

Исх. №02/12 от 26.12.2022

**Отзыв официального оппонента, Анны Александровны Клепиковой,
кандидата социологических наук, о диссертационном исследовании
Ирины Евгеньевны Финкельштейн
«СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРАКТИКИ МЕДИЦИНСКОГО
ВЫБОРА ХРОНИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ КРУПНОГО РОССИЙСКОГО ГОРОДА
НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ»,
представленном на соискание ученой степени кандидата социологических наук
по специальности 5.4.6 – Социология культуры**

Диссертационное исследование Ирины Евгеньевны Финкельштейн посвящено проблематике пациентского выбора и принятия терапевтических решений в ситуации хронического заболевания и роли в этих решениях социокультурного знания.

Актуальность темы диссертационного исследования И.Е.Финкельштейн обусловлена прежде всего тем, что с развитием научного знания, биомедицины и технологий, с увеличением общей продолжительности жизни людей в развитых странах хронические заболевания начинают занимать ведущее место в структуре медицинской помощи. Хроническое заболевание ставит человека перед необходимостью постоянно совершать те или иные терапевтические действия и принимать терапевтические решения, а поскольку в современном сверхмедиализированном обществе имеет место, пользуясь терминологией социолога и философа Ивана Ильича, медицинский, культурный и социальный ятрогенез, то круг этих решений потенциально безграничен: ведь лечение одного заболевания приводит к побочным эффектам, которые тоже необходимо лечить или нивелировать, и так до бесконечности.

Достоверность, степень обоснованности и новизна научных положений выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации, обусловлена, во-первых, ее теоретическим аппаратом. Автор удачно комбинирует теоретические подходы из области когнитивной медицинской антропологии (Л.Гарро), феноменологии (А.Шюц и др.), социологии и антропологии медицинского знания в его кросс-культурной перспективе (А.Клейнман). Во-вторых, в работе уместным и обоснованным выглядит сочетание качественной и количественной методологии, при этом качественное исследование предшествует количественному и служит основанием для формулировки его задач и вопросов. В-третьих, объемы и качество проделанного эмпирического исследования, а также анализ полученных материалов представляются вполне достаточными и отвечают требованиям диссертационной работы. Диссертация представляется новаторской для российской медицинской социологии и антропологии как в отношении ее теоретической и методологической основы, так и собственно в отношении ее содержательной фокусировки вокруг пациентских решений и пациентского знания в случае хронических заболеваний.

Основные результаты исследования следующие:

- выявлены теоретические концепции, релевантные исследованию социокультурных факторов медицинского выбора пациентов в ситуации болезни;
- рассмотрены социокультурные особенности принятия терапевтических решений хроническими больными на начальной стадии развития хронической болезни, на стадии хроникализации болезни и в период экстренной пандемийной ситуации;
- определена представленность терапевтических решений хронических пациентов на разных стадиях развития болезни в условиях одного из крупных российских городов;
- выделены модели медицинского выбора хронических больных на стадии начала болезни и ее хроникализации и описана конфигурация социокультурных факторов, связанная с этими моделями.

Основные положения, выводы и результаты исследования представлены научному сообществу в статьях, опубликованных в научных рецензируемых журналах, а также в докладах на научных конференциях и семинарах.

Личный вклад соискателя в разработку научной проблемы анализа терапевтических решений заключается в проведении достаточно масштабного эмпирического исследования, тестирующего конкретные гипотезы и научные теории на локальном, культурно-специфичном материале. Результаты исследования позволяют включить в классификацию терапевтических решений новые для российских исследований альтернативные варианты: так, обосновывается и вводится в качестве альтернативного варианта решения категория «свой врач»; при выборе самостоятельного лечения выделены медикализированная и немедикализированная формы; особый акцент делается на смешанном выборе, когда пациенты комбинируют методы, принадлежащие различным медицинским системам, не отдавая предпочтения какой-то одной. Кроме того, выявлена и описана классификация пациентов с точки зрения сочетания различных видов медицины.

Ценность для науки и практики результатов работы заключается в том, что при помощи применения качественной и количественной методологии в ней:

- показана теоретическая эффективность сочетания методологических принципов когнитивной медицинской антропологии и феноменологического подхода для исследования медицинского выбора пациентов с хроническими заболеваниями;
- продемонстрировано, что культурное знание как фактор, влияющий на принятие терапевтических решений пациентами, имеет сложную структуру и включает не только представленные в культуре и инкорпорированные субъектом знания о болезни, природе заболевания, способах ее лечения, но и представления о различных медицинских системах и институциях;
- обнаружено, что при выборе медицинской системы для хронических пациентов характерны три типа решений: биомедицина, комбинирование биомедицины и неконвенциональной медицины, неконвенциональная медицина; при комбинированном выборе характерны две стратегии стратегии сочетания медицинских систем: использование нетрадиционных медицинских практик и народных средств как исключительно дополнительных по отношению к основной терапии и обращение к технологиям биомедицины только для определенных заболеваний;
- выявлено, что критериями принятия корректирующих терапевтических решений в эпоху пандемии COVID-19 стали культурные представления о новом вирусе и о его взаимодействии с хроническим заболеванием, а также степень доступности медицинской помощи.

Кроме того, результаты исследования имеют практическую ценность для такой корректировки системы здравоохранения, которая бы учитывала алгоритмы поведения хронических пациентов; они могут быть также использованы в преподавании учебных дисциплин по социологии и антропологии медицины на факультетах социальных наук и в медицинских университетах.

Однако, высоко оценивая представленную к оппонированию диссертационную работу, хотелось бы высказать несколько замечаний.

1. Работе не хватает критики теоретических концепций, применяемых другими авторами, она не выглядит полемичной. Например, раз уж автор в некоторых пределах прибегает к ссылкам на классика медицинской социологии Толкотта Парсонса и одновременно анализирует ситуацию хронического заболевания, возможно было бы более обстоятельно изложить критическую полемику вокруг его концепции роли больного и ее применимости именно к хроническим болезням.
2. Работе не хватает методологической рефлексии по поводу применения методов нарративного интервью и опроса для анализа практик – в данном случае, практического выбора терапевтических решений. Автор излагает и анализирует материалы интервью так, как если бы она принимала слова информантов за чистую монету, не затрагивая в анализе прагматический и интеракционный пласт интервью, вопросы конструирования информантом собственной идентичности в процессе интервью и разыгрывания ее «на сцене». В этом

смысле автору было полезно прибегнуть к методологии анализа интервью, предложенной социологом и антропологом Катрин Риссман – в том числе, в отношении нарративов о болезни. Приведу один пример, с.67:

Частичное следование или отказ от прописанного лечения могут быть вызваны разными факторами: [...] 2. индивидуальными особенностями характера пациента или отсутствием культуры заботы о себе, ценности здоровья (невнимательностью к лечению, неорганизованностью человека): «Я очень неорганизованный пациент (смеется), (...) про себя я все время забываю, выпить ту же таблетку...» (жен., 43 года, артроз коленного сустава);

Анализируя этот пример, автор полностью следует за информанткой в своем анализе ее высказывания, что отказ от лечения может быть связан с «неорганизованностью». В действительности, можно было бы попробовать проинтерпретировать смыслы, которые информантка вкладывает в эту реплику, которую она произносит еще и посмеиваясь, что вообще говоря служит важным маркером того, что за высказыванием стоят дополнительными смыслы. Возможно, эта реплика, в действительности, служит маркером недоверия медицинским препаратам, врачу или биомедицине в целом. Может быть, информантка не считает свою проблему достаточно серьезной, требующей столь сильной медикализации. Возможно, в этой реплике вообще можно прочесть протест против этой медикализации и контроля над ее жизнью со стороны медицины. Более широкий контекст интервью может помочь выбрать более точную интерпретацию. Подобной работы по анализу и интерпретации материалов систематически не хватает, не говоря уже о том, что мы лишь с натяжкой можем утверждать, что исследуем практики (практический выбор в данном случае), если проводим исследование только при помощи интервью и опросов, но не наблюдая за поведением людей в методологии включенного наблюдения. Так, если информант говорит что-то вроде «если бы я лечился не биомедициной, я бы тут перед вами уже не сидел» - в действительности, он лишь тем самым в присутствии собеседника позиционирует себя как человека, лояльного определенным культурным ценностям. О том, к каким средствам он на самом деле прибегает мы ничего не узнаем.

3. Как представляется, автор делает некоторую натяжку, когда утверждает, что результаты ее исследования показательны для крупного российского города. Крупные российские города довольно неоднородны и ситуация в них может быть специфичной. Так, если мы возьмем в качестве примера Улан-Удэ, Читу или Кызыл ситуация с обращением к альтернативной медицине будет радикально иная, чем в Самаре. Предполагаю, что Махачкала, Астрахань, Владивосток, Казань и т.д. будут обладать своей мощной спецификой, которая связана с влиянием культурных факторов. В этом смысле масштабирование результатов исследования возможно лишь в пределах весьма ограниченного региона.
4. Автор анализирует ситуацию хронической болезни и выбор терапевтических решений пациентами с хроническими заболеваниями. При этом спектр этих заболеваний в работе весьма широк и включает состояния разной тяжести и степени угрозы для жизни. Можно предположить, что человек с псориазом и человек с раком будут принимать эти решения по-разному и возможность экспериментов для них разная – хотя бы потому, что специалисты альтернативной медицины берутся работать не со всеми заболеваниями из-за возможности юридических последствий для них. В работе же они представлены единой группой, под единой шапкой хронических болезней. Более удачным методологическим решением было бы фокусирование либо на одной группе заболеваний, либо же более последовательное сравнение и различение более и менее тяжелых, угрожающих и не угрожающих жизни

состояний.

5. В работе не хватает концептуализированного разграничения терминов самолечение, народная медицина, неконвенциональная медицина, альтернативные медицинские системы и др. как на уровне категориального аппарата самого автора, так и в отношении представлений информантов. Например, травничество, не принадлежащее, скажем, тибетской медицине – это альтернативная медицинская система или народная медицина? Или самолечение? А как сами пациенты это концептуализируют? А если врач биомедицинской клиники посоветовал попить травки, которые на первом этаже клиники в аптеке продаются, или поставить в соседнем кабинете пиявок – куда это отнести? К какой системе это относят пациенты? А экспериментальное лечение псориаза, которое, возможно, не является доказательной методикой? Подобные вопросы можно множить – суть комментария заключается в том, что представленная нам в анализе картина как будто несколько упрощена по отношению к тому, что присутствует или могло бы присутствовать в собранных материалах.

Невзирая на высказанные замечания, диссертация Ирины Евгеньевны Финкельштейн «СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРАКТИКИ МЕДИЦИНСКОГО ВЫБОРА ХРОНИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ КРУПНОГО РОССИЙСКОГО ГОРОДА НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ» представляет собой научно-квалификационную работу, которая полностью соответствует требованиям пп. 9–14 Положения о порядке присуждения ученых степеней, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 24 сентября 2013 г. № 842 и требованиям, определяемым Приложением о порядке присуждения ученых степеней ВАК РФ по специальности 5.4.6 – Социология культуры. Автор диссертационной работы Ирина Евгеньевна Финкельштейн заслуживает присуждения ей искомой степени кандидата социологических наук по специальности 5.4.6 – Социология культуры.

Официальный оппонент
Кандидат социологических наук
доцент факультета антропологии
АНООВО «Европейский университет в Санкт-Петербурге»
А.А.Клепикова
+79111505335
aklepikova@eu.spb.ru



Подпись Клепиковой А.А. заверяю.
Сопонент от лица кафедры Антропологии Е.В.З.

Исп. Ковыршина Ю.И., mail: ykovyrshina@eu.spb.ru, тел. 8 (812) 386 76 36

