



НАУЧНАЯ СТАТЬЯ
УДК 316.7

DOI: 10.18287/2782-2966-2022-2-3-110-118

Дата поступления: 28.06.2022
рецензирования: 12.09.2022
принятия: 26.09.2022

И.Е. Финкельштейн

Самарский национальный исследовательский университет имени академика С.П. Королева, г. Самара, Российская Федерация
E-mail: irinafinkel19@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9413-0951>

Культурные (медицинские) представления хронических больных в период пандемии COVID-19: механизмы работы и формирования культурного знания в ситуации неопределенности

Аннотация: в период распространения новой коронавирусной инфекции мы стали свидетелями серьезных изменений привычной повседневной жизни в ситуации тотальной неопределенности. В данной работе исследовательская оптика направлена на изучение опыта принятия терапевтических решений пациентами с хроническими заболеваниями в ходе пандемии COVID-19. Гипотетически в такой ситуации могут перестать работать сложившиеся модели медицинского выбора, вплетенные в повседневную жизнь хронических пациентов. Концептуально исследование строилось на основных принципах когнитивной медицинской антропологии, в рамках которой культурные представления человека о болезни и ее лечении становятся основанием для принятия терапевтических решений. В период пандемии формирование нового знания о вирусе, его последствиях, его взаимодействии с хроническими заболеваниями происходило в режиме «здесь и сейчас». Исследование было призвано описать механизмы работы сложившегося до пандемии культурного знания и формирования нового знания хронических пациентов в нетипичной ситуации, как важнейшего фактора пациентского выбора. В рамках исследования было проведено 11 глубинных интервью с людьми, страдающими хроническими заболеваниями.

Проведенный анализ позволил выделить две основные модели медицинского выбора хронических пациентов в период пандемии: (1) *модель, включающая корректировку сложившейся до пандемии схемы лечения*, и (2) *модель, не включающая корректировку сложившейся до пандемии схемы лечения*. Основными факторами, определяющими медицинский выбор хронических больных в период пандемии, стали культурное (медицинское) знание и проблема доступности медицинской помощи. В работе также описана роль личного опыта и опыта «значимых других», «экспертного знания», «народных историй» (опыт незнакомых людей).

Ключевые слова: культурное знание; когнитивная антропология; медицинский выбор; терапевтические решения; пациенты; хронические больные; пандемия.

Цитирование: Финкельштейн И.Е. Культурные (медицинские) представления хронических больных в период пандемии COVID-19: механизмы работы и формирования культурного знания в ситуации неопределенности // Семиотические исследования. Semiotic studies. 2022. Т. 2, № 3. С. 110–118. DOI: <http://doi.org/10.18287/2782-2966-2022-2-3-110-118>.

Информация о конфликте интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

© **Финкельштейн И.Е., 2022** – старший преподаватель кафедры методологии социологических и маркетинговых исследований, Самарский национальный исследовательский университет имени академика С.П. Королева, 443086, Российская Федерация, г. Самара, Московское шоссе, 34.

SCIENTIFIC ARTICLE

I.E. Finkelstein

Samara National Research University,
Samara, Russian Federation
E-mail: irinafinkel19@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9413-0951>

Cultural (medical) ideas of long-term care patients during the period of the COVID-19 pandemic: mechanism and formation of cultural knowledge in an uncertain situation

Abstract: in the period of the new corona virus spread we saw major changes in traditional daily living in total uncertainty. This work investigates the experience of making therapeutic decisions by long-term care patients during the COVID-19 pandemic. Theoretically, the long-established medical decision patterns introduced into the chronic patients' daily living can stop being effective in a such situation. Conceptually, the study was based on the core principles of the cognitive medical anthropology, when human cultural ideas about the disease and its treatment become fundamental for therapeutic decision making. In the pandemic time, formation of new knowledge about the virus, its consequences, its interaction with chronic diseases ran in the "here and now" mode. The research was to describe the mechanisms of the prepandemic cultural knowledge and creation of new knowledge in an unconventional situation that the long-term care patients had as the most important factor for the patient choice. Within the investigation framework, 11 depth interviews with chronically ill people were held.

The carried out analysis enabled to distinguish two basic models of long-term patients' medical decision during the pandemic: (1) the model, comprising correction of a prepandemic treatment regimen and (2) the model, omitting correction of a prepandemic treatment regimen. The cultural (medical) knowledge and the problem of health care access proved to be the primary factors, affecting the long-term care patients' medical decision in the pandemic period. The paper also describes the role of personal experience and the experience of "significant others", "expert knowledge", "stories of other people" (experience of unfamiliar people).

Key words: cultural knowledge; cognitive anthropology; medical decision; therapeutic decision; patients; chronic patients; pandemic.

Citation: Finkelstein, I.E. (2022), Cultural (medical) ideas of long-term care patients during the period of the COVID-19 pandemic: mechanism and formation of cultural knowledge in an uncertain situation, *Semioticheskie issledovanija. Semiotic studies*, vol. 2, no. 3, p. 110–118, DOI: <http://doi.org/10.18287/2782-2966-2022-2-3-110-118>.

Information about conflict of interests: the author declares no conflict of interests.

© **Finkelstein I.E., 2022** – Senior Lecturer, Department of the Methodology of Sociological and Marketing Research, Samara National Research University, 34, Moskovskoe Shosse (St.), Samara, 443086, Russian Federation.

Введение

Весной 2020 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала, что началась пандемия новой коронавирусной инфекции (далее – ковид). Мир столкнулся с серьезным вызовом. Не было ни одной сферы, ни одного социального института, ни одного человека, которого бы не затронула пандемия. Как сказала Анна Темкина в интервью Фонду общественного мнения (ФОМ): «На наших глазах реконфигурируется ткань повседневной жизни» (Темкина 2020).

Изучение «пересборки» повседневности и социальных последствий пандемии становится важной исследовательской задачей социальных наук. За последние несколько лет были реализованы различные исследовательские проекты. Например, проект «Вирусные дневники: хроники повседневности» Европейского университета в Санкт-Петербурге (Проект «Вирусные дневники: хроники повседневности» 2020), проект «корона-ФОМ» Фонда Общественного Мнения (Социология пандемии. Проект коронаФОМ 2021). Также исследования, посвященные различным аспектам социальной жизни в пандемию, представлены в научных журналах (Салганова 2020), (Халявин 2020), (Litvina and Temkina 2021). Нельзя не отметить работы, связанные с изучением отношения к ковиду, восприятия рисков, связанных с ним, доверия различным источникам и агентам, произво-

дящим знание о ковиде (Тартаковская 2021), (Исупова 2021), (Кирзюк 2021).

В настоящем исследовании в центре внимания «пересборка» медицинской модели хронических больных в период пандемии и влияние культурных представлений (как сложившихся до пандемии, так и сформированных в ходе пандемии) на медицинский выбор, совершаемый хроническими пациентами. Модель медицинского выбора включает репертуар решений относительно лечения и факторы, на основе которых принимаются эти решения. А культурное знание (как совокупность знаний, убеждений, верований, связанных с болезнью и ее лечением) является одним из важнейших факторов пациентского выбора. Артур Клейнман, один из ярких представителей медицинской антропологии, указывает на необходимость пристального исследовательского внимания к болезни как культурному конструкту, поскольку пациентская картина болезни, сотканная из обыденных представлений, индивидуального опыта и переживаний, часто определяет решения пациента (Kleinman, Eisenberg and Good 2006).

Постановка задач исследования

Новый вирус, как мы знаем, создал ситуацию тотальной неопределенности. Мы имели возможность наблюдать, как в режиме «здесь и сейчас» происходило формирование нового знания о ви-

ресе, его последствиях, его взаимодействии с хроническими заболеваниями. Гипотетически в такой ситуации могут перестать работать сложившиеся модели медицинского выбора, вплетенные в повседневную жизнь хронических пациентов.

Исследование, результаты которого представлены в данной публикации, стало логичным продолжением изучения роли культурных знаний в процессе принятия терапевтических решений хроническими пациентами в рамках проекта, реализованного в 2017–2018 гг. Исследование, проведенное до пандемии, показало, что хронические пациенты, годами живущие со своим заболеванием, как правило, имеют уже сформировавшиеся представления о своей болезни, ее лечении и, соответственно, достаточно устойчивые модели медицинского выбора. В ситуации пандемии появляется возможность анализа механизмов работы и изменения сложившегося еще до ковида культурного знания хронических больных и механизмов формирования нового знания в период тотальной неопределенности.

Итак, в рамках настоящего исследования был описан спектр терапевтических решений хронических пациентов, характерных для периода пандемии, выделены факторы, оказавшие влияние на медицинский выбор в этот период. Также описаны механизмы работы и формирования культурного знания в нетипичной ситуации – как важнейшего фактора пациентского выбора. Как сложившиеся культурные представления влияли на принятие решений в новой ситуации? Как наличный запас медицинских знаний пациентов дополнялся новым знанием? Какие «места» в этом процессе заняли личный опыт болезни и лечения, мнение «экспертов», опыт других (по формуле «у знакомого знакомой моей подруги»)? Это основные вопросы данного исследования.

Методология

Настоящее исследование строилось на основных принципах когнитивной медицинской антропологии (далее КМА) Линды Гарро, предложившей понятие «культурное знание» для анализа процесса принятия пациентами терапевтических решений. Как уже упоминалось выше, важнейшим основанием индивидуального медицинского выбора пациента является «культурное знание» (совокупность медицинских знаний, убеждений, верований), носителем которого он является. Также для понимания механизмов работы «культурного знания» большое значение имеет феноменологический подход Альфреда Шюца (Шюц 2004). Несмотря на то, что Шюц никогда не изучал пациентский выбор, его подход предлагает концептуальную рамку для исследования любого повседневного опыта. Более того, пусть не эксплицитно, но когнитивная медицинская антропология имеет

феноменологические основания (Лехциер 2010).

Человек, совершая выбор, оценивает текущую ситуацию и отбирает оптимальное для себя решение из существующих альтернатив в соответствии с «культурным знанием», «разделяемыми и интернализированными культурными моделями» (Garro 2004). Другими словами, реальная ситуация соотносится с ситуациями-моделями, каждой из которых соответствует оптимальное решение. 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 (Garro 1998), (Medical anthropology: a handbook of theory and method 1990). Такой тип рациональности является дескриптивным, интерпретативным, в когнитивной антропологии также вводится понятие интерпретативного правдоподобия (interpretive plausibilities). При этом культурные (медицинские) представления (или запас наличного знания в терминологии Шюца) имеют различную степень правдоподобности – от эмпирической вероятности, когда знание принимается как правдоподобное в данный момент времени, до эмпирической достоверности, как более обоснованного знания (Шюц 2004, с. 296).

Человек в ситуации болезни, не обладая экспертным знанием в области медицины, оценивает свое состояние и принимает решения, опираясь на некий конструкт, представляющий структуру его знаний о болезнях, способах их лечения, включая причинно-следственные связи, объясняющие природу заболеваний и симптомов.

Представители КМА отмечают, что культурное знание имеет и конвенциональную, и индуктивную природу (Young and Garro 1994). Проблема соотношения культурного и индивидуального знания в процессе принятия решения часто становилась предметом дискуссии. Надо отметить, что в рамках КМА культурное знание – это не статичный конструкт, он модифицируется по мере поступления нового опыта и новой информации.

Опыт очень важен для формирования степени правдоподобности той или иной культурной модели. Он способствует либо подтверждению определенной модели объяснения и поведения, либо вызывает в ней определенные сомнения, что, в свою очередь, может приводить к изменениям в структуре знаний, к формированию новых когнитивных моделей. Однако надо помнить, что интерпретация опыта также может происходить в рамках доступных когнитивных схем. Виталий Лехциер, анализируя работы представителей когнитивной антропологии, подчеркивает, что «личный опыт и интериоризированные культурные представления постоянно корректируют друг друга» (Лехци-

ер 2018, с. 63). Вот как об этом пишет Лурманн: «Схемы служат ориентирами для действий, но эти ориентиры могут модифицироваться по мере получения нового опыта. Концепции и опыт, знание и действие являются полностью взаимозависимыми» (Luhmann 1989, p. 353). Особенно ясно взаимодействие культурного знания и личного опыта выкристаллизовывается в случае изменения модели медицинского выбора пациентом в результате неудачного опыта лечения.

Также принципиально важно для понимания механизма работы культурного знания, что основанием для пациентского выбора может стать не только интериоризованное культурное знание, ставшее убеждением, «естественной установкой», но и модель, представленная в культуре, но не имеющая достаточно высокой оценки с точки зрения правдоподобности. Гарро справедливо отмечает, что в противном случае когнитивные схемы не имели бы способности к модификации, не отвечали бы требованиям гибкости, необходимой в нестандартных ситуациях: «... культурно доступные модели могут служить источниками или инструментами, которые направляют поведение, но при этом не требуют предварительного или сопутствующего изменения на уровне убеждения» (Garro 1998, p. 348). И соответственно, удачный опыт такого применения может привести к повышению степени правдоподобности, а неудачный опыт, наоборот, к отказу от этой модели, как имеющей низкий уровень правдоподобности. Этот тезис особенно важен для анализа функционирования культурного знания в период пандемии, для которой характерна тотальная неопределенность.

Итак, представители когнитивной медицинской антропологии подчеркивают, что культурное знание не противопоставляется личному опыту, эмоциям, ситуативной информации, а скорее является когнитивным инструментом для их обработки и интерпретации.

Итак, можно выделить следующие важные характеристики культурного знания:

- культурное знание – это важнейший фактор пациентского выбора;
- культурное знание имеет как конвенциональную, так и индуктивную природу;
- личный опыт и поступающая новая информация придают конструкту «культурное знание» динамичность;
- культурные схемы имеют разную степень правдоподобности. Пациент может принимать решения не только на основе интериоризованных схем, но и на основе неинтериоризованных, но представленных в культуре схем.

Ход исследования

Полевая часть исследования состояла из 11 глубинных интервью, которые были реализованы ле-

том 2021 года (т.е. после начала пандемии прошло больше года). Интервью проводились в двух режимах – face-to-face и посредством платформы Zoom. Обращение к синхронному онлайн-интервью с видеоподдержкой было вынужденной мерой – в период пандемии некоторые информанты отказывались от личной встречи, чтобы не заболеть. Надо отметить, что многие исследователи пишут о вынужденном росте использования онлайн-интервью в период пандемии, но одновременно с этим прогнозируют сохранение этой тенденции и после пандемии (Lobe, Morgan and Hoffman 2022).

Основными критериями целевого отбора являлись наличие хронического заболевания и опыта лечения хронического заболевания не менее 3 лет, поскольку к моменту начала пандемии у информанта должна была сложиться определенная медицинская модель принятия терапевтических решений. В исследовании приняли участие 9 женщин и 2 мужчин в возрасте от 43 до 70 лет с различными хроническими заболеваниями (онкология, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания эндокринной системы, заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания органов дыхания).

Гайд глубинного интервью включил в себя следующие основные блоки: опыт лечения хронического заболевания до пандемии; представления о коронавирусе на разных этапах пандемии; опыт лечения хронического заболевания в период пандемии и обоснование своих терапевтических решений; представления о мерах защиты и профилактики коронавируса (в том числе о вакцинации).

Полученные результаты.

Роль культурного знания в «пересборке» модели медицинского выбора хронических пациентов в период пандемии

В самом общем виде проведенный анализ позволил выделить две основные модели медицинского выбора хронических пациентов в период пандемии: (1) *модель, включающую терапевтические решения, корректирующие сложившуюся до пандемии схему лечения*, и (2) *модель, не включающую корректирующие сложившуюся до пандемии схему лечения*. Надо подчеркнуть, что, учитывая длительность периода пандемии, по той или иной причине почти все информанты сталкивались с ситуацией корректировки сложившейся схемы лечения. Опишем более подробно эти модели, включая репертуар корректирующих терапевтических решений и, главное, факторы, оказывающие влияние на формирование пациентского выбора.

В ходе исследования были выделены следующие терапевтические решения, корректирующие допандемическую медицинскую модель: отложенное лечение, самостоятельное лечение, обращение в частную клинику, поиск врача из социального окружения, дистанционные консультации, а также

дополнительная профилактика обострения хронического заболевания и меры защиты от заражения коронавирусом и тяжелого течения болезни. Объективной причиной «ревизии» допандемической модели стала проблема доступности медицинских услуг в период пандемии. Остальные мотивы корректировки сложившейся модели были связаны с культурными представлениями о своем хроническом заболевании, новом вирусе и последствиях их взаимодействия.

Скорректированные терапевтические решения, принятые на основе циркулирующих культурных представлений (о коронавирусе) – это попытка пациентов снизить субъективно воспринимаемые медицинские риски, связанные с COVID-19. Анализ интервью дает нам возможность выделить типы наличных представлений, на основе которых формируются такие риски.

Во-первых, это представления о коронавирусе как о серьезном заболевании с возможными тяжелыми последствиями, вплоть до смерти: «... и такой внутренний страх, что заболеешь, и в какой-то момент тебе нечем будет дышать» (женщина, заболевание эндокринной системы, ЖКТ).

Во-вторых, это представления об опасности вируса для пожилых людей, которые формируют риск, связанный с болезнью пожилых родственников (из группы риска по возрасту и «с букетом хронических заболеваний»): «я панически боялся ее (прим. маму) заразить» (мужчина, заболевание печени); «как же я ей (прим. маме) притащу какой-нибудь вирус, ко мне не прицепится, а к ней прицепится» (женщина, болезнь почек, заболевание верхних дыхательных путей). Соответственно, информанты корректировали свое поведение, в том числе посещение медицинских учреждений, чтобы не стать источником заражения для своих пожилых родителей.

В-третьих, это представления о связи хронического заболевания и Covid-19 – как о влиянии хронического заболевания на тяжесть протекания Covid-19, так и о влиянии Covid-19 на основное хроническое заболевание. Вот как об этом говорит информант, опасаясь фатального влияния вируса на ее основное заболевание: «В плане того, что кто-то мне сказал, или где-то я вычитала, что с моим основным заболеванием вообще нельзя никак болеть ковидом, это все может ухудшиться мое основное заболевание, у меня была опасность того, как бы это не повлияло на мое основное заболевание, не ухудшило его» (женщина, онкология).

Здесь нужно подчеркнуть, что корректирующие решения давались информантам нелегко. Вот как говорит об этом женщина, отказавшаяся от привычных процедур, которые она проводила каждые полгода на протяжении многих лет: «И действительно, когда началась пандемия, мне пришлось

отказаться, и я переживала, что пропускаю эти процедуры, и сейчас опять может пойти откат...» (женщина, болезнь почек, заболевание верхних дыхательных путей).

Сложность решений в период пандемии во многом связана с отсутствием проверенной информации относительно связи вируса с конкретными хроническими заболеваниями, растерянностью в медицинском сообществе, пугающими историями близких и знакомых. Все это приводило к увеличению страхов, а иногда и к появлению паники у хронических пациентов: «... я боялась, честно скажу, потому что я не знала, как с моим заболеванием коронавирус отразится на мне. Потому что я представила, что, если вдруг я заболею очень тяжело (эмоциональная речь) и меня придется подключить к ИВЛ, как мою тетку (пауза), я тогда не понимала, как в мой организм будут поступать гормоны, как вообще мой организм отреагирует на эту вещь» (женщина, заболевание эндокринной системы).

Как уже было сказано, в некоторых случаях корректировка прежней схемы лечения была вынужденной из-за проблем с доступностью медицинской помощи в период пандемии. В городе (Самаре) периодически прекращались плановые госпитализации, происходило сокращение терапевтических отделений, соответственно, возникали большие очереди для получения медицинской помощи. Также наблюдалась нехватка медицинского персонала, отсутствие узких специалистов (по причине их болезни или работы в «красной зоне»). В той или иной степени это было типично и для других российских городов. Вот как описывает ситуацию одна из информантов, которая была вынуждена отложить лечение: «...Когда случилась пандемия, то вообще, конечно, болезнь-то она же не знает, что у нас пандемия [...] Вот, проблема была понять, что делать, потому что больницы были все закрыты... лечь куда было просто [...] направление-то нам дали... а в больницу лечь мы не можем (голос дрогнул), и это, конечно, убийственно...» (женщина, заболевание крови).

Добавим, что решение о мерах профилактики обострений основного заболевания и мерах профилактики и защиты от заражения новой коронавирусной инфекцией тоже принималось не только на основе уже описанных выше культурных представлений, но и на основе поступающей из разных источников информации о перегруженности системы здравоохранения. «Сейчас болеть нельзя», – говорили многие информанты. Вот еще одна цитата, подтверждающая этот подход: «Поэтому понимая все это, мы начали очень сильно следить за своим здоровьем... Мы очень подробно выяснили, какие курсы надо... – и мультивитаминные, и укреплять определенные органы. Просто этот период пандемии, когда тебе не окажут никакую

помощь квалифицированную, кем бы ты ни был, (...) ни за деньги, ни за связи. В этот момент было очень важно не заболеть. И мы были очень собраны» (мужчина, заболевание печени).

Решение следовать модели лечения, сложившейся до пандемии, информанты также, как правило, принимали на основе культурного знания – в данном случае на основе циркулирующих представлений о COVID-19 как обычном вирусе, не представляющем опасности для них; на основе оценки своего хронического заболевания как тяжелого и требующего сохранения прежней схемы лечения. Также отсутствие корректирующих решений было связано и с объективными причинами. Например, такая модель была характерна для информантов, использующих и до пандемии практики самостоятельного лечения (самолечение). В данном случае отсутствие корректировки связано с особенностью сложившейся у пациентов модели лечения.

Вот, например, размышления женщины, которая не оценивала ковид как опасный вирус и поэтому считала, что он не может являться причиной отмены операции по одному из хронических заболеваний: *«Я посчитала, что это политика и его вообще нет (...) Потом я не верила, что этот ковид так опасен, ну, в моей семье никто не болел, уже год пандемия, и я поэтому даже не думала откладывать операцию» (женщина, астма, варикозное расширение вен).* Данному информанту повезло, что она не столкнулась с проблемой доступности лечения: в тот момент, когда она обратилась за хирургической помощью, отделение только открылось после длительного перерыва в плановой госпитализации.

В нарративах ковид-диссидентов или ковид-скептиков встречаются разные обоснования причин такого отношения – политические, экономические, конспирологические. Также на восприятии ковида сказывалось общее институциональное недоверие в медицине, которое в период пандемии находило свои новые иллюстрации – информанты выражали недоверие врачам, фармакологическим компаниям, производству вакцин, статистике. Эти выводы подтверждаются и другими исследованиями. Причины ковид-диссидентства, скептического отношения к коронавирусу, в том числе в контексте проблемы недоверия, представлены в научных публикациях таких авторов, как О. Исупова, Е. Рождественская, А. Лагерева, А. Кирзюк, И. Тартаковская (Исупова, Рождественская, Лагерева 2021); (Кирзюк 2021); (Тартаковская 2021).

Надо отметить, что у большинства информантов модель медицинского выбора менялась в течение пандемии – это было связано и с подвижностью культурных медицинских представлений в ситуации пандемии, и с особенностями хронического заболевания, отношения к нему (отложенное

лечение, отказ от контроля основного заболевания не может быть бесконечным). Среди опрошенных самая распространенная схема такого изменения – от терапевтических решений, корректирующих допандемическую модель лечения (например, отложенное лечение), до восстановления допандемической модели лечения. *«Единственное, да, в 20 году я пару месяцев просидела дома, ожидая, ну, может, сейчас все спадет (...). Все равно пришлось идти. (...) Все равно надо. Потому что та болезнь (прим. онкология в ремиссии), честно, пугает меня больше, чем ковид...» (женщина, онкология).*

В ситуации, когда пациент принимал свое терапевтическое решение «больше ждать нельзя» и нужно обратиться за медицинской помощью, самыми принятыми способами преодоления рисков являлись такие, как обращение в частную клинику, поиск «проводника» в системе здравоохранения. *«... Если к осени будет спад, то схожу, если не будет, я буду это решать через частные медучреждения. Но к специалисту я должна попасть» (женщина, заболевание эндокринной системы).*

Как уже упоминалось выше, в период пандемии терапевтические решения хронических пациентов касались не только основного заболевания, но и мер защиты от новой коронавирусной инфекции, ее профилактики. В этом ряду отдельное место занимает решение о вакцинации. Надо отметить, что при принятии решения о вакцинации, помимо формирующихся в режиме «здесь и сейчас» представлений о новых вакцинах, об их влиянии на здоровье, на хронические заболевания, большое значение в оценке той или иной альтернативы для пациента имели уже сложившиеся представления о вакцинации как профилактике различных заболеваний, представления об уровне развития российской вирусологии и возможностях качественного производства в России.

Итак, культурное знание (публично циркулирующее медицинское знание) стало основным фактором пациентского выбора в период пандемии. Еще раз выделим основные вопросы/дилеммы, которые беспокоили участников исследования в этот период: коронавирус – это страшная болезнь или обычный вирус, грипп; эффективность способов защиты, профилактики, лечения; влияние хронического заболевания на тяжесть течения коронавируса; влияние коронавируса на течение хронической болезни; отношение к вакцинации в целом и с учетом хронического заболевания.

Механизмы формирования и работы культурного знания о болезни и лечении в период пандемии

Ситуация пандемии нестандартна, прежде всего из-за того, что даже в профессиональном сообществе знание о вирусе и его влиянии на здоровье,

о его взаимодействии с различными хроническими заболеваниями находилось в процессе формирования, постоянного изменения в соответствии с новыми данными. СМИ и другие каналы трансляции знаний изобиливали разными точками зрения на этот счет. Наличный запас медицинских (повседневных) знаний, связанных с новым вирусом, за время пандемии также находился в постоянном процессе формирования. Одни представления подтверждались личным опытом, мнением тех «экспертов», которым пациенты доверяли, «народными историями» – соответственно, такие представления становились более правдоподобными для пациентов. Другие представления, наоборот, становились менее правдоподобными. Важно подчеркнуть, что информанты в своих терапевтических решениях основывались не только на медицинских знаниях, сформированных у них в период пандемии, но и на культурных медицинских представлениях, интериоризованных в процессе всей жизни. Особенно это было заметно при анализе правил принятия персональных решений о вакцинации, но и при выработке отношения к COVID-19 в целом многие информанты в начале пандемии пытались соотнести новый вирус с уже знакомыми вирусами: «У меня не было паники, ну, и сложнее болезни лечат (...) был и свиной грипп, справились, ну, неужели не справятся с каким-то гриппом (...), к тому же перед этим был свиной грипп, был птичий грипп, я сама была свидетелем свиного гриппа, я сама, мы поехали отдыхать и у нас вся группа болела (...)» (женщина, астма, варикозное расширение вен).

Рассмотрим некоторые источники формирования культурного (медицинского) знания подробнее – применительно к ситуации пандемии. Это личный опыт и опыт ближайшего окружения (смерти в окружении или, наоборот, легкого течения болезни); СМИ, мнения «экспертов»; мнение наблюдающего врача или знакомого врача из своего окружения; опыт других, «народные истории» («у знакомого знакомой моей подруги»). Ситуация пандемии – по результатам нашего анализа – подтверждает тезис когнитивной медицинской антропологии о том, что мы обычно принимаем терапевтические решения на основе культурных представлений, но если личный опыт складывается неудачно, то прежние представления корректируются, а если удачно, то степень их правдоподобности повышается. Пандемия иллюстрирует этот механизм постоянной взаимной корректировки культурных представлений и личного опыта. Информанты часто ссылаются на личный опыт как убедительный источник для принятия решений: «У меня умирает тетка от коронавируса... и у меня очень серьезно изменилось отношение к этому заболеванию» (Е., ж., заболевание эндокринной системы); «Только в конце 20 года, когда стали

болеть и умирать в ближайшем круге, я поверила, что да, действительно, есть какой-то вирус, на который пока нет адекватного лечения, которое мало того может спасти жизнь, но и сохранить здоровье» (женщина, астма, варикозное расширение вен).

Несколько цитат из разных интервью о важности личного общения с представителями профессионального медицинского сообщества: «Дочь организовала консультации с врачами израильской клиники в зум» (женщина 1, заболевание эндокринной системы, ЖКТ); «Если мне человек известный в этой стране... биолог с мировым именем, и он мне говорит...» (мужчина, заболевание печени).

Безусловно, нельзя не упомянуть и общедоступные источники информации – телевизионные программы, радиопередачи, публикации в СМИ, которые распространяются в том числе и через социальные сети, каналы независимых блогеров и т.д.: «Я уже начитался всякой литературы» (мужчина, заболевание печени); «Первоначально я, конечно, залезла в интернет» (женщина, заболевание эндокринной системы); «Из телефона, фейсбук, лента.ру, (...) и что-то присылают люди, например, по поводу лимона, что надо его пить, мазать нос, какой-то пожилой врач рассказывал, я почему-то поверила» (женщина, заболевание сердечно-сосудистой системы). Поскольку здесь речь идет в том числе и о привлечении экспертов, представителей профессионального сообщества, то в этом контексте интересно, по каким критериям оценивается уровень профессионализма эксперта пациентом, какой должен быть эксперт, чтобы его мнение считалось более правдоподобным. Анализ интервью показал, что большое значение имеет соответствие мнения эксперта уже сложившимся представлениям информанта, т.е. позиция специалиста используется для подтверждения «правильности» своих знаний. В качестве иллюстрации приведем пример из интервью, в котором женщина, являющаяся яркой противницей любой вакцинации, рассказывала о том, как она прислушивается к мнению экспертов: «Я слушаю вирусолога, не помню фамилию, женщина, мудрая. Вот она рассказывала, никогда в ее роду никто прививки не делал и все здоровы» (женщина 2, заболевание эндокринной системы, ЖКТ). Или информант, которая при любой возможности стремится минимизировать прием лекарственных средств, говорит, что доверие у нее вызвал пожилой врач, который рассказывал об эффективности лимона. Здесь два интересных момента: во-первых, врач говорил то, что понравилось информанту, во-вторых, почтенный возраст врача означал для пациента его большой опыт. Информанты выделяли и другие критерии оценки профессионализма экспертов – научную степень, наличие практики, известность, канал трансляции (доверие к каналу переносится на эксперта).

Отдельного внимания заслуживают представления, которые формируются на основе «народных историй»: «Кто-то что-то сказал, и мысль уже засела» (женщина, онкология); «Ну, в общем, честно сказать, я не верю в вакцину, в то что она защищает, потому что так же есть случаи, люди вакцинировались и так же болели, лежали в реанимации. (...) Нет, лично не знаю, но мне рассказывал кто-то» (женщина, заболевание крови); «У знакомого знакомой моей подруги» (женщина, заболевание ЖКТ).

При этом источники формирования культурного знания различны с точки зрения силы их влияния. Можно сделать несколько предположений, которые, однако, требуют специального изучения. В случае, если информант оценивал уровень правдоподобности своих знаний низко, то, соответственно, он был более открыт для поиска и восприятия новой информации из различных формальных и неформальных источников, мнений «экспертов», знакомых врачей. В ситуации, когда информант считал свои представления правдоподобными, различные источники информации выполняли скорее функцию подтверждения его убеждений. И лишь личный опыт и опыт близких способны кардинально скорректировать культурные представления о болезни и лечении даже с присутствием этим представлениям высоким уровнем правдоподобности.

Выводы

В период пандемии хронические пациенты осуществляли выбор между корректировкой и отказом от корректировки сложившейся до пандемии модели лечения. Основными критериями принятия терапевтических решений являлись культурные представления о новом вирусе и его взаимодействии с хроническим заболеванием, а также проблема доступности медицинской помощи.

Что касается формирования нового знания, то источники знания ничем не отличаются от тех, которые были до пандемии. Но, учитывая ситуацию тотальной неопределенности, противоречивости в официальных подходах, еще достаточно низкой правдоподобности новых представлений, возрастает важность «народных историй». Безусловно, разные источники знания для пациента имеют разную степень доверия и, соответственно, культурные представления, основанные на них, имеют разный уровень правдоподобности. Лишь личный опыт и опыт близких способны кардинально скорректировать уже сложившиеся культурные представления о болезни и лечении.

Сложившиеся до пандемии представления также продолжают работать, как подчеркивал Щюц, «до последующего уведомления» (Щюц 2004, с. 132): подбираются наиболее релевантные текущей ситуации знания (кейс со свиным гриппом), или

новое вписывается в более широкую категорию, например, вакцина против новой коронавирусной инфекции вписывается в категорию «вакцина» или «вакцина против гриппа», и, соответственно, отношение к вакцинации против ковида будет зависеть от представлений об этих категориях.

Библиографический список

Garro, L. (1998), On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities. 1998, *Medical anthropology: a handbook of theory and method*, T.M. Johnson and C. Fishel (ed.), vol. 12, issue 3, pp. 319–340.

Garro, L. (2004), *Cognitive Medical Anthropology, Encyclopedia of Medical Anthropology*, pp. 12–23.

Kleinman, A., Eisenberg, L. and Good, B. (2006), Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research, *Focus*, vol. 4, issue 1, pp. 140–149.

Litvina, D. and Temkina, A. (2021), The Academicians on Quarantine: Reflexivity and Fragility of the Privileged Group at the Start of Pandemic, *Russian sociological review*, vol. 20, no. 4, pp. 43–65.

Lobe, B., Morgan, D.L. and Hoffman, K. (2022), Asystematic comparison of in-person and video-based online interviewing, *International Journal of Qualitative Methods*, vol. 21, pp. 1–12.

Luhrmann, T.M. (1989), *Persuasions of the Witch's Craft: Ritual Magic in Contemporary England*, Harvard University Press, London, UK.

Johnson, T.M. and Sargent, C.F. (1990), *Medical anthropology: a handbook of theory and method*, Greenwood Press, New York, USA, [Online], available at: <https://archive.org/details/anthropologyofbi-0000lock/page/n9/mode/2up> (Accessed 14 January 2018).

Young, J.C. and Garro, L.C. (1994), *Medical Choice in a Mexican Village*, Prospect Heights, Illinois: Waveland Press, Reissue with changes of a book by the same title published in 1981 by Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey, USA.

Исупова О.Г., Рождественская Е.Ю., Лагерева А.Е. Ковидный ресентимент в социальных сетях: репертуар мотивированных суждений // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2021. № 5. С. 374–398;

Кирзюк А.А. «У меня нет страха»: ковид-диссиденты в поисках агентности и правды // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2021. № 2. С. 484–509;

Лехциер В.Л. Феноменологические основания медицинской антропологии // Логос. 2010. № 5 (78).

Лехциер В.Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. Вильнюс, 2018. С. 63.

Салтанова С. Доверие в маске: как корона-вирус изменил отношение россиян друг к другу // Научно-образовательный портал IQ.HSE.Ru. 03.06.2020. URL: <https://iq.hse.ru/news/370128879.html> (дата обращения 03.02.2021).

Социология пандемии. Проект коронаФОМ / Рук. авт. колл. А.А. Ослон. Москва: Институт Фонда Общественное Мнение (инФОМ), 2021. 319 с.

Тартаковская И.Н. Доверие перед лицом пандемии: в поисках точки опоры // Социологический журнал. 2021. Т. 27. № 2. С. 68–89.

Холявин А.О. Социальное бездействие на ранних этапах пандемии COVID-19 // Социологические исследования. 2020. № 11. С. 139–148. URL: <http://ras.jes.su/socis/s013216250010722-7-1> (дата обращения: 24.06.2022). DOI: <http://doi.org/10.31857/S013216250010722-7>.

Щюц, А. Избранное: Мир, светящийся. Москва: РОССПЭН, 2004. 1056 с.

Интервью с Анной Темкиной в рамках проекта «коронаФОМ» Фонда Общественного Мнения. URL: <https://covid19.fom.ru/post/pandemiya-kak-uchebnik-po-sociologii> (дата обращения: 22.06.2022).

Проект «Вирусные дневники: хроники повседневности» Европейского университета в Санкт-Петербурге. URL: <https://eusp.org/projects/virusnye-dnevniki-khroniki-povsednevnosti> (дата обращения: 22.06.2022).

References

Garro, L. (1998), On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities. 1998, *Medical anthropology: a handbook of theory and method*, T. M. Johnson and C. Fishel (ed.), vol. 12, issue 3, pp. 319–340.

Garro, L. (2004), *Cognitive Medical Anthropology, Encyclopedia of Medical Anthropology*, pp. 12–23.

Kleinman, A., Eisenberg, L., Good, B. (2006), *Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research*, *Focus*, vol. 4, issue 1, pp. 140–149.

Litvina, D. and Temkina, A. (2021), The Academicians on Quarantine: Reflexivity and Fragility of the Privileged Group at the Start of Pandemic, *Russian sociological review*, vol.20, no. 4, pp. 43–65.

Lobe, B., Morgan, D.L. and Hoffman, K. (2022), Asystematic comparison of in-person and video-based online interviewing, *International Journal of Qualitative Methods*, vol. 21, pp. 1–12.

Luhrmann, T.M. (1989), *Persuasions of the Witch's Craft: Ritual Magic in Contemporary England*, Harvard University Press, London, UK.

Johnson, T.M. and Sargent, C.F. (1990), *Medical anthropology: a handbook of theory*

and method, Greenwood Press, New York, USA, [Online], available at: <https://archive.org/details/anthropologyofbi0000lock/page/n9/mode/2up> (Accessed 14 January 2018).

Young, J.C. and Garro, L.C. (1994), *Medical Choice in a Mexican Village*, Prospect Heights, Illinois: Waveland Press, Reissue with changes of a book by the same title published in 1981 by Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey, USA.

Isupova, O.G., Rozhdestvenskaya, E.Yu. and Lagereva, A.E. (2021), COVID resentment in social media: A repertoire of motivated judgments, *The Monitoring of public opinion: Economic and social changes*, no. 5, pp. 374–398.

Kirziuk, A.A. (2021), «I have no fear»: COVID skeptics in search of agency and truth, *The Monitoring of public opinion: Economic and social changes*, no. 2, pp. 484–509.

Lekhcier, V.L. (2010), Phenomenological foundations of the medical anthropology, *Logos*, no. 5 (78).

Lekhcier V. L. (2018), *Illness: Experience, narrative, hope. Outline of social and Humanities medical research*, Vilnius, Lithuania.

Saltanova, S. (2020), *Masked trust: how the coronavirus changed the attitude of Russians towards each other*, [Online], available at: <https://iq.hse.ru/news/370128879.html>, (Accessed 03 February 2021).

Sociology of pandemic, COVID19FOM Project (2021), Oslon, A.A. (head of authors), Institute of public opinion foundation (inFOM), Moscow, Russia.

Tartakovskaya, I.N. (2021), Trust in the face of a pandemic: In search for a common ground, *Sotsiologicheskij zhurnal = Sociological journal*, vol. 27, no. 2, pp. 68–89.

Holavin, A.O. (2020), Social inaction at early stages of the COVID-19 pandemic, *Sociological studies*, no. 11, pp. 139–148, [Online], available at: <http://ras.jes.su/socis/s013216250010722-7-1> (Accessed 24 June 2022), DOI: <http://doi.org/10.31857/S013216250010722-7>.

Schutz, A. (2004), *Selected: The world shining with the sense*, ROSSPEN, Moscow, Russia.

Temkina, A. (2022), *Interview with Anna Temkina as part of Public Opinion Foundation «coronaFOM» project*, [Online], available at: <https://covid19.fom.ru/post/pandemiya-kak-uchebnik-po-sociologii> (Accessed 22 June 2022).

«Epidemic diaries: the everyday chronicles» project by the European University at Saint Petersburg, [Online], available at: <https://eusp.org/projects/virusnye-dnevniki-khroniki-povsednevnosti> (Accessed 22 June 2022).

Submitted: 28.06.2022

Revised: 12.09.2022

Accepted: 26.09.2022