

Модель принятия терапевтических решений в когнитивной медицинской антропологии Линды Гарро*

И. Е. Финкельштейн

Самарский национальный исследовательский университет им. ак. С. П. Королёва,
Российская Федерация, 443086, Самара, Московское ш., 34

Для цитирования: *Финкельштейн И. Е.* Модель принятия терапевтических решений в когнитивной медицинской антропологии Линды Гарро // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2018. Т. 11. Вып. 1. С. 79–93. <https://doi.org/10.21638/11701/spbu12.2018.107>

В статье ставится проблема исследования терапевтических решений, принимаемых людьми в ситуации болезни. Статья предлагает обратиться к опыту медицинской антропологии, науки, которая впервые поставила проблему медицинского выбора и имеет опыт ее теоретического и эмпирического изучения. В центре внимания — работы известного американского антрополога Линды Гарро, признанного лидера в области исследований медицинского выбора. Гарро — одна из основателей когнитивной медицинской антропологии и проблему принятия терапевтических решений рассматривает именно в этой методологической перспективе. В статье описываются основные методологические принципы когнитивной медицинской антропологии и разбираются конкретные релевантные теме статьи исследования Гарро с их методологическими обоснованиями, в частности модель принятия терапевтических решений, полученная в ходе эмпирических исследований в одной из мексиканских деревень. Ценность подхода Гарро определяется уникальным соединением теоретической стройности модели и ее близости к реальной повседневной жизни, а также возможностью адаптировать этот подход к изучению медицинского выбора в другом социально-культурном контексте.

Ключевые слова: когнитивная антропология, модель принятия решений, медицинский выбор, структура знаний о болезни.

Введение

Терапевтические (медицинские) решения принимают не только врачи. Их принимают все люди в тот момент, когда оказываются в ситуации болезни — при условии, что они в сознании и несут ответственность за свои действия. Ситуация болезни побуждает человека к решениям различного типа, например, этическим или решениям, связанным с планированием своего ближайшего будущего в новых обстоятельствах. Эта статья посвящена решениям исключительно терапевтическим, имеющим отношение только к самому процессу лечения, к выбору того, кто и как (чем) будет лечить заявившую о себе болезнь.

Как исследовать медицинский выбор людей? Как он «устроен»? Что доступно в нем для исследователя, а от чего в силу методологической необходимости придется абстрагироваться?

* Статья подготовлена при поддержке гранта РФФИ № 17-06-00127 А.

© Санкт-Петербургский государственный университет, 2018

Это насущные вопросы современных социальных и гуманитарных исследований медицины. Их актуальность связана в том числе с тем, что повседневность современного человека тотально медикализована [1, с. 254–255], но также и с тем, что растет разнообразие доступных для человека альтернативных медицинских практик. Например, в большом городе вы можете прибегнуть не только к услугам научной западной биомедицины, но и к помощи представителей медицины ведической, китайской, к различным целителям и пр. Неслучайно обсуждение вариативности в вопросах о здоровье и лечении становится сегодня предметом дискуссии в СМИ, на различных интернет-площадках, что, безусловно, сопровождается ростом информированности людей о наличии медицинских альтернатив и формирует обыденные представления о болезни и ее лечении, новые схемы поведения в ситуации болезни.

В качестве иллюстрации можно вспомнить периодически разгорающийся в СМИ конфликт между так называемыми антипрививочниками и апологетами прививок¹. В обществе существуют различные модели объяснения необходимости вакцинации, соотношения пользы и вреда различных прививок [3–5]. Принятие решения в этом вопросе — это не только индивидуальный выбор конкретного человека, это и социально значимый вопрос. В картине мира сторонников прививок рост числа непривитых людей определяет рост заболеваний и смертности от них, а в представлениях противников прививок те же самые последствия вызывает вакцинация, которая наносит непоправимый вред здоровью.

Другой «громкий» релевантный пример — недавняя атака на активно развивающуюся в России гомеопатию². Новая волна полемики была спровоцирована в начале 2017 г. резонансным меморандумом комитета борьбы с лженаукой РАН, который подписала небольшая группа экспертов. Однако это обращение, не имеющее никакой юридической силы, вызвало настоящий «сетевой» конфликт между профессиональным сообществом, представляющим биомедицину, и пациентами³, предпочитающими гомеопатическое лечение.

Тема медицинского выбора все чаще появляется в российской медицинской антропологии и социологии медицины. Это подтверждает рост количества публикаций, посвященных либо непосредственно принятию медицинских решений людьми, либо релевантным проблемам, таким как доверие к медицинским институтам, отношения между врачом и пациентом, восприятие болезни и т. д. В фокусе внимания исследователей — проблема выбора будущими родителями способа родовспоможения, повседневный выбор здоровьесберегающих превентивных мер,

¹ Примером может выступить статья «Евровидение на радость антипрививочникам», размещенная на сайте «Медицинская Россия». Комментарии к данной публикации выкристаллизовывают конфликт апологетов прививок и «антипрививочников». В качестве иллюстрации — отрывки высказываний: «Это бесполезный спор. Каждый сам для себя решает делать прививки или нет. Когда у Вас будет ребенок, Вы сделаете свой выбор»; «Перестаньте нести чушь про вред прививок... Скажите еще, что гомеопатия работает» [2].

² В публикации А. Фирсова «Шарики раздора. Как общество реагирует на скандал с гомеопатией» описывается суть конфликта сторонников и противников гомеопатии [6].

³ Здесь и далее *пациентом* будет называться человек, в ситуации болезни прибегающий к помощи представителей и институтов той или иной медицинской системы [7; 8, с. 38], а также самостоятельно в целях лечения обращающийся к доступной медицинской информации. При этом важно учитывать такие эффекты современного процесса медикализации, как реификация «роли больного», возникновение «пациентского самосознания» [9].

различные формы отказа от медицинского вмешательства и другие [3–5; 10–14]. Тот факт, что на принятие терапевтического решения, в том числе об отказе от медицинской помощи, влияют такие факторы, как неравенство в доступе к профессиональной медицинской помощи и низкий уровень институционального доверия в России [12–13], лишь подчеркивает социальное значение данного направления исследования для отечественной науки.

Российская социология медицины нуждается в теоретико-методологических основаниях для эмпирических исследований терапевтических решений. В связи с этим нужно отметить, что есть дисциплина, в рамках которой, во-первых, проблема медицинского выбора была впервые поставлена и, во-вторых, уже предложены и отработаны конкретные способы ее исследования. Эта дисциплина — медицинская антропология, имеющая сложившиеся традиции в западном научном знании [7; 15–17] и активно развивающаяся в России. Направленность медицинской антропологии на исследование терапевтических решений пациентов объясняется основными задачами этой дисциплины: «Медицинская антропология изучает, как люди в разных культурах и социальных группах объясняют причины болезни, доверие к определенным схемам лечения, и то, к кому они обращаются, когда заболевают» [15, р. 1]. По словам известного российского исследователя в области истории медицинской антропологии, вице-президента «Ассоциации медицинских антропологов» России⁴ Д. В. Михеля, во второй половине прошлого века в рамках гуманитарного знания парадигма доктороцентризма меняется на пациентоцентрическую, происходит «возвращение к пациенту», начинаются исследования пациентского опыта [19, с. 156–157]. В такой атмосфере в 70–80-е годы в рамках медицинской антропологии появляется исследовательское направление «Medical Choice» («Медицинский выбор») [20], становление которого связано прежде всего с именем американского медицинского антрополога Линды Гарро.

Для работ Линды Гарро характерен высокий уровень концептуализации и методологической рефлексии в сочетании с результатами масштабных полевых исследований. Эти исследования посвящены правилам принятия терапевтических решений в ситуации болезни, нарративной структуре обыденных знаний о болезни и способах ее лечения, практикам заботы о здоровье в семьях с различным культурным и социально-экономическим статусом и т. д. [20–24]. Первый масштабный исследовательский проект Гарро, имеющий отношение к нашей теме, был представлен в 1981 г. в книге «Медицинский выбор в мексиканской деревне» («Medical Choice in a Mexican Village»), которую она написала в соавторстве с Дж. Янгом [21] (в 1994 г. Гарро переиздала эту работу с существенными дополнениями). Книга стала важным вкладом в развитие нового научного направления и сегодня представляет ценность для социального исследователя, работающего в этом предметном поле. В исследовании Гарро обосновывается использование *когнитивного подхода* в качестве методологической рамки для изучения процесса принятия терапевтических решений и реализовано построение модели медицинского выбора на основе собранного Гарро и ее командой масштабного эмпирического материала. И в более поздних публикациях Гарро сохраняет свою при-

⁴ Ассоциация медицинских антропологов России была создана в 2013 г. [18], она объединяет профессиональных ученых в этой области (В. И. Харитонова, Д. В. Михель, В. Л. Лехциер, А. С. Курленкова).

верженность когнитивному подходу, неоднократно демонстрируя «жизнеспособность» данной теоретической рамки в ходе анализа конкретного эмпирического материала [22–24].

Задача этой статьи — проанализировать способы получения модели медицинского выбора, предложенные Л. Гарро, начиная с основных положений когнитивной теории и заканчивая подробным разбором (на конкретном примере) элементов модели медицинского выбора, и оценить перспективы реализации данного подхода.

Основные положения когнитивной медицинской антропологии

Методологию исследования медицинского выбора Гарро строит на положениях когнитивной антропологии. Представители данного направления ищут ответ на вопрос, как принимаются решения, какие когнитивные процедуры совершает субъект действия, прежде чем выбрать оптимальный с его точки зрения вариант поведения.

Надо отметить, что положения когнитивной антропологии формируются в атмосфере критики абстрактных классических подходов и поиска концепции новой рациональности. С одной стороны, человека, принимающего решение, не лишают способности оценивать условия ситуации, взвешивать риски и возможности, с другой стороны, признают ограниченность этой способности [25–27]. Таким образом, во второй половине XX в. начинается поиск границ рациональности. Для когнитивной антропологии эти рамки задает культура, точнее, культурные модели, которые существуют в сознании человека как конструкты, в терминологии Д. Канемана они задают «пространство воспринимаемости» (*accessibility demention*), в пределах которого субъект может мыслить рационально [28; 29, с. 18].

Человек, оказываясь в ситуации выбора, определяет оптимальный для себя вариант с учетом текущих условий. Однако здесь важно подчеркнуть, что оценка ситуации происходит в соответствии с «культурным знанием», «разделяемыми и интернализированными культурными моделями» [30, р. 12]. Другими словами, реальная ситуация соотносится с ситуациями-моделями, каждой из которых соответствует оптимальное решение. Однако то, как обстоятельства и события повседневной жизни будут интерпретированы субъектом действия, зависит от усвоенных культурных схем. Такой тип рациональности в когнитивной антропологии называют интерпретативным правдоподобием (*interpretive plausibilities*). В соответствии с этим концептом актер из всех известных ему альтернатив выбирает ту, которая интерпретируется им как оптимальная, при этом оптимальность не является абсолютной, она лишь оценивается человеком, принимающим решение, как «правдоподобная», максимально удовлетворяющая ожиданиям [23; 31]. Терминология может отличаться. Например, А. Клейнман, также изучающий пациентский выбор способов лечения, логику обоснования решений называл «пациентским прагматизмом» [7]. Надо отметить, что многие аспекты когнитивной антропологии, в рамках которой работает Л. Гарро, переключаются с концептом повседневной рациональности А. Шюца. Согласно феноменологическому подходу, рациональность интерпретативна и множественна, альтернативы также оцениваются с точки зрения их правдоподобности, и все когнитивные процессы происходят на основе биографически

детерминированных знаний, в терминологии Щюца «запаса наличных знаний», структура которых многослойна [32–33].

Итак, обращаясь к когнитивной антропологии в поисках ответа на вопрос, как происходит выбор решения в ситуации болезни, мы находим следующий ответ. Выбирая из представленных в культуре альтернатив, заболевший (или член семьи, принимающий решение) производит оценку текущей ситуации по релевантным критериям, на основе знаний, полученных в определенной культуре. Однако в своих работах Л. Гарро отмечает, что несмотря на доминирующую позицию типичных для конкретных сообществ культурных моделей, формирование знания происходит и под влиянием других источников, отмечается и индуктивная, и конвенциональная природа знания [23; 34]. Гарро и Янг в книге «Медицинский выбор в мексиканской деревне» поясняют: «Когда люди размышляют над альтернативными действиями для решения конкретной проблемы, они естественно сопоставляют ее с подобной ситуацией в прошлом. Мы можем предположить, что в ситуации болезни люди будут делать то же самое» [21, р. 80]. Однако проблема соотношения культурного и индивидуального знания в процессе принятия решения часто становилась предметом критики когнитивной медицинской антропологии. В ответ на эти претензии Гарро указывает на подтверждение данного теоретического положения на эмпирическом уровне. Особенно ясно взаимодействие культурного знания и личного опыта выкристаллизовывается в случае наблюдения за изменением восприятия болезни человеком в процессе ее развития, например, в результате опыта неудачного лечения [9; 23].

Как исследовать терапевтические решения обычных людей: опыт исследования медицинского выбора в мексиканской деревне

В качестве примера реализации когнитивного подхода при изучении медицинского выбора рассмотрим исследование Гарро и Янга, проведенное в мексиканской деревне Пичатаро (Pichataro), о котором упоминалось выше.

Полевое исследование в мексиканской деревне Пичатаро длилось больше года, за этот период была накоплена большая эмпирическая база, на основе которой была разработана модель (правила) принятия терапевтических решений в ситуации острой болезни. Чтобы выделить эти правила-стандарты, Гарро поставила несколько исследовательских вопросов: какие альтернативные решения члены исследуемого сообщества рассматривают в разных ситуациях выбора? Какие критерии используются для отбора альтернатив (какая информация значима)? Каковы принципы принятия решения или какие комбинации критериев приводят к выбору направления действия? [21, р. 9].

Исследование проходило в два этапа. Полученные данные можно разделить на три категории: для построения модели медицинского выбора; для тестирования модели; для описания структуры «культурных знаний» о болезни и лечении.

В общей сложности на разных этапах в исследовании приняли участие почти 100 членов домохозяйств⁵. Были использованы различные методы: пролонгированное свободное интервью (на первом этапе — свободное, на втором — с использова-

⁵ Всего на момент исследования в деревне насчитывалось 500 домохозяйств.

нием бланка с открытыми вопросами для выявления структуры знания о болезни [21, р. 84–85]), наблюдение, дневниковые записи. Для определения оптимального решения в конкретной ситуации была включена техника парного сравнения. Выявление наиболее релевантных факторов выбора происходило посредством корреляционного анализа. Для того чтобы изучить процесс принятия решения в динамике, исследователи обращались к информантам несколько раз в процессе лечения. Это позволило проследить, как менялась оценка болезни и, соответственно, терапевтические решения [21, р. 10–12, 84–85].

Л. Гарро особенно подчеркивает важность нарративного обоснования пациентом своего решения, анализ которого позволяет установить связь между «культурными знаниями» пациентов, личным опытом и конкретным выбором [30, р. 16]. Поэтому авторы особое внимание уделяют изучению и описанию медицинских знаний пациентов. Также в монографии представлено подробное описание повседневной жизни жителей небольшой мексиканской деревни Пичатаро, структура населения, особенности социальной среды в максимально широком контексте. Такое этнографическое описание позволяет получить более обоснованные интерпретации в ходе анализа эмпирических данных.

Авторы через мощные «этнографические линзы» [35] рассматривают доступные для жителей деревни варианты медицинской помощи. В исследуемом сообществе структуру медицинской помощи можно разделить на две традиции — народная медицина и биомедицина. Народная медицина представлена неоднородной группой целителей (Folk curers), которые осуществляют лечение, используя либо травы (оригинальное название — «Curanderas»), либо сверхспособности, магию (Witches). Исследование показало, что многие жители мексиканской деревни осуществляют лечение травами самостоятельно [21, р. 104]. Кстати, для России самолечение тоже достаточно распространенная ситуация выбора, только вместо трав чаще используются препараты биомедицины [13; 36]. Что касается традиции биомедицины, то в мексиканской деревне конца XX в. она представлена местными практикующими специалистами (practicantes), а также терапевтами, имеющими медицинское образование (physicians). Местные практикующие специалисты, которые используют западные традиции лечения, — это католические монахи (puns), не имеющие специального образования, которые содержат небольшие пункты медицинской помощи, а также медсестры, имеющие среднее медицинское образование, «врачи-самоучки» [21, р. 210]. Терапевты могут работать в государственной или частной системе медицинской помощи, некоторые частные врачи осуществляют свою деятельность неформально.

Построение модели медицинского выбора в ситуации остро развивающейся болезни, или первый этап исследования Линды Гарро

В данной статье в качестве примера рассмотрим алгоритм выбора способа лечения на первом этапе болезни, когда она только начинает развиваться (decision taible for initial choice of treatment). Если конкретизировать, это даже скорее выбор субъекта назначения лечения в первые моменты появления симптоматики.

Итак, модель принятия решения на начальной стадии развития болезни включает следующие аспекты:

- 1) условия или критерии оценки ситуации, по которым происходит категоризация болезни;
- 2) альтернативы выбора, в данном случае варианты выбора способа лечения или субъекта назначения терапии;
- 3) «правила выбора, под которыми подразумеваются определенные комбинации условий, приводящие к конкретному действию» [21, p. 141].

В модели представлено как когнитивное, так и онтологическое измерение. Когнитивная составляющая — это некие правила, фреймы принятия решения, выбор направления лечения. Это поиск ответа на вопрос «как»: как происходит оценка ситуации, каковы основания принятия решения? Онтологическая составляющая, которая отвечает на вопрос «что», выражена в самой ситуации болезни и в условиях, которые ее составляют.

Условия (conditions), комбинация которых и определяет траекторию выбора, являются важнейшей составляющей модели. В результате эмпирического анализа Гарро выделила четыре самых значимых условия для принятия терапевтического решения в мексиканской деревне:

- a) оценка серьезности болезни. Субъективное восприятие болезни соответствует трем уровням опасности: 1-й уровень — несерьезные болезни; 2-й уровень — средняя оценка с точки зрения опасности; 3-й уровень — заболевания, которые оцениваются пациентами как опасные, серьезные;
- b) знание схемы лечения (выражается через наличие или отсутствие знаний о том, как лечиться самостоятельно);
- c) доверие в данной модели выражается в двух модальностях: предпочтение западной медицинской традиции — биомедицины или целительства (народная, традиционная для культур Центральной Америки);
- d) доступность (подразумевается финансовая и географическая доступность). Однако это условие становится значимым только в ситуациях, которые пациентом оцениваются как крайне серьезные (3 уровень) и требующие медикаментозного лечения.

Итак, в модели представлено четыре критерия (условия) выбора и четыре возможных альтернативы. Различные комбинации условий определяют девять правил, по которым происходит выбор варианта лечения. «На начальном этапе лечения⁶ модель определяет две комбинации условий, приводящих к выбору самостоятельного лечения, три направления, ведущих к выбору традиционных целителей, три — к выбору местных “практикующих специалистов” (practicante), одна — к выбору терапевта» [21, p. 142].

«Первое» и «четвертое» правило определяют самолечение как возможный сценарий действия пациента. При этом релевантными в данном случае являются оценка степени тяжести заболевания, которая может соответствовать 1-му и 2-му уровням серьезности, и, главное, знание способа лечения. Остальные критерии в рамках данного направления действий не значимы. Другими словами, моделью устанавли-

⁶ Здесь имеется в виду острая болезнь.

вается правило, что при оценке пациентом своего состояния как «несерьезного» или «средней степени серьезности» и уверенности в том, что он знает, как лечить болезни данного класса, субъект принятия решения из четырех возможных альтернатив выберет самостоятельное лечение.

Другая альтернатива относится к народной медицине, которую представляют различного вида знахари, целители. Решающим фактором выбора в данном случае является доверие к традиционной системе медицины, основанное на «культурных знаниях», которые складывались в результате многовековой истории ее доминирования. Это объясняется и объективными детерминантами — в деревне не было докторов и «западных» лекарств, многие не могли по разным причинам (языковым, географическим, финансовым) попасть к специалисту с медицинским образованием [21, р. 104–108].

Согласно модели медицинского выбора, к представителям народной медицины местные жители обращаются в соответствии с тремя правилами:

- «второе правило» — несерьезное заболевание при отсутствии достаточного знания для осуществления самолечения и убежденность в эффективности народной медицины;
- «пятое правило» — заболевания среднего уровня опасности при отсутствии знаний о лечении и убежденность в эффективности народной медицины;
- «седьмое правило» — заболевание оценивается как серьезное, однако есть убежденность, что с этой проблемой может справиться только целитель или «шаман».

Осталось еще две альтернативы, которые объединяет западная традиция лечения — местные практикующие специалисты и дипломированные врачи, работающие в городе (ближайший город от деревни находится в часе езды на автобусе).

Так называемые практикующие «специалисты» выбираются в соответствии с тремя правилами:

- «третье» правило — несерьезное заболевание при отсутствии достаточного знания для осуществления самолечения и убежденность в эффективности биомедицины;
- «шестое» правило — заболевания среднего уровня опасности при отсутствии знаний о лечении и убежденность в эффективности биомедицины;
- «восьмое» правило — заболевание оценивается как серьезное, которое должно лечиться методами биомедицины, однако нет возможности доставить больного к терапевту.

Основным фактором обращения к местным практикующим специалистам является доверие к биомедицине, уверенность в ее эффективности. Их услуги считаются недорогими (немного дороже целителей). В комбинациях условий встречаются заболевания разных уровней опасности, однако при тяжелых формах к такой альтернативе обращаются только в случае отсутствия возможности доставить больного в город.

И последней альтернативе — профессиональный врач в городе, соответствует только одно, «девятое» правило, для такого решения необходима следующая комбинация условий — восприятие заболевания как тяжелого, доверие к биомедицине и, главное, возможность доставить больного в город и оплатить лечение.

Так называемые правила-стандарты рассматриваются как гипотезы, как наиболее возможный выбор способа лечения из всех альтернатив. Более того, выбор как процесс необходимо рассматривать в его динамике, выделяя различные этапы. Допустим, на первом этапе развития болезни мы имеем определенный вариант решения, но в дальнейшем в зависимости от оценки эффективности первого выбора, ситуация и ее восприятие может измениться, и решение на втором этапе развития болезни может стать другим.

Роль «культурных знаний» о болезни в процессе принятия терапевтических решений, или второй этап исследования Линды Гарро

Особую ценность представляет материал, посвященный структуре представлений о болезнях: объяснение причин, оценка болезни по разным критериям, классификация заболеваний в сознании местных жителей, а также связь типа болезни с определенным набором способов лечения. В сознании любого человека существует некий конструкт, его можно обозначить как классификацию болезней по различным категориям («опасность», «причины», «необходимость профессиональной помощи» и т. д.). Столкнувшись с болезнью, пациент пытается ее идентифицировать через сопоставление с данным конструктом, который имеет сложную природу, соединяя в себе типичное и индивидуальное. Этап определения ситуации, ее идентификация, сопоставление с конструктом «классификация болезней» может стать ключом к пониманию связи между системой медицинских взглядов, релевантных конкретному классу болезней, и выбором направления поведения для решения проблемы. В ходе анализа были выделены наиболее типичные атрибуты — 43 характеристики для 34 острых болезней (получилась матрица «43×34») [15, p. 86–92].

Из четырех условий, описанных в модели медицинского выбора, три первых релевантны теме «структура медицинских знаний». Это степень серьезности, знание схемы лечения, доверие к народной медицине или биомедицине. Важно подчеркнуть, что классификация болезней и их описание по характеристикам — это «культурные» знания, которые составляют обыденные представления о болезнях, их происхождении и способах лечения. Так, в группе «детские болезни» выделяются инфекционные болезни, которые следует лечить в «западной традиции» биомедицины, а также недуги, имеющие необъяснимое происхождение, например «сглаз», с которыми нужно обращаться к представителям «народной» медицины.

Итак, по определенным критериям конкретный случай соотносится с наиболее близким классом заболеваний и ему присваивается статус — несерьезного, средней тяжести или опасного. Конкретные симптомы (температура, тип кашля, боли и т. д.) и самочувствие больного, то, как он переносит болезнь, соотносятся со сконструированной иерархией атрибутов болезни по степени опасности. При этом на формирование мотивации к конкретному действию оказывает влияние не само знание об опасных для здоровья и жизни последствиях, а «концепция ожидаемой опасности» [37, p. 177], другими словами, субъективная оценка пациентом уровня опасности болезни для него. Надо отметить, что такой способ объяснения харак-

терен для интерпретативных подходов. Правда, некоторые оппоненты обвиняют когнитивную антропологию в том, что она ошибочно интерпретирует убеждения человека в различных медицинских аспектах (medical beliefs) как детерминанту действий, которые на самом деле могут являться лишь рационализацией своего выбора после принятия решения. Отвечая на подобную критику, Гарро подчеркивает, что все исследования, проведенные под ее руководством, включают этап проверки, тестирования модели [9; 23, p. 323].

Заключение

Модель медицинского выбора, предложенная Гарро, описывает стандарты поведения, основывающиеся на многокритериальном, многоуровневом конструкте — классификации болезней. Сам автор высоко оценивает прогностические возможности модели. Безусловно, описание человеческого поведения на языке науки всегда будет неполным, невозможно вписать в стройную модель все детерминанты, определяющие выбор действия. Однако работа Гарро внесла большой вклад в развитие направления «Medical Choice». Ее методологический подход может быть адаптирован для изучения поведения пациентов не только в традиционных сообществах, но и в больших городах. Для построения матрицы принятия решения о лечении в российском городе необходимо изучить структуру медицинских знаний, сложившуюся в обыденном сознании пациентов, и из нее выделить существующие альтернативы и релевантные критерии оценки ситуации.

Важность субъективных суждений, обоснования пациентом своей логики, восприятие своего опыта болезни, признание интерпретативности рациональности в рамках данного подхода открывает новые перспективы для развития направления «Medical Choice» в российской социологии медицины и медицинской антропологии.

В качестве еще одной перспективы экспликации когнитивного подхода в рамках социологических, антропологических исследований можно указать изучение стандартов принятия решений в ситуации хронических болезней. В современном обществе, понимаемом как «общество ремиссии»⁷, в котором доля хронических болезней преобладает и, соответственно, наблюдается высокий уровень медикализации [38], это становится актуальной исследовательской задачей. Учитывая специфику болезней, которые невозможно вылечить, но которые можно контролировать и поддерживать, сам процесс принятия решений становится «хроническим», вписанным в повседневную жизнь, и, соответственно, на разных этапах существенным образом может меняться как физическое состояние больного, так и субъективное восприятие болезни, знание о способах купирования обострения и контроля за состоянием ремиссии. Все это требует серьезной методологической и методической рефлексии. Предложенная в статье теоретико-методологическая рамка и ее экспликация для изучения выбора в случае острой болезни может стать основой для построения концепта исследования выбора в ситуации хронической болезни, с построением алгоритмов принятия решений на эмпирическом уровне.

⁷ Термин «общество ремиссии» ввел в 1991 г. американский социолог Артур Франк.

Тем более такие исследования в рамках когнитивного подхода представлены в западной традиции [39].

Безусловно, содержательно модель медицинского выбора в другом социально-культурном пространстве будет существенно отличаться — и структура альтернативных решений, и критерии оценки болезни. Так, можно предположить, что для российского социально-культурного контекста среди субъективных характеристик ситуации болезни могут быть выделены такие, как уровень доверия медицине вообще и отдельно частному и государственному секторам (или платным и бесплатным медицинским услугам). В качестве объективных характеристик — доступ к профессиональной медицинской помощи, материальные возможности пациентов. Для хронических пациентов выбор может определять зависимость от льготных препаратов. Безусловно, это требует отдельных исследований, но в качестве концептуальной схемы подход Линды Гарро может стать основой для исследовательской работы в рамках направления «Medical Choice».

Литература

1. *Михель Д. В.* Медицинская антропология: исследуя опыт болезни и системы врачевания. Саратов: Саратов. гос. техн. ун-т, 2015. 320 с.
2. Евровидение на радость антипрививочникам // MedRussia.org. URL: <https://medrussia.org/2629-antipriviv/> (дата обращения: 23.11.2017).
3. *Антонова Н. А., Ерицын К. Ю., Дубровский П. Г., Спирина В. Л.* Отказ от вакцинации. Качественный анализ биографических интервью // Теория и практика общественного развития. 2014. Вып. 20. С. 208–211. URL: http://teoria-practica.ru/rus/files/arhiv_zhurnala/2014/20/psychology/antonovairitsyan-dubrovsky-spirina.pdf (дата обращения: 02.09.2017).
4. *Солондаев В. К., Конева Е. В., Черная Л. Н.* Психологические факторы принятия решения о вакцинации // Сибирский психологический журнал. 2016. № 59. С. 125–136.
5. *Ожиганова А. А.* Вакцинация: мнения оппонентов // Проблемы сохранения здоровья в условиях Севера и Сибири. Труды по медицинской антропологии. М.: ОАО «Типография «Новости», 2009. С. 152–161.
6. *Фирсов А.* Шарик раздора. Как общество реагирует на скандал с гомеопатией // Forbes.ru. URL: <http://www.forbes.ru/biznes/339023-shariki-razdora-kak-obshchestvo-reagiruet-na-ataku-protiv-gomeopatii> (дата обращения: 23.11.2017).
7. *Kleinman A.* Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980. 427 p.
8. *Михель Д. В.* Медицинская антропология: фокусируясь на здоровье и болезни // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр. / под общ. ред. В. Л. Лехциера. Самара: Самарский университет, 2012. С. 34–53.
9. *Лехциер В. Л.* Болезнь: опыт, нарратив, надежда (очерк социальных и гуманитарных исследований медицины). Вильнюс: ЕГУ, 2018 (Conditio Humana) [Рукопись].
10. *Готтлиб А. С.* Субъективные смыслы болезни, их реализация в отечественных медицинских практиках: опыт эмпирического анализа // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр. / под общ. ред. В. Л. Лехциера. Самара: Самарский университет, 2012. С. 169–191.
11. *Тёмкина А. А., Здравомыслова Е.* «Врачам я не доверяю, но...». Преодоление недоверия к репродуктивной медицине. URL: http://www.eupress.ru/uploads/files/S-093_pages.pdf (дата обращения: 20.09.2017).
12. *Тёмкина А. А.* «Экономика доверия» в платном сегменте родовспоможения: городская образованная женщина как потребитель и пациентка // Экономическая социология. 2017. Т. 18, № 3. URL: https://ecsoc.hse.ru/data/2017/05/31/1172172613/ecsoc_t18_n3.pdf page=14 (дата обращения: 10.11.2017).
13. *Аронсон П. Я.* Утрата институционального доверия в российском здравоохранении // Журнал социологии и социальной антропологии. 2006. Т. 9, № 2. С. 120–131. URL: http://www.jourssa.ru/sites/all/files/volumes/2006_2/Aronson_2006_2.pdf (дата обращения: 20.09.2017).

14. *Новкунская А. А.* «Безответственные» роды или нарушение норм российской системы родо-вспоможения в случаях домашнего родоразрешения // Журнал исследований социальной политики. 2014. Т. 12, № 3. С. 353–366.
15. *Helman C. G.* Culture, Health and Illness. London: Hodder Arnold, 1984. 242 p.
16. Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures / Carol R. Ember, Melvin Ember Human. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004. 1071 p.
17. *Ожиганова А. А.* Антропология и медицина: перспективы взаимодействия (дискуссия 1980–2000-х годов) // Этнографическое обозрение. 2011. № 3. С. 10–21.
18. Ассоциация медицинских антропологов. Официальный сайт. URL: <http://www.amarussia.ru> (дата обращения: 23.11.2017).
19. *Михель Д. В.* Философия терапевтического выбора: принятие медицинских решений в контексте социокультурных трансформаций // Известия Саратовского университета. Новая серия. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2016. Т. 16, вып. 2. С. 155–161. URL: http://phpp.sgu.ru/sites/phpp.sgu.ru/files/2-2016_filosofiya.35-41.pdf (дата обращения: 20.09.2017).
20. *Лехицер В. Л.* Линда Гарро и ее медико-антропологические исследования: основные работы, проблемы, идеи // Медицинская антропология, проблемы, методы, исследовательское поле / отв. ред. В. И. Харитонов; Ин-т этнологии и антропологии РАН им. Н. Н. Миклухо-Маклая; Ассоциация медицинских антропологов. М.: ООО «Публисити», 2015. С. 30–42.
21. *Young J. C., Garro L. C.* Medical Choice in a Mexican Village. Prospect Heights, IL: Waveland Press, 1994. 233 p.
22. *Garro L. C.* Narrative representations of chronic illness experience: cultural models of illness, mind, and body in stories concerning the Temporomandibular Joint (TMJ) // Narrative Representations of Illness and Healing. Social Science & Medicine. 1994. Vol. 38, is. 6. P. 775–788.
23. *Garro L. C.* On the Rationality of Decision-Making Studies. Pt. 1: Decision Models of Treatment Choice. Pt. 2: Divergent Rationalities // Medical Anthropology Quarterly. 1998. Vol. 12, is. 3. P. 319–355.
24. *Garro L. C.* Cultural Knowledge as Resource in Illness Narratives: Remembering through Accounts of Illness. Cultural Construction of Illness and Healing / eds C. Mattingly, L. C. Garro. Berkeley; Los Angeles: University of California Press, 2000. P. 70–77.
25. *Саймон Г.* Рациональность как процесс и продукт мышления // THESIS. 1993. Вып. 3. С. 16–38.
26. *Канеман Д., Словик П., Тверски А.* Принятие решений в неопределенности: Правила и предубеждения. Харьков: Изд-во Института прикладной психологии «Гуманитарный Центр», 2005. 632 с.
27. *Tversky A., Kahneman D.* The Framing of Decisions and the Psychology of Choice // Science. New Series. 1981. Vol. 211, N 4481. P. 453–458. URL: <http://www.jstor.org/stable/1685855> (дата обращения: 20.08.2017).
28. *Канеман Д.* Карты ограниченной рациональности: психология для поведенческой экономики // Психологический журнал. 2006. № 2. С. 5–28.
29. *Пястелов С. М.* Что означает «пространство восприимчивости»: к определению термина // Экономический вестник Ростовского государственного университета. 2006. Т. 4, № 2. С. 17–34.
30. *Garro L. C.* Cognitive Medical Anthropology // Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures / Carol R. Ember, Melvin Ember Human. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004. С. 12–23.
31. Medical anthropology: a handbook of theory and method / Thomas Malcolm Johnson, Carolyn F. Sargent. New York: Greenwood Press, 1990. 479 p.
32. *Щюц А.* Избранное: Мир, светящийся. М.: РОССПЭН (Российская политическая энциклопедия), 2004. 1056 с.
33. *Финкельштейн И. Е.* Концептуализация феномена выбора в феноменологической социологии А. Щюца // Вестн. Самарск. ун-та. 2015. № 10. С. 272–279.
34. *Garro L. C.* Remembering What One Knows and the Construction of the Past: A Comparison of Cultural Consensus Theory and Cultural Schema Theory. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/eth.2000.28.3.275/full> (дата обращения: 20.08.2017).
35. *Ellis C., Borchner A. P.* Autoethnography, personal narrative, reflexivity // Handbook of Qualitative Research / eds N. Denzin, Y. Lincoln. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000. P. 733–768. URL: http://www.academia.edu/4551946/Autoethnography_Personal_Narrative_Reflexivity_Researcher_as_Subject (дата обращения: 20.08.2017).
36. Пресс выпуск № 2919 ВЦИОМ. Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370> (дата обращения: 10.11.2017).

37. Kasperon J. X., Ratick S. The social amplification of risk: A conceptual framework // *Risk Analysis*. 1988. Vol. 8, is. 2. P. 177–204.

38. Лехциер В. Л. Предисловие: быть услышанным // *Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр. / под общ. ред. В. Л. Лехциера. Самара: Самарский университет, 2012. С. 4–10.*

39. «Culture» in Diabetes-Related Beliefs among Low- and High-Education African American, American Indian, and White Older Adults / Grzywacz J., Arcury T., Ip E., Nguyen H., Saldana S., Reynolds T., Bell R., Kirk J., Quandt S. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3510461/> (дата обращения: 20.09.2017).

Статья поступила в редакцию 24 сентября 2017 г.;
рекомендована в печать 20 ноября 2017 г.

Контактная информация:

Финкельштейн Ирина Евгеньевна — ст. преп.; finik82@mail.ru

Model of decision-making in medical anthropology L. Garro

I. E. Finkelshtein

Samara National Research University,
34, Moskovskoe shosse, Samara, 443086, Russian Federation

For citation: Finkelshtein I. E. Model of decision-making in medical anthropology L. Garro. *Vestnik of Saint Petersburg University. Sociology*, 2018, vol. 11, issue 1, pp. 79–93. <https://doi.org/10.21638/11701/spbu12.2018.107>

In recent years, within Russian medical anthropology and sociology there has been an increasing interest in the research direction “Medical Choice”. In this regard, the methodology of studying the treatment decision-making process suggested by the American anthropologist L. Garro is of particular value. This approach is based on theoretical provisions of cognitive anthropology. Using a broad empirical base, L. Garro develops a model for making patient decisions in the acute disease case by residents of a small Mexican village. It defines standards of treatment choice, which are typical for the studied community. The article describes the elements of the model, including selection criteria, their combinations, which establish the direction of choice, and alternative solutions. The value of L. Garro’s approach is determined by the unique combination of the theoretical harmony of the model and its proximity to real everyday life, as well as the ability to adapt it to the study of the patient’s medical choice in another socio-cultural context.

Keywords: cognitive anthropology, decision-making model, medical choice, the structure of illness beliefs.

References

1. Mikhel’ D. V. *Meditsinskaia antropologiya: issleduia opyt bolezni i sistemy vrachevaniia* [Medical anthropology: investigating the experience of disease and the system of healing]. Saratov, Saratov. gos. tekhn. un-t Publ., 2015. 320 p. (In Russian)

2. Evrovidenie na radost’ antiprivivochnikam [Eurovision for the joy of anti-vaccination]. *MedRussia.org*. Available at: <https://medrussia.org/2629-antipriviv/> (accessed: 23.11.2017). (In Russian)

3. Antonova N. A., Eritsian K. Iu., Dubrovskii R. G., Spirina V. L. Otkaz ot vaktinatsii. Kachestvennyi analiz biograficheskikh interv’iu [Refusal of vaccination. Qualitative analysis of biographical interviews]. *Teoriia i praktika obshchestvennogo razvitiia*, 2014, is. 20, pp. 208–211. Available at: http://teoria-practica.ru/rus/files/arhiv_zhurnala/2014/20/psychology/antonova-eritsyan-dubrovsky-spirina.pdf (accessed: 02.09.2017). (In Russian)

4. Solondaev V.K., Koneva E.V., Chernaia L.N. Psikhologicheskie faktory priniatiia resheniia o vaksinatсии [Psychological factors of decision-making about vaccination]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal*, 2016, no. 59, pp. 125–136. (In Russian)
5. Ozhiganova A.A. Vaksinatсии: mneniia oponentov [Vaccination: opinions of opponents]. *Problemy sokhraneniia zdorov'ia v usloviakh Severa i Sibiri. Trudy po meditsinskoii antropologii* [Problems of health preservation in the conditions of the North and Siberia]. Moscow, OAO "Tipografiia «Novosti»", 2009, pp. 152–161. (In Russian)
6. Firsov A. Shariki razdora. Kak obshchestvo reagiruet na skandal s gomeopatiei [Balls of discord. How the society reacts to the scandal with homeopathy]. *Forbes.ru*. Available at: <http://www.forbes.ru/biznes/339023-shariki-razdora-kak-obshchestvo-reagiruet-na-ataku-protiv-gomeopatii> (accessed: 23.11.2017). (In Russian)
7. Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley, University of California Press, 1980. 427 p.
8. Mikhel' D. V. Meditsinskaia antropologii: fokusiruias' na zdorov'e i bolezni [Medical Anthropology: Focusing on Health and Disease]. *Obshchestvo remissii: na puti k narrativnoi meditsine* [Society of remission: on the way to narrative medicine]. Ed. by V.L. Lekhtsier. Samara, Samarskii universitet Publ., 2012, pp. 34–53. (In Russian)
9. Lekhtsier V.L. *Bolezn': opyt, narrativ, nadezhda (ocherk sotsial'nykh i gumanitarnykh issledovaniia meditsiny)* [Disease: experience, narrative, hope (essay on social and humanitarian medicine research)]. Vil'nius, EGU, 2018. (Conditio Humana) [manuscript]. (In Russian)
10. Gotlib A. S. Sub'ektivnye smysly bolezni, ikh realizatsiia v otechestvennykh meditsinskikh praktikakh: opyt empiricheskogo analiza [Subjective meanings of the disease, their implementation in domestic medical practices: experience of empirical analysis]. *Obshchestvo remissii: na puti k narrativnoi meditsine: sb. nauch. tr.* [Society of remission: on the way to narrative medicine]. Ed. by V.L. Lekhtsier. Samara, Samarskii universitet Publ., 2012, pp. 169–191. (In Russian)
11. Temkina A. A., Zdravomyslova E. «Vracham ia ne doveriaiu, no...». *Preodolenie nedoveriia k re-produktivnoi meditsine* ["I do not trust doctors, but..."] *Overcoming distrust in reproductive medicine*. Available at: http://www.eupress.ru/uploads/files/S-093_pages.pdf (accessed: 20.09.2017). (In Russian)
12. Temkina A. A. «Ekonomika doveriia» v platnom segmente rodovspomozheniia: gorodskaiia obrazovannaia zhenshchina kak potrebitel' i patsientka ["Economics of trust" in the paid segment of obstetrics: an urban educated woman as a consumer and a patient]. *Ekonomicheskaiia sotsiologiia*, vol. 18, no. 3. Available at: https://ecsoc.hse.ru/data/2017/05/31/1172172613/ecsoc_t18_n3.pdf page=14 (accessed: 10.11.2017). (In Russian)
13. Aronson P. Ia. Utrata institutsional'nogo doveriia v rossiiskom zdravookhraneniia [Loss of institutional trust in Russian public health services]. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noi antropologii*, 2006, vol. 9, no. 2, pp. 120–131. Available at: http://www.jourssa.ru/sites/all/files/volumes/2006_2/Aronson_2006_2.pdf (accessed: 20.09.2017). (In Russian)
14. Novkunskaiia A. A. «Bezotvetstvennye» rody ili narushenie norm rossiiskoi sistemy rodovspomozheniia v sluchaiahk domashnego rodorazresheniia ["Irresponsible" births or violation of the norms of the Russian system of obstetrics in cases of home delivery]. *Zhurnal issledovaniia sotsial'noi politiki*, 2014, vol. 12, no. 3, pp. 353–366. (In Russian)
15. Helman C. G. *Culture, Health and Illness*. London, Hodder Arnold, 1984. 242 p.
16. *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. Carol R. Ember, Melvin Ember Human. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004. 1071 p.
17. Ozhiganova A. A. Antropologii i meditsina: perspektivy vzaimodeistviia (diskussiiia 1980–2000-kh godov) [Anthropology and medicine: perspectives of interaction (discussion of the 1980–2000s)]. *Etnograficheskoe obozrenie*, 2011, no. 3, pp. 10–21. (In Russian)
18. *Assotsiatsiia meditsinskikh antropologov. Ofitsial'nyi sait* [Association of Medical Anthropologists. Official site]. Available at: <http://www.amarussia.ru> (accessed: 23.11.2017). (In Russian)
19. Mikhel' D. V. Filosofiiia terapevticheskogo vybora: priniatie meditsinskikh reshenii v kontekste sotsiokul'turnykh transformatsii [Philosophy of therapeutic choice: the adoption of medical decisions in the context of sociocultural transformations]. *Izvestiia Saratovskogo universiteta. New series. Ser.: Philosophy. Psychology. Pedagogy*, 2016, vol. 16, is. 2, pp. 155–161. Available at: http://phpp.sgu.ru/sites/phpp.sgu.ru/files/2-2016_filosofiya.35-41.pdf (accessed: 20.09.2017). (In Russian)
20. Lekhtsier V.L. Linda Garro i ee mediko-antropologicheskie issledovaniia: osnovnye raboty, problemy, idei [Linda Garro and her medical and anthropological research: basic works, problems, ideas]. *Meditsinskaia antropologii, problemy, metody, issledovatel'skoe pole* [Medical Anthropology: Issues, Methods, Research Field]. Ed. by V.I. Kharitonova; In-t etnologii i antropologii RAN im. N. N. Miklukho-Maklaia; Assotsiatsiia meditsinskikh antropologov. Moscow, OOO «Publitsiti» Publ., 2015, pp. 30–42. (In Russian)

21. Young J. C., Garro L. C. *Medical Choice in a Mexican Village*. Prospect Heights, IL.: Waveland Press, 1994. 233 p.
22. Garro L. C. Narrative representations of chronic illness experience: cultural models of illness, mind, and body in stories concerning the Temporomandibular Joint (TMJ). *Narrative Representations of Illness and Healing*. Social Science & Medicine, 1994, vol. 38, is. 6, pp. 775–788.
23. Garro L. C. On the Rationality of Decision-Making Studies. Pt. 1. Decision Models of Treatment Choice. Pt. 2. Divergent Rationalities. *Medical Anthropology Quarterly*, 1998, vol. 12, is. 3, pp. 319–355.
24. Garro L. C. Cultural Knowledge as Resource in Illness Narratives: Remembering through Accounts of Illness. *Cultural Construction of Illness and Healing*. Ed. by Mattingly C., Garro L. C. Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 2000. P. 70–77.
25. Saimon G. Ratsional'nost' kak protsess i produkt myshleniia [Rationality as Process and as Product of Thought]. *THESIS*, 1993, is. 3, pp. 16–38. (In Russian)
26. Kaneman D., Slovik P., Tverski A. *Priniatie reshenii v neopredelennosti: Pravila i predubezhdeniia* [*Decision Making in Uncertainty: Rules and Prejudices*]. Khar'kov, Institut prikladnoi psikhologii «Gumanitarnyi Tsentr» Publ., 2005. 632 p.
27. Tversky A., Kahneman D. The Framing of Decisions and the Psychology of Choice. *Science, New Series*, 1981, vol. 211, no. 4481, pp. 453–458. Available at: <http://www.jstor.org/stable/1685855> (accessed: 20.08.2017). (In Russian)
28. Kaneman D. Karty ogranichennoi ratsional'nosti: psikhologiya dlia povedencheskoi ekonomiki [Maps of limited rationality: psychology for the behavioral economy]. *Psikhologicheskii zhurnal*, 2006, no. 2, pp. 5–28. (In Russian)
29. Piastelov S.M. Chto oznachaet «prostranstvo vosprinimaemosti»: k opredeleniiu termina [What does “space of perception” mean: to the definition of the term]. *Ekonomicheskii vestnik Rostovskogo gosudarstvennogo universiteta*, 2006, vol. 4, no. 2, pp. 17–34. (In Russian)
30. Garro L. C. Cognitive Medical Anthropology. *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. Carol R. Ember, Melvin Ember Human. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004, pp. 12–23.
31. *Medical anthropology: a handbook of theory and method*. Thomas Malcolm Johnson, Carolyn F. Sargent. New York, Greenwood Press, 1990. 479 p.
32. Shchiuts A. *Izbrannoe: Mir, svetiashchiisia* [*Favorites: The world is glowing*]. Moscow, ROSSPEN (Rossiiskaia politicheskaja entsiklopediia) Publ., 2004. 1056 p. (In Russian)
33. Finkel'shtein I. E. Kontseptualizatsiia fenomena vybora v fenomenologicheskoi sotsiologii A. Shchiut-sa [Conceptualization of the phenomenon of choice in the phenomenological sociology of A. Shyuts]. *Vestnik Samarskogo Universiteta*, 2015, no. 10, pp. 272–279. (In Russian)
34. Garro L. C. Remembering What One Knows and the Construction of the Past: A Comparison of Cultural Consensus Theory and Cultural Schema Theory. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/eth.2000.28.3.275/full> (accessed: 20.08.2017).
35. Ellis C., Borchner A.P. Autoethnography, personal narrative, reflexivity. *Handbook of Qualitative Research*. Eds N. Denzin, Y. Lincoln. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000, pp. 733–768. Available at: http://www.academia.edu/4551946/Autoethnography_Personal_Narrative_Reflexivity_Researcher_as_Subject (accessed: 20.08.2017).
36. *Press vypusk № 2919 VTsIOM. Dostupnost' i kachestvo rossiiskogo zdravookhraneniia: otsenki patsientov* [Press release no. 2919 VCIOM. Availability and quality of Russian health care: patient estimates]. Available at: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370> (accessed: 10.11.2017). (In Russian)
37. Kasperson J.X., Ratick S. The social amplification of risk: A conceptual framework. *Risk Analysis*, 1988, vol. 8, is. 2, pp. 177–204.
38. Lekhtsier V.L. Predislovie: byt' uslyshannym [Preface: to be heard]. *Obshchestvo remissii: na puti k narrativnoi meditsine* [Society of remission: on the way to narrative medicine]. Ed. by V.L. Lekhtsier. Samara, Samarskii universitet Publ., 2012, pp. 4–10. (In Russian)
39. Grzywacz J., Arcury T., Ip E., Nguyen H., Saldana S., Reynolds T., Bell R., Kirk J., Quandt S. “Culture” in Diabetes-Related Beliefs among Low- and High-Education African American, American Indian, and White Older Adults. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3510461/> (accessed: 20.09.2017).

Author's information:

Finkel'shtein Irine E. — Assistant Professor; finik82@mail.ru