

ВЛАДИМИР ЮРЬЕВИЧ ЛЕБЕДЕВ
АЛЕКСЕЙ ВАСИЛЬЕВИЧ ФЕДОРОВ

УДК 291.13+316.728+616-07

д. философ. н, проф., Тверской государственный университет (ул.
Желябова, д. 33, Тверь, Россия, 170023)
semion.religare@yandex.ru

ассистент, Лаборатория междисциплинарных биосоциологических
и биофилософских исследований (Российское философское общество)
(ул. Гончарная, д. 12, стр. 1, Москва, Россия, 119991)
doctorfedorov100@rambler.ru

**СОВРЕМЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПРАКСИС:
МИФОЛОГИЗАЦИЯ, ДЕМИРАКЛИЗАЦИЯ, РЕМИФОЛОГИЗАЦИЯ, ИЛИ
МЕДИЦИНА НА НОВОМ РАСПУТЬЕ**

Современная социокультурная ситуация характеризуется медикализацией ряда областей человеческой жизни. Мировоззренческий базис такого восприятия создается индивидами-носителями неомифологического сознания, поэтому институционализируемая медицина воспринимается ныне как новая квазирелигия.

Результаты такого теоретического анализа позволяют обнаружить известное сходство между современным религиозным и медицинским праксисом; при этом авторы указывают на известную прогностическую значимость полученных выводов.

В практическом отношении авторы указывают на необходимость вытеснения элементов мифомагического мышления, что достигается опорой на теологическую религиозность и научную рациональность.

Ключевые слова: медицинский праксис, медикализация культуры, лечебные практики, постсекулярность, неомифологический ренессанс

VLADIMIR YUR'EVICH LEBEDEV
ALEXEY VASIL'EVICH FEDOROFF

PhD in philosophy, professor, the Tver' State University
 (ulica Gjelyabova, dom 33, Tver, Russia, 170023)
semion.religare@yandex.ru

assistant, Laboratory multidisciplinary research in biosociology
 and biophilosophy, Russian Phylosophical society
 (ulica Goncharnaya, dom 12, stroenie 1, Moscow, Russia, 119991)
sdoctorfedorov100@rambler.ru

***MODERN MEDICAL PRAXIS:
 MYTHOLOGIZATION, DEMIRACLIZATION, REMYTHOLOGIZATION,
 OR MEDICINE AT THE CROSSROADS AGAIN***

The modern sociocultural situation is characterized by the medicalization of number of human life's areas. Carriers of neomythological consciousness create the world outlook basis of such perception, therefore the institutionalized medicine nowadays is perceived as new quasireligion.

The carriers of neomythological consciousness having scanty conceptions of religion and medicine create a huge number of the syncretic phenomena. These phenomena are analyzed in article from the viewpoint of bio-sociology and bio-semiotics. Such methodological approach is defined by conditions of internal scientific dynamics and necessity of "methodological audit" of number of basic concepts included in both medical and religious praxis.

Results of such theoretical analysis allow finding similarity between a modern religious and medical praxis. In addition, authors speak about the predictive importance of the received conclusions. The transition affecting areas of a medical and religious praxis is a social challenge. The worthy reply to it is the necessity dictated by circumstance of post secular society.

In practical relation authors declare the necessity of exclusion of elements of mythic-magical mentality that can be reached by a support on theological religiosity and scientific rationality.

Key words: Medical praxis, medicalization of culture, physic, post-secular, neo- mythological renaissance

Современная социокультурная ситуация, создаваемая при участии носителей неомифологического сознания, чрезвычайно разнообразна и во многом парадоксальна. Эта парадоксальность определяется тем, что короткая эпоха рационалистически-позитивистского «ренессанса» завершилась, а ее приверженцы стали немногочисленной субкультурой, возможно, *sui generis* элитой. Формирование парадоксов обусловлено исходными особенностями той или иной сферы человеческой деятельности; однако значительно чаще причину следует искать в самом сознании современного индивида. Особенно яркие феномены можно наблюдать в тех областях, которые фундированы «пределной», экзистенциальной проблематикой (жизнь, смерть, здоровье, болезнь). Такие сферы современного социокультурного пространства — не только общее проблемное поле для различных мировоззренческих систем, не только дискуссионное пространство для столкновения убеждений — это область, которая *изначально* стремится к мифологизации.

Такие «пределные» области человеческой деятельности сегодня пребывают на новом, переходном этапе развития. В любом случае получается ситуация «выбора без выбора», поскольку только через достойный ответ на этот вызов можно разрешить ряд междисциплинарных проблем, тяготеющих к глобализации. Одна из них — медиализация повседневности, которая давно вышла за рамки компетенции «чистой» медицины и коснулась тех областей, которые, на первый взгляд, от нее далеки. В практике многих духовных лиц с показательной частотой возникают казусы, когда верующие требуют от служителя церкви исполнения функций, возложенных на медицину. По мнению С. В. Чебанова, одна из ключевых причин медиализации (точнее — клиницизации) повседневного опыта — это картезианское восприятие некоторых сторон реальности¹. Декартов подход, предусматривавший замену личного опыта абсолютной и безличной методологией, привел к тому, что ряд естественных витальных процессов жизни человека стало желательным согласовывать с последними достижениями медицинской науки. Так, большинство современных

¹ Чебанов С. В. Петербург. Россия. Социум // Собрание сочинений Т. 3. Вильнюс, 2004. С. 323–360.

детей рождаются в клинических условиях, активно наблюдаются врачами-педиатрами в период роста и созревания, причем показатели роста и развития (как физического, так и нервно-психического) сравниваются с условными нормами и уровнем отклонения от условно-нормальной величины (центильный метод). Медицина «преследует» и взрослых, рекомендуя им не только ежегодные скрининговые обследования, диспансеризации и профилактические осмотры, но также активно предписывая нормы питания, двигательной активности и необходимых часов сна. При внимательном анализе сводов этих рекомендаций, подкрепленных санкциями и угрозами, можно увидеть аналогию с религиозными дисциплинарными предписаниями и соответствующими санкциями. В результате некоторые области жизни современный человек не мыслит без «руководящей и направляющей силы», коей видится ему современная медицина, превращающаяся из авангарда науки в новую квазирелигию (а вот отношение к такому превращению в переходном периоде может быть совершенно разным, от полного прития до нового идолоборчества). По мнению С. В. Чебанова, подобный подход, вполне оправданный в условиях экстремальных нагрузок на адаптационные резервы человека, вряд ли уместен в ситуации обыденной. Авторы видят ситуацию несколько иначе: современная цивилизация создает условия, которые если не экстремальны, то близки к тому. Так, экстремальный уровень шума, в сочетании с малокомфортным микроклиматом больших городов, приводит к тому, что нагрузка на ЦНС и психику становится не просто запредельной, но приобретает черты патогенного фактора. В таких случаях обращение к силам медицины — не просто дань медикализованному обществу, но жизненно необходимая потребность (другое дело, какой вариант медицины выберет субъект и каковы мировоззренческие предпосылки этого).

Область праксиса, в которой реализуются различные *лечебные практики* (термин С. В. Чебанова), рядом авторов называется сферой социовитальных отношений². Она включает отношения между индивидами, объединенными единым приватным

² Баранов А. В. Социальные аспекты экологии человека // Проблемы экологии человека. М., 1986.

пространством (членами семьи, близкими друзьями и т. д.), и функционально связана с чисто соматическими аспектами жизни. С. В. Чебанов выделяет пять типов таких социовитальных отношений³, объединенных в группу «лечебных практик»: медицина как область индивидуального подхода к индивиду; социальная гигиена, которая, напротив, концентрирована на здоровье и благополучии социума; ветеринария *Homo sapiens* как крайнее выражение технократизма; целительство как система, направленная не только на физическое, но и на духовное здоровье человека (причем не только в земной жизни), при этом методы воздействия целителей включают в себя воздействия и на тело, и на душу. Также выделяется народная медицина как система лечебных приемов, устоявшихся в течение длительного времени, воздействующих преимущественно недифференцированно и востребованных лицами, для которых лечебные практики более высокого уровня по какой-либо причине недоступны (так, во многих сельских местечках современной России практикуют в основном деятели народной медицины, поскольку об «ортодоксальных» медиках там испокон веков не слышали). Но в переходном периоде современная медицина — спектр состояний между полюсами в виде классической науки и лечебной магии. Семантизация медицинского праксиса субъектами культуры зависит от пребывания их в определенной части этого спектра.

Лечебные практики различных типов не только перекликаются друг с другом в рамках медиализированной культуры, но часто взаимодействуют с другими областями человеческого праксиса. Для нашей статьи прежде всего важны элементы медиализированного сознания, затрагивающие религиозную сферу жизни. Особенно активно здесь влияние целительства и народной медицины, поскольку именно эти лечебные практики предусматривают мифомагический подход и воздействие посредством его на духовную сферу. Дело не только в латентной апостазии, распространенной почти повсеместно (пользоваться услугами магов, колдунов и при этом считать себя верующим христианином — норма для многих носителей

³ Чебанов С. В. Петербург. Россия. Социум... С. 325.

обыденного сознания), гораздо интереснее тотальное невежество в вопросах природы такого целительства. Безусловно, можно исцелиться силами Духа Святого, а можно темными силами какого-нибудь «мощного мага». Все это усложняется «сотериологическим» компонентом. Дополнительную сложность создают не решенные до конца проблемы: чем «православная психиатрия» отличается от классической клинической, где граница между болезнью и одержимостью и т. п.⁴

В ситуации, когда повсеместно наблюдается тотальное невежество (как в области базисных медицинских знаний, так и религиозной жизни), формируется множество лакун, заполняемых мифомагическим синкретизмом⁵. Интересно, что и сами медики довольно суеверны и склонны к мифосозиданию. Хирурги не любят оперировать рыжих, горбатых и толстых; врачи «скорой» не исключают существование закона парных случаев и «кармы»; дежурный персонал никогда не желает друг другу «спокойной ночи», а сотрудники приемного отделения выставляют возле входа перевернутый веник (чтобы «скорая» привозила меньше экстренных больных). При этом носители таких медицинских мифов — люди, как правило, достаточно рационально мыслящие и склонные к употреблению бритвы Оккама. Но мифы, продуцируемые медиками, все же в той или иной степени мотивированы: полные люди хуже переносят наркоз и оперативное вмешательство, у рыжих и блондинов статистически выше процент непредвиденных реакций на анестезию, а лица с кифосколиозом, помимо того, что плохо лежат на операционном столе, более длительно восстанавливаются в послеоперационном периоде. Носители же обыденного сознания, помимо того, что находятся в плену собственных мифов, воспринимают лечебные практики ортодоксальной медицины как нечто мифологичное по сути. Специалисту понятно направление пациента с ангиной на консультацию кардиолога, тогда как для пациента, которому не объяснили

⁴ Мелехов Д. Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни // Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни / Изд. 2-е, испр. и доп. М., 1997. С. 64–67.

⁵ Прилуцкий А. М. Структура религиозного дискурса: от мифологии к теологии // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Сер.: Социальные науки. 2007. № 2(7). С. 163–169.

суть стрептококковой инфекции и патогенез ревматизма, подобное направление либо будет актом чистой магии, либо поводом к высказыванию антимедицинских настроений из-за недостатка знаний: «У меня горло болит, а он меня к кардиологу направил. Врачи такие неучи, что не могут один орган от другого отличить...». Часто манипуляции чисто диагностического плана пациентами воспринимаются как лечебные: традиционное измерение артериального давления участковым терапевтом, вкупе с другими приемами диагностики (сбор анамнеза, пальпация живота, и т. д.) часто служит критерием, характеризующим эффективность работы врача. «Он такой хороший доктор: послушал, давление померил — и мне лучше стало» (респондентка Д., 74 года). Для таких носителей мифологического сознания важными оказываются не результаты обследования (например, повышенное давление), но сам факт выполнения того или иного диагностического приема: перед нами мифомагическая нерасчлененность мира. Отсюда возникает и феномен врача «магического типа», при котором то или иное качество, присущее данному доктору, наделяется «сверхъестественной» силой. Подобный же паттерн оценки присущ для колдунов, магов и, как ни парадоксально, врачей-психотерапевтов и психиатров, где роль слова и особенностей личности особенно велика. Не случайно именно врачи этих специальностей стабильно вызывают у верующих больше всего сомнений и недоверия (от бесполезности до прямого вреда душе).

Вместе с тем, если восприятие психотерапевта или психиатра в подобном ключе в принципе довольно продуктивная реакция, часто ведущая к повышению авторитетности и, как следствие, к большей приверженности пациента лечению (психотерапевты привычно иронизируют по поводу внушаемых «истеричек»), то для врачей терапевтического профиля подобный подход контрпродуктивен. Если участковый терапевт наделяется магическими качествами, назначенная фармакотерапия может быть смело отброшена на второй план: пациент будет вновь и вновь посещать доктора для того, чтобы «зарядиться целительной силой» или просто «прочитать на лице, что все в порядке». В условиях медиализованного социума, уделяющего огромное внимание проблемам здоровья и болезни, обсуждение собственных соматических проблем

превращается в потребность, реализуемую и с помощью разговоров с врачом (или любым представителем медицинского знания), но порою на ужасающе безграмотном уровне⁶. Разговоры о низком качестве медицинских услуг, равно как и бесцельные беседы с врачом, содержание которых пациент забывает тотчас по выходе из кабинета, — все это, наряду с посещением медицинских интернет-форумов, становится повседневной реальностью.

Любопытен генезис некоторых антимицинских настроений. Так, многие пациенты уверены, что они лучше всех разбираются в собственном здоровье и недугах, врач в этом ничего не понимает и поэтому обязан прислушаться к мнению пациента и его родственников. Это закономерное «антикартезианство», ибо здесь индивидуальный опыт пациента ставится выше отлаженной методологии медицинской науки. Более того, в современных условиях, когда медицина не смогла сыграть навязанной обществом «фаустианской» роли и благополучно ретировалась, подобные заявления могут быть оправданы. В сочетании с активно эксплуатируемым мифом о «бесплатности» медицины и реальной ее коммерциализацией носители медицинского знания воспринимаются как априори «крайние», причем подобная «маргинальность», как правило, амбивалентна. При этом носители мифологического сознания не понимают таких абстрактных вещей, как «страхование», «экономика медицины», «медицинский бизнес»; пациенты мыслят конкретными псевдопонятиями⁷, и отдельный врач в их глазах оказывается «ответчиком» за всю систему здравоохранения, за все ее плюсы и минусы, помноженные на специфику сознания данного больного (так что порой беседы больничного священника о тройственной функции болезни следует считать необходимым рациональным просвещением). В вину врачу вменяются и промахи, осуществленные социальной гигиеной, поскольку для носителя обыденного сознания нет различий между индивидуальным и коллективным уровнями здоровья. Более того, если в рамках социальной гигиены

⁶ Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика. М., 1997. С. 59.

⁷ Heston T. F., Gosselin M. Medical Mythology: Its Etiology, Prevention and Treatment // http://www.webmedcentral.com/article_view/744 (дата обращения: 26.10.2015).

ключевое влияние на состояние здоровья человека оказывает сам индивид, его образ жизни, то логично было бы предположить, что и ответственность за соблюдение (или несоблюдение) рекомендаций специалистов несет данный индивид. В мифологическом сознании все происходит наоборот. Даже если образ жизни напрямую привел к тяжелому заболеванию, в этом априори виноваты врачи, не проявившие всеисилия. Стремление переложить вину на кого угодно, но не на себя — показатель не только инфантильности и потребительского отношения к медицине и здоровью, но и мифомагической системы координат. В области оплаты услуг нагнетание магизма приводит не только к действиям «лечиться даром — даром лечиться», но и к чисто ритуальному, условно-магическому⁸ одариванию медперсонала чем-нибудь, включая бесполезные вещи — действует логика мифа.

В такой ситуации конкретный врач — единственное и конечное звено системы здравоохранения. Для улучшения качества медицинской услуги на врача можно и нужно жаловаться всем руководящим органам, до комитета ВОЗ включительно. Возникшая в прошлом девальвация и демираклизация⁹ (термин Р. Бультмана) авторитета медиков позволяет сегодня носителям мифологического сознания рассматривать любого врача как «обслуживающий персонал», который априори виноват. Меняется только понимание этой «вины». Активное использование термина «медицинская услуга» закрепляет ситуацию.

Поскольку налицо понятийный хаос («медицинская услуга» вместо лечебно-диагностического процесса), пациент навязывает врачу те роли, которые непосредственно не связаны с его основной деятельностью. Это, прежде всего, роль социального работника, на что указывает поток жалоб. Стационар отказывает в госпитализации пожилой женщине, аргументируя свой отказ отсутствием показаний — родственники просят «положить бабушку, чтобы за ней поухаживали и “прокапали”, ибо дома ухаживать за ней мы устали». Более чем в трети случаев госпитализаций пожилых людей

⁸ См. Прилуцкий А. М. Метафорика религиозного ритуального дискурса // Религия. Церковь. Общество. Исследования и публикации по теологии и религии. Вып. 2. СПб., 2013. С. 21–39.

⁹ Bultmann R. Die Frage der Entmythologisierung / Hrsg. von K. Jaspers, R. Bultmann. München, 1981.

основные показания — социальные. В этом же регистре — получение редких, остродефицитных консультаций «узких специалистов»: если амбулаторная запись к врачу растянулась на месяц вперед, это повод, чтобы получить ее в первых рядах, мотивировав «социальными показаниями». Если в поликлинике дефицит талонов к офтальмологу, и очередь на два месяца вперед — это повод устроить скандал и вне очереди потребовать принять пожилого человека, страдающего стабильной глаукомой всю сознательную жизнь. Зачем? Просто, чтобы «провериться», потому что данный пациент принадлежит к категории лиц, которые имеют право на льготы. При этом совершенно игнорируются интересы других пациентов: известная шутка, что «врач обязан всех принимать быстро, и только меня дольше всех» ежедневно повторяется в реальности, ибо превратив медицину из науки в сферу обслуживания, другого отношения ждать не приходится. В довершении всего — порочная закономерность системы медицинского обслуживания, ее ориентация больше на «кнут», нежели на «пряник», приводит к тому, что скандалисты и жалобщики получают более качественную медицинскую помощь, и в большем объеме, нежели остальные пациенты. В условиях ограниченности медицинских ресурсов подобное перераспределение связано с тем, что кто-то из более адекватных и менее конфликтных пациентов будет страдать от нехватки медикамента или оборудования, тогда как более наглый, хоть и менее нуждающийся, получит это в первую очередь.

Подобное состояние продиктовано чисто внутрисистемными причинами: конфликт ресурсов и потребностей в сочетании с падением авторитета медицинской науки вообще и конкретных врачей в частности; однако и это не мешает активной мифологизации. Ряд требований, предъявляемых к врачу, подчас связан с областью духовного врачевания; при этом врач чаще всего не соотносит себя с той или иной системой духовных (например, религиозных) практик. Речь идет не только о приснопоминаемой «клятве Гиппократы»¹⁰, которую, согласно обыденным мифам, дает каждый медик: врач может

¹⁰ При этом мало кто из пациентов, активно эксплуатирующих данный миф, может вспомнить хотя бы примерный текст самой клятвы.

быть светским, нерелигиозным человеком, но пациенты будут требовать от него тех благ, которые пребывают в религиозной области. В практике врачей довольно часто встречаются такие, внешне абсурдные, требования: «На меня наложили порчу, мне нужно проверить тот или иной орган или систему». Нет смысла говорить, насколько оправданными в таких случаях будут те или иные диагностические вмешательства, и насколько их результаты будут сочетаться с мнением самого пациента, убежденного в наличии «порчи». Важно другое: пациент не просто требует тех или иных целительских практик, но своим восприятием реальности не оставляет места для мнения врача. Такое «мировоззренческое насилие», фиксируемое врачами-практиками сплошь и рядом, обусловлено одной причиной: мнение врача для такого пациента совершенно не важно, от медицины хотят одного: тех или иных данных, которые безотносительно к содержанию, в любой форме будут встроены в имеющуюся у пациента картину реальности¹¹. Функции врача — в лучшем случае функции оракула. Если медицинская культура более-менее терпимо относится к таким явлениям, то в сфере религиозной подобное будет сигналом неблагополучия. Традиционно медики несут ответственность за тело пациента, которое проживает единственную земную жизнь и начинает распадаться с моментом смерти. Однако строгой оппозиции со сферой религии и здесь не обнаруживаем, медицина медленно, часто путем эмпирических исканий и ошибок все чаще берет на себя заботу и о вечности, появляется новая, «сотериологическая» функция (например, религиозно-ориентированная психиатрия). «Диагностический» праксис священника и врача также порой оказывается схожим, и примеры этого относятся даже не к нынешнему дню: например, стратегии различения психического расстройства и действия демонических сил, искушения в чистом виде и проявлений обсессивных расстройств (как в случае хульных мыслей). В результате распределение функций священника и врача превращается в новую проблему, старая оппозиция уже не отражает социальных и мировоззренческих реалий, хотя восприятие священника как носителя

¹¹ Dickinson G. Medical mythology: an introduction to a new section // *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 2003. N 5(2). P. 119.

целительных функций, реализуемых в формате «шаманизма», равно как и невежественное обрядоверие, будут частотными еще долго.

Отдельную группу составляют случаи, когда на первый план выдвигается сама личность духовного лица. Молодой батюшка воспринимается не только как духовный наставник, но и как мужчина. В медицинской культуре подобное более характерно для специалистов, чья непосредственная деятельность связана с душевным здоровьем пациентов (психологи, психиатры, психоаналитики). Ставшие уже хрестоматийными случаи романов пациенток с психоаналитиками случаются значительно чаще, нежели с врачами-соматиками. И врачи, и священники могут потенциально восприниматься как объекты для отношений подобного рода. Данное поведение можно четко увязать с той ролью, которую играет врач или священник в приватном пространстве пациента. Чем более тесная связь устанавливается между «приватным» пациента и личностью врача, тем меньше преград на пути к отношениям подобного рода. Для психоаналитиков немаловажным оказывается также фактор времени: клиентка и аналитик вступают в интимную связь, имея в прошлом месяцы и годы активного взаимодействия. Немаловажным фактором также является степень строгости того или иного нормативного поведения: в медицинской среде подобные отношения с клиентками табуированы, но в случае открытия часто приводят лишь к порицанию (публичному или приватному) медицинским сообществом провинившегося коллеги. В церковной среде подобные отношения табуированы жестче.

В нынешней переходной ситуации нельзя точно ответить, в какой из исследуемых нами областей человеческого праксиса внимательнее относятся к советам и наставлениям. Если врача воспринимают как секулярный вариант мага, то отношение к его словам и рекомендациям будут скрупулезными, хотя на практике чаще значительная часть сказанного врачом быстро забывается¹². В традиционной модели ценность врачебных советов невелика (если их не давало какое-нибудь светило или шарлатан).

¹² Bell C., Sternberg E. Emotional selection in memes: the case of urban legends // The Journal of Personality and Social Psychology. 2001. N 81(6). P. 1028–1041.

Причина — различная степень доверия и авторитета, боязнь стать или прослыть богопротивником, другие причины.

В случае классического религиозного невежества религиозная жизнь — магическая сфера, малопонятная для обывателя (вот батюшка, он знает как). Здоровье для такого обывателя — «простейшая» область знания, в которой тот «разобрался» и потому знает, как поступать лучше. Все, что врач изучал не менее восьми лет, представляется простым. В переходной ситуации уже вполне допускается нигилизм по отношению к священнику.

И в религиозном, и в медицинском дискурсе возможно осмысление болезни как наказания, требующего ответного действия. В переходный период церковная епитимия и обращение к врачу как «расплата» могут причудливо сочетаться.

В XX в. медицина неуклонно менялась «от личности к инструменту». Ныне наблюдается усталость от техницизма, что создает предпосылки для: а) требования от врача личного участия (особенно в случае платных услуг); б) для обращения к магам, пародийно воспроизводящим старый врачебный паттерн; в) разочарования в медицине с прогнозируемым переключением надежд на священника.

Прогнозы относительно разрешения переходной ситуации сложны, но с несомненностью можно утверждать о важности распространения рациональности и вытеснения мифомагического мышления.

Источники и литература

1. Bell C., Sternberg E. Emotional selection in memes: the case of urban legends // *The Journal of Personality and Social Psychology*. 2001. N 81(6). P. 1028–1041.
2. Bultmann R. Die Frage der Entmythologisierung / Hrsg. von K. Jaspers, R. Bultmann. — München: Piper, Cop. 1981. — 142 s.
3. Dickinson G. Medical mythology: an introduction to a new section // *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 2003. N 5(2). P. 119.
4. Heston T. F., Gosselin M. Medical Mythology: Its Etiology, Prevention and Treatment // URL: http://www.webmedcentral.com/article_view/744 (дата обращения: 26.10.2015).
5. Баранов А. В. Социальные аспекты экологии человека // *Проблемы экологии человека*. М.: Мир, 1986. С. 122–124.
6. Мелехов Д. Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни // *Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни* / Изд. 2-е, испр. и доп.

М.: Свято-Филаретовская московская высшая православно-христианская школа, 1997. С. 8–61.

7. Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика. — М.: Техлит, 1997. — 420 с.

8. Прилуцкий А. М. Структура религиозного дискурса: от мифологии к теологии // Вестник Нижегородского университета. Сер. Социальные науки. 2007. № 2(7). С. 163–169.

9. Прилуцкий А. М. Метафорика религиозного ритуального дискурса // Религия. Церковь. Общество. Исследования и публикации по теологии и религии. Вып. 2. СПб., 2013. С. 21–39.

10. Чебанов С. В. Петербург. Россия. Социум // Чебанов С. В. Собрание сочинений. Т. 3. Вильнюс: AV VLANI, 2004. С. 323–359.

REFERENCES

1. Baranov A. V. (1986) Social'nye aspekty jekologii cheloveka [Social aspects of ecology of the person], *Problemy jekologii cheloveka*, Moscow: Mir Publ., pp. 122–124. (in Russian)

2. Bell C., Sternberg E. (2001) Emotional selection in memes: the case of urban legends, *The Journal of Personality and Social Psychology*, n. 81(6), pp. 1028–1041.

3. Bultmann R. (1981) *Die Frage der Entmythologisierung*, München: Piper, Cop., 142 p.

4. Chebanov S. V. (2004) Peterburg. Rossija. Socium [Petersburg. Russia. Society], *Chebanov S. V.: Sbranie sochinenij* [Works of S. V. Chebanov], vol. 1, Vil'nyus: AV VLANI, pp. 323–359.

5. Dickinson G. (2003) Medical mythology: an introduction to a new section, *Canadian Journal of Emergency Medicine*, n. 5(2), p. 119.

6. Heston T. F., Gosselin M. (2010) Medical Mythology: Its Etiology, Prevention and Treatment, URL: http://www.webmedcentral.com/article_view/744 (26.10.2015).

7. Melehev D. E. (1997) Psihatrija i problemy duhovnoj zhizni [Psychiatry and problems of spiritual life], *Psihatrija i aktual'nye problemy duhovnoj zhizni*, Moscow: Svjato-Filaretovskaja moskovskaja vysshaja pravoslavno-hristianskaja shkola Publ., pp. 8–61. (in Russian)

8. Mendelevich V. D. (1997) *Psihiatricheskaja propedevtika* [Psychiatric propaedeutics], M.: Tehlit Publ., 420 p. (in Russian)

9. Prilutskiy A. M. (2007) Struktura religioznigo diskursa: ot mifologii k teologii [Structure of the religious discourse: from mythology to theology], *Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. N. I. Lobachevskogo*, n. 2, pp. 163–168. (in Russian)

10. Prilutskiy A. M. (2013) Metaforika religioznogo ritual'nogo diskursa. [Metaphors of the religious ritual discourse], *Religiya. Tserkov'. Obschestvo. Issledovaniya i publikat'sii po teologii i religii*, Saint-Petersburg, n. 3, pp. 21–38. (in Russian)