

**Медицинский выбор хронических больных  
в крупном российском городе:  
опыт качественного анализа\***

**I. Методологическое введение.**

**Когнитивная медицинская антропология —  
о медицинском выборе**

Медицинский выбор пациентов — тема, являющаяся столь же социально важной, сколь мало становящаяся предметом эмпирических социальных исследований в России. Обычно она попадает в орбиту общественного и экспертного внимания, когда оказывается в поле зрения СМИ. Чаще всего это случается, когда свой медицинский выбор публично осуществляет известная медийная персона. Так было, например, в американском культурном контексте с Анджелиной Джоли, решившейся на превентивную двойную мастэктомию, а потом еще на ряд радикальных мер — после подсчитанных для нее (на основе анализа персональных генетических тестов) рисков заболеть раком. Актриса открыто объяснила причины своего решения<sup>1</sup>. Российские СМИ недавно разрывались

---

\* Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ № 17-06-00127 А.

<sup>1</sup> *Jolie Pitt A.* «My Medical Choice» // NYT. 2013. May 14. URL: <http://nyti.ms/19l8bbY> (дата обращения 28.09.2017); *Jolie Pitt A.* Angelina Jolie Pitt: «Diary of a Surgery» // NYT. 2015. March 24 (см. обсуждение этого случая: *Тищенко П. Д.* Философские основания персонализированной медицины (ПМ): казусы А. Джоли и М. Шнайдера // Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 21: Философско-антропологические основания персонализированной медицины (междисциплинарный анализ) : сб. науч. ст. / под ред. П. Д. Тищенко. М. : Изд-во Московского гуманитарного ун-та, 2015. С. 96—118; *Михель Д. В.* Влияние идеологии персонализированной медицины на практику принятия медицинских решений в начале XX века // Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 24: Философско-антропологические основания персонализированной медицины (междисциплинарный анализ) : сб. науч. ст. / под ред. П. Д. Тищенко. М. : Изд-во Московского гуманитарного ун-та, 2016. С. 35—58; *Михель Д. В.* Фи-

от дебатов вокруг пользы или бесполезности гомеопатии, — так что телевизионные программы и интернет-сети наполнились контентом, содержащим как противоположные экспертные суждения по этому поводу, так и многочисленные частные истории использования гомеопатических средств и принятия людьми соответствующих терапевтических решений. Еще более остро эта проблема озвучивается в связи с многочисленными отказами людей от медицинского вмешательства, например, в виде прививок или антиретровирусной терапии<sup>2</sup>.

Из повседневной жизни мы знаем, что, встретившись со своим «симптомом», человек, не являющийся профессиональным медиком, может начать самолечение, причем самого разного толка — от применения того, что есть под рукой, доверяя советам ближнего окружения и своему опыту, до проведения самостоятельного «микросследования» в интернете и назначения себе того или иного фармацевтического препарата. Он также может воспользоваться услугами профессиональной медицинской помощи, обратившись в одну из городских клиник, или услугами разного рода альтернативной помощи: от целителей до представителей незападных медицинских систем. Другая ситуация выбора ждет человека после обращения к врачу, то есть после того, как он становится пациентом, и тем более все усложняется, когда симп-

---

лософия терапевтического выбора: принятие медицинских решений в контексте социокультурных трансформаций // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. 2016. Т. 16. Вып. 2. С. 155—161.

<sup>2</sup> Антонова Н. А., Ерицын К. Ю., Дубровский Р. Г., Спирина В. Л. Отказ от вакцинации. Качественный анализ биографических интервью // Теория и практика общественного развития. Международный научный журнал. URL: [http://teoria-practica.ru/rus/files/arhiv\\_zhurnala/2014/20/psychology/antonova-eritsyan-dubrovskyspirina.pdf](http://teoria-practica.ru/rus/files/arhiv_zhurnala/2014/20/psychology/antonova-eritsyan-dubrovskyspirina.pdf) (дата обращения: 15.09.2017); Результаты социологических опросов. Отношение населения к вакцинации // Автономное учреждение здравоохранения Республики Карелия. Центр медицинской профилактики. URL: [http://centr-profilaktiki.narod.ru/social\\_research/social\\_research.html](http://centr-profilaktiki.narod.ru/social_research/social_research.html) (дата обращения: 15.09.2017); Ожиганова А. А. Вакцинация: мнения оппонентов // Проблемы сохранения здоровья в условиях Севера и Сибири. Труды по медицинской антропологии. М., 2009. С. 152—161.

томы возвращаются, когда патологический процесс хронизируется. Хронические больные вынуждены постоянно толковать свои симптомы и принимать часто непростые терапевтические решения — жизненная ситуация хронических больных существенно отличается от случаев обычных острых заболеваний<sup>3</sup>.

Какой инструментарий может предложить социальная наука для анализа медицинских решений, делающихся людьми — как до обращения к врачу, так и после такого обращения, в особенности в сложной ситуации хронической болезни? Как трактовать эти решения, какие факторы их определяют?

В дискуссиях на эти темы важно учитывать исследовательский опыт, имеющийся у той социальной науки, в которой проблема медицинского выбора была впервые поставлена. Это медицинская антропология. Медицинский выбор — закономерная тема для медицинской антропологии, поскольку именно эта наука открыла и описала явление медицинского плюрализма<sup>4</sup>, предполагающего практики индивидуального выбора систем врачевания, которые антропологи классифицируют по-разному<sup>5</sup>. Однако акцент на самом индивидуальном выборе лечения делается только в одном из направлений медицинской антропологии, а именно в когнитивной медицинской антропологии, возникшей на волне «когнитивной революции» 1950-х годов прошлого века, но до сих пор, как

---

<sup>3</sup> *Strauss A.* Chronic Illness // *Society* 10: 33-39. 1973; *Strauss A., Glaser B.* Chronic Illness and the Quality of Life. 2nd. edition. [1st ed. 1975.]. St. Louis, MO: C.V. Mosby Co, 1984; *Kleinman A.* The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition. NY: Basic Books, 1984.

<sup>4</sup> *Lock M., Nguyen, V.-K.* An Anthropology of Biomedicine. Oxford: Wiley-Blackwell. 2010. P. 61—67; *Михель Д. В.* Социальная антропология медицинских систем: медицинская антропология. Саратов : Новый Проект. 2010. С. 15—17.

<sup>5</sup> *Dunn F.* Traditional Asian medicine and cosmopolitan medicine as adaptive systems // *Asian medical systems: A comparative study.* C. Leslie (Ed.), Berkeley: University of California Press, 1976. P. 133—158; *Chrisman N.J., & Kleinman A.* Popular health care, social networks, and cultural meanings: The orientation of medical anthropology // *Handbook of health, health care, and the health professions.* New York: Free Press, 1983. P. 569—580.

говорит одна из ярких представительниц этого подхода американский медицинский антрополог Линда Гарро<sup>6</sup>, не имеющей четких дисциплинарных границ. Кратко опишем научное творчество Линды Гарро, поскольку ее книги и статьи включают как эмпирические исследования медицинского выбора, так и основательную методологическую рефлексию принципов его познания. Во-первых, отметим сборник 1982 года «The Ethnography of Health Care Decisions» (Social Science & Medicine Volume 16, Issue 16), в котором Гарро выступила в роли собирателя материалов, редактора и автора. Сборник дает большую палитру (в том числе географическую) медико-антропологических исследований выбора в сфере здравоохранения в разных странах. Антропологи представили здесь свой анализ стандартов выбора людьми альтернативных медицинских услуг. Некоторые авторы выделяют культурные представления в качестве главного фактора, влияющего на медицинский выбор, другие авторы пишут о социально-экономических факторах. Статья Линды Гарро в соавторстве с Джемсом Янгом посвящена результатам их совместного исследования двух соседних общин в Мексике: общины Pichátaro, в которой был ограничен доступ к врачу-представителю биомедицины, и общины Uticho, где люди имели хороший доступ к услугам (бесплатным) западной биомедицины. Антропологи проверяли гипотезу связи медицинского выбора с верованиями людей и пришли к выводу, что жесткой связи тут нет, что различия в обращении к врачу являются следствием дифференцированного доступа к лечению без необходимости изменений в сфере принятых верований<sup>7</sup>. Эта тема, но в существенно большем объеме, освещается Гарро и Янгом в монографии «Medical Choice in a Mexican Village» (1994). Это исследование целиком посвящено народу общины Pichátaro. В монографии систематически вводятся и обосновываются такие понятия, как «Study of

---

<sup>6</sup> Garro L. C. Cognitive Medical Anthropology // Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures Topics Volume 1; Cultures. Volume 2. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2004. P. 12–23.

<sup>7</sup> Young J. C. and Garro L. Variation in the choice of treatment in two mexocan communities // Sot. Sci. Med. 1982. Vol. 16. Pp. 1453–1465.

Medical Choice», «Decision-Making Approach», «Model Treatment Decision Making». Авторы подробно описывают все альтернативные виды лечения в Pichátaro. Один из главных выводов книги: на медицинский выбор влияет оценка людьми тяжести острого заболевания. Жители Pichátaro обращаются к западной медицине тогда, когда болезнь считается опасной для жизни. В других случаях решающими становятся материальные факторы, и люди предпочитают самопомощь, обращение к целителю или «практиканту». Антропологи таким образом выявляют алгоритм медицинского выбора<sup>8</sup>.

Впоследствии Гарро возвращается к этой теме в большой работе, опубликованной двумя частями в 1998-ом году: «On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities». В этой работе Гарро, споря с оппонентами, выступающими против презумпции персонального, свободного и волевого характера лечебных решений и против недооценки социального контекста, отстаивает мысль, что люди действуют, предполагая что у них есть выбор, что они могут не знать всех детерминирующих факторов, но пока они видят альтернативы, у антропологов есть возможность исследовать процесс принятия решения. При этом решения людей, с точки зрения Гарро, должны трактоваться по ту сторону оппозиции рациональное/эмоциональное. Гарро замечает, что контртезисы оппонентов когнитивной медицинской антропологии вызваны *нормативным* пониманием рациональности, тогда как когнитивная медицинская антропология основана на ее *описательной* модели. Описательная модель принятия решений — это формализованное упрощенное представление тех стратегий выбора, которых придерживаются сами люди. Гарро описывает целый ряд применяемых ею эмпирических методов сбора информации, а потом проверки выявленных моделей на втором этапе исследования — методов, которые минимизируют эффект ретроспективной «рационализации после действия». Важными выводами Гарро являются тезисы о про-

---

<sup>8</sup> Young J. C., Garro, L. C. Medical Choice in a Mexican Village. Prospect Heights, Illinois: Waveland Press. Reissue with changes of a book by the same title published in 1981 by Rutgers University Press: New Brunswick, New Jersey, 1994.

цессуальном характере оценок людьми конкретной болезни и перспектив лечения, а также о том, что культурное знание и личный опыт постоянно корректируют друг друга в практике принятия медицинских решений.

Во второй части работы рассказывается еще об одном полевом исследовании Гарро — в канадской общине Anishinaabe. Здесь речь идет уже о хронических болезнях и о другом уровне доступности западной медицины. Анализируя возможности построения модели для решений людей в ситуации хронической болезни, Гарро опирается на понятие «дивергентная рациональность»<sup>9</sup>, которое ввел R. A. Shweder<sup>10</sup>. Это такая рациональность, которая допускает вариацию в решениях, разнообразие способов применения людьми культурно доступных схем к определенным случаям болезни. Часто люди одновременно следуют различным стратегиям в выборе лечения. Гарро высказывает точку зрения, что модели лечебных решений в сообществах, подобных Anishinaabe, должны быть сложнее, чем в Pichátaro.

И понятие «дивергентная рациональность», имеющее отношение к ситуации хронической болезни, и целый ряд других методологических стратегий, разработанных Гарро, включая саму тематическую рамку «Medical Choice», могут быть распространены и на анализ терапевтических решений, принимаемых людьми в современных больших городах. Для нашего исследования они послужили методологическим каркасом.

## **II. Результаты эмпирического исследования: ситуации медицинского выбора, алгоритмы терапевтических решений**

Социологическое исследование по проблеме медицинского выбора пациентов, проведенное в Самаре в 2017 году в рамках гранта РФФИ, на первом своем этапе ставило следу-

---

<sup>9</sup> *Garro L. C.* On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities // *Medical Anthropology Quarterly*. 1998 Vol. 12. No 3. P. 319–355.

<sup>10</sup> *Shweder R. A.* Divergent Rationalities // *Metatheory in Social Science*. D.W. Fiske and R.A. Shweder, eds.. Chicago: University of Chicago Press. 1986. Pp. 163–196

ющие исследовательские задачи<sup>11</sup>: 1) описать ситуации принятия пациентами того или иного медицинского решения; 2) описать спектр социокультурных факторов, влияющих на эти решения.

Исследование (первый этап) проводилось в рамках качественной парадигмы: использовалось глубинное интервью с пациентами, страдающими хроническими заболеваниями. Всего коллективом исследовательского проекта было опрошено 30 пациентов: 15 — в Самаре и 15 — в Москве, отобранных методом целевого отбора (включение Москвы в качестве обследуемого региона представляется на данном этапе анализа методологически целесообразным в силу того, что столичная система здравоохранения по сравнению с регионами является более развитой, и ее анализ может дать более широкий спектр факторов, влияющих на медицинский выбор пациентов). Критериями отбора выступили следующие социальные характеристики индивидов: наличие хронического заболевания, пол, возраст. Так сформированная целевая выборка включала в себя как пациентов-мужчин, так и женщин (в равных пропорциях), а также пациентов разных возрастных групп (начиная с 18 лет) — в тех же равных пропорциях.

Все этические стандарты социологического исследования нами были соблюдены: получено информированное согласие от участников опроса; сам опрос (глубинное интервью) проводился в доброжелательной и комфортной обстановке дома у информантов; транскрипты интервью были анонимизированы.

По итогам интервью были выделены наиболее часто встречающиеся *ситуации*, в которых пациенты, чтобы справиться с болезнью, принимали вполне определенное терапевтическое решение, делали выбор из спектра возможных медицинских альтернатив (например, альтернативные виды медицинской помощи или альтернатива в выборе клиник, или

---

<sup>11</sup> В целом исследовательский проект «Создание моделей медицинского выбора: социологический анализ алгоритмов принятия решений врачами и пациентами в крупном российском городе» (руководитель — проф. Лехциер В. Л.) включает в себя три этапа, в которых реализуется стратегия последовательного сочетания качественного и количественных форматов исследования.

различные варианты реакции на лечебные назначения и пр.). При этом понятие *решения*<sup>12</sup> мы трактуем в полном соответствии с Гарро и Янгом как осознанное поведение, а *терапевтическим* его делает то обстоятельство, что оно имеет непосредственное отношение к процессу лечения.

Анализ транскриптов опрошенных пациентов позволил выделить три следующие жизненные ситуации, связанные с болезнью: **1. ситуация «дебюта», то есть первой встречи с болезнью, ее симптомами**, когда «вдруг это сваливается как что-то такое непонятное, и ты оказываешься на той стороне баррикады, т. е. там здоровые люди, а ты на другой стороне, и ты не понимаешь, а почему так произошло, и что теперь делать и что дальше» (Е., ж, 48 л.); **2. ситуация после постановки диагноза и назначения лечения**; **3. ситуация хроникализации болезни**, ее протекания в качестве хронической, представляющая собой череду рецидивов и ремиссии, когда «болезнь, лечение и определенный образ жизни... на всю жизнь» (Ж., ж., 42 г.) Попробуем сравнить выделенные нами три жизненные ситуации с точки зрения медицинских альтернатив и решений, которые принимают больные люди, и факторов, влияющих на принятие этих решений.

### **1. Ситуация встречи с новым симптомом**

Анализ транскриптов интервью показал, что в ситуации дебютной встречи с конкретной болезнью, ее симптомами возможны следующие медицинские решения: — **обращение к**

---

<sup>12</sup> Выделение информантами ситуаций выбора как пространства возможных *альтернативных решений*, с методической точки зрения, не было легкой процедурой: наши информанты в большинстве своем описывали свой опыт жизни с болезнью, не очень рефлексировав во время интервью по поводу теоретически возможных медицинских альтернатив. Они часто не понимали, о каких собственно «решениях» их спрашивают — они так поступали, и все, действуя в рамках рутинизированной практики. Тем не менее они легко «узнавали» себя в слове «решение», когда его произносил социолог, соглашались с ним, что свидетельствует о соблюдении в исследовании феноменологически релевантного «постулата адекватности», близости уровню первичных интерпретаций (Шюц А. Избранное: Мир, светящийся смыслом. М.: Российская политическая энциклопедия, 2004. С. 66).



**биомедицине**<sup>13</sup>; — **самолечение**<sup>14</sup>. Абсолютное большинство опрошенных нами хронически больных Самары и Москвы делают выбор в пользу обращения к биомедицине, реализуя при этом сложно устроенный алгоритм действий, в котором можно выделить по меньшей мере три фактора.

Первый фактор — боль. Не случайно часть информантов на вопрос: «Что Вас побудило пойти к врачу?» — ссылаются на боли как на фактор, обусловивший их терапевтическое решение: «*Потому что сильные боли. Болит, поэтому пошла*» (М., ж., 54 г.) Характерна здесь акцентуация именно на сильных болях, то есть болях, действующих уже за порогом терпимости. Остается только предположить, что терпимые боли не являются мотивирующим фактором для обращения к врачу.

Второй фактор — убежденность информанта в правильности научного мировоззрения, вера в науку вообще и, в частности, в медицинскую науку: «*Я всегда слушаю врачей, потому что я как бы за научную точку зрения, потому что сама учитель.... Я не сомневаюсь в советах специалистов, никогда, нисколько, наоборот, придерживаюсь.... А если это не медик, то бытовательское мнение в данном случае неуместно. Все серьезно*» (Ж., ж., 42 г.).

---

<sup>13</sup> Научным термином «биомедицина» информанты не пользовались, они говорили просто о «поликлинике», «больнице», «враче», однако и контекст их высказываний, и ответы на просьбы уточнить свою мысль, показывают, что информанты имели в виду именно тот тип научной западной медицины, которую антропологи и социологи называют «биомедициной» и который тотально доминирует в структуре отечественного здравоохранения. Совершенно естественное для информантов отождествление слов «врач», «больница», «медицинская помощь» с биомедициной — само по себе примечательное обстоятельство организации медицинского поля в России.

<sup>14</sup> Самолечение, как будет показано в дальнейшем, может быть *медикализованным* или *немедикализованным*, — оно означает *самопомощь*, ситуацию, когда человек, встретившись с симптомом, сам себе назначает лечение, не обращаясь с консультативными целями к представителям той или иной медицинской системы. В случае биомедицины — этими представителями являются врач и фармацевт. Однако возможны и более сложные *гибридные* формы самопомощи, включающие частичное использование возможностей институционализованной биомедицины, например, научных лабораторий.

Третий фактор — оценка информантом своего заболевания как угрожающего, очень серьезного (возможные диагнозы, последствия). Эта оценка делается, как показало исследование, на основе ознакомления с экспертным медицинским знанием о конкретной болезни, представленным в сети Интернет, знанием, которому информанты полностью доверяют: *«Я ни в коем случае не заезаю на форумы, обсуждения. Я ищу статьи, где рассказывают о чем-то..., ну надеюсь, что это врачи»* (Р., м., 24 г.)<sup>15</sup>. Интернет, выступая здесь в качестве канала медицинского просвещения «непосвященных», позволяет не только формировать субъективную оценку своей болезни, но и одновременно играет роль своеобразного навигатора, помогая заболевшему человеку быстрее и точнее ориентироваться в многообразии медицинских специалистов: *«Я смотрю возможные болезни и решаю для себя, насколько это может быть опасно и наоборот, когда можно не переживать. И тогда уж понимаю, к какому специалисту мне нужно обращаться, и после этого я уже записываюсь к специалисту»* (Р., м., 24 г.).

Следует подчеркнуть, что третий фактор, побуждающий человека обратиться к врачу, характерен прежде всего для решений «опытного», медикализированного больного, многие годы вынужденного общаться с медициной по поводу лечения других своих заболеваний. Такой пациент, — воспользуемся известными понятиями Альфреда Шюца, — являясь «хорошо информированным гражданином» в области медицины, обладает определенным «запасом наличного медицинского знания» (некоторое знание анатомии, медицинских терминов, лекарств и т. д.), которое оказывается востребованным

---

<sup>15</sup> Вместе с тем, в нашем исследовании есть и другой вариант, когда заболевший человек, пытаясь в Интернете оценить степень серьезности своего заболевания, не столь разборчив и пользуется не только экспертным знанием: *«Всякие разные сайты смотрела, форумы. Смотрела, какая клиническая картина, симптомы. Все совпадает. А дальше там уже какое лечение, какая диета, какой соблюдается режим покоя и отдыха, там работы. Ну, вообще, если честно, неблагоприятная картина у этого заболевания, оно протекает... его сложно лечить. Я обычно по Интернету ищу, что там заболело. Но диагноз ставит врач»* (М., ж., 54 г.).

в сети Интернет, обеспечивая легкость поиска нужной информации в ситуации встречи с новым симптомом: *«Ну как обычно, вводишь симптом. Так как я анатомию немножко знаю, я не вожу просто “болит шея, почему”. Я знаю проявления не просто как в моем случае было “трясется мизинец, что делать”, а я так и писал “тремор ладони в области мизинца, причины”»* (Р., м., 24 г.).

Этот же фактор, определяющий решение обратиться к врачу, характерен и в ситуации болезни ребенка, когда решение принимают его родители: *«Если заболевание серьезное, тогда — к врачу, если несерьезное — самолечение»* (М., ж., 54 г.). При этом степень серьезности здесь также оценивается самим информантом, исходя из имеющихся у него представлений, накопленного наличного запаса медицинских знаний.

Обращение к биомедицине в ситуации дебютной встречи с симптомом означает для человека необходимость конкретных решений, посредством которых его выбор и осуществляется. Исследование показало разнообразие этих решений: **обращение к государственным или частным медицинским учреждениям, получение платных медицинских услуг в государственных учреждениях, поиск «хорошего врача»**. Преобладающее в этой ситуации решение, как показывает анализ транскриптов интервью, — это *привычный* выбор государственной медицины (поликлиника по месту жительства), часто основанный на негативных представлениях о частной медицине или недостаточности финансовых средств для пользования ее услугами: *«Да, да, государственная клиника, врач. А дальше просто я прошу врача дать направление еще куда-то, и он дает опять же в другую государственную клинику»<sup>16</sup>*. В частную я не обращаюсь, я ей меньше доверяю, потому что мне

---

<sup>16</sup> В этой цитате фигурирует обычная цепочка государственной биомедицинской помощи в России: участковый врач, затем — по официальному направлению — узкий специалист (или специалисты). Другая цитата об этом же: *«сначала обратилась к своему врачу по месту..., ну в свою поликлинику, потом он дал направление, чтобы посмотрел меня врач в Клиниках медуниверситета, потом тот — в больницу Середавина...* (А, ж., 40 л.). Возможна и другая цепочка: узкий специалист, затем — другой специалист (или специальное отделение стационара): *«началось все неожиданно, у меня на ногах*

*кажется, это просто выкачивание денег, частная клиника» (М., ж., 54 г.)<sup>17</sup>; «Да, моя поликлиника по месту жительства, а куда я еще пойду с моими-то финансами?» (А., ж., 40 л.)<sup>18</sup>.*

Присутствует, по данным анализа транскриптов интервью, и выбор частной медицины, как и выбор платных услуг в хороших, пользующихся заслуженной репутацией государственных медицинских учреждениях, хотя в нашем исследовании эти медицинские решения пациентов представлены в меньшей степени. Ведущими факторами такого выбора, по результатам анализа, являются неудовлетворенность организацией лечебного процесса в государственных медицинских организациях: очереди, невозможность быстро сдать анализы, попасть к врачу, низкая, по мнению опрошенных, квалификация врачей: *«по месту жительства — это долгий период ожидания, когда даже стоишь, ждешь недели 2-3, чтобы одну*

---

*были вены, венозное заболевание,.... это стало меня беспокоить, и я пошла к флебологу.... Когда я получила анализ крови, она мне сказала, что я должна идти к гематологу. Для меня это было что-то космическое, я вообще не знала, что это за врач, что он делает» (Е., ж., 48 л.); «лежала в больнице на Венцека — у меня псориаз с 5 лет, сделали кардиограмму — говорят, у вас сейчас инфаркт, переводим в кардиологию» (И., ж., 76 л.).* Наконец, присутствует и еще одна цепочка: скорая помощь, затем — либо государственный стационар, либо — в случае если пациент отказывается от госпитализации — участковый терапевт (государственная скорая помощь обязана сообщать о вызове участковому терапевту пациента).

<sup>17</sup> Вполне возможно, что такое дискурсивное неприятие частных клиник некоторыми нашими информантами объясняется не столько недоверием к ним, сколько недостаточностью финансовых возможностей: информанты с такой позицией отнесли себя к группе, чья материальная обеспеченность ниже средней. Здесь неприятие коммерческой медицины может объясняться действием механизма психологической защиты, ориентированного на поиск недостатков в том, что недоступно. Впрочем, эта гипотеза может быть проверена только в рамках количественного исследования хронических больных, осуществление которого планируется в 2018 г. (II этап).

<sup>18</sup> Информант описывает свое материальное положение так: *«Нищета... Это правда. У меня вот до конца месяца осталось три тысячи, и из них мне еще нужно зуб лечить обязательно. Поэтому не знаю как, только занимать деньги у родителей или у родственников» (А., ж., 40 л.).*

кровь сдать. Потом еще записаться к врачу, чтобы посмотрели, это еще 2 недели. То есть я выбираю платное лечение и считаю, что это быстро» (Л., ж., 52 г.); «можно, вроде бы, не заморачиваться и пойти в наши государственные обычные клиники, но они все страшные и убогие, чтобы достать вообще любого специалиста нужно отстоять очередь, а у меня времени, разумеется, нет и желания проводить там столько времени, поэтому я практически всегда делаю выбор в пользу компании какой-то частной. Вот куда точно придешь и точно ждать не будешь, все по времени, и, наверное, где работают специалисты, более продвинутые, хочется верить в это» (И., ж., 38 л.); «если бы была финансовая возможность, более так, скажем, доступно, я бы, конечно, выбрала платную медицину. Ну, считаю, что там специалисты более квалифицированные, более квалифицированную помощь дают. Всего 2 раза была, мне понравилось» (Л., ж., 52 г.); «К бесплатным врачам я не хожу принципиально никогда. Ну... потому что мне не все равно для своего здоровья, честно говоря» (Р., м., 24 г.); «Ну, в наше время бесплатно очень сложно найти человека, который будет бесплатно лечить именно очень внимательно. ...Мне кажется, что человек, который работает именно платно, очень заинтересован в своих пациентах» (Р., ж., 45 л.).

Еще один фактор выбора в пользу «платной медицины» — неудовлетворенность отношением к пациентам в «бесплатной медицине», зачастую усиливающая негативное восприятие других, не самых лучших ее сторон: «...со стороны сотрудников поликлиники никакой поддержки не было, для них мы — просто конвейер, ... и черствеет душа, не знаю, они к людям относятся, как к инструментам, деталям. ...Нет смысла себя мучить, тратить нервы, время. Да, за деньги, конечно, получается, но спокойно идешь в лабораторию, спокойно сдаешь, получаешь достоверный анализ» (Е., ж., 48 л.).

Одна из возможных альтернатив в жизненной ситуации первой встречи с болезнью, как показало исследование, — поиск «хорошего врача» вне зависимости от того, где этот врач работает: в государственном или в частном лечебном учреждении. Инструментами поиска здесь выступают Интернет («когда ищешь в Интернете специалиста, смотришь, сколь-

ко хороших, позитивных отзывов о нем, какие методики он использует» (А., ж., 40 л.)), рекомендации друзей, соседей, коллег, телевизионные медицинские передачи, научно-популярная медицинская литература, собственный жизненный опыт проб и ошибок. Избранные способы поиска не всегда приводят к нужному результату, достаточно часто — к боли и разочарованию: когда информант «столкнулась с врачом, которого в отзывах хвалили, а оказалось, что он не лечит, а калечит», или когда она «делала выбор по рекомендации, а он ... этот укол вколол..., поэтому я и не знаю, к какому врачу обращаться уже» (А., ж., 40 л.). Достаточно распространен и поиск «хорошего врача» методом «перебора», когда заболевший человек последовательно, обращаясь к разным врачам, ищет такого специалиста, который бы соответствовал его представлениям о «хорошем враче»: «На данный момент — к нескольким невропатологам обращалась. Результат один, к новому невропатологу сейчас иду. То есть невропатологов пять уже, наверное, прошла, и уже тоже подбираю, это вот пройденный этап, отрицаю. ....» (Л., ж., 52 г.); «Первая (врач) не понравилась мне... скорее по отношению, она была профессиональная, но то, как она строила диалог, вернее как не строила, то, как вела прием, мне больше напомнила совковых врачей.... Вторая не вызвала доверие, потому что сразу прописала кучу лекарств, и, на мой взгляд, это было слишком, не проведя никакого обследования... Вот поэтому ни тот, ни другой вариант у меня не сработал: первый — эмоционально, второй — рационально. Почему понравился третий человек — потому что она была хороша с точки зрения клиентоориентированности. Никуда не торопилась, говорила спокойно, обычным нормальным, внятным языком, при этом ты не чувствовал себя дураком... Объяснила картину, вовлекла меня в этот процесс. Мне ее логика стала понятна, я ее приняла» (И., ж., 38 л.).

Комплекс представлений о «хорошем враче» как концентрация ожиданий от коммуникации «врач-пациент» достаточно многообразен. Обращает на себя внимание, что наряду с традиционным профессионализмом как главным качеством «хорошего врача» весьма распространенным оказался и запрос на определенный стиль отношения «врач-пациент», в рамках которого врач становится свидетелем страданий

больного, на языке Р. Шэрон<sup>19</sup>, способен сопереживать ему, проявляя ту самую заботу о конкретном больном человеке<sup>20</sup>, которая и составляет истинный смысл врачебной профессии: *«У нас такой есть доктор, от которого практически все выходят со слезами. Ну у нее такой скверный характер, она вот может тебе в лоб сказать что-нибудь такое, и ты пойдешь, в слезах, утираясь. ...Хотя как специалист она очень хорошая...»* (Ф., ж., 41 г.). «Хороший врач», по мнению опрошенных, дает «эмоциональное спокойствие» именно потому, что «больные люди для него не масса», а каждый пациент — «как будто единственный для него» (Е., ж., 48 л.); *«Это очень важно. Он про тебя помнит. У меня есть его сотовый телефон. Такой врач душу греет. И хочется к нему ходить, несмотря на то, что я — без направления, просто за деньги»* (Е., ж., 48 л.). Такое эмпатическое отношение врача, полное внимания к больному, полагают опрошенные, должно в некоторых случаях (речь идет о пожилых людях) компенсировать и нехватку внимания в обществе к этой социальной группе, существенно влияя и на состояние здоровья этих людей: *«Особенно пожилые люди, они очень хотят внимания, а этого внимания от близких нет. Куда они идут? К врачу... Ну, поговори с больным, скажи два добрых слова. От тебя не будет, но ты в любом случае врач, должна лечить, ну и выслушивать какие-то проблемы в том числе. Они в соматiku переходят наши проблемы, если они не прекращаются, проблемы семейные»* (Ф., ж., 41 г.). И, наконец, «хороший врач» не занимает властную позицию в коммуникации с пациентом. Напротив, «хороший врач» стремится организовывать партнерские отношения: *«слушает ... и не ругает, “Ой, вы лучше меня знаете”, он, наоборот, как-то правильно воспринимает мою информацию и либо соглашается со мной, либо начинает объяснять... В любом случае он объясняет, многие врачи не любят объяснять. А я — человек, которому надо понять»*. (Е., ж., 48 л.). Представлено в исследовании и

---

<sup>19</sup> Sheron R. Narrative medicine: Honoring the Stories of illness. - NY, Oxford University Press, 2006.

<sup>21</sup> Лехциер В. Л. Хороший врач или превратности децентрирования медицинского субъекта // *Mixtura verborum* 2009: Боли нашего времени. Самара : Самар. гуманит. акад., 2009. С. 78–93.

мнение, правда, единичное, что «хороший врач» — это прежде всего врач-практик: *«Я не пойду к профессору со всеми его регалиями, я пойду лучше к практикующему врачу. Потому что он, профессор, сидит на теории. И, как правило, нельзя заниматься научной работой и практикой одновременно — ты либо научный сотрудник, либо практик»* (Р., ж., 43 г.).

В нашем исследовании, в жизненной ситуации первой встречи с симптомами присутствует и другое решение — **самолечение в его медикализованной и немедикализованной формах**. Выбор медикализованного самолечения представлено в транскриптах интервью заметно чаще. Этот вид самопомощи предполагает, что больной человек не спешит обращаться в медицинские учреждения, а пытается самостоятельно справиться с болезнью, используя средства биомедицины: лекарства, имеющиеся под рукой, или физиотерапевтические процедуры, возможные в домашних условиях (например, при наличии дома или у знакомых соответствующих медицинских приборов). В этом случае заболевшие люди не только сами себе назначают фармацевтические препараты, но и сами выбирают их дозировку, длительность приема, сочетание с другими лекарствами, тактику лечения в целом. Правда, самолечение, как показывает анализ, представлено в исследовании в гораздо меньшей степени, чем решение обратиться к врачу. В помощь медикализованному самолечению — рекомендации родственников, коллег, друзей, соседей, имеющих опыт «совладания» с аналогичными симптомами, ресурсы Интернета, реклама лекарств и медицинских приборов. Важное значение здесь имеет накопленный жизненный опыт, своеобразная собственная «медицинская книга», подсказывающая правильные, на взгляд заболевшего человека, решения в конкретной ситуации появления новых симптомов: *«Заболела поясница, стреляет в ногу, не встать, думаю, наверное, почки. Сдала анализ — все нормально, значит, другое — наверное, радикулит. Начала втирать в поясницу Пантагор — он у меня был, для суставов. Все хорошо. Пока не болит»* (Е., ж., 72 г.). Это цитата показательна еще сразу в двух отношениях: во-первых, она опять свидетельствует о том, что «все хорошо», только «пока не болит», то есть пока «не болит», нет нужды для обращения к врачу, во-вторых, она показывает, что медика-



лизированное самолечение может выступать в *гибридных формах*. В данном случае информант самостоятельно воспользовался услугами биомедицины в виде диагностической лаборатории, чтобы отсеять более серьезные диагнозы. А дальше информант назначила себе мазь, которая была в домашнем арсенале и о которой у информанта уже были знания.

От таких случаев самолечения следует отличать ситуации, когда информант обращается к фармацевту как полномочному представителю биомедицины. Наличие фармацевтов-консультантов в наших аптеках, возможность получить у них быстрые, но квалифицированные рекомендации по лечению ряда симптомов, делает встречу больного и институционализированной биомедицины до или вне процедуры обращения к врачу легко осуществимой в повседневной жизни: *«Разболелись впервые суставы, зашла в аптеку “Вита”, спросила “Что делать, если болят уставы?”, посоветовали американское средство “Артра” и — танцевать.... Ну я не танцую, конечно, но “Артру” время от времени пью, помогает»* (С., ж., 65 л.).

Наконец, в одном интервью представлено обращение к немедицинизированному самолечению («своими силами») с использованием «народных» средств (терапевтических свойств растений, продуктов питания, физических упражнений и т. п.). Это решение мотивировано недоверием к биомедицине в целом: *«Смысла не вижу ходить к врачам, тем более в поликлинике..., у меня нет к ним никакого доверия, ... вот понимаешь, я прихожу к врачу и говорю: “У меня болит то-то и то-то, а она: У меня — тоже”. Ну как я могу ходить к такому врачу. Поэтому я — своими силами, народными»* (К., ж., 56 л.).

## **2. Ситуация после постановки диагноза и назначения лечения**

В этой ситуации возникают другие медицинские коллизии, альтернативные возможности и терапевтические решения пациентов. В нашем исследовании — это *перепроверка диагноза и назначенного лечения, согласие на лечение или отказ от него, обращение к традициям неконвенциональной медицины, поиск «хорошего врача»*.

Как показывает анализ транскриптов интервью, решение перепроверить поставленный первым врачом диагноз

и назначенное им лечение — довольно распространенная практика наших информантов. Так в исследовании представлен опыт информанта Елены (хроническое заболевание — рак крови), которая после постановки врачом диагноза и назначения лечения принимает решение несколько раз перепроверить и диагноз, и назначенное лечение у разных медицинских специалистов, работающих в российских и израильской клиниках: *«Нельзя слепо доверять... Я уже много раз убеждалась, что нужно собрать мнение разных врачей по этой специализации. Да, в российской схеме такое вот лечение, но, когда мы поехали в Израиль, было желание услышать еще мнение»* (Е., ж., 48 л.) Причина такого решения — недоверие институту медицины в целом (*«врачи — те же самые люди, у которых у кого-то хорошие знания, у кого-то не очень»*), и российской, в частности (*«люди, которые — ну ладно, подумаешь, давайте попробуем так, т. е. относятся как к биоматериалу»*) (Е., ж., 48 л.).

Перепроверка диагноза и назначенного лечения может выступать в свою очередь основанием для принятия важного решения, делать ли операцию или предпочесть консервативное лечение: *«К нескольким гинекологам обратилась... Для того, чтобы принять решение какое-то крайне важное, все-таки обращаюсь к нескольким врачам-специалистам того же профиля, уже потом принимаю решение, делать операцию или нет... В принципе, когда врач по месту жительства говорит, что это только операбельное удаление матки, да, а другой берется, ну все-таки есть шанс, я использую его. Когда уже несколько врачей говорят, что все, только этот, тогда уже приходится принимать это решение крайнее»* (Л., ж., 52 г.).

Также выбор в пользу согласия на операцию делается в ситуации осознания чрезвычайной серьезности заболевания, страха смерти и одновременно признания безальтернативности такого решения, даже несмотря на изначальное недоверие медицине: *«Да, я решилась. Я делала все, что мне сказали. То есть принимать решение самостоятельно..., конечно, я могла бы отказаться там, сказать: “Извините, я буду жить столько, сколько мне положено”. Нет. Я пошла на поводу у врачей ... я уже в таком состоянии... быть и знать, что через какое-то время ты умрешь, а если сделаешь операцию, то*

*вдруг ты будешь жить. Конечно, как тут не принять решение в эту пользу?»* (К., ж., 56 л.).

В нашем исследовании есть и другой вариант принятия такого решения, когда отсутствует непосредственная угроза жизни и больной выбирает между операцией и консервативным лечением. Анализ транскриптов интервью показывает, что сам выбор оказывается весьма мучительным для хронического больного, не готового к эгалитарным (равным, партнерским) отношениям, которые ему предлагает врач<sup>21</sup>: *«И вот всегда ставит в тупик вопрос: “А что вы хотите?” Что я могу хотеть, если я ничего не понимаю? Нужно это, не нужно, что возможно, какие-то там альтернативные методы, вообще, что бывает в итоге. Что ты хочешь? Как может пациент сказать, что он хочет?»* (Ф., ж., 41 г.)

Еще одно альтернативное решение в жизненной ситуации постдиагноза, как показало исследование, — обращение к практикам неконвенциональной медицины, в частности, к народному целительству<sup>22</sup>. Народное целительство в классификации В. Харитоновой «сформировалось на точках пересечения этнической/народной медицины; оздоровительных практик, представленных в нерелигиозных движениях, которые активно развивались в постсоветский период; восточных медий, хлынувших в Россию потоками, парапсихологических концепций и т. д.»<sup>23</sup>. Информант говорит: *«Когда все это на тебя сваливается, у тебя какая-то надежда, что эту траву съем, и это все пройдет, и все забуду, как страшный сон»* (Е., ж., 48 л.). В жизни информанта все эти «травки, чай какой-то» не выдержали конкуренции с биомедициной, а само решение, когда-то принятое информантом, расценивается им

---

<sup>21</sup> Справедливости ради надо сказать, что все-таки пациентов, не готовых к эгалитарным отношениям с врачом, в нашей выборке не так много, хотя достоверный вывод относительно запроса на тот или иной характер отношений «врач-пациент» планируется получить в рамках количественного исследования (2018 г.).

<sup>22</sup> В нашем исследовании такое решение представлено в единичном варианте.

<sup>23</sup> Харитонова В. И. Неконвенциональная медицина в современной России // Медицинская антропология и биоэтика, 2014. URL: <http://www.medanthro.ru/?p=2017> (дата обращения: 08.12.2017).

как ошибка: *«Вот таких вариантов этих “бабушек”, которые заговаривают, что-то делают, у нас, в общем-то нет. Это какие-то шарлатаны... Фактически это бессмысленная трата времени и денег»* (Е., ж., 48 л.).

В жизненной ситуации постдиагноза болезни продолжается поиск «хорошего врача». При этом расстояние здесь не выступает помехой: *«Есть хороший специалист, если кто-то отзывается, ...я договариваюсь. Платно уже иду. Так вот нашла себе платного гинеколога, в другом городе, но езжу»* (Л., ж., 52 г.). В нашем исследовании есть и случаи, когда доверие к найденному в результате поиска врачу столь высоко, что в ситуации, когда врач по той или иной причине меняет место работы, пациент следует за ним. При этом тип лечебного учреждения здесь не имеет значения: это может быть и стационар, и частная клиника, и другая государственная институция: *«У нас в поликлинике она была, кардиолог, у нее там до года наблюдалась, это точно. ...Я все выполняла, что она говорила.... Потом она защитила диссертацию и перешла работать в Кардиоцентр.... Это врач от бога. Ну вот, в январе я вышла и... опять взяла направление к ней. А там же ждешь, если бесплатное направление. Пока ждала, прихожу, нет, пойдёмте к другому врачу. Я говорю: я к другому врачу не пойду. Дайте талон только к ней. Прихожу, а она заболела... Но я опять к ней пойду»* (И., ж., 76 л.); *«Мой врач, стоматолог, был всегда государственный. Я к нему много лет ходила. И он перешел в частную. Авторитет для меня большой у этого специалиста. И я пошла в частную за ним. Дороже, но хотя бы гарантия хорошего лечения»* (М., ж., 54 г.).

### **3. Ситуация возвращения симптома: хронический процесс**

Когда симптом возвращается и болезнь хронизируется (стаж хронических болезней наших информантов колеблется от 1 года до 30 лет), как показывает анализ транскриптов интервью, алгоритм принятия медицинского решения принципиально другой. В ситуации рецидива обращение к биомедицине уже не является абсолютно преобладающим решением пациента, оно уходит на второй план. Наряду с ним появляются и другие значимые медицинские альтернативы: ***самолечение в его разных формах, часто сочетающихся друг с другом; практики неконвенциональной медицины (го-***

**меопатия, целительство**). Зачастую в ситуации рецидива хронической болезни к биомедицине обращаются лишь в крайних случаях, когда «уже невозможно терпеть»: «Ну тогда, когда уже наступает край, у меня долго была ремиссия, чуть ли не 10-12 лет... а вот потом все возникло заново... тут мне пришлось обратиться и к капельнице, и делала различные методы орошения, и кислородом как-то мне делали... все в клинике. В принципе обращаюсь ... когда уже невозможно терпеть» (С., ж., 62 г.); «старюсь обращаться к врачу, когда уже совсем неважоту и обострение уже слишком, когда ни встать, ни сесть» (Л., ж., 52 г.)<sup>24</sup>; «обращаюсь, именно, когда страшно, потому что в последний год все эти рецидивы и приступы, они сопровождаются чудовищным выбросом паники» (С., м., 27 л.)<sup>25</sup>. Также в интервью прозвучал мотив необращения к биомедицине вовсе, поскольку «к врачам бессмысленно. Во-первых, антибиотики подрывают иммунитет, а, во-вторых, у меня резистентность почти ко всем антибиотикам, поэтому нет смысла» (А., ж., 40 л.)<sup>26</sup>. Цитата показывает, что «бессмысленно» здесь означает ожидания от биомедицины исключительно стандартизированного лечения, не помогающего, с точки зрения информанта, в его индивидуальном случае.

Исследование показало, что преобладающим (среди транскриптов интервью) в жизненной ситуации рецидива болезни является **медиализированное самолечение**, основанное на тех рекомендациях врача, которые были даны пациенту ранее (хронические пациенты хранят листы назначений, в которых прописаны схемы лечения при обострении той или иной болезни), и использовании лекарственных и физиотерапевтических домашних средств: «Да, в больнице мне подобрали дозу лекарств. В дальнейшем научили меня эту дозу регулировать, теперь я все делаю сам, слежу за собой сам. Потому что я сам могу причины найти»<sup>27</sup> (И., м., 22 г.). Спектр факторов, влияющих на такое лечебное поведение достаточно широк. Это уверенность, что лучше самого больного никто не знает особенности течения его болезни, а зна-

---

<sup>24</sup> Хроническое заболевание — ревматический артрит.

<sup>25</sup> Хроническое заболевание — аритмия, брадикардия.

<sup>26</sup> Хроническое заболевание — гайморит.

<sup>27</sup> Речь идет о вспышках болезни, скачках сахара в крови больного.

чит, и ее лечения: *«Любой человек, даже те же друзья, те же врачи досконально не могут знать мое внутреннее состояние, они не могут мне полностью объяснить всю ситуацию, которая происходит со мной... Я уже выучил все. Себя уже выучил за эти 7 лет»* (И., м., 22 г.). Здесь самолечение выступает своеобразной заменой тому самому индивидуальному подходу к больному, о котором биомедицина периодически вспоминает, но который в силу разных институциональных обстоятельств, требующих отдельного разговора, не получает сегодня должного развития в отечественной медицине.

Еще один фактор, «работающий» на медиализированное самолечение в ситуации рецидива хронической болезни, — это разочарование в возможностях официальной медицины: *«Походив в свое время по бесконечным врачам-дерматологам, я понял, что мне никто ничего толком не скажет, и нет никаких более эффективных способов лечения, эта болезнь неизлечима, она только облегчается»*<sup>28</sup> (Р., м., 24 г.). В этом случае самолечение также основано на использовании тех медицинских решений, которые ранее были приняты во взаимодействии с врачом. Здесь личный опыт и эффективные, с позиции больного, ресурсы биомедицины переплетаются, превращаясь со временем в то, что наш информант называет *«не решением даже, а скорее отработанной годами практикой»*: *«Я знаю, чем лечиться, у меня есть определенный набор средств, когда совсем плохо, есть гормональные уколы, и когда нужно быстро снять симптомы, быстро облегчить, применяется вот это, ну, решение это»* (Р., м., 24 г.).

Присутствуют в исследовании и свидетельства самолечения народными средствами — с присущими этому лечению типичными коллективными представлениями, в частности, с представлением о вызывающем болезни «засорении» организма. Лечение в этой логике видится в практиках «очищения» организма: сосудов, внутренних органов (от «вредителей»-микробов, бактерий, вирусов, токсинов и т. д.): *«То, что заболело, мне кажется, этот орган очищать надо, налаживать питание... стараюсь как бы народными методами, травами какими-нибудь»* (С., ж., 62 г.)<sup>29</sup>. Обращение к само-

---

<sup>28</sup> Речь идет об атопическом дерматите.

<sup>29</sup> Заболевание этого информанта — псориаз.

лечению здесь также фундировано в чувстве неудовлетворенности возможностями биомедицины и мировоззренческой ориентацией на все «натуральное», на «дары Природы» как универсальное целительное средство в противовес «химическим» лекарствам: *«Я сомневаюсь исключительно в официальной медицине. В народной я вообще не сомневаюсь, потому что она была, есть и будет... Мне кажется, и без медицины официальной... медики неправильно говорят, ну, на данный момент, да, так они всего 150 лет существуют, а народная медицина сколько лет...»; «...например, очень хочется собрать полынь. Она очень помогает во многих болезнях, надо просто знать, когда ее собирать. А времени нет. Поэтому я ищу другое: все пчелиное. Прополис! Также во многих болезнях помогает»* (К., ж., 56 л.).

В исследовании выявлен и тип самолечения, который можно условно назвать «психологическим», когда акцент делается на популярную психосоматику, на устранение неких психологических причин болезни: стресса, негативных эмоциональных переживаний: *«Стрессовые любые обстоятельства для меня — это как бы трагедия, и я начала, как это модно говорить, духовно совершенствоваться, стараться эмоции свои успокоить... вот этот хаос мыслей, чтобы четкое было понимание»* (С., ж., 62 г.). Источниками такого самолечения выступает самообразование: чтение книг практических психологов, просмотр соответствующих онлайн лекций.

Следует сказать, что наряду с различными видами самолечения в жизненной ситуации рецидивов болезни опрошенные хронические больные обращаются и к практикам неконвенциональной медицины, в частности, к гомеопатии, хотя это решение и единичное в нашем исследовании: *«Я не могу сказать, что я прям вот на 100,% верю, что она (гомеопатия. — В. Л., А. Г.) работает, но те люди из моих знакомых, которые от аллергии вылечились, они объясняют это тем, что лечились у гомеопатов. ...Я не могу сказать, что мне прям очень сильно помогло, но с другой стороны, в ту весну, когда я уже начала лечиться у гомеопатов... я себя чувствовала лучше, чем когда я не ходила к гомеопату»* (Л., ж., 26 л.). Обращение к гомеопатии, как и к другим направлениям неконвенциональной медицины, вызвано, как показывает исследование, все той

же неудовлетворенностью возможностями биомедицины, хотя тут речь идет о другом аспекте этой неудовлетворенности. Здесь биомедицина «обвиняется» в том, что она не может вылечить хронические заболевания (не обладает такими методами), не может сделать хронического больного здоровым, вернуть его в состояние до болезни: *«Они очень часто (врачи биомедицины) хронические заболевания не умеют лечить в принципе. Они считают, что ты какие-то препараты пропил, у тебя все ухудшается, ухудшается, через полгода ты приходишь опять что-нибудь пропиваешь. И они хотят тебя в этот цикл загнать, чтобы ты постоянно лечился. А когда ты говоришь: “Слушайте, а я когда-нибудь исцелюсь? Смогу ли я нормально есть, не следить за диетой?” — “Ну что вы хотите, нет, конечно же, нет”. И, там любое название — хроническое, от астмы до панкреатита... Я представила себе, что я буду до конца жизни колоться чем-нибудь там, нюхать гормоны и пить эти таблетки, и решила, что надо как-то все по-другому это организовать»* (Л., ж., 26 л.). Гомеопатии здесь приписываются сверхвозможности: она, по мнению информанта, направлена на *«истребление заболевания и на оздоровление»*. В этом смысле гомеопатия *«дает надежду»* отчаявшимся хроническим больным, полагает информант, понимая в то же время, что это, *«может быть, и вранье»*, *«скорее, психологический фактор»*. В исследовании выявлены и другие факторы, повлиявшие на это решение: знакомство с гомеопатией и гомеопатами, идущее еще из детства, и сформировавшее доверие к этому типу медицины; высокая информированность о гомеопатических практиках, и как следствие — знание об отсутствии побочных эффектов при лечении.

Еще одно решение, принимаемое нашими информантами в ситуации рецидивов болезни (это тоже единичное решение), — обращение к целительству как еще одному направлению неконвенциональной медицины. Главный фактор выбора такого решения уже не раз звучал в нашем анализе — неудовлетворенность возможностями биомедицины: *«Я думаю, как они могут лечить, если они причину не знают (речь идет о псориазе. — В. Л., А. Г.). Значит, смотрела препараты, которыми они лечат, они очень серьезные, там ни одного слабого препарата. Смотрю, во многих тоже написано: механизм*



действия препарата неизвестен. Я думаю, как можно, не зная причины заболевания и не зная толком механизм, лечить» (С., ж., 62 г.). Кроме того, обращение информанта к целителю (в нашем случае это печально известная в Самаре «целительница» Светлана Пеунова), обусловлено пониманием информантом того медицинского факта, что ее хроническое заболевание самым тесным образом связано с состоянием психики, и следовательно, «необходимо позитивное мышление, ...духовное совершенствование». Отсюда — посещение информантом лекций, различных семинаров, курсов, участие в психологических тренингах («очень много тренингов про страхи, обиды, ну, качества, которые провоцируют болезнь»; «ты уже четко понимаешь, что уже конкретно нужно индивидуально для тебя» (С., ж., 62 г.).

Следует сказать, что в значительном количестве случаев в ситуации рецидива болезни опрошенные нами пациенты сочетают различные виды самолечения с обращением к помощи биомедицины, демонстрируя своим медицинским выбором «дивергентную рациональность», о которой писала Гарро как раз применительно к ситуации хронических болезней: «даже, лежа под капельницей, читаю эти книги (по психологии. — В. Л., А. Г.)»; «И, приходя домой (после дневного стационара. — В. Л., А. Г.) подключила еще травы, чтобы побочные действия лекарств каким-то образом ликвидировать...» (С., ж., 42 г.); «Я для себя сформировала определенный комплекс из методов, и я понимаю, что от этого у меня есть эффект. Говорю, подбираю комплекс упражнений, медикаментов внешних, мази, ну, физ.процедуры в поликлинике делаю всякие, бады принимаю» (Л., ж., 52 г.).

### **Выводы: кратко**

Итак, подытоживая, исследование показало, что в жизненной ситуации встречи с новым симптомом (новой болезнью) алгоритм выбора заболевшего человека имеет следующую структуру. Он выбирает либо биомедицину, либо самолечение (в медикализированной или немедикализированной форме). Больной принимает решение обратиться к представителю биомедицины в том случае, если испытывает сильные боли, либо имеет научно-ориентированное мировоззре-

ние, то есть верит в науку в целом, либо оценивает свои симптомы как опасные и тяжелые, воспользовавшись для подобной оценки медицинским знанием, представленным в интернете, и основываясь на собственном наличном запасе медицинских знаний. Для принятия решения обратиться к врачу достаточно одного из этих трех эксплицитных факторов, хотя они могут образовывать в конкретной ситуации различные комбинации. Выбор биомедицинской помощи конкретизируется посредством выбора типа этой помощи: государственной медицины, частной медицины, платных услуг в государственных клиниках или «хорошего врача» как такового. Государственную медицину наши информанты выбирали по трем соображениям: во-первых, она дешевле, чем частная (или совсем бесплатная), во-вторых, ее выбирают, потому что не доверяют частной, в третьих, ее выбирают «по привычке» — как наиболее рутинизированный вариант обращения за медицинской помощью. Частную медицину в свою очередь выбирают по причине недовольства организацией лечебного процесса в государственных клиниках и отношением врачей к пациентам в этих клиниках. Вместе с тем выбор биомедицины для ряда информантов — это выбор «хорошего врача» (и его поиск) безотносительно к его институциональной принадлежности. Поэтому наличие у заболевшего человека информации о конкретном специалисте, представителе биомедицины, который бы соответствовал представлениям этого человека о «хорошем враче», аналитически можно квалифицировать уже как четвертый (вспомогательный) фактор, влияющий на выбор биомедицинской помощи. В том случае, если четыре описанных выше фактора не действуют в конкретной ситуации выбора, заболевший человек принимает решение о самопомощи — медикализированной или основанной на «народных» рецептах, или образующей те или иные гибридные формы с обращением к институциям биомедицины.

Жизненную ситуацию медицинского выбора после первичной постановки диагноза и назначения лечения структурируют следующие альтернативы: согласие на назначенное лечение, в том числе оперативное, либо обращение к неконвенциональной медицине, либо поиск «хорошего врача». Согласие с диагнозом (для нашего исследования релевантны серьезные диагнозы) и согласие на назначенное лечение под-

чиняются следующему алгоритму: когда диагноз и прописанное лечение подтверждаются в результате перепроверки, которую пациент может осуществлять по нескольку раз — у других врачей биомедицины, либо потому что пациент испытывает страх смерти и осознает всю серьезность и опасность своего положения. Параллельно согласию, а также не согласившись с предложенным биомедициной лечением, пациент может или продолжать искать «хорошего врача», или/и обратиться к помощи неконвенциональной медицины как источнику надежды.

Наконец, в случае хронической, рецидивирующей болезни возможны следующие альтернативные действия: обращение к биомедицине, к неконвенциональной медицине или самопомощь различных видов. К биомедицине хроники обращаются в самых крайних случаях, когда «невозможно терпеть». Во всех остальных случаях они занимаются самолечением — медикализированным, если есть положительный опыт действующих лекарственных схем на их симптомы, и «народным» или, если у хроников есть соответствующие мировоззренческие установки, они обращаются к неконвенциональной медицине. Самолечению и обращению к неконвенциональной медицине сопутствует фактор разочарования в возможностях биомедицины, не эффективной, по мнению информантов, в отношении хронических заболеваний и не учитывающей индивидуальную конституцию болезни. Важным обстоятельством конфигурации решений в этой жизненной ситуации является совмещение разных поведенческих стратегий, одновременное «использование» всех имеющихся в данной ситуации альтернатив.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонова Н. А., Ерицын К. Ю., Дубровский Р. Г., Спирина В. Л. Отказ от вакцинации. Качественный анализ биографических интервью // Теория и практика общественного развития. Международный научный журнал. URL: [http://teoria-practica.ru/rus/files/arhiv\\_zhurnala/2014/20/psychology/antonova-eritsyan-dubrovsky-spirina.pdf](http://teoria-practica.ru/rus/files/arhiv_zhurnala/2014/20/psychology/antonova-eritsyan-dubrovsky-spirina.pdf) (дата обращения: 15.09.2017).

2. Лехциер В. Л. Хороший врач или превратности децентрирования медицинского субъекта // *Mixtura verborum* 2009: Боли нашего времени. Самара : Самар. гуманитар. акад., 2009. С. 78–93.

3. *Михель Д. В.* Влияние идеологии персонализированной медицины на практику принятия медицинских решений в начале XX века // Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 24: Философско-антропологические основания персонализированной медицины (междисциплинарный анализ) : сб. науч. ст. / под ред. П. Д. Тищенко. Москва : Изд-во Московского гуманитарного ун-та, 2016. С. 35–58.

4. *Михель Д. В.* Социальная антропология медицинских систем: медицинская антропология. Саратов : Новый Проект, 2010. С. 15–17.

5. *Михель Д. В.* Философия терапевтического выбора: принятие медицинских решений в контексте социокультурных трансформаций // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. 2016. Т. 16. Вып. 2. С. 155–161.

6. *Ожиганова А. А.* Вакцинация: мнения оппонентов // Проблемы сохранения здоровья в условиях Севера и Сибири. Труды по медицинской антропологии. Москва, 2009. С. 152–161.

7. Результаты социологических опросов. Отношение населения к вакцинации // Автономное учреждение здравоохранения Республики Карелия. Центр медицинской профилактики URL: [http://centr-profilaktiki.narod.ru/social\\_research/social\\_research.html](http://centr-profilaktiki.narod.ru/social_research/social_research.html) (дата обращения: 15.09.2017).

8. *Тищенко П. Д.* Философские основания персонализированной медицины (ПМ): казусы А. Джоли и М. Шнайдера // Рабочие тетради по биоэтике: Вып. 21: Философско-антропологические основания персонализированной медицины (междисциплинарный анализ) : сб. науч. ст. / под ред. П. Д. Тищенко. Москва : Изд-во Московского гуманитарного ун-та, 2015. С. 96–118.

9. Харитонов В. И. Неконвенциональная медицина в современной России // Медицинская антропология и биоэтика, 2014. URL: <http://www.medanthro.ru/?p=2017> (дата обращения: 08.12.2017).

10. *Шюц А.* Избранное: Мир, светящийся смыслом. Москва : Российская политическая энциклопедия, 2004. С. 66.

11. *Chrisman N. J., & Kleinman A.* Popular health care, social networks, and cultural meanings: The orientation of medical anthropology // Handbook of health, health care, and the health professions. New York: Free Press, 1983. P. 569–580.

12. *Dunn F.* Traditional Asian medicine and cosmopolitan medicine as adaptive systems // Asian medical systems: A comparative study. C. Leslie (Ed.), Berkeley: University of California Press, 1976. P. 133–158.

13. *Garro L. C.* Cognitive Medical Anthropology // Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures Topics. Volume 1; Cultures. Volume 2. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2004. P. 12–23.

14. *Garro L. C.* On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities // *Medical Anthropology Quarterly*. 1998 Vol. 12. No 3. P. 319–355.
15. *Jolie Pitt A.* «My Medical Choice» // *NYT*. 2013. May 14. URL: <http://nyti.ms/19l8bbY> (дата обращения: 28.09.2017).
16. *Jolie Pitt A.* Angelina Jolie Pitt: «Diary of a Surgery» // *NYT*. 2015. March 24.
17. *Kleinman A.* The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition. NY: Basic Books, 1984.
18. *Lock M., Nguyen V.-K.* An Anthropology of Biomedicine. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010. P. 61–67.
19. *Sheron R.* Narrative medicine: Honoring the Stories of illness. NY, Oxford University Press, 2006.
20. *Shweder R. A.* Divergent Rationalities // *Metatheory in Social Science*. D.W. Fiske and R.A. Shweder, eds. Chicago: University of Chicago Press, 1986. P. 163–196.
21. *Strauss A.* Chronic Illness // *Society* 10: 33-39, 1973.
22. *Strauss A., Glaser B.* Chronic Illness and the Quality of Life. 2nd. edition. [1st ed. 1975.] St. Louis, MO: C.V. Mosby Co, 1984.
23. *Young J. C and Garro L.* Variation in the choice of treatment in two mexocan communities // *Sot. Sci. Med.* 1982. Vol. 16. P. 1453–1465.
24. *Young J. C., Garro L. C.* Medical Choice in a Mexican Village. Prospect Heights, Illinois: Waveland Press. Reissue with changes of a book by the same title published in 1981 by Rutgers University Press: New Brunswick, New Jersey, 1994.