молодых людей [Lesson, 1981: 923, 938]. До середины 1920-х гг. эти болезни считались основными причинами быстрого снижения численности населения архипелага (см. ниже).

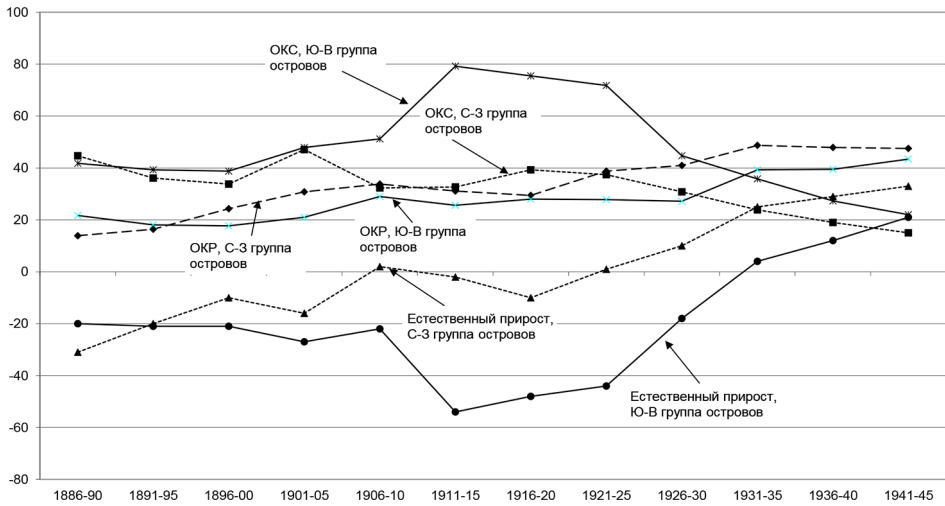
### Переписи и регистрация демографических событий

Поскольку регистрация актов гражданского состояния была неполной – до 1910-х гг. в основном регистрировались смерти, – мы использовали переписи населения Таити 1848 г. и 1881 г. По нашим оценкам, вне периодов эпидемий население сокращалось в среднем на 1% в год [Rallu, 1990: 233], а стабилизация произошла только в 1880-е гг.

На Маркизских островах в 1886–1900 гг. уровень смертности был высоким; однако в северо-западной группе Маркизских островов он снижлся, и рос в юго-восточной (рис. 3), в основном на о.Хива-Оа, где с начала 1880-х гг., после заключения мира, возросла частота контактов (см. ниже). В 1911–1923 гг., примерно через 30 лет (период, близкий к наблюдаемому на Таити), пик смертности пришелся на юго-восточную группу; общий коэффициент смертности достиг 80‰ на 1000 человек на Хива-Оа (а в долинах Ханайапа, Пуамау и Хекеани – даже выше); население острова сократилось до 41% от его численности в 1911 г. из-за темпа снижения, равного –5,7% в год. Эти показатели близки к тем, которые содержатся в отчетах миссионеров с Таити, составленных примерно в 1800 г. и в 1820-е гг. (см. выше).

Примечательно, что пиковые значения смертности на Хива-Оа совпал открытием миссионерских школ. Подобное наблюдалось и на Мауи в 1831–1835 гг., где в начале 1830-х гг. открылась большая миссионерская школа, и ежегодное сокращение численности населения составило 7%, достигая 11% в Лахайне, где располагалась школа [Schmitt, 1977: 12]; на Раротонге (острова Кука) – в 1838–1843 гг., после практически полного обращения населения в христианство; на Таити в 1820-х гг., после обнародования кодекса Помаре в 1819 г. (см. ниже), запрещающего древний культ и традиционные церемонии. Христианизация привела к массовым посещениям церкви по воскресеньям, к ежедневным

На 1000 населения



**Рис. 3.** Наблюдаемые общие коэффициенты рождаемости, смертности и естественного прироста (в ‰), Маркизские острова, 1886–1945 гг. *Источник:* [Rallu, 1990: 158]

коллективным молитвам – единственными разрешенными собраниями в то время. Пение гимна способствует широкому распространению болезней, например, туберкулеза, передающегося воздушно-капельным путем. На Таити это привело к возникновению секты Мамая, получившей широкое распространение после 1826 г. Чтобы избежать высокой смертности, таитяне покидали миссионерские деревни и возвращались к традиционным культам и практикам – например, к татуировкам.

В 1886–1900 гг. смертность на Маркизских островах (с поправкой на неполную регистрацию<sup>1</sup>) была ненамного выше, чем во Франции в 1740–1750 гг.: около 45 смертей против 40 на 1000 населения; ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) также была ниже: 22 года против 25 лет [Meslé, Vallin, 1989: 1122–1123]. Во Франции общий коэффициент смертности упал до 27‰, а ОПЖ достигла 36 лет примерно к 1800 г. Во Франции на протяжении почти всего XIX в. ОПЖ росла не слишком быстро: с 38,6 лет в начале 1820-х гг. (после наполеоновских войн) до 43,0 лет к 1880 г. Но затем рост ускорился, особенно с 1890 г., после открытия новых лекарств, и ожидаемая продолжительность жизни достигла 46,5 лет к концу века.

Рост ОПЖ во Франции до 1880 г. не совпадает с динамикой этого показателя на постконтактных Таити и Маркизских островах, население которых до 1830-х гг. страдало от эпидемий и кризисов смертности. Миссионеры были свидетелями чрезвычайно быстрого сокращения численности населения, но не могли ничем помочь. С момента установления протектората Франции в 1843 г. и до 1870-х гг. снижение смертности на Таити было в основном связано с постепенным повышением иммунитета населения, поскольку до конца 1870-х гг. доступ полинезийцев к медицинским услугам был ограничен. С 1880 г. рождаемость росла, а смертность медленно снижалась, но последняя оставалась намного выше, чем в континентальной Франции: 36 смертей на 1000 населения в начале 1900-х гг. (несмотря на все еще неполную регистрацию смертей) против 22 на 1000 во Франции, поскольку на острове новые лекарства были недоступны.

<sup>1</sup> Начиная с 1886 г., регистрация рождений и смертей была практически полной, исключение составляли мертворождения и смерти детей вскоре после рождения; показатели были скорректированы для Маркизских островов в целом, но небольшое количество случаев не позволяет корректировать данные для каждого острова [Rallu, 1990].

В северо-западной группе Маркизских островов, где был врач, ОПЖ немного выросла: с 20 лет в 1886–1895 гг. до 22 лет в 1896–1905 гг. (возможно, из-за увеличения доступности медикаментов, как на Таити); за этим ростом последовала стабилизация [Rallu, 1990]. Но юго-восточная группа островов, где врач был только в период 1898–1901 гг., в 1911–1923 гг. пострадала от очень серьезного кризиса смертности, снизившего ОПЖ до 15 лет. Снижение смертности стало значительным с 1924 г., когда в Атуону (о.Хива Оа) был назначен врач, и ОПЖ выросла до 23 лет в 1926–1935 гг. В северо-западной группе она к этому моменту достигла уже 30 лет.

В целом, во второй половине XIX в. демографические тенденции на этих островах повторяют динамику, наблюдаемую во Франции, а более медленный прогресс или регресс на островах соответствуют уровню доступности или недостаточности услуг здравоохранения. Однако часть разрыва в ожидаемой продолжительности жизни, безусловно, связана с более высокими, по сравнению с Францией, показателями распространенности инфекционных заболеваний на Таити и Маркизских островах, влияние которых невозможно точно оценить из-за неполноты данных о заболеваемости и причинах смерти. По уровню смертности острова отставали от материковой Франции вплоть до XX в. Ожидаемая продолжительность жизни во Французской Полинезии достигла 44 лет – уровня, который наблюдался во Франции уже в начале 1880-х гг. – только к 1946–1950 гг.

### ЗППП и низкая рождаемость

На Маркизских островах (и, возможно, также на Таити до 1880 г., согласно данным регистрации актов гражданского состояния) уровень рождаемости был низким: суммарный коэффициент рождаемости (СКР) в конце XIX в. составлял всего 3,2 ребенка на женщину [Rallu, 1990: 78; 1992], из-за чрезвычайно высокой доли никогда не рожавших женщин (или имевших беременности, закончившиеся незарегистрированными мертворождениями – см. ниже), достигавшей 27% в когортах рождения 1876–1890 гг. Более того, уровень бесплодия быстро увеличивался с возрастом: среди женщин этих когорт, которые уже имели детей и все еще состояли в союзе, 49% не имели рождений после достижения возраста 25 лет, и 58% – после 30 лет [Rallu, 1990: 133]. Отметим, однако, что в 1886–1890 гг. показатели рождаемости на Хива-Оа (19 на 1000) все еще были выше, чем на Нуку-Хива: 15 на 1000, но Тахуата, куда до установления мира на Хива-Оа отправлялась большая часть кораблей, имел почти такой же показатель, как Нуку-Хива: 16 на 1000. Менее посещаемые небольшие бухты Пуамау и Хекеани на востоке Хива-Оа имели самую высокую рождаемость: 22 на 1000. Та же картина наблюдалась на о.Нуку-Хива в 1840-х гг.; Radiguet [1882: 148] отмечал, что депопуляция была более существенной в поселении Тайохоаэ, чем в менее посещаемом Тайпивай. Такие низкие показатели рождаемости и высокий уровень бесплодия объясняются широко распространенными ЗППП. Гонорея вызывает поражения, приводящие к бесплодию, а сифилис является одной из причин выкидышей и мертворождений. Доля мертворождений достигала 10–15% процентов от числа родов, что в два-три раза превышает нормальный уровень; однако этот уровень, вероятнее всего, занижен, поскольку у женщин с невылеченным сифилисом могут родиться мертвыми или умереть от инфекции сразу после рождения до 40% детей. Доктор Тотан (Tautain) отмечал:

*“Мертворождения часты, и регистрируются только мертворождения при доношенной беременности. Начальникам участков<sup>1</sup> рекомендуется регистрировать мертворождения при сроке беременности в шесть месяцев и более. Но этого недостаточно, потому что многие мертворождения происходят в первые два триместра беременности”* (Rapport du Commandant..., 1844 г.); см. также [Clavel, 1884: 497].

1 Участки – небольшие административные учреждения на островах.

2 Archives Nationales d'Outre-mer, Océanie (Национальный архив заморских территорий, Океания).

В статье все ссылки на документы из этого архива обозначены как «FM SG OCEA».

Фрамбезия, хроническая бактериальная инфекция, часто встречающаяся на островах Тихого океана, формирует иммунитет против сифилиса, но не влияет на рождаемость. Однако некоторые колониальные администраторы, военные врачи и даже ученые ссылались и до сих пор ссылаются на фрамбезию, чтобы опровергнуть влияние сифилиса на уровень рождаемости в регионе; на самом деле это отрицание того факта, что сифилис был завезен на острова Тихого океана европейцами. Однако высокий уровень ранних самопроизвольных абортов и мертворождений свидетельствует о широкой распространенности сифилиса в сочетании с фрамбезией, так как последней болели не все.

В 1886–1895 гг. уровень рождаемости составлял едва ли половину от уровня смертности, а к 1896–1905 гг. достиг только 60%. При нормальном уровне рождаемости в 40%<sup>1</sup> население Маркизских островов в 1886–1900 гг. сокращалось бы в среднем на 0,5% в год вместо наблюдаемых 2,0%. И хотя во время кризиса смертности 1911–1923 гг. в юго-восточной группе островов ежегодное снижение все равно было бы на уровне 3,6%, однако это было бы намного ниже наблюдаемого уровня в 5,1%, а на наиболее пострадавшем острове, Хива-Оа, эти показатели составили бы 4,2% и 5,7% соответственно. Это показывает важность влияния низкой рождаемости на демографические тенденции на Маркизских островах и, возможно, также на Таити, учитывая высокую распространенность там сифилиса (см. ниже). Население Маркизских островов стабилизировалось, начиная с 1920-х гг. в северо-западной группе и с 1930-х гг. в юго-восточной группе, когда уровень рождаемости вырос до 40%, а смертность снизилась до такого же уровня; рост населения возобновился примерно через пять лет, после дальнейшего снижения смертности (рис. 2).

## Постконтактный и колониальный контексты

Всегда непросто точно связать демографическую динамику с историческими событиями и изменениями в здравоохранении, особенно в отсутствие данных о заболеваемости и причинах смерти. Однако история контактов и французской колонизации Таити и Маркизских островов достаточно точно передает общий контекст и основные причины демографической динамики, представленной выше.

## От открытия до захвата французами

Остров Таити был открыт Уоллисом в 1767 г., его посещали Бугенвиль (1768 г.), Бонечеа (1772 и 1774 гг.) и Кук (1769, 1773, 1774 и 1777 гг.). С конца 1770-х гг. и до начала 1790-х гг. корабли заходили на Таити почти каждый год, иногда два раза в год, и оставались на несколько недель, иногда на два или три месяца, а в 1788 г. Блай провел там гораздо больше времени. С 1790-х гг. китобои пополняли запасы на Таити в обмен на алкоголь и огнестрельное оружие. Английские миссионеры, поселившиеся на острове в 1797 г., сообщали о частых войнах и неуклонном сокращении населения. Однако после победы Помаре в 1815 г. ситуация стала более контролируемой. Кодекс Помаре уже установил верховенство права. Английские миссионеры готовились к созданию английской колонии, и Причард был назначен консулом Соединенного Королевства на Таити в 1837 г., еще до установления протектората Франции в 1843 г.

В 1774 г. Кук посетил острова Тауата и Хива-Оа, а Ингрэм и Маршан в 1791 г. – северо-западную группу островов. Английские миссионеры прибыли в 1797 г.; пастор Крук, шокированный сексуальной свободой, пробыл на Тауата только год. На острова часто заходили корабли кито-

<sup>1</sup> Уровень, наблюдавшийся в Европе в XVIII–XIX вв., до демографического перехода, а в большинстве развивающихся стран – в 1950–1970 гг.

боев, торговцев морскими огурцами и сандаловым деревом, причем первые набирали жителей Маркизских островов в свои команды. Алкоголь и огнестрельное оружие были обычными предметами обмена на свежие припасы и рекрутов. Первыми колонистами были тайком пробиравшиеся на корабли пассажиры-безбилетники; именно они стали советниками в боевых действиях с применением огнестрельного оружия, и вожди племен стали часто вступать в межплеменные войны. Верховенства закона больше не было. В 1838 г. католические миссионеры навсегда поселились на Нуку-Хива, а в 1842 г. острова Тауата и Дю-Пти-Туар перешли во владение Франции.

Информация об эпидемиях, в основном брюшного тифа и гриппа, на Маркизских островах носит спорадический характер и до 1842 г. содержит мало подробностей. Вероятно, эпидемии затронули только один-два острова, как это было в 1850-х гг. и 1860-х гг. Три раза на островах был голод: в 1797–1798 гг., в 1804 г. (который длился несколько лет) и в 1820 г. [Kellum-Ottino, 1971: 26]. Робарт подсчитал, что в течение года в долине, где он останавливался, умерло от 200 до 300 человек, а на Уа-Поу обезлюдели целые долины [Denning, 1974: 274]. Однако на самом деле это могли быть временные миграции в другие долины. Потери от частых межплеменных войн, чрезмерное пьянство, убийства – иногда мезтью за них были акты каннибализма, который практиковался на Хива-Оа до 1880 г. [Eggiman. Situation...] – но в основном инфекционные заболевания, в частности туберкулез, также стали причиной многих смертей. Более того, женщины обычно подплывали к кораблям, как только те бросали якорь, и как следствие рождаемость сильно снижалась из-за ЗППП.

## Колониальный период

В 1843 г. на Таити уже был установлен мир (однако в боях с противниками захвата власти французами погибло несколько сотен человек), и управлять этим островом было легче, чем Маркизским архипелагом. После захвата власти в 1842 г. непрерывающиеся стычки и битвы вынудили французов отступить с позиций на Тауата [Testard de Marans, 2004: 6–24; см. также Rapport du Commandant..., 1844]. Нуку-Хива также планировалось покинуть, но решение было отменено после принятия проекта строительства центра депортации в 1851 г. Однако за пределами долины Тайохаэ деятельность французской администрации была практически неэффективна. В 1859 г., после восстания племени тайпи (в соседней долине к востоку от Тайохаэ), позиция была брошена, а здания и флаг оставлены на попечение миссионеров. Французская администрация вернулась в Тайохаэ в следующем же году, но на юго-восточную группу островов, в Атуону (Хива-Оа) – только в 1880 г. Однако колониальный контроль над островами все еще был ограниченным. Китайцы, работавшие на хлопковых плантациях, покупали опиум у китайцев на Таити и продавали его жителям Маркизских островов. Пивоварение и продажа алкоголя на Маркизах были объявлены незаконными в 1894 г. – впрочем, без какого-либо эффекта, а затем еще раз в 1903 г. Однако европейцам разрешили покупать спиртные напитки, которые в конечном итоге оказывались в руках местных жителей, а колония производила впечатление брошенной из-за недостатка лодок для межостровного сообщения и из-за изоляции от Таити [Lettre du Gouverneur..., 1903].

## Медицинские услуги

До колонизации вакцинация таитян от оспы была проведена миссионерами в 1841 г. Члены секты Мамая отказались от инъекций, и секта перестала существовать, но в районах, где вакцинация была принята населением, уровень смертности был невысоким. С 1845 г., несмотря на периодическую нехватку вакцин, колониальная администрация проводила кампании по вакцинации против оспы, эффективность которых невозможно оценить, поскольку на остров не было занесено новых случаев болезни [Rapports sur les campagnes...].

В 1845 г. в г. Папеэте открылся военный госпиталь для военно-морского флота, полиции, других европейцев и, со временем, для членов королевской семьи Помаре. Но амбулатория для простых таитян открылась намного позже, в конце 1850-х гг. Она была известна жестоким обращением персонала, и в итоге закрылась в 1865 г. Несмотря на многочисленные просьбы о повторном открытии, поступавшие с 1868 г., таитянам пришлось ждать открытия новой амбулатории до конца 1870-х гг. [Conseil Supérieur..., 1876]. С момента захвата власти французами и до 1880-х гг. сифилис вызывал серьезную озабоченность флотских врачей по поводу состояния здоровья солдат и европейской части гражданского населения [Lettre du Commandant..., 1868; Note pour la Direction..., 1875]; такая же ситуация, вероятно, сложилась и на Маркизских островах, если принять во внимание очень низкий уровень рождаемости там.

Медицинских услуг на Маркизских островах практически не существовало. С момента захвата власти французами в Тайохаэ (о. Нуку-Хива) почти всегда находился только один военно-морской врач, в большинстве случаев не имеющий судна, подходящего для посещения больных на других островах [Testard de Marans, 2004: 50, 56, 165–166]. В отличие от Таити, на Маркизских островах не проводилось кампании по вакцинации. Когда в 1863 г. там разразилась эпидемия оспы, из госпиталя в Папеэте были отправлены вакцины, но было уже слишком поздно. В то время как врачи сообщали, что рождаемость падала из-за высокого уровня мертворождений, администрация считала причиной мужского бесплодия каву<sup>1</sup>. С 1880-х гг. употребление кавы наказывалось французской полицией. В результате люди выпивали больше алкоголя и курили опиум – комбинация, вызывающая необратимые физиологические повреждения.

Обеспокоенная неуклонным сокращением населения Маркизских островов, администрация с 1882 г. начала регистрировать демографические события и решила проводить каждые 5 лет переписи населения. В 1887 г. вице-президент юго-восточной группы островов, самой густонаселенной, вынужден был исполнять обязанности врача; ему дали лекарства и рекомендации по оказанию медицинской помощи. В 1898 г. в Атуоне был назначен врач, но в 1901 г. эта должность была упразднена из-за нехватки средств. Несмотря на несколько заявлений о восстановлении должности, в том числе со стороны губернатора Пети [Lettre du Gouverneur..., 1902; Lettre du Gouverneur..., 1903], на островах юго-восточной группы пришлось ждать до 1923 г., чтобы получить постоянного врача.

Таким образом, за исключением кампаний вакцинации, для полинезийцев не было предусмотрено медицинской помощи на Таити – большую часть периода 1843–1881 гг., в юго-восточной группе Маркизских островов – почти весь период 1842–1923 гг., а на всю северо-западную группу с 1842 г. был всего один врач. В 1923 г. доктор Роллен прибыл на северо-западную группу островов с дезинфицирующими средствами и коллоидным серебром, которое убивает широкий спектр бактерий и микробов и продлевает жизнь больных туберкулезом. Он был один (медсестры не было) и почти каждый рабочий день совершал обходы деревень и поездки на другие острова. Он сообщал о частых случаях туберкулеза и «скрофулеза шейного отдела» (острого воспаления шейных лимфоузлов, обусловленного вирулентными свойствами микобактерии туберкулеза) среди молодежи, что в совокупности составляло 80% всех причин смерти, а также о том, что люди часто умирают от инфицированных ран [Rollin, 1929: 293]. Таким образом, быстрое снижение уровня смертности на 40% между 1923 и 1924 гг. ясно показывает, что большую часть смертей можно было бы легко предотвратить или, по крайней мере, отсрочить с помощью лекарств, доступных с конца XIX в.; для этого было бы достаточно всего одного врача с запасами нужных лекарств. Население Маркизских островов могло бы стабилизироваться на уровне

1 Безалкогольный психоактивный напиток растительного происхождения, используемый на островах Тихого океана во время традиционных церемоний.

4–5 тыс. Более того, если принять во внимание высокую смертность населения репродуктивного возраста, продление жизни людей положительно сказалось бы и на показателях рождаемости.

## Карантин

Хорошо известно, что завезенные болезни (натуральная оспа, дизентерия, грипп и т. д.) уничтожили коренное население Америки, а эпидемии в Тихом океане можно было предотвратить с помощью карантина, уже введенного в первой половине XVIII в. Нью-Йорке (остров Бедлоу) и Бостоне. Таким образом, отказ от карантинных мер, в том числе после того, как мореплаватели и торговцы сообщили о нескольких эпидемиях в конце XVIII – начале XIX вв., является ярким примером халатности первых мореплавателей, миссионеров и колониальной администрации. В ЕФО (Etablissements français d'Océanie, ныне Французская Полинезия) процедуры карантина и дезинфекции (методом фумигации) не применялись до 1860-х гг. и до сих пор часто используются неадекватно. В 1863 г. французский военный корабль репатриировал жителей Маркизских островов, бывших в рабстве на шахтах Перу, на Нуку-Хива и Уа-Поу, хотя некоторые из них были заражены оспой. Изолировали только тех, кто уже заболел.

Грипп 1918 г. на Таити можно было легко предотвратить. Корабли «Навуа» и «Роберта» прибыли из Сан-Франциско, сообщив о двух случаях гриппа и двух смертях. Хотя уже было известно, что случаи «испанки» были зарегистрированы в Калифорнии, власти порта Папееэте не поместили корабли в карантин. Однако ни одной лодке не разрешалось выходить из порта в направлении Маркизских островов, Островов Острал (Тубуаи) и Островов Гамбье [Leriche, 1964: 752–758]. Американское Самоа успешно ввело карантин в 1918 г.

## Последствия эпидемий и постоянной убыли населения

### Таити

Чтобы оценить влияние эпидемий и постоянной убыли, мы пересмотрели нашу среднюю оценку численности населения Таити для 1767 г., равную 110 тыс. [Rallu, 2007: 29–30]<sup>1</sup>, приняв во внимание отчеты миссионеров о демографической ситуации в первые десятилетия после контакта. На Таити было «по крайней мере 11 [эпидемий]» с момента контакта до 1877 г., из которых пять пришлось на 1772–1820 гг.: грипп в 1772, 1774 и 1820 гг., дизентерия в 1790 и 1807 гг. [Martin, Combes, 1996: 360]. Мы предполагаем, что до 1820 г. в годы эпидемий население сокращалось в среднем на 17% в год<sup>2</sup>, в среднем на 5% в каждую из трех эпидемий 1840–1843<sup>6</sup> гг.<sup>3</sup> и на 9,5% во время кори 1854 г. [Rallu, 1990: 233]. Кроме того, мы считаем, что в годы отсутствия эпидемий восстановления численности населения также не наблюдалось из-за детоубийств, человеческих жертвоприношений и войн до 1810-х гг. [Ellis, 1831], но в основном из-за распространения эндемических заболеваний. Таким образом, в нашей новой модели, или

1 По сравнению с нашей предыдущей моделью, восстановление численности населения между ранними эпидемиями не происходит по причинам, описанным в разделе «Восстановление»; динамика больше соответствует уровням и временным рамкам миссионерских и других отчетов.

2 При общем коэффициенте рождаемости в 30‰ (поскольку в конце XVIII – начале XIX вв. показатели рождаемости были занижены из-за практики детоубийств) и коэффициенте смертности в 200‰ (примерно как при гриппе 1918 г.), что кажется приемлемым для ранних постконтактных эпидемий гриппа, так как полинезийцы ранее никогда не заражались подобным вирусом. Однако коэффициенты смертности от дизентерии обычно выше.

3 Натуральная оспа 1841 г. затронула только секту Мамайя.

реконструкции, ежегодное сокращение начинается с 1780 г. с показателя в 0,5% и постепенно увеличивается до 3,0% в 1805–1820 гг., когда миссионеры сообщают о быстрой и постоянной убыли населения. Затем показатель постепенно вернулся к –1,5% в 1845 г. и к –0,5% в 1880 г.

В соответствии с этим сценарием, население Таити в 1800 г. составляло 44,2% от своей численности на момент контакта, а в 1843 г. – только 9,5%. Отметим, что результаты миссионерской “переписи” 1830 г., в которой были переписаны 8 674 таитянина, кажутся существенно заниженными, поскольку наша реконструкция дает для этого года численность, равную 15 300. Более того, результаты переписи дают представление о почти стабильном населении в период между 1830 и 1848 гг., в то время как в 1840–1843 гг. на Таити были зарегистрированы три эпидемии и постоянная убыль населения. Оценка Макартура в 30 тыс. человек в момент контакта приводит к почти одинаковым среднегодовым показателям в 1767–1848 гг. (–1,43%) и 1849–1881 гг. (–1,36%) [McArthur, 1968], что не согласуется с пятью крупными эпидемиями в ранний постконтактный период и со стремительным ежегодным падением численности населения в начале XIX в.

С момента контакта и до 1800 г. основным фактором депопуляции были эпидемии, сократившие население на 41,7% против 24,2%<sup>1</sup> постоянной убыли, связанной с эндемическими болезнями, занесенными в результате расширения контактов. Но в 1801–1843 гг., когда миссионеры сообщали о стремительной депопуляции, главным фактором стали широко распространившиеся эндемические болезни, вклад которых в снижение численности населения составил 67,2% против 34,7% снижения, вызванного эпидемиями (табл. 2).

Ежегодная убыль в среднем на 1% продолжалась в 1844–1881 гг., и, кроме кори 1854 г., в 1847–1877 гг. были отмечены две умеренные эпидемии, которые, согласно данным регистрации актов гражданского состояния, мало повлияли на уровень смертности [Rallu, 1990]. Население в 1881 г. составляло всего 58% от его численности в 1843 г., при сокращении на 9,5% из-за эпидемий и на 35,9% из-за постоянной убыли. Влияние эпидемий становится почти пренебрежимо малым из-за более умеренного характера эпидемий и постепенного повышения иммунитета населения; ежегодная убыль становится менее масштабной, поскольку показатели стремятся к стабилизации, а медицинские услуги периодически становятся доступными для жителей Таити (см. выше).

В целом от момента контакта до 1881 г. (когда было переписано 5960 таитян) убыль населения составляет отношение 18,4:1 (что соответствует 5,4% от его первоначальной численности); только эпидемии вызывали сокращение на 65,5%, а еще 84,3% – ежегодная постоянная убыль. Очевидно, что больший вклад в депопуляцию вносила постоянная убыль с начала XIX в., продолжающаяся более низкими темпами до 1880-х гг. Эти оценки показывают, что отчеты об эпидемиях (хотя, вероятно, и неполные) и умеренные устойчивые темпы убыли населения в диапазоне от 1–3% согласуются с оценкой численности населения Таити примерно в 110 000 человек (или плотности 106 человек/км<sup>2</sup>) на момент контакта. Эта цифра намного выше нашей оценки 1990 г.: 66 150 человек в 1774 г., после гриппа, занесенного экспедицией Бончеа в 1772 г., и, при нашем предположении о 17%-м сокращении вследствие эпидемии, 79 700 человек в момент контакта<sup>2</sup>. Эта оценка была сделана на основе данных о числе воинов с распределением по округам, представленных Тупайя<sup>3</sup>, и о флоте, который увидел Кук в апреле 1774 г. [Rallu, 1990: 221-222].

1  $(1-0,417) \cdot (1-0,242) = 0,442$  (сокращение на 44,2% от исходной численности в 1767–1800 гг.) и т. д.

2 Примечательно, что Бернар Гросса, председатель жюри по защите диссертации автора, попросил перед публикацией исключить эту цифру, потому что считал ее завышенной по сравнению с оценками Макартура [McArthur, 1968] и Оливера [Oliver, 1974], в то время как в настоящее время большинство археологов считает, что она слишком занижена.

3 Таитянский мореплаватель, сопровождавший Д. Кука и других английских путешественников во время их экспедиций в регионе.



**Табл. 2.** Оценки факторов снижения и общего снижения в наших реконструкциях (сценарий с населением Таити в 110 тыс.)

	Динамика <sup>(а)</sup> убыли населения по		Общая убыль*	Относительная убыль	
	периодам в связи с:			Год	Население
	эпидемиями	постоянной убылью			
1767–1800	0,417	0,242	0,442	1767	100
1801–1843	0,347	0,672	0,214	1800	44,2
1844–1881	0,095	0,359	0,58	1843	9,5
1767–1881	0,655	0,843	0,054	1881	5,4
Маркизские острова					
1810–1842	–**	–**	0,399	1810	100
1843–1886	0,163	0,672	0,275	1842	39,9
1887–1924	0,071	0,581	0,389	1886	10,7
1843–1924	0,201	0,861	0,111		
1810–1924	–	–	0,044	1924	4,4

(а) доля населения, оставшегося на момент окончания периода

\* Кол. 3 = (1-кол. 1)\*(1-кол. 2)

\*\* нет данных для оценки факторов

Источник: оценки автора на основании модели реконструкции (см. выше).

## Маркизские острова

Оценки населения Маркизских островов, сделанные мореплавателями, ненадежны, а сведения о ранних эпидемиях неточны и, вероятно, неполны. Нам также не хватает информации о смертях от голода. Поэтому, в отличие от Таити, здесь невозможно реконструировать путь изменения населения до захвата, и мы не можем оценить влияние обоих факторов. Мы предполагаем, что среднегодовой темп снижения составляет 2,0% в 1810–1819 гг. после расширения контактов и 3,2% в 1820–1842 гг.: темпы, наблюдавшиеся для юго-восточной группы в 1886–1925 гг., исключая северо-западную группу, которая почти стабилизировалась с 1906 г. Такой темп привел к сокращению населения до 39,9% от его численности в 1810 г., которая, исходя из нашей оценки в 18 000 человек на момент захвата [Rallu, 1990: 50], составляла 45 000 человек.

Для периода 1843–1886 гг., помимо желчной лихорадки 1855 г. в Уа-Уке [Jouan, 1890: 19] и натуральной оспы 1863 г. в Нуку-Хива и Уа-Поу (табл. 1), мы предполагаем среднегодовое сокращение на 2,5% (близко к 1886–1890 гг.: –2,2%). В 1886 г. население составляло всего 27,5% от его численности в 1842 г., при этом сокращение составило 67,2% из-за постоянной убыли и 16,3% из-за эпидемий, причем первый фактор был несопоставимо более значимым.

Сокращение продолжалось до 1924 г. Дойдя до 38,9% от численности населения в 1886 г., при котором эпидемия 1914 г., ограниченная юго-восточной группой Маркизских островов, объясняет сокращение на 7,1% против 58,1% от постоянной убыли. При численности населения Маркизских островов в 2002 человека в 1926 г. [Rallu, 1990: 54] общий коэффициент депопуляции с 1810 г. достиг 22,7 к 1, или 4,45% от первоначального населения. Основная часть сокращения пришлась на 1842–1924 гг., когда население сократилось до 11,1%, постоянная убыль уменьшила население на 86,1%, а эпидемии – на 20,1%.

В зависимости от воздействия голода и незарегистрированных ранних эпидемий, численность населения на момент контакта в конце восемнадцатого века могла быть значительно выше 45 000, возможно, около 65 000, исходя из оценки плотности Кирха (Kirch), что говорит о суммарном сокращении до 3,1% в год.

## Дискуссия

Вероятнее всего, на общий процесс депопуляции наибольшее влияние оказала постоянная убыль. Хотя на протяжении большей части периода депопуляции на Таити не было эффективных лекарств, ее можно было бы предотвратить, если бы была хотя бы какая-то забота о здоровье полинезийцев с внедрением медицинских услуг – а их не было большую часть времени после захвата. Та же ситуация привела к стремительному сокращению численности населения вплоть до середины 1920-х гг. на Маркизских островах, в то время как эффективные лекарства были доступны в Европе уже с 1890-х гг.

Таким образом, ретроспективный анализ переписей 1848 г. и 1881 г. на Таити, основанный на имеющейся информации о динамике до захвата Францией и относительно умеренных темпах снижения, наблюдаемых со второй половины XIX в., когда иммунитет полинезийцев был выше, чем в первые десятилетия после контакта, дает приблизительную оценку численности населения Таити в 110 000 человек на момент контакта.

Многие археологи, работавшие в Полинезии, утверждают (в личных беседах), что численность населения Таити в 1767 г., скорее всего, превышала 110 000 человек, а некоторые из них считают, что она составляла 200 000 человек, что близко к оценке Кука, поскольку дома представителей низших каст не строились на каменных фундаментах.

По самым скромным подсчетам, при реконструкции контактов на Таити у нас получается оценка в 110 000 коренных жителей: ежегодный коэффициент сокращения составлял 3% в 1805–1820 гг., в то время как отчеты миссионеров сообщают о 6%, что близко к коэффициентам, зарегистрированным на Хива-Оа в 1911–1923 гг. Уровень смертности от гриппа 1918 г. также может недооценивать влияние первых эпидемий гриппа, а дизентерия обычно связана с более высокой смертностью. Существует также некоторая неопределенность в отношении количества ранних эпидемий. Если предположить, что с момента контакта до 1820 г. было шесть, а не пять эпидемий (или что уровень эпидемической смертности был на 20% выше), а устойчивая убыль составляет 6% в 1810–1819 гг., мы получим 180 000 жителей на момент контакта. Этот сценарий увеличивает влияние эпидемий периода 1767–1800 гг. на 20%, а влияние постоянной убыли в 1800–1843 гг. – на 25%. Население в 1800, 1843 г. и 1881 г. составляло 40,2%, 5,6% и 3,3% от его численности на момент контакта, или общее соотношение депопуляции составляло 30 к 1. Таким образом, незначительные изменения, необходимые для приведения нашего сценария в соответствие с ранними миссионерскими отчетами, и более высокая, даже по скромным оценкам, эпидемическая смертность показывают, что цифры при контакте, близкие к оценке Кука, могут согласовываться с данными переписей 1848 г. и 1881 г. Оценка Кука в 204 000 таитян была завышена из-за неточного количества округов: 40 вместо 19 или 21, но флот, собранный в Фааа в апреле 1774 г., возможно, не включал в себя все силы округов, готовившихся к нападению на Мурее [Rallu, 1990: 221–222]. Столь стремительное раннее сокращение также согласуется с другими случаями депопуляции после контакта с европейцами по всему миру [Stannad, 1989: 50–59].

Хотя эти упражнения не могут оценить численность населения Таити на момент контакта, они показывают, что цифры от 110 000 до 180 000 или, в конечном итоге, еще выше, нельзя исключать, поскольку они согласуются с последними археологическими данными о плотности населения и подтверждаются большинством археологов, работающих на этих островах.

История населения островов Тихого океана все еще находится на стадии разработки. Поскольку найти остатки деревянных столбов домов без каменных фундаментов (в которых жили люди с более низким статусом) археологическими методами не представляется возможным, дальнейшие исследования на других полинезийских островах, в том числе в районах, которые имеют экологические ограничения для человеческого поселения, могут улучшить наши знания о доконтактной плотности и численности населения. Палеодемография, палеопатология и остеoarхеология также могли бы рассказать нам больше о распространенности болезней, поразивших полинезийцев после контакта с европейцами.

## Список литературы

- Bailleul M. (2001) Les Iles Marquises, Histoire de la Terre des Hommes du XVIII<sup>ème</sup> siècle à nos jours. Cahiers du Patrimoine: 3. Papeete: ministère de la Culture de Polynésie française.
- Baker J.R. (1928) Depopulation in Espiritu Santo, New Hebrides // The Journal of Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland 58 (1): 279-303. URL: <https://www.jstor.org/stable/4619534?seq=1>
- Beaglehole J.C. (1961) The Journals of Captain James Cook on his voyage of Discovery. Vol.II: The Voyage of the *Resolution* and *Adventure* 1772-1775. London: Hakluyt Society.
- Clavel C. (1884) La dépopulation aux Iles Marquises // Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris 7(3): 490-500. URL: [https://www.persee.fr/doc/bmsap\\_0301-8644\\_1884\\_num\\_7\\_3\\_3385](https://www.persee.fr/doc/bmsap_0301-8644_1884_num_7_3_3385)
- Denning G. (1974) The Marquesan Journal of Edward Robarts, 1797-1824 / Pacific History Series: 6. Canberra: Australian National University Press. URL: <https://openresearch-repository.anu.edu.au/bitstream/1885/114774/2/b13546387.pdf>
- Ellis W. (1831) Polynesian Researches: During a Residence of nearly eight years in the Society and Sandwich Islands. London: Rutland.
- Essays on the Depopulation of Melanesia (1922) / Rivers W.H.R. (ed.). Cambridge: University Press. URL: <http://anglicanhistory.org/oceania/depopulation1922/>
- Hamilton B.K., Kahn J.G. (2007) Pre-Contact Population in the 'Opunohu Valley, Moorea: An Integrated Archaeological and Ethnohistorical Approach. In: Kirch P.V., Rallu J.-L. (eds.) The Growth and Collapse of Pacific Island Societies: Archaeological and Demographic Perspectives. Honolulu: University Press of Hawai'i, 129-49.
- Jouan H. (1890) La dépopulation aux Iles Marquises. Cherbourg
- Kellum-Ottino M. (1971) Archéologie d'une vallée des Iles Marquises. Evolution des structures de l'habitat à Hane, Ua Huka / publication de la Société des Océanistes: 26. Paris: Musée de l'Homme.
- Kirch P.V. (1984) The Evolution of the Polynesian Chiefdoms. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kirch P.V. (2000) On the Road of the Winds: an Archaeological History of the Pacific Islands before European Contact. Berkeley: University of California Press.
- Kirch P.V. (2007) Paleodemography in Kahikinui, Maui: An Archaeological Approach. In: Kirch P.V., Rallu J.-L. (eds.) The Growth and Collapse of Pacific Island Societies: Archaeological and Demographic Perspectives. Honolulu: University Press of Hawai'i, pp. 70-89.
- Kunitz S.J. (1994) Disease and Social Diversity: The European Impact on the Health of Non-Europeans. New York: Oxford University Press.
- Leriche M. (1964) Note sur l'évolution démographique de Tahiti, jusqu'en 1918 // Bulletin de la Société d'Etudes Océaniques 16(199): 741-61.
- Lesson P.A. (1981) Note sur les maladies des indigènes des Iles Marquises en 1844. Manuscrit inédit // Bulletin de la Société d'Etudes Océaniques 18(216): 915-43.
- McArthur N. (1968) Island population of the Pacific. Canberra: Australian National University Press. URL: <http://hdl.handle.net/1885/115018>
- Martin P., Combes C. (1996) Emerging Infectious Diseases and the Depopulation of French Polynesia in the nineteenth century // Emerging Infectious Diseases 2(4): 359-61. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2639926/>
- Marestang M. (1892) La dépopulation aux Iles Marquises // Revue scientifique XLIX(12): 360-6.
- Mathews J.D., Chesson J.M., McCaw J.M., McVernon J. (2009) Understanding influenza transmission, immunity and pandemic threats // Influenza and Other Respiratory Virus 3(4): 143-9. <https://doi.org/10.1111/j.1750-2659.2009.00089.x>
- Meslé F., Vallin J. (1989) Reconstitution de tables annuelles de mortalité pour la France au XIX<sup>e</sup> siècle // Population 44(6): 1121-58. <https://doi.org/10.2307/1533440>
- Molle G., Conte E. (2015) Nuancing the Marquesan Post-contact Demographic Decline: An Archaeological and Historical Case Study on Ua Huka Island // Journal of Pacific History 50(3): 253-74. <http://dx.doi.org/10.1080/00223344.2015.1078065>

- Oliver D.L. (1974) Ancient Tahitian Society. Honolulu: University Press of Hawai'i. <https://doi.org/10.2307/j.ctvp2n5ds>
- Radiguet M. (1882) Les derniers sauvages. La vie et les mœurs aux îles Marquises. Paris: Calman Levy. URL: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k58023848.texteImage>
- Rallu J.-L. (1980) Situation démographique de la Polynésie française // Population 35(2): 385–415. URL: [https://www.persee.fr/doc/pop\\_0032-4663\\_1980\\_num\\_35\\_2\\_18311](https://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1980_num_35_2_18311)
- Rallu J.-L. (1990) Les Populations Océaniques aux 19e et 20e siècles / Travaux et Documents 128. Paris: INED.
- Rallu J.-L. (1992) From decline to recovery: the Marquesan population 1886-1945 // Health Transition Review: 2(2): 177-94. Canberra: Australian National University Press.
- Rallu J.-L. (2007) Pre- and Post-Contact Population in Island Polynesia: Can Projections meet Retrospections? In: Kirch P.V., Rallu J.-L. (eds.) The Growth and Collapse of Pacific Island Societies: Archaeological and Demographic Perspectives. Honolulu: University Press of Hawai'i, 15–34.
- Rice G.W. (2005) Black November: The 1918 Influenza Pandemic in New Zealand. Christchurch: University of Canterbury Press.
- Robertson G. (1948) The Discovery of Tahiti, A Journal of the Second Voyage of H.M.S. Dolphin Round the World. London: The Hakluyt Society.
- Rollin L. (1929) Les îles Marquises. Paris: Société d'Éditions Géographiques, Maritimes et Coloniales.
- Schmitt R.C. (1977) Historical Statistics of Hawaii. Honolulu: The University Press of Hawaii.
- Stannard D.E. (1989) Before the Horror: The Population of Hawai'i on the Eve of Western Contact. Honolulu: American Anthropological Association.
- Tautain L.F. (1898) Etude sur la dépopulation de l'archipel des Marquises // L'Anthropologie 7: 299–318.
- Testard de Marans A. (2004) Souvenirs des îles Marquises, 1887–1888, Etude sur le groupe Sud-est de l'archipel. Paris: Société des Océanistes. <https://doi.org/10.4000/books.sdo.509>
- The Growth and Collapse of Pacific Island Societies: Archaeological and Demographic Perspectives (2007) / Kirch P.V., Rallu J.-L. (eds). Honolulu: University Press of Hawai'i.
- The History of the Tahitian Mission 1799–1830, written by J. Davies, MS London Missionary to the South Sea Islands (1961) / Newbury C.W. (ed.). Cambridge: Hakluyt Society.
- Underwood J. (1973) Population History of Guam: Context of Microevolution // Micronesica 9(1): 11-44. URL: [https://micronesica.org/sites/default/files/population\\_history\\_of\\_guam\\_-\\_context\\_of\\_microevolution-micronesica\\_by\\_underwood\\_j.h.\\_vol.\\_9\\_no.\\_1\\_jul.\\_1973\\_o.pdf](https://micronesica.org/sites/default/files/population_history_of_guam_-_context_of_microevolution-micronesica_by_underwood_j.h._vol._9_no._1_jul._1973_o.pdf)
- Wilson N., Barnard L.T., Summers J.A., Shanks D.G., Baker M.G. (2012) Differential Mortality Rates by Ethnicity in 3 Influenza Pandemics Over a Century, New Zealand // Emerging Infectious Diseases 18(1): 71–7. <https://dx.doi.org/10.3201%2F1801.110035>

## Другие источники информации

*Archives Nationales d'Outre-mer, Océanie*

Conseil Supérieur de Santé de la Marine; Délibérations, 17 janvier 1876. I6 C140

Eggiman. Situation de l'archipel, années 1876–77. A86 C130

Lettre du Commandant des EFO au Ministre de la Marine et des Colonies, 28 janvier 1868;

Lettre du Gouverneur Petit au Ministre des Colonies, 12 avril 1902

Lettre du Gouverneur Petit au Ministre des Colonies, 11 mai 1903. A144 C20

Note pour la Direction des Colonies, 11 mai 1875. I6 C140, Rapport du 1er avril 1894, A143 C16

Rapport du Commandant Collet au Ministère des Colonies, 1er avril 1844. A30 C5

Rapports sur les campagnes de vaccination de l'hôpital de Papeete, 1843–1891. I1 C60

## Сведения об авторе

- Жан-Луи Раллю, старший научный сотрудник Национального Института демографических исследований (Франция), PhD по демографии. E-mail: [rallujl@gmail.com](mailto:rallujl@gmail.com)