

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра философии гуманитарных факультетов  
Кафедра методологии социологических  
и маркетинговых исследований

## **ОБЩЕСТВО РЕМИССИИ: на пути к нарративной медицине**

*Сборник научных трудов*

*Под общей редакцией доктора философских наук,  
профессора В.Л. Лехциера*

Самара  
Издательство «Самарский университет»  
2012

УДК 159.9.07  
ББК 88.4  
О28

Р е ц е н з е н т ы :

д-р филос. наук, проф. философии Европейского гуманитарного университета (Вильнюс, Литва), руководитель Центра исследований по философской антропологии (ЕГУ), гл. ред. журнала «Топос» Т.В. Щитцова;  
канд. ист. наук, науч. сотрудник Института этнологии и антропологии РАН А.А. Ожиганова

О28     **Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине** : сб. науч. тр. / под общ. ред. В. Л. Лехциера. — Самара : Изд-во «Самарский университет», 2012. — 296 с.  
ISBN 978-5-86465-564-1

Сборник посвящен еще не артикулированной в отечественной науке, но крайне актуальной и перспективной в теоретическом и практическом отношении проблематике «общества ремиссии» и «нарративного поворота» в медицине, прежде всего медицине соматической. Издание основано на материалах Российской междисциплинарной научной конференции «Субъективные смыслы болезни: на пути к нарративной медицине» (Самарский государственный университет, 1–2 июня 2012 г.). В книге поднимаются общие гуманитарные проблемы медицинских практик в обществе ремиссии, обсуждаются разнообразные методологические стратегии их исследования, анализируется теория «нарративной медицины» и предлагаются результаты эмпирических исследований нарративов пациентов и врачей. Также предлагается историческая реконструкция литературного освоения некоторых медицинских идей и ролей. В чем особенность страдания от хронических патологий, какими смыслами наделяют пациенты свои болезни, срастающиеся с биографиями, какова должна быть медицинская помощь, адекватная этому страданию, — вот круг вопросов, рассмотренных в книге сквозь призму философии, клинической психологии, социологии, медицинской антропологии, лингвистики.

Предназначен для врачей, студентов-медиков, управленцев в сфере медицины, медиков всех уровней, гуманитариев любого профиля, интересующихся аналитикой медицинских практик и актуальными проблемами человека в современном обществе в целом.

УДК 159.9.07  
ББК 88.4

*Книга издана при финансовой поддержке ООО «Майс Партнер»*

ISBN 978-5-86465-564-1

© Авторы, 2012  
© Самарский государственный университет, 2012  
© Оформление. Издательство «Самарский университет», 2012

## СОДЕРЖАНИЕ

|  |     |
|--|-----|
| Предисловие: Быть услышанным...  | 4   |
| <b>Раздел I. Общество ремиссии: методология, проблемы, практики</b>  | 11  |
| <i>Тхостов А.Ш., Нелюбина А.С.</i> Обыденные представления о болезни в структуре идентификации пациента и врача как предиктор выбора пациентом способа лечения (на модели сердечно-сосудистых заболеваний) | 12  |
| <i>Михель Д.В.</i> Медицинская антропология: фокусируясь на здоровье и болезни   | 34  |
| <i>Жура В.В.</i> Взаимодействие картин мира врача и пациента в ходе медицинской коммуникации и способы их экспликации  | 54  |
| <i>Ковалюнус Н.В.</i> Болезнь в пространстве медицинского дискурса   | 66  |
| <i>Ивков Б.</i> Нарратив хронического больного как траектория страдания  | 71  |
| <i>Хайдарова Г.Р.</i> Функции боли в культуре и боль как функциональное расстройство   | 85  |
| <i>Михель И.В.</i> Роль биоэтики в обсуждении вопроса о ресурсах и границах биомедицины в лечении хронических заболеваний  | 94  |
| <b>Раздел II. Болезнь, рассказ и медицинские институты: теория и эмпирические исследования</b>   | 109 |
| <i>Лехциер В.Л.</i> Нарративная медицина: светлая утопия доктора Риты Шэрон?   | 110 |
| <i>Здравомыслова Е.А., Темкина А.А.</i> Доверие и сотрудничество врача-гинеколога и пациентки  | 124 |
| <i>Готтлиб А.С.</i> Субъективные смыслы болезни, их реализация в отечественных медицинских практиках: опыт эмпирического анализа   | 169 |
| <i>Андреев А.Н.</i> Переживание жизни с ВИЧ в ходе нарративно-биографического интервью   | 192 |
| <i>Слоева Е.А., Смирнова Д.А., Кувшинова Н.Ю.</i> Речевое поведение пациентов с невротическими депрессиями   | 203 |
| <b>Раздел III. Медицина в зеркале литературы</b>   | 217 |
| <i>Богданов К.А.</i> Зубодеры-ораторы, зубоскалы-писатели: стоматология в русском фольклоре, литературе и массовой культуре XVIII–XIX вв.  | 218 |
| <i>Сакрэ Н.</i> Из истории медицинских теорий XIX века и их отражение в русской литературе   | 256 |
| <b>Раздел IV. Переводы</b>   | 275 |
| <i>Маттингли Ч., Гарро Л.</i> Нарративные повороты   | 277 |
| <i>Сведения об авторах</i>   | 290 |

# **РАЗДЕЛ I**

## **ОБЩЕСТВО РЕМИССИИ: МЕТОДОЛОГИЯ, ПРОБЛЕМЫ, ПРАКТИКИ**

*Александр Тхостов, Анна Нелюбина\**

**ОБЫДЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О БОЛЕЗНИ В СТРУКТУРЕ  
ИДЕНТИФИКАЦИИ ПАЦИЕНТА И ВРАЧА КАК ПРЕДИКТОР  
ВЫБОРА ПАЦИЕНТОМ СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ  
(НА МОДЕЛИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ)\*\***

В современном цивилизованном мире оказание медицинской помощи регламентируется федеральными законами о правах пациентов, опирающимися на различные декларации, хартии о правах пациентов и Устав ВОЗ<sup>1</sup>. Все они в качестве ведущего права пациента признают право на самоопределение и принятие независимого решения относительно своего здоровья. Врач обязан реализовать и другое право пациента – на информацию о заболевании, способах лечения, последствиях принятого пациентом решения. В качестве документального подтверждения пациенту предлагается подписать информированное согласие на процедуры диагностики и лечения.

Во всех декларациях подчеркивается, что **информирование** пациента должно варьироваться в зависимости от его этнических, религиозных, языковых особенностей и уровня образования, а также сказано, что объяснение врача должно быть **понятно человеку без медицинского образования**. Если же, по мнению врача, пациент не в состоянии «принимать рациональные решения», то право на принятие решения переходит к его дееспособным родственникам.

И здесь только формальной точки зрения на принятие решения о лечении становится недостаточно, поскольку в этот процесс вмешиваются индивидуально-психологические характеристики пациента: страхи, переживания, психологические защиты, субъективные представления о болезни и пр. И «принимать рациональные решения» о выборе лечения даже психически и интеллектуально здоровому, образованному пациенту не так-то просто.

Человек без медицинского образования в ситуации болезни вынужден принимать решения в области, в которой он не является экспертом, где он чувствует себя некомпетентным и даже, несмотря на усилия врача, недостаточно информированным. Дефицит информации о болезни и действии лекарств восполняется с помощью ближнего социального окружения, СМИ (включая передачи с участием народных целителей и публикации их советов по лечению и оздоровлению), вир-

---

\* © Тхостов Александр, Нелюбина Анна, 2012

\* Работа выполнена при финансовой поддержке гранта РГНФ, проект №11-06-00257а

туального общения в сети Интернет (форумов, где общаются пациенты с разными заболеваниями и делятся друг с другом способами лечения и впечатлениями о применении различных лекарств), собственных размышлений по поводу самочувствия (часто не отражающего объективного состояния здоровья, например, феномен плацебо).

Эффективность медицинской помощи и лекарственных препаратов определяется, таким образом, не только ее объективной доступностью населению и ресурсами здравоохранения, но и субъективными факторами, такими как готовность пациента вовремя обратиться за медицинской помощью и следовать лечебным назначениям (обозначаемая термином «комплаенс»). COMPLAINT, или приверженность к лекарственной терапии, – одна из наиболее востребованных тем за последние 5–7 лет в различных областях медицины (соматической клинике, психиатрии), социологии (в частности, социологии медицины) и психологии (клинической, социальной, и психологии здоровья). И каждая из перечисленных научных областей вкладывает свое понимание в объяснение причин noncompliance (низкой приверженности к лечению) и его преодоления и пользуется своими объяснительными концепциями.

Традиционно в нашей стране проблематика COMPLAINT, или приверженности к лечению, находится в сфере интересов врачей, чаще соматической практики. Соответственно меры по повышению приверженности предлагаются чаще дидактические, где учителем и наставником пациента является врач, требования которого необходимо беспрекословно выполнять, но который берет на себя полную ответственность за жизнь и здоровье «ребенка-пациента». Не случайно в нашем обществе наиболее популярна как среди врачей, так и среди пациентов патерналистская модель взаимодействия врача и больного<sup>2</sup>.

Чисто медицинский взгляд на проблему отклоняющегося поведения соматически больных не позволяет воздействовать на пациента кроме как обучающими методами – «школы больных», «группы встреч» [20; 25]. Сохраняя за врачом решающую роль в принятии решения в ситуации болезни, авторы предлагают дать пациенту инструмент контроля над ситуацией болезни, что должно повысить его автономность и ответственность, а следовательно, и приверженность лечению, но после завершения обучения в «школе здоровья» или выхода из-под непосредственного контроля врача (выписки из больницы) пациенты склонны нарушать лечебные рекомендации или бросать лечение.

Социологический подход (социология болезни и здоровья как часть социологии медицины) к поведению человека в болезни понимает болезнь и субъектов лечебного процесса с точки зрения общественных отношений: ролей (пациента, врача, родственника больного), социально-экономического статуса больного, этнических традиций и верований, общественных норм поведения и отношения к болезни, социо-

культурных ценностей, стереотипов поведения, вторичных выгод, качества жизни и удовлетворенности оказания медицинской помощью и т. д. [18; 21; 22; 23; 26]. Поведение социально адаптированного больного должно быть рациональным. Если пациент не рационален, а его поведение неадекватно, значит, он либо не до конца информирован, либо на него оказывает негативное влияние социальное окружение (ближний круг или общество), либо он психически неполноценен.

Психиатрия рассматривает поведение соматически больного с точки зрения проявления у него патологических реакций на заболевания, связанных с интоксикацией головного мозга либо психопатизацией личности при хроническом заболевании. Патологические реакции (тревожно-депрессивные и т. д.) предлагается корректировать медикаментозными средствами, привлечением родственников, рациональной психотерапией и др. Адекватной реакцией признается лишь полный инсайт болезни и добровольное следование рекомендациям врача.

Западная клиническая психология и в большей мере психология здоровья, а также новое отечественное направление «социальная психология здоровья» методологически опираются в этом вопросе на теорию социальных представлений и ее последователей в области изучения социальных представлений о болезни и здоровье, основанных на здравом разуме. Наиболее часто современные исследователи социальных представлений о болезни используют теории I.M. Rosenstock (1974), G.D. Bishop (1991) и H. Leventhal (1992)<sup>3</sup> [16; 19; 23; 24].

В исследованиях пациентов разных нозологических групп акцент делается на информированности пациента (в основном это понимание пациентом того, что вредно при его заболевании, а что полезно), представления о тяжести болезни, о барьерах, которые она налагает, а также на связанных с репрезентацией болезни (*illness representations*) феноменах, таких как качество жизни, стиль жизни больного, удовлетворенность лечением, самоэффективность (*self-efficacy*), саморегуляция при помощи воздействия на симптомы (*self-regulation and self-management*), мотивация к самосохраняющему поведению (*self-care behaviour*) и т. д. [17; 20; 22].

Представления о болезни и связанные с ними представления о лекарствах и лечении (*representations of medication and treatment*) широко исследуются на примере различных нозологий. Основной метод – тест-опросники (например, 4-item Medication Adherence Report Scale (MARS); eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS); Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM 1); Beliefs About Medicines Questionnaire (BMQ); European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale; York Angina Beliefs Questionnaire; Illness perception questionnaire (IPQR) и др.), содержащие утверждения-вопросы о том, считает ли возможным пациент пропустить прием лекарства, уменьшить дозу, видит ли связь

между приемом препарата и болезненными симптомами, опасается ли вредного воздействия лекарств, удовлетворен ли качеством лечения и т. д.<sup>4</sup>

В данной работе мы предлагаем содержательно дополнить исследование когнитивных факторов выбора пациентом способов лечения, опираясь, с одной стороны, на исследования в рамках отечественной концепции внутренней картины болезни [7; 10] – представления о связи ее интеллектуального (знаний о болезни) и сензитивного (ощущений, вызванных заболеванием) уровней, а с другой стороны, на концепцию обыденного сознания [11] и аспекты теории Л.С. Выготского об обыденных, житейских понятиях о реальности [2], а также развитии его идей Е.В. Субботским [9].

Интеллектуальный уровень ВКБ, тесно связанный с ощущениями, чувствами и мотивацией поведения больного, по нашему мнению, представлен в основном житейскими, обыденными представлениями о болезни, здоровье, строении и функционировании человеческого тела. Для человека без медицинского образования абстрактные понятия, такие как холестерин, повышенное артериальное давление, уровень сахара в крови, слишком сложны для понимания. «Обыденный человек», присваивая научные знания, неизбежно их упрощает и тем самым искажает. Стремление человека адаптировать научные знания, сделать их понятными, порождает поп-науку – науку для массового сознания, для обывателя [14].

Обыденное сознание (сознание обывателя) выполняет свои функции, делая мир понятным. Для этого оно упрощает, огрубляет реальность, в нем, как в призме, преломляются научные знания и концепции, которые понимаются конкретно и наглядно, иными словами, специальные научные знания популяризуются. Но такое «полузнание», возникшее из-за популяризации для непрофессионалов специальных научных понятий, неизбежно включает в себя иллюзии [11; 14]. Все же, несмотря на свою ненаучность, житейские, обыденные объяснительные модели реальности имеют достаточную предсказательную и объяснительную эффективность в повседневной жизни и выполняют адаптационную функцию, делая мир более понятным и контролируемым.

Обыденное сознание понимается в психологии как уровень индивидуального сознания, «составной элемент сознания, занимающий положение медиатора по отношению к общественному и индивидуальному сознанию; по отношению к мифологическому и научному отражению мира; по отношению к бессознательному и рефлексивному сознанию» [11, с. 120].

В «живой» психике человека, в индивидуальном сознании присутствуют элементы всех уровней – мифа, обыденного сознания и рационального знания, выполняющие собственные функции. Функции мифа



и рационального знания похожи, они заключаются в снятии противоречий, построении непротиворечивой картины мира. Но, по сравнению с рациональным знанием, функция обыденного сознания – это адаптация к реальности, упрощение сложного, объяснение непонятного [11, с. 123]. Обыденное сознание, как и миф, выполняет объяснительную функцию, делает мир понятным.

Состав обыденных знаний очень многообразен и выходит за пределы любой узкоспециализированной профессиональной области. И хотя содержание обыденного сознания в основном нерационально, оно активно присваивает и научные знания. Поэтому все широко распространенные знания становятся обыденными. В этом плане, например, медицина всегда связана с мифотворчеством<sup>5</sup>.

Содержание обыденного сознания в целом основано на житейских понятиях, которые в онтогенезе предшествуют научным и, в отличие от последних, формируются спонтанно. В таком случае обобщение, как показал Л.С. Выготский, строится по типу комплексов (синкретов) [2]. Комплексное мышление завершается формированием псевдопонятий, которых достаточно для бытового общения и решения повседневных практических задач [11].

Обыденное сознание близко по структуре к мифологическому, поэтому оно обладает сходными с ним свойствами [11, с. 92]. Перечислим их.

Во-первых, особенностью обыденных представлений являются их малая осознанность, трудность рефлексии и полная убежденность индивида в их истинности. Они имеют неявный, имплицитный характер, но в то же время не являются полностью бессознательным. Обыденные представления составляют своеобразный «корпус очевидностей»: «Это так, потому что так оно и есть» [11, с. 92].

Во-вторых, обыденное сознание имеет вероятностный характер и основывается на логике, согласно которой все может быть [5, с. 127]. Это значительно расширяет границы возможного и порождает веру человека в чудеса [14]. Это мышление непосредственное, основанное на эмоциональном отношении, не разделяющее четко мир на субъективное и объективное [3; 4; 12], поэтому для его носителя «все, что волнует, то и существует в реальности»<sup>6</sup>. Обыденное сознание терпимо к противоречиям, т. е. может сочетать различные представления, не сочетаемые с логической точки зрения. В отличие от обыденного, мифологическое мышление к противоречиям безразлично (Л. Леви-Брюль назвал этот феномен «пралогичностью» мышления).

В-третьих, обыденное сознание, как и мифологическое, может формировать понятия, складывая отдельные разнородные впечатления в единое целое, часто основываясь на несущественных связях между ними [4]. Чтобы подчеркнуть эту специфику у мифологического мышления,

К. Леви-Строс использовал специальный термин «интеллектуальный бриколаж».

Еще одной особенностью является неправильное применение закона причинности, когда смешивается предшествующее событие (обстоятельства) с причиной. Оно выражено в принципе подобия, подразумевающего, что следствие похоже на свою причину. К. Леви-Строс характеризовал этот феномен как частный случай ошибки в рассуждении — *post hoc, ergo propter hoc* — *после чего, значит, вследствие чего*, он подчеркивал, что описанный феномен встречается и у современных людей.

Кроме принципа подобия мифологическое мышление основано на принципе сопричастности. Согласно нему вещи, которые хоть раз пришли в соприкосновение друг с другом, продолжают взаимодействовать на расстоянии после прекращения прямого контакта. Например, запрет на прикосание к больным местам у другого человека или его вещам, поскольку болезнь может «перейти» на прикасающегося.

Мифологическое знание выносится за скобки таких понятий, как оппозиция «истинное — ложное», поэтому оно не поддается опытной проверке [1; 12]. Если мифу не находится соответствия в действительности, то в этом вина действительности (которая начинает препарироваться и подгоняться под уже сложившийся миф). С этой точки зрения, миф неуничтожим, возможна лишь смена одного мифа на другой [5].

В последнее время появились представления о несводимости современного мифологического мышления к архаическому [5]. С утверждением естественнонаучного объяснения мира обыденное сознание включило в себя его положения, и произошла ремифологизация знаний. Например, представления о злых духах, божествах заменились на идеи о вредоносных человеческому организму агентах: микробах, бактериях, вирусах. Но «для образованного человека отнюдь не все возможно, а только то, что соответствует его мифологии... Этим принципиально отличается образованная мифология от мифологии необразованной .... <образованный> человек свою иррациональную веру пытается окружить разнообразными интеллектуальными подпорками, создаваемыми из аргументов, которые он черпает в своем образовании... Эта рационализация иррациональности и является образованным мифом» [5, с. 674–675].

Итак, мы видим, что обыденные представления по своим свойствам и закономерностям близки к мифологическим верованиям, хотя и не тождественны им. В то же время, как мы говорили выше, обыденное сознание активно заимствует научные понятия, упрощая и искажая их. И здесь мы обратимся к работам, показывающим, что граница между рациональным и иррациональным в сознании современного человека

не является косной, напротив, она достаточно гибкая и может существенно сдвигаться при определенных условиях.

Этот вопрос о соотношении рационального и иррационального в истории изучения мышления решался по-разному. Е.В. Субботский [9] предлагает различать два основных таких подхода (модели). К первой модели («Испарения») близка модель Ж. Пиаже, в которой новые структуры по мере взросления заменяют в сознании ребенка старые. Модель его оппонента Л.С. Выготского близка к другой модели («Включение»), при которой происходят слияние и взаимообогащение структур обоого типа. Данные модели не могли объяснить такие феномены как веру в магическую или физическую причинность и в перманентность или неустойчивость физического объекта.

В понимании Е.В. Субботского разделение реальности на обыденную и необыденную помогает объяснить сосуществование и даже конкуренцию архаических и рациональных структур сознания. Обыденная реальность есть реальность бытовая, реализуемая на уровне практических действий. В отличие от нее, необыденная реальность относится к уровню рассуждений и касается сторон реальности, манипулирование с которыми (практические действия) невозможно или ограничено. В ряде экспериментов изучалась возможность использования магического способа объяснения реальности детьми и взрослыми, принадлежащими к разным культурам.

Для объяснения этого феномена вводится понятие о двух уровнях поведения — «вовлеченном» и «невовлеченном». Под «вовлеченным поведением» подразумевается сильная мотивированность субъекта, а «степень вовлеченности» в ситуацию коррелирует с уровнем магической причинности. В своих экспериментах ему удалось продемонстрировать, что даже у взрослых представителей современной западной культуры грань между обыденной и необыденной реальностями растворяется, как только «степень вовлеченности» достигает критического предела. После пересечения этой границы взрослые люди ведут себя так, как если бы магия существовала реально [9, с. 97].

Магическое (иррациональное) мышление актуализируется у взрослого, образованного, психически здорового человека при ряде условий. Это стрессовый характер ситуации, обладающей потенциальной угрозой для жизни и здоровья человека; отсутствие социальной поддержки; неопределенность ситуации (ее последствий для человека)<sup>7</sup>; его полная вовлеченность (включенность) в ситуацию, а также аффективная или личностная значимость ситуации для него [9]. В этих условиях даже физически здоровые испытуемые — европейцы демонстрируют соскальзывание с рационального на магическое (феноменологическое) осмысление ситуации. В экспериментах Е.В. Субботского у них возникали хорошо описанные в литературе «феномены Пиаже», свидетельствующие о феноменологическом мышлении. Оно может

проявляться через психологические защиты: в виде снижения возможности правильной оценки ситуации, стремления уйти от рационального понимания ситуации, уменьшения уровня критичности. Ситуация болезни отвечает всем перечисленным условиям.

Если рассматривать ситуацию болезни как особую ситуацию в жизни человека, особенно, если это заболевание хроническое [7], нетрудно заметить, что оно отвечает всем перечисленным условиям актуализации иррациональных представлений о реальности, что патологически сказывается на поведении пациента в ситуации болезни и, в частности, на выборе им стратегии лечения.

Итак, соединение концепции обыденного сознания и современных представлений о сосуществовании и конкуренции в сознании рациональных и иррациональных компонентов и условиях актуализации иррациональных представлений позволяет объяснить многочисленные факты нерационального поведения психически здоровых людей в ситуации болезни, обращение их к нетрадиционным методам лечения и соответствующим врачевателям, самолечению, полаганию на судьбу и пр. А знание условий, вызывающих смещение границы допустимого, дает возможность скорректировать поведение человека в ситуации болезни, устранив или сгладив действие этих условий. Так, возможно сделать ситуацию болезни более понятной (пусть на уровне обыденного сознания, в огрубленном, наглядном, конкретном виде) и более предсказуемой (за счет инструментов контроля болезни: домашний тонометр, дневник самонаблюдения, пошаговые инструкции действий при гипертоническом кризе и т. д.).

Далее мы бы хотели обобщить и типологизировать разнородные обыденные представления о болезни, лечении и здоровье, циркулирующие в современном обществе. Источниками для их изучения служат популярные книги и статьи по лечению и оздоровлению организма, анализ рекламы лекарств, биологически активных добавок, пищевых и косметических продуктов, клиническая беседа со здоровыми и больными людьми.

Как мы уже показывали, обыденное сознание по своей структуре и свойствам хоть и не тождественно мифологическому, но во многом ему близко. Мифологических представлений о болезни, по замечанию М. Элиаде, являются одними из самых древних [13]. И хотя с научно-техническими достижениями в медицине современное мифологическое мышление (своеобразно присваивая эти достижения) и меняется по содержанию, в сравнении с архаическим, но по структуре оно остается все тем же и все также терпимо к противоречиям [1].

При попытке классифицировать современные мифы о болезнях мы сталкиваемся с невозможностью сделать четкое разграничение между ними, поскольку верования тесно переплетены и связаны друг с другом. При этом наличие какого-то одного мифологического представ-

ления отнюдь не исключает веру человека в противоположный (с точки зрения формальной логики) миф.

Мы выделяем следующие **типы обыденных представлений о болезнях и здоровье** [6; 10]: органические, сакральные и психологические, но все они имеют механистическое устройство. Даже психологические и сакральные мифы описываются при помощи механистических моделей. Например, человеческое тело представляется некой машиной, нуждающейся в периодической починке и замене деталей. В рамках сакрального мифа хотя и присутствует идея энергетического тела, но оно состоит из «психоэнергетических каналов», которые могут закупориваться как сосуды в физическом теле и которые необходимо прочищать. Психологические мифы часто основаны на механистических компьютерных моделях: «часто повторяемые плохие мысли оставляют следы в подсознании, которые через нервную систему вызывают изменения физического тела», «выхлопы негативных мыслей оседают на человеке и через кожу проникают вовнутрь».

Поскольку, как мы уже отмечали, обыденные представления тесно связаны с мифологическими верованиями, мы для краткости будем называть эти группы представлений современными **мифами болезни и здоровья**.

Источниками для изучения мифов болезни служат популярные книги и статьи по лечению и оздоровлению организма, анализ рекламы, клиническая беседа со здоровыми и больными людьми.

**Органические мифы болезни** — наиболее обширная группа мифов болезни и здоровья касается представлений о болезнях как о различных неполадках в организме. В них включаются механистические, биологические и психофизиологические мифы, среди которых можно выделить собственно органические и природные (натуралистические) мифы.

В первом случае организм понимается как своеобразный механизм, а болезнь — как его поломка. В качестве объяснительных используются такие модели функционирования организма, как гидравлическая модель, модель «парового котла» и др. [10]. Используются обыденные знания о строении и функционировании человеческого организма: «тело воспринимается <пациентами> как сгусток канатов, шестеренок и переходных блоков. И чтобы его вылечить, в одном месте надо подтянуть, в другом — ослабить, в третьем усилить. Любой медицинский инструмент не вызовет ужаса у такого пациента, а только удовлетворит его — все идет так, как он себе представлял» [8]. Диагностика и лечение представляются пациенту в виде использования множества специальных анализов, оборудования, современных лекарственных препаратов, уколов, капельниц, хирургического вмешательства. Носитель такого мифа ориентирован на «объективные методы исследования» —

без данных кардиограммы, УЗИ, анализов, у него не возникнет ощущение, что лечение началось [8; 10].

Лечебное воздействие на организм основано на процедурах очищения, насыщения, восстановления и исправления, которые могут выражаться и в высокотехнологических, и в бытовых, «народных» методах. Так, представление о насыщении организма выражается в пополнении его витаминами и питательными веществами. Мифы восстановления – в ремонте «сломавшихся» органов (организма в целом) или их исправлении. Мифы очищения чаще всего основаны на выводе из организма токсинов и шлаков (которые понимаются как отложения, «накись», камни, «ксерогели» или просто «сгущенное»)⁸. К мифам очищения можно отнести и мифы стерильности – полное уничтожение бактерий и микробов. Рассмотрим их подробнее.

**Миф насыщения (питания)** опирается, с одной стороны, на персонафикацию тела (и его отдельных органов и частей – кожи, глаз, волос, ногтей и т. д.), которое подается как голодное или даже истощенное. В качестве «питания» предлагаются различные витамины и минералы или просто «питательные вещества». Например, рекламный лозунг одного из кардиологических препаратов: «Питание для сердца» или реклама биодобавки для улучшения зрения: «Накормите Ваши глаза черникой».

С другой стороны, тело человека или его части рассматриваются как растение, нуждающееся в удобрении. Последние представления легче всего увидеть в рекламе средств для поддержания эстетически привлекательного вида волос, ногтей, кожи. Кремы, декоративная косметика воздействуют на тело снаружи, проникая в верхние слои кожи и «питая ее». Но они могут проникать и в более глубокие слои – анти-возрастные кремы для лица регенерируют кожу и «заставляют расти новые клетки» из базового, глубинного слоя эпидермиса; волосяные луковички понимаются как корни растения, а сами волосы – как «полные жизни» [1; 10].

Так, в рекламе косметических средств по уходу за телом до сегодняшнего дня господствуют мифы, обыгрывающие представление о сверхглубоком проникновении в организм и о сверхтекучести материалов. Об этом феномене писал еще Р. Барт: «Ныне грязь не просто смывается с поверхности вещей (и в том числе кожи человека), но изгоняется из самых потаенных ее укрытий» [1, с. 125]. В научнообразных пояснениях косметическое средство наделяется «глубинно-очистительным или глубинно-питательным свойствами», т. е., по выражению Р. Барта, «всячески просачивается внутрь». При этом кожа понимается как живая оболочка, но которая не вечна и подвергается старению, высыханию и повреждению. «Именно поэтому ее так легко представить вырастающей из неких глубинных корней, которые в рекла-

ме некоторых препаратов называются базовым регенерирующим словом» [1, с. 125].

В этих обыденных представлениях мы видим отголоски мифов о «живой воде» или «молодильных яблоках». Их роль выполняет сочетание воды (кожа должна быть хорошо увлажнена, чтобы оставаться молодой) и жира (который имеет совсем другую консистенцию и оказывает «питательный эффект»). Здесь мы можем вспомнить представления о человеческом организме как о машине, детали которой должны быть смазаны маслом. Сочетание несочетаемого (жира и воды) решается через идею вещества-проводника, с помощью которого вода попадает в недра кожи.

**«Волшебные» вещества.** Реклама лекарственных и нелекарственных лечебных препаратов, косметики и даже продуктов питания изобилует загадочными для обывателя названиями – «биофлаваноиды», «энзимы», «индолы», «фитоэстрогены цимицифуги», «ретинол», «гилауриновая кислота» или же просто некие «активные действующие вещества» / «активные соединения», сущность которых не совсем ясна непрофессионалу, подаются человеку как спасительные вещества. Обычно «волшебство» этих веществ объясняется соединением инновационных технологий и природных компонентов (например, экстрактов растений).

**Питание и лечение.** В рекламе мы также встречаем объединение продуктов питания и лекарственных препаратов. Например, продукты питания наделяются лечебным эффектом. Обычные продукты, такие как кефир, йогурт, сок, подсолнечное масло, наделяются функциями лекарства – снижают холестерин, повышают иммунитет, улучшают микрофлору кишечника и его перистальтику, возвращают человеку бодрость, мышечный тонус и т. д. Таким образом, поддерживается миф о здоровом образе жизни: вместо лекарств – полезные продукты питания.

Одной из разновидностей мифа насыщения является **миф увлажнения** (восполнения утерянной влаги). Но вода понимается двояко. С одной стороны, «без воды невозможна жизнь», она и насыщает, и очищает организм. В рекламе питьевой воды (в том числе сладких, газированных напитков), увлажняющих кремов и лосьонов, иногда духов вода показывается как важнейший и необходимейший элемент для жизни, без которого невозможно функционирование организма, либо его внешний вид претерпевает неэстетические изменения. Ассоциативный ряд в рекламах питьевой воды выглядит примерно так: природная, чистая, без побочных эффектов, дешевая, является лекарством и в то же время эффективное средство для поддержания и улучшения здоровья, предотвращения болезней, выведения шлаков, снижения лишнего веса, снятия похмельного синдрома.

С другой стороны, вода вместо «живой» может стать «мертвой», вредной, и тогда она вписывается в **миф очищения**. Так, например, в рекламе препаратов для похудения тело понимается как предмет намокший, впитавший излишнюю влагу, которая его отяжеляет, затрудняет функционирование (замедляет обмен веществ). Обывателя убеждают в необходимости избавиться от лишней жидкости, «отжать, как губку», произвести «дренаж тканей организма», вывести «лишнюю воду»: «Жировые клетки перегружены застоявшейся жидкостью, все обменные процессы в них замедляются. Из-за этого эффективность всех диет и процедур по сжиганию жира резко снижается – необходим глубокий дренаж жировой ткани, который избавит от отеков, одутловатости и снизит вес». Также в одной из современных линий дорогой косметики вода понимается как вредный для кожи раздражитель, который лучше заменить тониками и увлажняющими эмульсиями на «натуральных компонентах».

В основе **мифа очищения** лежит идея о том, что болезнь вызывает «засорение», «загрязнение» организма или его отдельных частей. Поэтому лечение и профилактика заболеваний понимаются как «очищение». Очищение, как мы уже говорили, может быть поверхностным, например, как в рекламе комплекса для промывания носа. «Промывание – действительно уникальная возможность предотвратить болезнь. Вирусы поражают вас не мгновенно, а преодолевают защитные барьеры спустя 4–8 часов после попадания в нос, тем самым вызывая заражение. В этот промежуток времени их можно просто смыть, не допустив проникновения в организм, и болезнь в большинстве случаев не наступает».

В современном обыденном сознании сохраняется персонифицированное представление о болезни, при котором источником болезни представляется злой дух или другой человек, и даже микроб наделяется человеческими свойствами [10]. «Вражескими агентами», носителями болезни для обыденного сознания выступают микробы, бактерии, вирусы, токсины, аллергены. Они либо оседают на поверхности тела и их, соответственно, можно просто механически смыть, либо проникают вглубь организма с едой, дыханием, через кровь и могут быть выведены из организма путем его очищения.

Сосуды или внутренние органы, которым приписывается постепенное, вызванное естественными причинами накопление, «оседание» в них вредных веществ (печень, почки, легкие), нуждаются в изгнании «грязи» из самых потаенных уголков тела. Рекламируются различные препараты, способные расщепить «вредоносный осадок» на стенках сосудов, «растворить» холестериновые бляшки, «очистить» печень и т. д.

**Миф защиты, восстановления.** Главным, обобщенным врагом здоровью и источником болезни называется внешний мир, окружающая среда. Мир грозит человеку плохой экологией, магнитными бурями, болез-



нями цивилизации, модифицированными продуктами и т. д. Для сохранения здоровья обывателя призывают защищаться от вредностей окружающей среды. Человек может выставить внешнюю защиту, применив антибактериальное мыло, чистящие средства, «убивающие все известные микробы» (миф стерильности), «антибактериальные» влажные салфетки, защищающие, как «перчатки» или «скафандр».

С другой стороны, можно при помощи различных иммуностимулирующих и иммуномодулирующих препаратов создать защиту внутреннюю — иммунитет. Иммуностимулирующие препараты в рекламе защищают человека от вредной экологии, повышают устойчивость к болезням, выносливость, ускоряют адаптацию и акклиматизацию, т. е. превращают организм в хорошо укрепленную крепость.

При доминировании в обыденном сознании **природных мифов** именно природа видится человеку универсальным целительным средством. Люди, верящие в этот миф, ориентированы на лечение травами, продуктами природного происхождения, целебными грязями, источниками. Представления о терапевтическом воздействии живой природы на человека могут принимать и следующие формы: энергетическое воздействие — теплом, электричеством, магнетизмом; биоэнергетическое воздействие — флюидами и энергиями (человеческие эмоции); воздействие на уровне космических, вселенских связей<sup>9</sup>.

Природные мифы апеллируют к так называемому «натуральному», названному М. Элиаде стремлением «назад к Природе» — стремлением современных обществ «вернуться к истокам, как древнему, истинному и более могущественному знанию» [13, с. 31]. Носителю такого мифа может понравиться реклама продуктов питания без консервантов или пароварка, в которой готовится «натуральная еда».

Часто миф «натурального» используется в рекламе различных нелекарственных средств, но позиционирующихся как лекарства. Обычно подчеркивается, что препарат, не являясь лекарством, тем самым как бы выигрывает — «не является лекарством, а значит, и не имеет побочных действий». Конечно, факт (не является лекарством) никак не связан со следствием (не имеет побочных действий), но отсутствие между ними причинно-следственной связи игнорируется обыденным сознанием. «Натуральное» часто связывается с растительным, на что дополнительно указывается — «растительное средство для нормализации состояния щитовидной железы на основе лучших народных рецептов», «на основе экстрактов растений». Здесь мы снова встречаемся с идеей «древних, тайных знаний», сохраненных в народе, а значит, настоящих. Им также приписываются такие качества, как действенность, простота, дешевизна и безопасность. Вторым преимуществом, которым в рекламе наделяются нелекарственные препараты, является «мягкость», безопасность действия, в противовес грубому, сильному действию «химии» медикаментозных препаратов: «позволяет мягко нор-

мализовать уровень гормонов щитовидной железы, не причинив вреда организму».

Существует и такой вариант, когда в лечении преобладают «народные» методы: траволечение, лечение продуктами природного происхождения (например, прополис). А также «нетрадиционные» методы лечения: уринотерапия, гирудотерапия, лечебное голодание, раздельное питание, мануальная терапия и др. Подобные методы строятся на очень упрощенном понимании каких-то бытовых и широкоизвестных наблюдений, основывающихся на личном опыте предшествующих поколений. В большинстве случаев бытовое мышление работает адекватно, но не годится для нестандартных случаев. Примером может служить «использование лечебных банок во время перитонита – по принципу, если банки оттягивают кровь и хорошо помогают при простудах, то почему бы и не воспользоваться ими при болях в животе» [8, с. 203].

В еще одном варианте природных мифов человеческое тело рассматривается как лекарь своих недугов. А причина болезни видится в нарушении «естественного» функционирования организма современным человеком. Задача человека не мешать организму самовосстанавливаться, тогда реализуются возможности организма, заложенные Природой. Способность организма полностью восстанавливаться без внешнего воздействия видится во «внутренних резервах», иммунитете и т. д. Здесь мы снова встречаемся с идеей «Назад к Истокам, к Природе», описанной М. Элиаде.

При **сакральных (духовных) мифах болезни** только некоторые болезни понимаются как чисто физические. Причиной болезней называются рок, грехи человека, сглаз, порча, проклятие, потеря энергии, карма. Соответственно, пациенты, верующие в подобные феномены, будут ориентированы на обращение к нетрадиционным целителям, колдунам, экстрасенсам и пр. «Объяснительная модель магических мифов включает одно ключевое понятие: например, карма, биополе, воля бога, которое является сверхсильным, мощным генератором, разрешающим все. Это объяснение формулируется в специфических терминах, например, экстрасенс вместо желчных камней увидит сгусток черной энергии». При этом «лечится» не само физическое тело, а фантом, «энергетическая оболочка». «Если человек считает, что он болен в результате околдования, то в самом лучшем случае он будет надеяться ослабить, затормозить колдовские чары путем лечения, но не снять их совсем, потому что земными способами волшебные дела не решаются. Настоящее лечение (при таком понимании) должно происходить в другом месте» [8, с. 206].

Мифологическое представление об очищении (описанное как один из «органических» мифов) может относиться и к сакральным мифам в виде представлений о снятии порчи, восстановлении биополя, «чистке кармы». Первоначально миф очищения трактовался как метод скорее

духовного очищения, «загрязнение» наступало при нарушении человеком общественного правила (нормы) и требовало очищения специальными обрядами. С научно-техническим прогрессом в обыденное сознание проникли представления о вирусах и микробах [8], и духовное очищение преобразовалось в очищение телесное. В настоящее время представление об очищении как очищении духа (души) еще сохраняется в эзотерических учениях (например, энергоцелительстве) и «православной медицине». Так, в энергоцелительстве болезнь человека рассматривается на энергетическом уровне, а не на уровне поражения тканей. При этом энергоцелитель «лечит» не физическое тело, а фантом, энергетическую оболочку, поскольку причина болезни представляется пациенту как повреждение самой этой оболочки. В результате заговора или других эзотерических манипуляций в данном подходе болезнь привязывается к какому-то объекту, а потом «отрывается» от тела вместе с ним. Замещающую роль изъятая играет созданный целителем фантом (сгусток энергии). Таким «фантомом», например, может быть слово<sup>10</sup>.

Представление об информационных технологиях, усвоенное обыденным сознанием, нашло отражение и в сакральном лечении, усложнив идею энергоцелительства. Человек начинает рассматриваться как своеобразный «живой компьютер». Используются упрощенные, бытовые знания о файлах, матрицах и записи информации на электронные носители (например, «информационный офтальмологический эликсир для глаз»). Из рекламного объявления услуг одной народной целительницы: «Она воздействует каким-то непостижимым способом на биоэнергоинформационную структуру человека». Сам механизм воздействия, как правило, не объясняется, или объясняется так: «Как ей это удастся, не может объяснить никто, даже сама целительница».

Также в современной рекламе магического лечения активно используются славянские имена «целителей» (Евдокия, Агафья и др.) и указания на близость к деревне, глубинке, потаенным местам, куда еще не добралась цивилизация: «настоящая магия, сохраненная трудами 7 поколений», «известные только ей древнейшие заговоры» и т. д. Эти примеры иллюстрируют идеи М. Элиаде о привлекательности исключительных, тайных, труднодоступных знаний, приобщение к которым решает задачи, связанные со статусом и самоидентификацией (позволяет последователю без особого труда почувствовать себя в кругу избранных, допущенных до знаний, сокрытых от большинства людей).

Отметим также, что в последнее время появилось множество концепций в популярной оздоровительной литературе и СМИ, интерпретирующих положения основных религий или духовных практик как оздоровительных процедур. Так, например, православный пост выдается за вид диеты, а погружение в купель в Крещение подается как

способ закаливания. Истинный смысл религиозных традиций и обрядов (испытание духа) меняется на новый – оздоровление тела<sup>11</sup>.

**Психологические мифы** частично пересекаются с сакральными при использовании идей энергетического воздействия «дурного человека» и с органическими мифами, в которых источник болезни видится в «расшалившихся нервах», стрессах, переживаниях, «мыслях о плохом».

В популярной оздоровительной литературе можно выделить следующие их группы:

1. Представление о том, что болезни имеют психологические причины, и их устранение первостепенно. Так, причиной болезни называются стресс, эмоциональные переживания. «В возникновении острого инфаркта миокарда преимущественную роль в мифологии социального сознания отводится социальному стрессу... Действия пациента и его окружения направлены на предотвращение эмоциональных перегрузок и дистрессов, а не на лечение недостаточности коронарных сосудов. Этот человек может поднимать значительные тяжести, но избегать напряженных разговоров... Он может курить для успокоения и употреблять жирную пищу, потому что...еда его успокаивает. Такое поведение базируется на социально-культуральном представлении о стенокардии в нашей культуре как “своеобразном ордене за плодотворную работу”» [8, с. 202–203].

Часто рекомендуется сдерживание негативных эмоций (страстей) путем повторений фраз-талисманов, внутреннего счета, молитвы и т. д. Или в традиции «христианской медицины» – признание за собой ответственности за проявление негативных эмоций и раскаяние<sup>12</sup>. Или же рекомендуется самопринятие и самоодобрение, и свободное выражение негативных эмоций, таких как страх, гнев, обида [15].

Соответственно, если пациент воспринимает свое заболевание как связанное с психологическими причинами, стрессом (в обыденном понимании), то он будет ориентирован на современные методы психотерапии [8], чтение книг по популярной психологии, просмотр соответствующих ток-шоу.

2. Причина болезни видится человеку в собственных личностных или характерологических особенностях, уровне притязаний, неадекватных потребностях, духовном оскудении<sup>13</sup>. В рамках такого подхода сам больной рассматривается как основной «виновник» своего заболевания. Симптомы болезни возникают, когда духовные проблемы «проникают» с уровня сознания на физический. Возможность излечения видится в духовно-нравственном возрождении. Так, например, К. Тепервайном (1996) выделяются следующие причины болезни: 1) человек считает, что совершил ошибку и тем самым приговаривает себя; 2) человек противопоставляет себя своему личному бытию, живет в «войне с собой», хочет быть не тем, каков он есть; 3) человек противопоставит чему-либо; 4) человек живет вне полноты жизни, подавляя ка-

кую-то часть своей личности; 5) человек живет «в грехе» — в его понимании; 6) отсутствие аффилиации и фрустрация потребности в любви; 7) человек играет роли, живет по чужим ему правилам, 8) человек не живет «здесь и теперь».

3. Источником болезни является другой человек или группа (например, семья). Причина болезни и ее прогрессирования видится носителю мифа в плохих отношениях, конфликтах с другими людьми, негативном влиянии социального окружения<sup>14</sup>.

4. Представление о символическом выражении психологической проблемы в телесном недомогании (популяризованные психоаналитические идеи). Предложение соотношения болезней (или частей тела) с негативными личностными установками [15], сигналами о душевной проблеме. Например, сердце — орган эмоций, любви, «мотор жизни». Стенокардия понимается как неспособность человека выражать свои эмоции, «жестокосердие». Или высокое кровяное давление — символическое выражение подавленной агрессии, тщеславия, вообще сдерживание чувств. Сердечные больные — это люди, которые не желают слушаться своего сердца и предпочитают все улаживать при помощи головы. А невроз сердца — необоснованный страх за свое сердце. Такой человек боится, что сердце у него остановится, что он станет «бессердечным»<sup>15</sup>. Терапия заключается в выявлении аналогий, поскольку подчеркивается, что не анализ поможет найти истинную причину болезни, но символика. Принцип аналогии, как мы уже отмечали, также является одним из принципов мифологического мышления.

5. «Информационная» концепция. Причина болезни заключается в повторяющихся негативных мыслях или «мыслях о плохом». При этом мысль понимается как материальная категория. По одной версии негативные повторяющиеся мысли вызывают изменения в «энергетическом (голографическом) теле человека», а затем и в физическом. Этот подход можно отнести к сакральным мифам болезни, поскольку «лечение» предполагает «очистку тонких тел и энергетических каналов»<sup>16</sup>.

По другой версии стереотипные негативные мысли оставляют след в мозгу/сознании, которое через подсознание воздействует на клетки организма. Механизм «лечения» заключается в стирании негативных мыслей и созидании позитивных путем самовнушения оптимистических утверждений («Я здоров, я счастлив») [15]. При регулярном повторении позитивных утверждений (аффирмаций) мозг «запоминает» их и через подсознание дает приказания клеткам тела измениться. При таком подходе работа сознания понимается как работа компьютера, а подсознание персонифицируется.

**Бриколаж, или соединение разнородного, несоединимого.** В целом в современной оздоровительной литературе наблюдается полное смешение стилей (мифов). Так, один и тот же автор может писать книги об очищении организма народными методами и исцелении православной

молитвой, используя при этом терминологию физики. Или в современной рекламе нередко используются сразу несколько противоположных, с точки зрения формальной логики, мифов. Так, сочетание пребиотиков с абсорбентами в одном продукте эксплуатирует одновременно два мифа. Во-первых, миф очищения — вера в необходимость выведения из организма вредных веществ, «токсинов», «шлаков», аллергенов, которые «накапливаются» в нем в процессе жизнедеятельности. Абсорбенты подаются как некие «фильтры» для организма, которые, подобно фильтрам в пылесосе или очистителе воды, задерживают невидимые глазу вредоносные частицы — вирусы, бактерии, аллергены и пр. Из рекламного объявления: «Препарат усиливает транзит из организмов токсинов, солей тяжелых металлов, радионуклидов». Во-вторых, миф восстановления и защиты — убежденность в том, что используемый продукт поможет защитить и восстановить тело, продуцируя полезные бактерии, восстанавливая «баланс» в организме, нарушенную микрофлору. Проиллюстрируем это следующим рекламным объявлением лекарственного препарата: «Естественное нарушение баланса микрофлоры кишечника — дисбактериоз. Признаки его может найти практически каждый: вялость, сонливость, раздражительность, высыпания на коже, изжога, вздутие живота, диарея или запоры. Болезнетворные микроорганизмы берут верх над полезной микрофлорой. Пребиотик — это пищевые волокна, которые создают среду, в которой полезные бактерии размножаются и вытесняют вредную микрофлору».

Отметим, что реклама нелекарственных средств строится на противопоставлении их традиционным лекарственным препаратам. Так, при хроническом течении заболевания, полное выздоровление от которого невозможно (например, артериальная гипертония), лекарство может гарантировать в лучшем случае стойкую ремиссию, замедление патологического процесса и повышение качества жизни, но и предполагает пожизненный прием, а также побочные эффекты и противопоказания. Реклама нелекарственных препаратов (например, БАДов) обещает полное излечение от болезни («растворение» холестериновых бляшек, нормализацию артериального давления и т.д.), конечность приема препарата (достаточно одного курса), декларируя при этом «натуральность» и «природную основу» в противовес «химии» лекарств. Широко используются в рекламе рассмотренные нами мифы насыщения, защиты и очищения; обыденные представления о строении и функционировании человеческого тела, метафоры<sup>17</sup>.

Как отмечает А.Ш. Тхостов [10], лечение, лишённое адекватного мифа, в значительной степени утрачивает свою субъективную эффективность. И наоборот, субъективное улучшение состояния при неэффективном и даже вредном лечении может быть вызвано усвоением мифа. Этот субъективный лечебный эффект может вводить в заблуж-

дение врача и медперсонал, приводит к тому, что больной теряет время, необходимое для патогенетического лечения, что негативно сказывается на его здоровье или даже ставит под угрозу его жизнь.

Исследования мифологизированных представлений о болезни имеют и перспективное **практическое применение** в клинической практике. Ключ к этому нам дают исследования в области истории и социологии медицины (в том числе этнической медицины), касающиеся интеграции традиционной и альтернативной медицинских систем<sup>18</sup>. Так, в работе Дэвида Арнольда (1994) на историческом материале показано, как в Британской Индии внедрялись достижения европейской медицины в сфере вакцинации против оспы, гигиены и профилактики инфекционных заболеваний, используя верования местного населения (в частности, индийский культ богини оспы) и обучая врачей-индийцев, которым в большей мере доверяло население колонии. Этот прием (ориентацию на обыденное сознание пациента) можно успешно использовать и в лечебном процессе для объяснения действия реальных лекарственных препаратов и повышения приверженности к терапии.

Итак, хотя у пациентов без медицинского образования любая субъективная концепция болезни (включая понимание действия лекарства) по своей сути мифологична, это не означает, что она всегда ложна и опасна для здоровья самого человека. Мифологизацию лечения можно понимать шире, как один из способов объяснения реальности, который может и не препятствовать адекватному поведению больного человека. К тому же миф безразличен к опытной проверке и настолько глубоко укоренен в сознании, что пытаться отменить, развенчать его бесполезно. Миф – это своеобразная «обертка», в которую «завернуто» то или иное лечение. Так, разные способы лечения (лекарства) могут быть поданы под видом одного и того же мифа болезни и важно, чтобы человек в ситуации болезни выбрал наиболее эффективный и безопасный способ. Поэтому необходимо изучать и расшифровывать мифы болезни, корректировать вредные с точки зрения научной медицины и продублировать полезные мифологии [10].

### Библиографический список

1. Барт Р. Мифологии / пер. с франц; сост. С. Зенкина. М.: Изд-во имени Сабашниковых, 2004.
2. Выготский Л.С. Мышление и речь. 5-е изд. М.: Лабиринт, 1999.
3. Леви-Брюль Л. Сверхъестественное в первобытном мышлении. М.: Педагогика-Пресс, 1999.
4. Леви-Строс К. Первобытное мышление. М.: Республика, 1994.
5. Лобок А.М. Антропология мифа. Екатеринбург: Банк Культурной информации, 1997. С. 674–675.
6. Нелюбина А.С. Роль обыденных представлений в формировании внутренней картины болезни: дис. ... канд. психол. наук. М., 2009.

7. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. М.: Изд-во МГУ, 1987.
8. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности: учебное пособие. М.: Планета детей, 1997.
9. Субботский Е.В. Строящееся сознание. М.: Смысл, 2007.
10. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002.
11. Улыбина Е.В. Психология обыденного сознания. М., 2001.
12. Элиаде М. Аспекты мифа / пер. с франц. 3-е изд. М.: Академический Проспект; Парадигма, 2005.
13. Элиаде М. Окультизм, колдовство и моды в культуре / пер. с англ. Киев: София; М.: ИД «Гелиос», 2002.
14. Юревич А.Ю. К проблеме рациональности // Психологический журнал, 2000. Т. 21. № 5. С. 35–47.
15. Хей Л. Исцели свое тело. М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2006.
16. Bishop G.D. Understanding the understanding of illness: lay disease representations // *Mental Representation in Health and Illness*. J.A. Skelton, R.T. Croyle (ed). New York: Springer-Verlag, 1991. P. 32–59.
17. Cameron L.D., Leventhal H. (Eds.). *The self-regulation of health and illness behavior*. London; New York: Routledge, 2003.
18. Conrad P. *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*. Macmillan Publishers, 2008.
19. Diefenbach M.A., Leventhal H. The common-sense model of illness representation: theoretical and practical considerations // *Journal of Social Distress and the Homeless*. 1996. Vol. 5. P. 11–38.
20. Esther S.T.F. Smeulders Jolanda C.M. vanHaastregt, TonAmbergen, Josiane J.J. Janssen-Boyne, Jacques Th.M. van Eijk, and Gertrudis I.J.M. Kempen. The impact of a self-management group programme on health behaviour and healthcare utilization among congestive heart failure patients // *European Journal of Heart Failure*. 2009. № 11. P. 609–616.
21. Horne R., Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness // *Journal of Psychosomatic Research*. 1999. Vol. 47(6). P. 555–567.
22. Horowitz C.R., Rein S.B., Leventhal H. A story of maladies, misconceptions and mishaps: effective management of heart failure. *Soc. Sci. Med.* 2004. Vol. 58. P. 631–643.
23. Quah Saw-Han and Bishop G.D. Seeking Help for Illness: The Roles of Cultural Orientation and Illness Cognition // *Journal of Health Psychology*. 1996. Vol. 1, 2. P. 209–222.
24. Rosenstock I.M., Strecher V.J., Becker M.H. Social learning theory and the health belief model // *Health education quarterly*. 1988. Vol. 15(2). P. 175–183.
25. Shiri C. Patient education: the effect on patient behavior. A Thesis Submitted to Rhodes University in Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science (Pharmacy). Rhodes University, Grahamstown, 2006.
26. White K. *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. SAGE Publishing, 2002.



### Примечания

<sup>1</sup> Лиссабонская декларация о правах пациента ВМА 1981 г.; Декларация о правах пациента в Европе 1994 г.; Европейская хартия прав пациентов 2002 г.

<sup>2</sup> Фирсова И.В. Концепция комплаентности в стоматологической практике: автореф. дис... д-ра мед. наук. Волгоград, 2009.

<sup>3</sup> Подробный обзор этих концепций см.: Бовина И.Б. Социальная психология болезни и здоровья: монография. М.: Аспект Пресс, 2007.

<sup>4</sup> Из последних работ см.: Hirani Sh.P., Patterson D.L.H., Newman S.P. What Do Coronary Artery Disease Patients Think about Their Treatments? An Assessment of Patients' Treatment Representations // *Journal of Health Psychology*. 2008. 13, 3; 311–322; McBane S. and Halstater B. Evaluation of Beliefs About Hypertension in a General Population // *Journal of Primary Care & Community Health*. 2011. 2 (2), 96–99; Phatak H.M., Thomas J. 3rd. Relationships between beliefs about medications and nonadherence to prescribed chronic medications // *Ann Pharmacother*. 2006. 40, 1737–1742; Byrne M., Walsh J., Murphy A.W. Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behavior // *Journal of Psychosomatic Research*. 2005. 58, 403–415; Elis A., Lishner M., Melamed S. Treatment beliefs and attending follow-up visits in a lipid clinic // *British Journal of Health Psychology*. 2011. 16, 61–71.

<sup>5</sup> Никитин С.Н. В поисках исцеления: возможности и мифы оздоровления. СПб.: ИД «Невский проспект», 1999.

<sup>6</sup> Франкфорт Г., Франкфорт Г.А., Уилсон Дж., Якобсен Т. В преддверии философии. Духовные искания древнего человека / пер. с англ. Т. Толстой. СПб.: Амфора, 2001.

<sup>7</sup> Tversky A., Kahneman D. Advances in Prospect theory: Cumulative Representation of Uncertainty // *Journal of Risk and Uncertainty*. 1992. № 5. P. 297–323.

<sup>8</sup> Малахов Г.П. Полная система оздоровления организма. СПб., 2004; Неумывакин И.П. Вода – жизнь и здоровье: мифы и реальность. СПб.: ДИЛЯ, 2005.

<sup>9</sup> Моторина А.К. Преображение. Практические рекомендации по самооздоровлению без лекарств. М., 2000. (Серия «Помоги себе сам»).

<sup>10</sup> Сельченко К. Методология эзотерической медицины. Воронеж: НПО «МОДЭК», 1994.

<sup>11</sup> Семенова А.Н. Исцеление словом. СПб.: ИД «Невский проспект», 1999; Серебрякова Л.А. Пульс управления здоровьем. СПб., 2000.

<sup>12</sup> Авдеев Д.А. На нервной почве... Врачевание души: истинное и ложное. М.: Русский Хронограф, 2001.

<sup>13</sup> Саймонтон К. Возвращение к здоровью. Новый взгляд на тяжелые болезни. СПб., 1996.

<sup>14</sup> Курпатов А.В. Как избавиться от тревоги, депрессии и раздражительности. СПб., 2002.

<sup>15</sup> Теппервайн К. О чем хочет сказать твоя болезнь: язык симптомов / пер. с нем. И.В. Ульянцева. М.: АО «Интерэксперт», 1996.

<sup>16</sup> Моторина А.К. Указ. соч.

<sup>17</sup> Устный доклад А.Ш. Тхостова «Обыденные представления о болезни и здоровье в лечебном процессе» на конференции (Самара, 2012).

<sup>18</sup> Арнольд Д. Государственное здравоохранение и государственная власть: медицина и гегемония в колониальной Индии // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины /под общ. ред. Ю. Шлюмбама, М. Хагнера, И. Сироткиной. СПб.: ЕУСПб.; Алетейя, 2008. С. 168-195; Молчанова Е.С., Айтпаева Г.А., Тен В.И., Кога П.М. Целительство и официальная психиатрия Кыргызской республики: возможности взаимодействия (Этнологические исследования по шаманству и иным традиционным верованиям и практикам): материалы международного интердисциплинарного научного симпозиума «Психофизиология и социальная адаптация (нео)шаманов в прошлом и настоящем». М.: РАН, 2010. Т. 14. Ч. 2. С. 34-42.