Переводы

Артур Клейнман

Понятия и модель для сравнения медицинских систем как культурных систем

Введение

Порученное мне задание заключалось в том, чтобы проанализировать теории и понятия, которые можно использовать для сравнения медицинских систем в качестве культурных систем. Обзор релевантной литературы по медицинской антропологии выявил, что за некоторыми значимыми исключениями[1] существует нехватка хорошо разработанных теоретических позиций по этому предмету, которые можно было бы аккуратно обобщить, сравнить или противопоставить. Большая часть литературы посвящена эмпирическим исследованиям, которые обычно не уточняют свои теоретические рамки, несистематично заимствуют понятия из социальных наук и биомедицины и в результате являют собой фрагментированные тексты, на которые сложно ссылаться. Мы имеем большой массив эм-

---

Артур Клейнман — профессор медицинской антропологии на кафедре глобального здоровья и социальной медицины, профессор психиатрии в Гарвардской медицинской школе. Перевод с англ. А. Курленковой по: Kleinman A. (1978) Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine,* 12. Публикуется с разрешения автора.

Доклад был подготовлен для конференции «Теория в медицинской антропологии», Национальный научный фонд, Вашингтон, 20-22 ноября 1976 г.

1 Исключением является теоретическая работа Горацио Фабрега [Fabrega, 1973]. Однако, так как большая часть его работы связана с отношением между культурой и опытом болезни (illness) и только мимоходом с медициной как культурной системой, я решил не делать обзор идей Фабрега, хотя описываемая мной модель строится на некоторых из них. Схожим образом я не обращаюсь эксплицитно к подходам А. Алланда, Э. Данн, Э. Фрайдсона, П. Кунштадтера и Ч. Лесли, которые фокусируются на других аспектах медицинских систем: их адаптивных функциях [Alland, 1976; Dunn, 1976; Kunstadter, 1975], конфигурациях их социальной структуры [Freidson, 1970], изменениях (например, модернизации) их институциональной структуры [Leslie, 1974]. Тем не менее теория, которую я продвигаю, опирается также и на эти источники.

пирических описаний, но мало кросс-культурных сравнений и почти никаких попыток проверить специфическую гипотезу. Отсутствие теоретической базы стало предпосылкой этой конференции.

Вместо того чтобы интегрировать и критиковать немногочисленные теоретические попытки, я, рискуя показаться эгоцентричным, представлю модель, над которой работал последние пять лет. Эта модель выросла из моей полевой работы и изучения существующих релевантных теорий, а также эмпирических исследований[1]. Эта модель — попытка осмыслить здоровье, опыт болезни (illness)[2] и лечение (healing)[3] в обществе как культурную систему и сравнить подобные системы в разных культурах.

---

1 См. Kleinman A. (1973) Toward a comparative study of medical systems. *Science, Medicine and Man,* 1: 55-65; Kleinman A. (1975) Social, cultural and historical themes in the study of medicine in Chinese societies: problems and prospects for the comparative study of medicine and psychiatry. *Medicine in Chinese Cultures.* Fogarty International Center, N. I. H., Bethesda, Maryland: 589-657.

2 Следует сразу сделать пояснение к переводу терминов, часто встречающихся в работе А. Клейнмана. Понятие *illness* мы будем переводить как *опыт болезни* или *заболевание*; понятие *disease* переводится как *болезнь* или *патология*; понятие *sickness* — как *недомогание, недуг*. В любом случае русский перевод мы будем сопровождать оригинальным понятием автора на английском, чтобы избежать путаницы. Разница между *illness* и *disease* подробно обсуждается в статьях В. Л. Лехциера (2009) Семиозис болезни: дихотомия культурологизма и персонализма (преодолевая стереотипы биомедицины). *Вестник Самарской гуманитарной академии. Сер. «Философия. Филология»,* 2 (6): 85-111 и А. А. Ожигановой (2011) Антропология и медицина: перспективы взаимодействия (дискуссия 1980-х — 2000-х годов). *Этнографическое обозрение,* 3: 10-21. В. Л. Лехциер, следуя различению А. Клейнмана, поясняет, что «illness — это сфера субъективных (или даже коллективных, если иметь в виду семью больного, его окружение) реакций на появившиеся «симптомы», сфера их оценок, переживаний, это сама жизнь больного в условиях нарушения функций и ограничения возможностей. Illness — это именно опыт болезни, опыт, включающий классификацию и объяснение страданий самими заболевшими, их опасения и надежды, самолечение, коррекцию поведения, в том числе и решение об обращении к врачу... У врача своя задача — перевести illness на язык disease, то есть на язык «патологии», теоретического обоснования возникших функциональных нарушений» (с. 99). См. также следующее пояснение: «„Disease“ — это сугубо физический феномен... а „illness“ — болезнь, взятая в своем „нефизическом“ измерении. Таким образом, различия между ними аналогичны различиям между „полом“ и „гендером“» (прим. И. Напреенко к переводу главы из книги А. Мол «Множественное тело». Социология власти. 2015. Т. 27. №1. С. 99). Подробный разбор этих понятий представлен также далее в этой статье, в разделе «Объяснительные модели клинической реальности с точки зрения болезни (disease) и заболевания (illness)». — *Прим. пер.*

3 Здесь и далее *healing* будет переводиться как *лечение*, какие меры по нормализации состояния больного человека это понятие ни включало бы в разных системах заботы о здоровье. — *Прим. пер.*

Теоретическая модель медицины как культурной системы, если она должна быть полезной, обязана уточнять, что такое система и как она функционирует. Ей следует представить метод описания частных систем и проведения кросс-культурных сравнений между различными медицинскими системами. Она также должна предложить более систематический анализ влияния культуры на недомогание (sickness) и лечение вне теоретической рамки.

Кроме того, модель медицины как культурной системы окажется ценной, если она сможет: 1) операционализировать понятие культуры в области здоровья точным и поддающимся измерению образом; 2) установить связь с клиническими проблемами; 3) указать конкретную гипотезу, которую можно опровергать с помощью существующих данных или подтверждать в будущих полевых исследованиях; 4) осуществлять систематический интердисциплинарный перевод между антропологией и науками о здоровье; 5) предоставить терминологию, не ограниченную понятиями биомедицины, с помощью которой биомедицина может быть соотнесена с другими профессиональными, а также бытовыми (popular) и народными (folk) традициями лечения в рамках расширенной сравнительной кросс-культурной науки о недомогании и заботе о здоровье.

Я не заинтересован в том, чтобы убедить вас, будто предложенная теоретическая рамка является единственным решением в нашей области. Скорее в том, что она способна ставить проблемы, на которые мы можем реагировать и, хотелось бы надеяться, решать, двигаясь дальше. Даже будучи временной, модель предполагает, что мы получим по меньшей мере несколько преимуществ, которые можно извлечь, развивая теорию медицины как культурной системы. Несомненно, в процессе обнаружатся ее ограничения, но они связаны со специфическими характеристиками модели, а не с моделями для данной области в целом.

Итак, мой доклад ставит цель стимулировать участников конференции и читателей тезисов детально проанализировать предложенную модель, чтобы построить другие, которые, возможно, со временем дадут нам единую теоретическую рамку. Даже если мою модель можно свести к общему набору терминов, она позволит нам выйти из текущего хаоса. Она уже продемонстрировала свою полезность для изучения медицины в китайской культуре и сопоставления с медициной в США [Kleinman, 1975a, 1975b].

Небольшое предуведомление. Вне зависимости от способа конструирования медицинские системы суть культурные и социальные системы. Это не просто системы значения и правила поведения, однако значения и нормы, связанные с определенными социальными отношениями и институциональным окружением. Развести аспекты общественной заботы о здоровье, связанные

с культурной и социальной системами, представляется невозможным. Название доклада просто отражает акцент на культурном измерении. Я уверен, что другие участники конференции расставят акценты иначе. Описанная модель, которая в других статьях толковалась как экологическая, связывающая «внешние» (социальные, политические, экономические, исторические, эпидемиологические и технологические) факторы с «внутренними» (психофизиологическими, поведенческими и коммуникативными) процессами, помещает медицинские представления и деятельность внутрь социально-политических структур и локальной среды обитания. Еще раз подчеркну, я не буду сосредотачивать внимание на указанных аспектах модели, лишь отмечу, что они согласуются со взглядом на медицинские системы как на культурные системы. Наша задача заключается в том, чтобы понять, как культура, понимаемая как система символических значений, формирующих социальную реальность и личный опыт, служит посредником между «внешними» и «внутренними» параметрами медицинских систем и определяет содержание, эффекты и изменения, которые они претерпевают.

Здоровье, опыт болезни (suffering) и забота как культурная система

Здоровье, опыт болезни (illness) и аспекты жизни общества, связанные с заботой о здоровье (health care), артикулируются как культурные системы. Множество полевых данных подтверждает этот тезис, обнаруживая водораздел между старыми и современными подходами к медицинской антропологии [Kleinman, 1975a; Leslie, 1976; Lewis, 1975]. Такие культурные системы, которые я буду называть *системами заботы о здоровье* (*health care systems*)[12], являются, подобно

1 Я использую термин «система заботы о здоровье», просто чтобы подчеркнуть деятельность по уходу за здоровьем, находящуюся в центре этих систем. Я осознаю, что «система здоровья» может быть более подходящим понятием для общего употребления, так как его охват шире: оно включает как профилактические, так и исцеляющие функции, которые эти системы выполняют; в то же время в отличие от термина «медицинская система» оно не является медикоцентричным.

2 Здесь и далее *health care system* будет переводиться как *система заботы о здоровье/система ухода за здоровьем.* Вариант, предложенный В. А. и В. В. Тишковыми, — «система здравоохранения» — в русском языке, на наш взгляд, слишком сильно ассоциируется с государственной политикой регулирования биомедицинской помощи (как в выражении «политика здравоохранения»), в то время как в любую систему заботы о здоровье входят также бытовые (обыденные) представления и практики, а также народная медицина (Тишков В. А., Тишков В. В. (1988) Диалог между антропологией и ме-

другим культурным системам (например, системам родства и религиозным системам), символическими системами, организующими значения, ценности, поведенческие нормы и т. п. Система заботы о здоровье артикулирует опыт болезни (illness) как культурную идиому, связывая представления о причинах болезни, опыт симптомов, специфические паттерны поведения в ответ на заболевание (illness), решения, касающиеся вариантов лечения, терапевтические практики и оценку терапевтических результатов. Таким образом, она устанавливает систематические отношения между этими компонентами.

Являясь частями культурной системы, здоровье, опыт болезни (illness) и забота о здоровье должны пониматься во взаимосвязи. Представления о здоровье и поведение, представления о заболевании (illness) и поведение, а также деятельность по уходу за здоровьем управляются одним и тем же набором социально санкционированных правил. Рассмотрение одного в отдельности от другого искажает наше знание о природе каждого из элементов, а также о том, как они функционируют в контексте специфических систем заботы о здоровье; кроме того, это ведет к ошибкам в кросс-культурных сравнениях. Анализ семантических сетей [Good, 1977] — один из методов продемонстрировать эти связи и их значение для заботы о здоровье. Применение символического анализа также показало, что аспекты жизни общества, связанные с заботой о здоровье, организованы как культурная система [Ahem, 1975; Gould-Martin, 1975; Harwood, 1971; Ingham, 1970; Obeyesekere, 1976; Turner, 1967]. Тем не менее следует надеяться, что полная оценка ее структуры и функций последует за этнографическими исследованиями, которые проверят определенную гипотезу, созданную на основе теоретических моделей, и используют их, чтобы сориентировать свои феноменологические описания[1]. Мы можем уже наблюдать,

---

дициной. О книгах А. Клейнмана «Пациенты и целители в культурном контексте», «Социальные корни дистресса и болезни», «Заметки на полях». «Дискурс между антропологией и медициной». *Журнал прикладной психологии*, 1: 37-50). — *Прим. пер.*

1 Алан Янг [Young, 1976] представляет несколько поддающихся исследованию понятий, характеризующих традиционные медицинские системы. Например, идею о том, что эффективность их подходов к лечению имеет важные «онтологические последствия», где эпизоды недомогания «сообщают и подтверждают идеи о реальном мире». Это необходимо принимать во внимание, утверждает он, если мы нацелились должным образом изучать эффективность традиционного лечения. Данное понятие может быть использовано медицинским этнографом для того, чтобы осмыслить собственные феноменологические описания или чтобы выдвинуть определенную гипотезу об эффективности традиционного лечения, которую он затем

как это происходит в полевых исследованиях медицины в китайской культуре [Kleinman, 1975a]: они стали совершеннее в том числе благодаря развитию медико-антропологических и кросс-культурных моделей. Кросс-культурные сравнения должны или ждать появления нового типа медицинской этнографии, или инкорпорировать такой подход при работе в нескольких «полях» одновременно. Изучение того, как меняются представления и практики, связанные со здоровьем, должно включать анализ изменений в системах заботы о здоровье.

Структура систем заботы о здоровье

Большая часть систем заботы о здоровье включает три социальные «арены», на которых разворачивается переживание недомогания (sickness) и реакция на него (см. рис. 1). Существуют бытовая (popular), профессиональная (professional) и народная (folk) арены. Бытовая арена охватывает семейный контекст недомогания (sickness) и заботы, но также включает социальные сети и деятельность в локальных сообществах (community activities). Как в западных, так и в незападных обществах 70-90% управления недугом осуществляется только внутри этой арены [Kleinman, 1975b; Hulka, 1972; Zola, 1972a]. Более того, большая часть решений, касающихся того, где искать помощь на других аренах, с кем консультироваться, соблюдать ли предписанный режим, а также большинство обыденных оценок эффективности лечения, проводятся в рамках бытовой арены. До самого недавнего времени медицинская антропология была склонна преуменьшать значение бытовой арены, концентрируясь на народной. Последняя состоит из непрофессиональных специалистов по лечению, иногда подразделяемых этнографами на сакральную и светскую группы. Профессиональная арена состоит из профессиональной научной («западной» или «космополитической») медицины и профессионализированных аборигенных традиций лечения (например, китайской и аюрведической традиций, унани или хиропрактики).

может предложить проверить. То же самое можно сказать об утверждении Янга, что для всех эпизодов недомогания (sickness episodes) характерно то, что человек прекращает исполнять свои обычные обязанности. Это опровергается данными из целого ряда обществ, включая наше собственное.



Рис. 1. Система заботы о здоровье: внутренняя структура.

Эти арены содержат и помогают конструировать отдельные формы социальной реальности. Они организуют определенные подсистемы социально легитимированных представлений, ожиданий, ролей, отношений, обстановки, в которой происходит взаимодействие, и т. п. [Freidson, 1970]. Эти социально легитимированные контексты недомогания (sickness) и заботы я буду называть отдельными клиническими реальностями [Kleinman, 1978]. С точки зрения нашей модели, эти клинические реальности культурно сконструированы. Они различаются не только для разных обществ, но также для разных секторов или арен одной и той же системы заботы о здоровье, а также для различных институтов (agencies) и агентов заботы (agents of care) в рамках одного сектора. При этом они точно отражают существенные изменения, происходящие в соответствующих социополитических секторах заботы и их идеологических (культурных) структурах.

Ключевые адаптивные задачи систем заботы о здоровье

С функциональной точки зрения системы заботы о здоровье выполняют определенные культурно (и часто психосоциально) адаптивные задачи перед лицом недомогания (sickness)[1]. Для аналити-

1 Более подробное рассмотрение ключевых адаптивных задач системы заботы о здоровье можно найти здесь: Kleinman A. (1975) Social, cultural and historical themes in the study of medicine in Chinese societies: problems and

ческих и сравнительных целей можно выделить шесть ключевых адаптивных задач.

1. Культурное конструирование опыта болезни (illness) как социально усвоенного и санкционированного опыта. См. раздел о болезни/заболевании (disease/illness) ниже.

2. Культурное конструирование стратегий и оценочных критериев, направляющих выбор различных вариантов практик заботы о здоровье и медицинских специалистов, а также оценку процесса и, что самое важное, результата (эффективности) клинической помощи.

3. Когнитивные и коммуникативные процессы, связанные с управлением недугом (sickness), включая категоризацию (labeling), классификацию и создание объяснений, имеющих личное и социальное значение.

4. Лечебная деятельность *per se*, включая все типы терапевтического вмешательства, начиная с диеты, лекарственных средств и хирургии и заканчивая психотерапией, поддерживающей терапией и лечебными ритуалами.

5. Преднамеренное и непреднамеренное поведение, способствующее улучшению здоровья (по большей части профилактически) или его ухудшению (производству недуга)[1].

6. Управление рядом терапевтических результатов, включая излечение, неудавшееся лечение, рецидив (повторение) болезни, хроническое заболевание (illness), нарушение какой-либо функции и смерть.

Суть [системы] заботы о здоровье заключается в перечисленных функциях. Хотя каждую из них можно найти в системах заботы о здоровье практически во всех обществах, о которых мы располагаем адекватными этнографическими данными [Kleinman, 1975a, 1978], существенна кросс-культурная вариативность механизмов, использующихся для достижения ключевых клинических задач. Есть также очевидные различия в том, что некоторые из этих задач выполняются всей системой заботы о здоровье, в то время как другие — только определенными секторами или подсекторами. Основ-

---

prospects for the comparative study of medicine and psychiatry. *Medicine in Chinese Cultures*: 589-657. Fogarty International Center, N. I. H., Bethesda, Maryland; Kleinman A. (1975) Explanatory models in health care relationships. *Health of the Family (National Council for International Health),* National Council for International Health, Washington, D. C.: 159-172.

1 Я следую совету Фреда Данна, указывая на эту важную функцию, которую, следует признать, в предыдущем разборе этой модели я не учитывал [Dunn, 1976].

ные разногласия в исполнении определенных задач также отражают существенные различия в клинических реальностях.

Лечение в определенном смысле — это сумма ключевых клинических задач системы заботы о здоровье. Из этого следует, что лечит именно культурная система в целом. Такой тип лечения мы будем называть *культурным лечением*. Несмотря на то что процесс лечения обычно включает две связанные операции — эффективный контроль над болезнью как патологией (disease), а также придание личного или социального значения опыту болезни (illness), — культурное лечение включает главным образом второе. В таком случае мы признаем парадокс: с одной стороны, культурное формирование заболевания (cultural shaping of illness) как психосоциального опыта находится под воздействием культурных правил, управляющих восприятием, оценкой и выражением симптомов, а также определяющих специфические характеристики роли больного. С другой стороны, это формирование само по себе является частью процесса лечения. Схожим образом социально санкционированные критерии, используемые для оценки терапевтической эффективности — другого элемента культурного лечения, — могут порождать дополнительный парадокс. Лечение оценивается как успешное независимо от судьбы больного человека и его недуга (sickness), так как само недомогание (sickness) и его терапия получили убедительные объяснения, связанное с ними социальное напряжение было должным образом погашено, а культурные принципы учтены, как было показано в работах [Turner, 1967; Douglas, 1970; Kleinman, Sung, 1979; Young, 1976]. С точки зрения модели системы заботы о здоровье, культурное лечение происходит постольку, поскольку адекватно выполняются ключевые клинические задачи. Когда это случается, лечение должно произойти; есть соответствие между ожиданиями, представлениями, поведением и оценкой результата. Культурное лечение, очевидно, поднимает базовые вопросы о том, как недомогание (sickness) и терапевтическая эффективность должны интерпретироваться, а также и как ключевые клинические задачи системы заботы о здоровье должны оцениваться и сравниваться. Лечение, таким образом, следует оценивать на разных аналитических уровнях: физиологическом, психологическом, социальном и культурном.

Если культурное конструирование опыта болезни (illness) и критериев оценки терапевтического результата встроены в системы заботы о здоровье, то же можно сказать об институционализированных конфликтах между взглядами на клиническую реальность и оценками терапевтического успеха со стороны простых людей и практикующих специалистов. Эти конфликты, усиливающиеся по мере возрастания дифференциации (специализации знания

и социальных ролей), ярче всего выражены в более современных обществах и тех эпизодах заболевания (illness), которые пересекают различные секторы и подсекторы системы заботы о здоровье. Они систематически создают проблемы для клинической помощи. Я буду называть этот процесс *культурным ятрогенезом*[1]. Другими словами, на уровне культурной системы определенные преграды для осуществления эффективной заботы о здоровье, как, например, крупные расхождения в терапевтических целях медицинских специалистов и пациентов [Cay, 1975; Kane, 1974], встроены во внутренний механизм систем заботы о здоровье, что будет показано в следующем разделе.

Отношения в сфере заботы о здоровье: взаимодействие между объяснительными моделями

В каждом секторе системы заботы о здоровье можно получить объяснительные модели (ОМи)[2] различных эпизодов заболевания от практикующих специалистов и членов семьи [Englehardt, 1974; Kleinman, 1975c; Eisenberg, 1976].

ОМи включают интерпретации некоторых или всех пяти следующих вопросов: этиология, появление симптомов, патофизиология, течение заболевания (тяжесть и тип роли больного) и лечение. ОМи связаны со специфическими системами знаний и ценностей, сконцентрированных в различных социальных секторах и подсекторах системы заботы о здоровье. Таким образом, они являются историческим и социополитическим продуктом. Отношения в сфере заботы о здоровье (к примеру, между пациентом и семьей или пациентом и практикующим специалистом) могут изучаться и сравниваться как взаимодействие между различными ОМи, а также когнитивными системами и позициями в социальной структуре, с которым они связаны. На уровне культуры мы можем видеть эти взаимодействия как переводы между различными идиомами, в которых отдельные секторы системы заботы о здоровье артикулируют заболевания (illness) как психокультурные сети представлений и опытов.

1 Этим термином я обязан Чарльзу Лесли. Конечно, в буквальном смысле «культурный ятрогенез» означает, что культура производит недуг (sickness). Хотя и существуют значительные доказательства в пользу этой идеи, здесь я буду использовать этот термин в более широком смысле, говоря в целом о проблемах в области заботы о здоровье, систематически вытекающих из культурных факторов.

2 Далее в тексте «объяснительная модель» будет обозначаться «ОМ»; для обозначения множественного числа используется аббревиатура «ОМи» (по аналогии с английским оригиналом — EMs). — *Прим. пер.*

Нередко ОМи конфликтуют. Когда такое случается [Kleinman, 1975c; Lazare, 1975], это препятствует осуществлению заботы о здоровье. Было обнаружено, что коммуникация здесь выступает решающим фактором комплаентности[1] и удовлетворенности пациентов, а также фактором надлежащего использования ресурсов медицинских учреждений пациентами. В то же время, если культурное влияние на клиническую коммуникацию не находит должной оценки и реакции, это приводит к существенным проблемам в заботе о пациенте, как демонстрируют недавние исследования [Harwood, 1971; Snow, 1974]. В терминах нашей модели ОМи конструируют различные клинические реальности для одного и того же эпизода заболевания (illness), что приводит к несоответствию ожиданий, недопониманию (miscommunication) и к плохой клинической помощи. Эти конфликты обнаруживают лежащие в их основе расхождения в статусе и отношениях власти между ключевыми участниками области заботы о здоровье.

Значительная часть клинической коммуникации происходит в контексте семьи и обращений за советами в кругу знакомых (lay referral system). Кроме того, даже в случае общения с медицинским специалистом коммуникация включает семью в той же мере, что и пациента. Поэтому традиционная двухчленная модель, которой мы пользуемся, чтобы понять эти процессы, оказывается неадекватной и почти наверняка серьезно искажает комплексные, мульти-личностные взаимодействия, реально происходящие в большей части ситуаций заботы о здоровье. К примеру, ОМи биомедицины могут структурировать взгляд на клиническую реальность, в котором недуг (sickness) локализуется в теле больного, а забота видится лечением больного органа (diseased organ) врачом. ОМи в секторе бытовой культуры способны локализовать проблему в семье и называть всю семью больной (sick). Объект лечения в этом случае понимается значительно шире, чем тело пациента. Врач окажется лишь одним из многих и, возможно, не самым важным агентом лечения. Отношения между семьей и пациентом, семьей и врачом предстанут «реальными» терапевтическими отношениями. Аналогичным образом ОМи пациента и семьи повлекут за собой процедуры лечения и оценку терапевтического результата, которые по большей части не имеют ничего общего с биомедициной, а потому требуют для своей экспликации понятия, отличные от биомедицинских.

Понятие «объяснительная модель» проливает свет на то, как проблемы в клинической коммуникации часто представляют собой

1 Комплаентность — степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями врача. — *Прим. ред.*

конфликты в понимании клинической реальности на бытовой, народной и профессиональной аренах системы заботы о здоровье. Это указывает на систематическое следствие этих проблем в данной культурной системе. Иллюстрацией этого процесса являются обычно не выраженные словами, но часто очень показательные конфликты между профессиональными медицинскими (особенно биомедицинскими) ОМи, которые объясняют недуг (sickness) как *болезнь* (disease), и обыденными (бытовая культура) ОМи, которые объясняют недуг (sickness) как *заболевание* (illness) [Eisenberg, 1976].

Объяснительные модели клинической реальности с точки зрения болезни (disease) и заболевания (illness)

Ценным, даже если все еще не полностью разработанным теоретическим различением в работах по медицинской антропологии [Fabrega, 1973], является различение таких аспектов недуга (sickness), как *болезнь* (disease) и *заболевание* (illness). На языке нашей модели disease указывает на нарушение нормальной работы или плохую приспособленность биологических и/или психологических процессов. Illness, с другой стороны, обозначает *опыт* болезни (или кажущейся болезни, disease) и социальную реакцию на нее. *Illness* — это то, как больной человек, его семья и социальная сеть воспринимают, категоризируют, объясняют, оценивают и отвечают на *disease.*

Ни болезнь (disease), ни заболевание (illness) не являются вещью или сущностью; между тем они являются различными способами объяснения недуга (sickness), социального конструирования реальности. Болезнь (disease) наиболее часто ассоциируют с ОМи медицинских профессионалов (современных и аборигенных), где это понятие связано со специальными теориями этиологии и нозологии болезни, выраженными в абстрактных, узкоспециальных, как правило, безличных идиомах (например, модели болезни биомедицины, китайской или аюрведической медицины). Несмотря на то что эти ОМи часто изолируются от широкой публики и традиционно подразумевают ограниченный доступ для элитных групп, в современных обществах это знание все более и более становится доступным и используется непрофессионалами. Заболевание (illness) ассоциируется с ОМи бытовой арены системы заботы о здоровье, где недомогание (sickness) чаще всего артикулируется в очень личных, нетехнических, конкретных идиомах, касающихся жизненных проблем, вызванных недомоганием. Помимо семьи объяснительные модели заболевания (illness) также иногда используются специалистами, работающими в формате семейной или психосо-

матической терапии. Особенно охотно к ней прибегают практики народной медицины. Даже используя технически нагруженную теоретическую ОМ, они склонны излагать ее в идиомах бытовой культуры [Kleinman, 1975c; Horton, 1967; McCorkle, 1961]. Это подтверждается распространенными данными, по которым народные целители, работающие с космологическими объяснениями, часто предлагают их в сочетании с поразительно чуткими социологическими и психологическими объяснениями [Turner, 1967; Kleinman, 1978; Douglas, 1970].

Если смотреть в перспективе культурной системы, отношения в области заботы о здоровье часто являются взаимодействием моделей недуга как болезни (disease model of sickness) и болезни как заболевания (illness model of sickness). Здесь мы находим вышеупомянутый культурно интерпретируемый конфликт: медицинские специалисты видят недуг только как болезнь (disease) и предлагают объяснения, содержащие техническую информацию, способы лечения, являющиеся техническими «починками». Пациенты ищут не только облегчения симптомов, но также лично и социально значимые объяснения и психосоциальное лечение заболевания (illness) [Eisenberg, 1976]. Иными словами, медицинские профессионалы говорят о недуге (sickness) на языке биологических функций и поведения, специфическом для данного сектора, а пациенты и семьи, даже когда заимствуют терминологию из последнего, говорят о недуге (sickness) на языке опыта, широко используемом в культуре[1]. Одна из причин, по которой народные целители не исчезают, хотя модернизация создает современные профессиональные медицинские системы, заключается в том, что они часто искусно справляются с лечением заболевания (illness) [Kleinman, Sung, 1979]. Мы можем посмотреть на легитимированную роль социальных работников, психиатров, пасторской службы, защитников интересов пациентов, а также народных целителей в современных обществах (fully modern societies), например в США, в перспективе того, как они пользуются языком опыта. Они лечат заболевания (illness), о которых могли бы не говорить и которые могли бы не лечить, когда недуг (sickness) выходит из семьи в профессиональную область биомедицины.

Возможно, в будущем сравнительные кросс-культурные исследования систем заботы о здоровье смогут проверить интригующую гипотезу, возникшую в нашем обсуждении: культурное лечение

1 Я обязан различением языков поведения и языков опыта моему коллеге, профессору Дэвиду Раскину, факультет психиатрии, University of Washington School of Medicine.

должно быть регулярной чертой небольших дописьменных обществ, реже встречаться в развивающихся обществах (modernizing societies) и существенно ослабнуть в современных обществах. Культурный ятрогенез должен меняться в обратной зависимости. Другая связанная гипотеза заключается в том, что символические значения, приписываемые опыту болезни (illness experience), служат культурным посредником эффекта плацебо, а также основанием проблем, возникающих в клиническом менеджменте. Социальные изменения и культурный плюрализм способствуют уменьшению первого и усилению второго. Другие любопытные гипотезы, которые можно вывести из нашей модели, будут рассмотрены в финальном разделе работы.

Другой вопрос, подлежащий исследованию: приводит ли распространение биомедицинской модели болезни (biomedical disease model) в современной бытовой культуре к трансформации представлений и ожиданий в заботе о здоровье в соответствующем секторе? Согласно гипотезе, простые люди, особенно представители среднего класса, чаще оперируют механистической и реже психосоциальной моделью клинической реальности. Соответственно они более заинтересованы в технической информации и процедурах и меньше интересуются социально значимыми объяснениями и психосоциальными интервенциями. Чтобы ответить на этот вопрос, нам придется узнать гораздо больше о структуре бытовой медицинской рациональности в развивающихся и развитых обществах, а также не только среди меньшинств, но и в мейнстримной культуре. Мы должны сравнить и противопоставить бытовую медицинскую рациональность как биомедицинской рациональности, так и ее трансформациям в действительной клинической практике. Это, очевидно, потребует новую исследовательскую терминологию, так как биомедицинская рациональность не может использоваться для изучения подобного рода когнитивных доменов в ее собственных терминах. К примеру, Zola [1972b] утверждает, для того чтобы оценить природу бытовой медицинской мысли, мы должны начать с понятия «беспокойства» (trouble). Это широкая бытовая категория, включающая среди разного рода беспокойств беспокойства по поводу проблем со здоровьем. Они связаны с более широким набором вариантов управления недугом, чем просто медицинское лечение. В этом случае потребуется новая исследовательская методология для анализа и сравнения клинических реальностей, включая биомедицинские версии клинической реальности. Здесь автономная антропология страдания и человеческих услуг будет иметь ясные преимущества, не доступные при использовании медицинской антропологии, в которой преобладают биомедицинские парадигмы.

Модель ОМ, в отличие от исследовательских стратегий, которые можно встретить в большей части работ по медицинской этнографии, концентрируется на действительных взаимодействиях между пациентами (и их семьями) и профессионалами. Она предполагает, что простое выявление идей первых или вторых без изучения того, как эти идеи взаимодействуют, недостаточно. Именно взаимодействие открывает реальные структуры знания, логики и актуальности, которые действуют в различных секторах заботы о здоровье и системах, демонстрируя собственную применимость в процессе лечения. Этномедицинские таксономии не дают таких сведений, поэтому являются серьезным искажением природы и функции медицинского мышления. С другой стороны, модель ОМ, будучи моделью *когнитивных взаимодействий* в сфере заботы о здоровье, обещает дать нам более глубокое понимание механизмов, через которые культура влияет на решения и оценки лечения.

Модели коммуникации и когнитивных изменений, подобные модели ОМ, могут использоваться для изучения плюрализма медицинских представлений, выборов и способов лечения, чей масштаб и важность мы только начинаем ценить [Kunstadter, 1975]; модель ОМ основана на понимании систем заботы о здоровье как плюралистических систем. Такие модели могут применяться для рассмотрения того, как медицинская модернизация и индигенизация влияют на мышление и поведение, а также институты [Obeyesekere, 1976]. Такого рода вопросы должны изучаться новыми концептуальными моделями в медицинской антропологии. Теоретические рамки, подобные схеме ОМ, должны иметь возможность анализировать как индивидуальные, так и социальные измерения представлений и действий в сфере ухода за здоровьем. Исключение одного из этих компонентов не дает удовлетворительного анализа недуга (sickness) и лечения.

Однако изучение взаимодействий объяснительных моделей в сфере заботы о здоровье — это только один из элементов в более широком сравнительном исследовании клинических реальностей. Подобное более крупное исследование, которое почти наверняка расширит и изменит наше знание культурного контекста недомогания (sickness) и заботы, требует использования пока недоступных методов. Учитывая природу данной проблемы, эти методы должны быть интердисциплинарными, опираться на этнографические, клинические, эпидемиологические и социально-психологические источники. Они должны связать социально-политические аспекты и факторы внешней среды с биологическими и когнитивными процессами посредством культурных систем значений. Очевидно, для этого потребуются модели и понятия, которые рассматривают здоровье и недомогание как результаты комплексных мульти-факторных взаимодействий на биологическом, психологическом и социальном уровнях, а не как следствие

единственного решающего фактора, действующего лишь на одном уровне анализа. Несмотря на то что мы находимся на этой ранней стадии развития исследовательских методов, появление более точной и комплексной схемы анализа указывает на прогресс в теории, а также является знаком того, что наши нынешние теории все еще неадекватны. Все это наводит на мысль, что данная область медицинской антропологии проходит через смену парадигм. Старые исследовательские парадигмы, построенные У. Риверсом, Г. Сигеристом, И. Акернехтом, Ф. Е. Клементсом и другими отцами-основателями нашей дисциплиныдля концептуализации медицины в примитивных обществах, попросту уже не достаточны для интеграции более комплексных и сложных данных, являющихся результатом расширения нашего интереса ко всему спектру социальных контекстов и медицинских систем, а также к ряду гораздо более широких проблем, чем традиционные биомедицинские вопросы в медицине [Kleinman, 1975a]. Новая парадигма, вероятно, не только поможет пересмотреть аспекты нашей собственной дисциплины, но также и переосмыслить медицину, так как медицинская индустрия страдает от устаревших концептуальных моделей и отсутствия мета-теоретического исследования, особенно по части социальной вовлеченности. К примеру, сейчас, когда семейная медицина и первичная медицинская помощь видят социальную науку как одну из базовых для себя, уместно использовать медико-антропологические идеи, чтобы помочь создать новую парадигму клинической практики. Другим примером может служить переформулировка медицинской модели, которая, являясь текущей моделью биомедицины, откровенно не отвечает сегодняшним требованиям. Пересматривая медицинскую модель, следует включить идею медицинской антропологии, что медицина — это культурная система, а также должным образом оценить механизмы, через которые культура систематически влияет на болезнь/заболевание (disease/illness) и лечение. Представленные иллюстрации показывают важность систематического перевода понятий медицинской антропологии в медицинскую сферу; обратное также важно. Новые модели для нашей области должны стимулировать этот процесс перевода [Kleinman, Eisenberg, Good, 1978].

Биокультурный контекст систем заботы о здоровье и его связь с социо-психосоматическими взаимозависимостями в недомогании (sickness) и лечении

Среди множества проблем систем заботы о здоровье, которые можно было бы рассматривать подробнее, особый интерес представляет

их биокультурный контекст. Хотя этот вопрос и слишком объемен, чтобы его можно было охватить в этом тексте, некоторые моменты, релевантные для нашей модели, заслуживают того, чтобы на них остановиться. Культурное конструирование заболевания (illness) как психосоциального опыта влечет за собой комплексные психо- и социосоматические процессы, которые одновременно воздействуют на болезнь (disease) по принципу обратной связи и играют роль в процессе лечения болезни (disease) и заболевания (illness) [Kagan, Levi, 1974; Mauss, 1950; Kiritz, Moos, 1974; Teichner, 1968]. Тот факт, что эти процессы включены в организацию здоровья, заболевания и лечения как культурной системы, означает, что система заботы о здоровье помогает опосредовать влияние факторов социального окружения и психологических состояний на физиологические процессы. Выдвигались различные модели объяснения того, как это происходит, включая оперантное обусловливание (operant conditioning)[1], социальное обучение (social learning), теорию информации (information theory) и др. [Werner, Kaplan, 1967; Platonov, 1959; Schmale, 1970; Lipowski, 1973]. Как бы это ни осуществлялось, ясно, что подобные процессы активно включены в отношения между стрессом и болезнью [Holmes, Rahe, 1967], а также связаны с воздействием психотерапии и других символических терапий на физиологическую патологию [Frank, 1974]. Каким бы неполным по-прежнему ни было наше знание, тем не менее важно, чтобы будущие исследования систем заботы о здоровье фокусировались на этом биосоциальном мосте и задействовали подходящие методы для проверки его влияния на здоровье, заболевание (illness) и заботу о здоровье. Это является сильным аргументом в пользу компонента биологической (физической) антропологии в медицинской антропологии [Damon, 1975] — компонента, который изучает отношения между культурой и стрессом. Это также говорит о необходимости добавить биологическое измерение к культурному измерению медико-антропологических теорий [Kleinman, Eisenberg, Good, 1978; Dunn, 1976; Young, 1971]. Вышесказанное делает еще более обоснованным взгляд на медицинскую антропологию как интердисциплинарный мост между биомедицинскими и социальными науками — мост, который часто признают существующим, но редко изучают.

1 «Оперантное обусловливание» — термин, введенный американским психологом Б. Ф. Скиннером для обозначения особого пути образования условных связей. В отличие от классического (павловского) пути, названного Скиннером респондентным, при О. о. животное сначала производит какое-нибудь движение (спонтанное или инициированное экспериментатором), а затем получает подкрепление» (Большая психологическая энциклопедия, http://psychology.academic.ru/3743) — *Прим. пер.*

Гипотезы для этнографических и кросс-культурных исследований систем заботы о здоровье

Всеохватывающую модель, подобную этой, лучше всего оценивать по возможностям ее практического применения. Я использовал ее для изучения культурного структурирования (cultural patterning) феноменологии депрессии среди китайских пациентов [Kleinman, 1977], анализа клинической коммуникации, выявления различных типов взаимодействий между специалистом и пациентом [Kleinman, 1975c], а также изучения эффективности (и механизмов эффективности) действий шаманов и других традиционных целителей в Тайване [Kleinman, Sung, 1979]. В каждом случае я обнаружил, что биомедицинская парадигма неадекватна, и модель, которую мы обсуждали, более подходит в качестве схемы исследований. *Raison d'être* этой модели — предложить альтернативную социальную и культурную рамку, чтобы поставить под сомнение искажающий реальность биологический редукционизм биомедицинской модели в исследованиях и преподавании [Eisenberg, 1976]. К сожалению, объем данного текста не дает возможности описать и продемонстрировать эту модель. Но гипотезы, которые я изложу, вероятно, позволят читателю оценить некоторые способы ее применения.

Эти гипотезы, сильно отличающиеся по степени разработанности и возможности их проверки в поле, вытекают напрямую из очерченных мною модели и понятий. Одни из них можно применить в этнографических и сравнительных кросс-культурных исследованиях, другие непосредственно связаны с проблемами клиники и общественного здоровья. Третьи представляют простые открытые вопросы — приглашение читателю задавать специфические вопросы о модели и понятиях или поднимать более общие вопросы об изучении медицины как культурной системы. Неудивительно, что эти гипотезы отражают интердисциплинарное напряжение сил между антропологическими и медицинскими интересами в нашей области: источник не только проблем, но также и больших возможностей. Этим напряжением мы обязаны значительной части того, что является уникальным для нашей области. Вместо того чтобы пытаться уменьшить или игнорировать его, мы должны использовать его как базовую диалектику, проходящую через нашу работу.

Гипотезы

1. Не считая те относительно немногие общества, в которых нет профессиональных (локальных или западных) и /или народных медицинских специалистов, системы заботы о здоровье в современных

и исторических обществах можно описать с помощью трехчастной типологии, представленной выше. Все организации и агенты, занимающиеся заботой о здоровье, и все функции можно вписать в эту модель. В ее рамках можно разместить плюрализм и изменения.

2. Уточняя различия между клиническими реальностями и объяснительными моделями для секторов и подсекторов конкретной системы заботы о здоровье, мы можем предсказывать конфликты, вытекающие на основе их взаимодействия. Признание этих различий и попытки привести к общему знаменателю несовпадающие ОМи пациентов, семей и специалистов должны предотвратить основные конфликты взаимодействий в сфере заботы о здоровье. Профилактика основных конфликтов между ОМи и клиническими реальностями, которые они представляют, должна положительно повлиять на приверженность пациента медицинскому режиму, удовлетворенность и правильное использование медицинских учреждений, а также, возможно, ускорить выход человека из роли больного и его возвращение к нормальной социальной роли и функциям.

3. Внутрисистемные сравнения клинических реальностей должны раскрыть главные механизмы, с помощью которых культура воздействует на системы заботы о здоровье. Как меж-, так и внутрисистемные сравнения клинических реальностей должны также обнаружить природу и масштаб исторических, политических, экономических, технологических и эпидемиологических влияний на заботу о здоровье. Система заботы о здоровье может рассматриваться как микро-летопись таких воздействий.

4. Подобные сравнения выявят определенные паттерны конфликтов и доминирования между клиническими реальностями секторов или подсекторов, характерных для каждой системы, а также демонстрирующих четкий паттерн воздействия модернизации и вестернизации. Признание типичных паттернов может помочь прогнозировать (и, таким образом, предотвращать) проблемы в области заботы о здоровье, создаваемые процессами модернизации и вестернизации.

5. Все клинические реальности и предлагаемые ими объяснительные модели, включая биомедицинские, можно представить как культурно-специфические. В свою очередь биомедицина не содержит свободных от культуры клинических реальностей и ОМи. Более того, клинические реальности и ОМи также специфичны для своей социально-структурной позиции в системе заботы о здоровье. Таким образом, в нашей собственной системе заботы о здоровье причины конфликта между медицинской и социальной моделями психической девиантности должны рассматриваться в связи с социально-структурной специфичностью биомедицин-

ской и социологической моделей, а также лежащей в их основе профессиональной и политической борьбе за власть, которую этот конфликт подразумевает. Решение этого конфликта не может случиться внутри отдельно взятой подсистемы, но требует включения этих моделей во всеобъемлющую научную схему изучения недуга и лечения, которая бы пересекала границу культурных систем и социальных структур. Это решение потребует важных социальных и политических изменений. Любой претендент на всеобъемлющую схему должен рассматривать медицину как культурную систему и биомедицину (или медицинскую социологию) как одну ее часть.

6. Большая часть или, возможно, все так называемые культурно-специфические болезни можно воспринимать как крайние случаи проявления функции, общей для всех систем заботы о здоровье: культурного форматирования универсальных болезней (diseases) в культурно-специфические заболевания (illnesses).

7. Когда ОМи пациентов, семей и специалистов похожи, возникает более налаженная клиническая коммуникация, уменьшаются проблемы в клиническом управлении, растет приверженность пациента и его удовлетворенность. Наоборот, когда ОМи по существу разнятся, клиническая коммуникация, приверженность пациента и его удовлетворенность ухудшается, увеличивается число значительных проблем в клиническом управлении. Культурное лечение скорее всего возникнет в первом случае, а не во втором. Традиционные народные целители должны лучше, чем профессиональные специалисты, разбираться в клинической коммуникации и лечении заболевания (illness), в то время как медицинские специалисты лучше справляются с лечением болезни (disease). В тех случаях, когда специалисты получают должную подготовку, позволяющую систематически налаживать консенсус между ОМи пациента и семьи, узнавать и лечить заболевание (illness), клиническая коммуникация налаживается, приверженность пациента и удовлетворенность растут, а проблемы в клиническом управлении уменьшаются.

8. Можно показать, что шесть ключевых клинических задач систем заботы о здоровье производят культурно, психосоциально и биологически адаптивные эффекты. Системы заботы о здоровье можно оценить посредством анализа их успешности в производстве адаптивных эффектов. Наряду с измерением эффективности систем заботы о здоровье можно также сравнивать природу и масштаб проблем, которые они создают для заботы о здоровье. Их эффективность в лечении определенных болезней/заболеваний (disease/illness) также может быть установлена.

9. Оценка эффективности заботы о здоровье должна учитывать двустороннюю природу лечения: контролировать болезнь (disease)

и наделять значением заболевание (illness). Лечение болезни (disease) и лечение заболевания (illness) следует оценивать раздельно, если полагать, что кросс-культурные сравнения эффективности заботы о здоровье имеют какой-то смысл.

10. Для этнографических описаний и кросс-культурных сравнений системы заботы о здоровье должны рассматриваться как локальные системы. Специфические типы локальных здравоохранительных ресурсов и паттерны их использования, к примеру, могут объяснять значительную территориальную вариативность. Политические, экономические и социальные факторы могут производить схожие локальные различия. Полезно проводить полевые исследования на местах, потому что они позволяют соотносить системы заботы о здоровье с определенными влияниями внешней среды и, таким образом, реконструировать экологию этих систем. Вследствие локальности системы заботы о здоровье нельзя применять к обществу в целом. Каждое общество обладает локальными системами заботы о здоровье. В китайской культуре, например, мы находим много систем заботы о здоровье в одном и том же обществе (например, в Тайване или Гонконге), они отличаются и друг от друга, и от систем заботы о здоровье в других китайских обществах, равно как и некитайских обществах, включающих значительные китайские популяции [Kleinman, 1975a]. Таким образом, можно делать сравнения одной или нескольких групп, не выходящих за рамки одной культуры, или же межкультурные сравнения такого рода систем заботы о здоровье.

11. Сравнение систем заботы о здоровье в разных культурах позволит обнаружить существенные различия в относительном размере и значимости определенных систем и их секторов. К примеру, есть различия в типах проблем, чье присутствие легитимно; эти различия могут увеличивать или уменьшать социальное пространство, которое они занимают. Есть также различия в степени, в которой системы заботы о здоровье выполняют важные немедицинские функции, например, социального контроля. Сравнение систем заботы о здоровье в традиционных, развивающихся и развитых обществах должно позволить нам проверить медико-социологический тезис, что современные общества подвержены возрастающей медикализации. В результате проблемы, которые раньше считались моральными или политическими, легитимируются как часть систем заботы о здоровье, особенно в профессиональном секторе [Kunstadter, 1975]. Этот тезис противоречит антропологическому аргументу, согласно которому в небольших, дописьменных обществах медицинские системы имеют тенденцию выполнять более общие (немедицинские) функции, чем в развитых и дифференцированных обществах [Cawte, 1974]. Эти гипотезы представляют особый

сравнительный интерес, так как их можно проверить как в исторических, так и в кросс-культурных исследованиях.

12. Кунштадтер [Kleinman, Eisenberg, Good, 1978] выдвинул гипотезу, что плюрализм медицинских представлений, выборов и терапевтических стратегий предлагает адаптивные преимущества для систем заботы о здоровье. Вместо того чтобы производить негативные последствия, как уверяли нас некоторые сторонники символического единства культурных систем, когнитивный диссонанс (множественные и соревнующиеся стратегии в сфере ухода за здоровьем), по меньшей мере в системе заботы о здоровье, вполне может иметь особые преимущества для биологического выживания, разрешения психосоциальных напряжений и эволюции адаптивных культурных стратегий. Схема ОМ может использоваться для артикуляции этой гипотезы в более точной и количественно измеряемой форме, чем позволяют полевые исследования.

13. И последнее: сам факт, что проблема формулировалась и изучалась в терминах культурной системы, привел к определенному смещению фокуса в антропологических исследованиях медицины в обществе. Это произошло, поскольку интерес к этому предмету вырос из антропологических исследований религиозных систем. В итоге не-сакральные аспекты недомогания (sickness) и лечения до недавнего времени получали минимум внимания [Seijas, 1973]. Этнографы, ищущие стратегический фокус изучения медицины как этнографической категории, имели тенденцию концентрироваться на ритуальной деятельности. Это привело к существенному искажению во многих этнографических работах, так как для понимания масштаба и работы систем заботы о здоровье необходимо сосредоточиться на *недомогании* (sickness). Описываемого искажения не возникнет в большей части будущих медицинских этнографий ([Lewis, 1975] — это пример того, что можно получить после исправления подобного искажения). Подобные этнографии и сравнительные исследования должны переписать историю медицины в обществе: отчасти потому что они искушены в биомедицине, но еще больше — потому что они представляют скачок в концептуализации и исследовании медицины как культурной системы, бросают вызов традиционным биомедицинским парадигмам с помощью антропологических понятий и методов, которые послужат более широкому и всеохватывающему пониманию недомогания (sickness) и лечения в обществе.

Библиография/References

Ahem E. (1975) Sacred and secular medicine in a Taiwan village. *Medicine in Chinese Cultures* A. Kleinman et al. (ed.). Fogarty International Center, N. I. H., Bethesda, Maryland: 91-114.

Alland A. (1970) *Adaptation in Cultural Evolution: An Approach to Medical Anthropology,* New York: Columbia University Press.

Cawte J. (1974) *Medicine is the Law: Studies in Psychiatric Anthropology of Australian Tribal Societies*. University of Hawaii Press.

Cay E. et al. (1975) Patient assessment of the result of surgery for peptic ulcer. *Lancet*, 1: 29-31.

Damon A. (1975) *Physiological Anthropology*, New York: Oxford University Press.

Douglas M. (1970) The Healing Rite. *Man*, 5: 302.

Dunn E. (1976) Traditional Asian medicine and cosmopolitan medicine as adaptive systems. Asian *Medical Systems,* Berkeley: University of California Press.

Eisenberg L. (1976) Delineation of clinical conditions. *Research and Medical Practice: Their Interaction* (Ciba Foundation Symposium No. 44). Amsterdam: Elsevier/Exerpta Medica: 3-23.

Englehardt H. (1974) Explanatory models in medicine. *Texas Reports on Biology and Medicine*, 32: 225-239.

Fabrega H. (1973) *Disease and Social Behavior.* M. I. T. Press, Cambridge, Massachusetts.

Frank J. (1974) *Persuasion and Healing*. New York: Schocken.

Freidson E. (1970) *Profession of Medicine,* New York: Harper & Row.

Good B. (1977) The heart of what's the matter: semantics and illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry,* 1 (2).

Gould-Martin K. (1975) Medical systems in a Taiwan village. *Medicine in Chinese Cultures.* Fogarty International Center, N. I. H., Bethesda, Maryland: 115-142.

Harwood A. (1971) The hot-cold theory of disease: implications for treatment of Puerto Rican patients. *Journal of American Medical Association,* 216 (7): 1153-1158.

Holmes T., Rahe R. (1967) The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11 (2): 213-218.

Horton R. (1967) African traditional thought and Western science. *Africa*, 37: 50-71.

Hulka B. et al. (1972) Determinants of physician utilization. *Medical Care,* 10: 300-309.

Ingham J. (1970) On Mexican folk medicine. *American Anthropologist*, 72 (1): 76-87.

Kagan A., Levi L. (1974) Health and environmental psychosocial stimuli: a review. *Social Science and Medicine,* 8: 225-241.

Kane R. et al. (1974) Manipulating the patient: a comparison of the effectiveness of physicians and chiropractic care. *Lancet*, 1: 1333-1336.

Kiritz S., Moos R. (1974) Physiological effects of social environments. *Psychosomatic Medicine,* 36: 96-114.

Kleinman A. (1974) Cognitive structures of traditional medical systems. *Ethnomedicine,* 3 (75): 27-49.

Kleinman A. (1978) Cultural construction of clinical reality: Comparison of practitioner-patient interactions in Taiwan. *Culture and Healing in Asian Societies,* Cambridge, Mass.

Kleinman A. M. (1977) Depression, somatization and the «new cross-cultural psychiatry». *Social Science and Medicine,* 11 (3): 3-10.

Kleinman A. (1975a) Social, cultural and historical themes in the study of medicine in Chinese societies: problems and prospects for the comparative study of medicine and psychiatry. *Medicine in Chinese Cultures.* Fogarty International Center, N. I. H., Bethesda, Maryland: 589-657.

Kleinman A. (1975b) Medical and psychiatric anthropology and the study of traditional forms of medicine in modern Chinese culture. *Bulletin of the Institute of Ethnology Academy Sinica,* 39: 107-123.

Kleinman A. (1975c) Explanatory models in health care relationships. *Health of the Family (National Council for International Health),* Washington: National Council for International Health, D. C.: 159-172.

Kleinman A., Eisenberg L., Good B. (1978) Culture, illness and care: clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine,* 88 (2): 251-258.

Kleinman A., Sung L. H. (1979) Why indigenous practitioners successfully heal: follow-up studies of indigenous healers in Taiwan. *Social Science and Medicine*, 13B.

Kunstadter P. (1975) The comparative anthropological study of medical systems in society. *Medicine in Chinese Cultures.* Fogarty International Center, N. I. H., Bethesda, Maryland.

Lazare A. et al. (1975) The customer approach to patienthood. *Archives of General Psychiatry*, 32: 553-558.

Leslie C. (ed.) (1976) *Asian Medical Systems*. University of California Press, Berkeley.

Leslie C. (ed.) (1974) The modernization of Asian medical systems. *Rethinking Modernization: Anthropological Perspectives*. Greenwood Press, Westport, Connecticut.

Lewis G. (1975) *Knowledge of Illness in a Sepik Society*, London: Athlone Press.

Lipowski Z. J. (1973) Psychosomatic medicine in a changing society. *Comprehensive Psychiatry,* 14 (3): 203-215.

Mauss M. (1950) 'Les techniques du corps. ' Mauss, *Sociologie et Anthropologie*, Paris: Presses Universitaires de France.

McCorkle T. (1961) Chiropractic: a deviant theory of treatment in contemporary Western culture. *Human Organization,* 20: 20-22.

Obeyesekere G. (1976) The impact of Ayurvedic ideas on the culture and the individual in Sri Lanka. *Asian Medical Systems.* Berekeley: University of California Press: 201-226.

Platonov K. I. (1959) *The Word as a Physiological and Therapeutic Factor*, Moscow: Foreign Language Publication House.

Schmale A. et al. (1970) Current concepts of psychosomatic medicine. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine* II, New York: Appleton-Century-Crofts.

Seijas H. (1973) An approach to the study of the medical aspects of culture. *Current Anthropology,* 14: 544-545.

Snow L. (1974) Folk medical beliefs and their implications for care of patients. *Annals of Internal Medicine,* 81 (1): 82-96.

Teichner W. (1968) Interaction of behavioral and physiological stress reactions. *Psychological Review,* 75: 271-291.

Turner V. (1967) *The Forest of Symbols*, New York: Cornell University Press, Ithaca.

Werner H., Kaplan B. (1967) *Symbol Formation*, New York: Wiley.

Young A. (1976) Some implications of medical belief and practices for social anthropology. *American Anthropologist,* 78: 5-24.

Young J. Z. (1971) *An Introduction to the Study of Man*, New York: Oxford University Press: 499-553.

Zola I. K. (1972a) Studying the decision to see a doctor. *Advances in Psychosomatic Medicine,* 8: 216.

Zola I. K. (1972b) The concept of trouble and sources of medical assistance — to whom one can turn, with what and why. *Social Science & Medicine*, 6: 673-679.