

МНОЖЕСТВЕННОЕ ТЕЛО

— Аннмари Мол

Аннмари Мол

МНОЖЕСТВЕННОЕ  
ТЕЛО

ОНТОЛОГИЯ В  
МЕДИЦИНСКОЙ  
ПРАКТИКЕ

Annemarie Mol

**THE BODY  
MULTIPLE**

ontology in  
medical  
practice

Duke University Press,  
Durham and London, 2002

Аннмари Мол

## МНОЖЕСТВЕННОЕ ТЕЛО

ОНТОЛОГИЯ В  
МЕДИЦИНСКОЙ  
ПРАКТИКЕ

Перевод с английского  
группы *Safe of Risk (MFX)*  
Под научной редакцией  
Александра Писарова,  
Светлана Гавриленко



Пермь, 2017

УДК 316.014

ББК 60.5

М75

Переводческая группа Cube of Pink (МГУ):

*В. Гусейнова, Д. Кожемяченко, Г. Коновалов,*

*К. Майорова, В. Легейдо, М. Меньшикова,*

*А. Павлова, А. Салин, А. Титов*

Научная редакция: А. Писарев, С. Гавриленко



### **Мол, Аннмари**

М75 Множественное тело : Онтология в медицинской практике / А. Мол ; пер. с англ. группы Cube of Pink (МГУ) ; под науч. ред. А. Писарева, С. Гавриленко. — Пермь : Гиле Пресс, 2017. — 254 с.

ISBN 978-5-9906611-7-2

Книга «Множественное тело» нидерландского антрополога Аннмари Мол — это этнографическое и философское исследование, посвященное дисциплинарному, онтологическому и политическому устройству медицины. Мишенью автора становится дисциплинарное разделение, опирающееся на фундаментальное разграничение между культурным и природным: истина о самом заболевании как состоянии человеческого тела монополизирована естественными науками, а на откуп социальным наукам отдано изучение недуга как болезни, рассматриваемой исключительно в контексте ее интерпретации и жизненных обстоятельств пациента. Проблематизировать это различие позволяет внимание к практическим и техническим аспектам осуществления заболевания и человеческого тела. Этнографически исследуя практики диагностики и лечения пациентов с атеросклерозом в больнице Z, Аннмари Мол показывает, что единое связанное заболевание, как и единое связанное тело — это не данность, а результат конкретных действий.

УДК 316.014

ББК 60.5

ISBN 978-5-9906611-7-2

Copyright © 2002 by Duke University Press

© Издательство «Гиле Пресс», издание в России, 2017

© Группа Cube of Pink, перевод на русский язык, 2016



## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ К РУС- СКОМУ ИЗДАНИЮ	7	подоплеку и истории (перевод Веры Гусейновой)
ПРЕДИСЛОВИЕ	21	... (перевод Алексея Салина)
ГЛАВА 1	29	делать заболевание (перевод Алексея Титова)
ГЛАВА 2	63	разные атеросклерозы (перевод Марии Меньшиковой)
ГЛАВА 3	91	координация (перевод Василия Легейдо, Алексея Салина)
ГЛАВА 4	129	распределение (перевод Даниила Кожемяченко)
ГЛАВА 5	165	включение (перевод Алины Павловой, Ксении Майоровой)
ГЛАВА 6	203	делая теорию (перевод Георгия Коновалова)
БИБЛИОГРАФИЯ	243	



## ВВЕДЕНИЕ

## ПОДОПЛЕКИ И ИСТОРИИ

Для автора большая честь, если находятся люди, готовые взять на себя огромный труд по переводу его книги, благодаря чему она откроет для себя новую аудиторию. Позвольте мне поэтому начать введение к русскому изданию «Множественного тела» с благодарности моим переводчикам. Спасибо вам!

Что еще сказать? Дорогой читатель, теперь у тебя есть возможность прочесть эту книгу на русском языке — вперед, погрузись в нее и попытайся проделать в ней собственный путь. Почерпни из нее все, что поможет тебе в твоих поисках. Я искренне надеюсь, что для тебя здесь найдутся идеи, которые можно обдумать и от которых можно получить удовольствие, с которыми можно согласиться или не согласиться и которым можно найти новое применение где-то еще.

Хотя это главное, что я хотела бы сказать во введении, оно не будет таким коротким! Переводчики предложили мне несколько вопросов для размышления. Так что я постараюсь на них ответить.

Как получилось, что, имея за плечами философское и медицинское образования, вы занялись социальными исследованиями в рамках акторно-сетевой теории (АСТ) и почему выбрали именно эту исследовательскую оптику?

Я поступила в медицинскую школу в 1976 году. На первом курсе обучения я обнаружила, что учусь много, но мне не хватает мышления. Поэтому на втором курсе я стала изучать и философию. Уже через несколько месяцев мой преподаватель посоветовал мне прочесть «Рождение клиники» Мишеля Фуко<sup>1</sup>. Эта книга помогла мне в обдумывании не только работ великих умов из истории философии, но и того, что я изучала в медицинской школе. Она стала для меня великим даром. По мере того как я постепенно начинала понимать эту работу и читала другие тексты о медицине, одновременно сдавая свои медицинские экзамены, я обнаружила, что между разными дисциплинами и специ-

<sup>1</sup> Foucault M. Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical, Paris, Presses Universitaires de France, 1963. (Русский перевод: Фуко М. Рождение клиники. М. : Смысл, 1998.) Здесь и далее в сносках примечания редакторов.

альностями в современной медицине есть огромные различия. Возможно, эти различия и не были так же велики, как различия между эпохами, которые проводил Фуко, но было ясно, что медицина определенно не является единой. Традиции анатомического и физиологического познания зависели друг от друга, но в то же время конфликтовали. Еще были конфликты между клиническим познанием, лабораторным познанием и эпидемиологией. И так далее. Я писала об этих вещах в своей студенческой работе. Именно тогда эта книга и началась, задолго до появления «акторно-сетевой теории». Я не уверена, что моя книга вписывается в эту теорию и что АСТ вообще можно назвать «Теорией». Вы говорите, что в ней я практикую АСТ, позвольте мне ответить так: у меня никогда не было такой цели. Так уж получилось, что я оказалась связана с этой теорией, сформирована ею. Но я также играла с ней и вмешивалась в ее строй.

Для этой истории важны несколько событий. В 1982–1983 академическом году я училась в Париже, где мне посчастливилось участвовать в поистине вдохновляющем семинаре под руководством Мишеля Каллона и Бруно Латура. Этот семинар был единственной встретившейся мне парижской интеллектуальной средой, в которой люди смеялись, — и это было здорово. Кроме прочего меня привлекало то, как Каллон и Латур критиковали определенный способ прочтения *дискурсов*. Слишком часто их понимают как системы, способные активно навязывать себя реальности просто потому, что они выражены в языке и логически связны. Каллон и Латур, напротив, настаивали на том, что любая «упорядоченность» достигается благодаря практической работе. Существуют не только подлежащие артикуляции мысли, но и речи которые надо высказать, встречи, которые надо организовать и посетить, формы, которые надо заполнить, цены, которые надо заплатить, здания, о которых следует позаботиться. Мне нравилась эта идея, однако, я, в свою очередь, критически отнеслась к тому, как они использовали термин «актор». Для меня он звучал так, будто обозначает того, кто контролирует. Но не соглашаться с Каллоном и Латуром полностью было хорошо. Как бы лучше объяснить... на этом конкретном семинаре и, шире, в Париже в целом в те времена «теория» не воспринималась как нечто цельное. Это было не так, что она применялась и тем самым «усиливалась». Теории, скорее, были ящиками с инструментами. Они служили одновременно источником вдохновения и изменения, собеседником и тем, что подлежит переделке. Мастерство заключалась в том, чтобы раз за разом адаптировать их к неожиданностям, скрывавшимся в новых эмпирических случаях. Так что я научилась думать в терминах практик, но никогда не задумывалась, была ли я — или явля-

юсь — последовательницей Мишеля Фуко, АСТ, Мишеля Серра, Донны Харауэй, Мэрилин Стратерн и так далее. Гораздо важнее много читать — как можно больше. А затем создавать еще один значимый способ работы с реальностью.

Таким образом, в годы, предшествующие написанию этой книги, меня интересовал не выбор исследовательской рамки, а, скорее, поиск ресурсов, способных помочь мне понять многообразие внутри медицины. И защитники, и критики медицины считали ее единой. Я же считаю, что она полна напряжений и пронизана вытекающими из этого усилиями по согласованию. Вопрос был в том, в каких терминах, какими способами писать об *этом*?

Вы упомянули Фуко и Серра. Насколько важны концептуальные и иные траектории между философией и АСТ?

Конечно, АСТ многообразно переплетена с мышлением таких философов, как Деррида, Делез или Фуко. Но повторюсь: Каллон, Латур и их коллеги — например, Франсуаза Бастид, а чуть позднее Мадлен Акрич, Вололона Рабехарисоа, Сесиль Медель, Антуан Энйон — не стремились своей работой занять определенное место среди других теорий. Напротив, задача состояла в том, чтобы пролить свет на *науку и технологию* — и вместе с тем на общество, сформированное ими и посредством них. В этом контексте все что угодно могло быть источником вдохновения, но в то же время ни один источник сам по себе не был достаточно хорош. Приветствовалось внимание Фуко к материальности, но не его структуризм (считалось, что структуры сами по себе не связаны, акторы должны каким-то образом поддерживать их единство). Бурдье выдвинул на первый план практику, но ее надо изучать по-другому (не как материю отношений между людьми, а как без конца вовлекающиеся в процесс *вещи*). Томас Хьюз исследовал технические «системы», но термин «система» был слишком аккуратным (его отложили в сторону, выбрав термин «*reseau*», превратившийся при переводе на английский в «*network*» — «сеть»); в те времена «сеть» (зadolго до появления интернета!), казалось, позволяла лучше выразить сложность и беспорядочность). Делёз и Гваттари ценились за свою веселую провокативность, но они проблематизировали психиатрию, а не естественные науки (поэтому вопрос был в том, как быть столь же провокативными, изучая ученых, работающих в лабораториях). Наконец, был Серр, важный во всех отношениях, так как он сумел вскрыть все неявные образы, бытовавшие в академических способах работы (не в порядке критики, но могло ли его воображение быть поставлено на службу современным детализированным эмпирическим исследованиям?).



Я могу назвать и других авторов. Во время моих поездок в Париж в последующие годы мне советовали прочесть ту или иную работу Изабеллы Стенгерс, Лорана Тевено, Эдуардо Вивейруша де Кастру, Франсуа Жюльена. Кроме того, для того монстра, что постепенно стал известен как «АСТ», были важны работы американской феминистской исследовательницы технонауки Донны Харауэй, а также диалог с британским антропологом Мэрилин Стратерн, которая критиковала понятие «сети». Конечно, «Латур» не был один, даже в компании с «Каллоном».

И, потом, важны не только влияния, но и люди, которые берут идею с собой, чтобы распространять и трансформировать ее. В этом отношении ключевым автором для «АСТ» был Джон Ло. Он помогал Мишелю Каллону переводить на английский язык статьи о том, что по-французски называется «*acteur-réseaux*». И у них были совместные статьи, продвигавшие эти идеи. Случись то же самое с Латуром, у нас были бы прекрасные книги и блестящие идеи, но только не *термин* «акторно-сетевая теория». Латур впервые использовал это выражение в своей статье в сборнике «Акторно-сетевая теория и после нее»<sup>1</sup>. Там он отбрасывает этот термин как плохой, указывая на четыре его проблемы: актор, сеть, теория и дефицит<sup>2</sup>.

Я могу продолжать и дальше. Исследовательская работа всегда так или иначе коллективна. Работа под названием «АСТ» никогда не была однозначной; напротив, она отличалась открытостью и готовностью к общению со всеми другими видами исследовательских предприятий. Именно это я стараюсь передать в своей книге. Я делаю это, ссылаясь на множество предшествующих исследований, от которых эта книга зависит. Но одновременно я делаю это за счет того, что эксплицитно обсуждаю то, как исследователи могут ссылаться на другие работы. Нижний текст в этой книге посвящен изучению того, как ссылаться на литературу.

Испытав сильное влияние АСТ, вы пошли дальше. И не вы одна. Можно ли сказать, что существует что-то вроде пост-АСТ? Когда такие пост-акторно-сетевые «диаспоры» появились и в чем они расходились с АСТ?

Меня часто удивляет, как резюмируют или объясняют АСТ. Многие из этих изложений строятся на нескольких обрывках ранней работы, про-

<sup>1</sup> Actor Network Theory and After / J. Law and J. Hassard (eds.). Oxford : Blackwell, 1999.

<sup>2</sup> Latour B. On Recalling ANT // Actor Network Theory and After. P. 15–25. (Русский перевод: Латур Б. АСТ: вопрос об отзыве // Логос. 2017. № 1 (27). С.201–216.)

деланной в «сети» (диаспоре, и в самом деле!) АСТ. Большая часть работы, сделанной в «семействе АСТ», была «после» — прямо с самого начала!

Давайте снова вернемся к Джону Ло. Относится ли его работа к «АСТ»? Или к «после»? В 1980-е годы Ло занимался исследованием португальских кораблей, которые путешествовали в Индию благодаря сложным сетям, включавшим недавно разработанные технические устройства. Это было образцовое акторно-сетевое исследование. Однако закончив его, Ло написал книгу «Организуя современность»<sup>1</sup>, в которой описал *модусы упорядочивания*, то есть разные стили работы, значимые для осуществления организации. Особенность этой книги — внимание к различию, которого нет в классических сетевых исследованиях. В них очерчивались отдельные сети, которые могли быть длиннее или короче, но в каждом исследовании прослеживалась всегда только одна сеть. Тем не менее «Организуя современность» не была написана как критика, адресованная АСТ, — в ней Ло просто двигался дальше, принимал следующий вызов. В другой своей работе, «Авиационные истории»<sup>2</sup>, он сделал еще один шаг. Объект в ней, как гласит подзаголовок, «децентрируется», поэтому эта книга дискутирует со многими другими работами, написанными в то время, например, с «Множественным телом». Такие дискуссии стремятся раз за разом изменить термины, в которых делаются исследования.

Еще один хороший пример трансформационного и трансформирующего характера АСТ — дискуссии о переносе технологий. Мадлен Акрич анализировала случаи, в которых техники, разработанные на глобальном Севере (например, в Швеции), использовались на глобальном Юге (например, в Никарагуа)<sup>3</sup>. Ее работа имела ключевое значение для АСТ, поскольку показала, что продление сетей трудно и может прерываться из-за непредвиденных событий. Латур почерпнул в исследовании Акрич идею о том, что перемещение успешно только в случаях «неизменяемых мобильностей», когда «вещь» перемещается,

<sup>1</sup> Law J. Organizing Modernity : Social Ordering and Social Theory. Oxford : Blackwell, 1994.

<sup>2</sup> Law J. Aircraft Stories : Decentering the Object in Technoscience. Durham, N. C. : Duke University Press, 2002.

<sup>3</sup> Akrich M. La construction d'un système socio-technique Esquisse pour une anthropologie des techniques // Anthropologie et Sociétés. 1989. Vol. 13. № 2. P. 31–54; Idem. The De-Description of Technical Objects // Shaping Technology / Building Society : Studies in Sociotechnical Change / W. Bijker and J. Law (eds). Cambridge : MIT Press, 1992. P. 205–224.

но остается неизменной<sup>1</sup>. Мы с Марианной де Лаэт ответили на это исследование водяного насоса, который успешно распространялся благодаря тому, что был адаптирующейся техникой, «изменчивой мобильностью» — «вещью», трансформирующейся при перемещении<sup>2</sup>. Критика ли это? Данное исследование можно прочесть и как расширение. В общем и целом для этой антипедагогической школы были характерны перераспределение и изменение сделанного другими, его дополнение и преобразование. Еще один хороший пример — работа Антуана Эньона, поскольку он (наконец-то!) замечательно проблематизировал термин «актор». В некоторых ранних работах наблюдавшиеся акторы (ученые, технологи) представлялись виртуозными персонажами, умеющими стратегически выстраивать свои сети. Эньон исследовал любителей музыки, поглощенных своей страстью, — но не потому что они пассивны, а потому что восприимчивы к неожиданностям и жаждут их<sup>3</sup>.

Этот адаптирующийся актер был *не только* описанием любителей музыки. В то же время он предлагает интересный идеал того, как можно быть исследователем-академиком, не держась за забронзовевшую «теорию», но и не тратя время на «критику» других. Искусство скорее состоит в том, чтобы подстраиваться и адаптироваться, оставаться открытым для неожиданностей, приносимых исследованиями новых случаев.

В этой книге вы называете свое исследование упражнением в эмпирической философии. Схожие высказывания можно встретить у Латура и Лео. Какие ставки делала АСТ и непосредственно связанные с ней течения в поле философии? Что это за философия, основанная на этнографических материалах?

Если понимать философию как поиск универсальных и ярких ответов на старые вопросы, то мой ответ «нет». Такого рода интеллектуальное

<sup>1</sup> См., например: Latour B. Visualization and Cognition: Drawing Things Together // Knowledge and Society Studies in the Sociology of Culture Past and Present / H. Kuklick (ed.). Greenwich, CT: Jai Press, 1986. Vol. 6. P. 1–40. (Русский перевод: Латур Б. Визуализация и познание: изображая вещи вместе // Логос. 2017. № 2 (27). С. 95–156.)

<sup>2</sup> De Laet M., Mol A. The Zimbabwe Bush Pump: Mechanics of a Fluid Technology // Social Studies of Science. 2000. Vol. 30. № 2. P. 225–263. (Русский перевод: Де Лаэт М., Мол А. Зимбабвийский втулочный насос: механика текучей технологии // Логос. 2017. № 2 (27). С. 171–232.)

<sup>3</sup> Gomart E., Hennion A. A Sociology of Attachment: Music Amateurs, Drug Users // Actor Network Theory and After. P. 240–247.

предприятие скорее *подрывается* исследованиями в пост-АСТ традиции. Она снова и снова настаивает на конкретности. На сложности, разнородности, локальности, неоднозначности и так далее. Это список терминов, не соответствующих идеалу твердых пропозиций, которые можно рационально защитить. Прочтите вторую часть «Пастеризации Франции» Латура: текст «Несводимое»<sup>1</sup> полностью посвящен ситуативности, он полон живых и барочных сюжетов. Но в то же время это и не *антифилософия*. В философии всегда было побочное течение, куда реальные жизненные истории привлекались не просто для иллюстрации аргументов, но чтобы способствовать прозрениям. Дидро использовал истории именно для этого. Так же поступали Беньямин и поздний Витгенштейн. И так далее. Напитывать философию историями это не что-то новое, но такие истории не становятся основанием чего-либо. Они будоражат. Ставят под сомнение термины, переворачивают привычные трюизмы с головы на ноги или выворачивают наизнанку. Они вдохновляют. Сравнительно новым является то, что в последнее время мы используем этнографические техники при создании этих историй, поскольку эти техники помогают сделать странное знакомым, а знакомое странным. Они помогают воображать реальности по-другому. Впрочем, этнография тоже в процессе приспособилась. В большей степени, чем люди, в этнической части этнографии, нас, как правило, интересуют практики. Вот почему в этой книге я использую работу *практиографии*. Как бы то ни было, для философии это все означает, что ничто не получает основания, что термины, при помощи которых и в рамках которых мы должны думать, в этой области снова и снова пересматриваются. Возьмите, к примеру, термин *онтология*.

Можно ли отнести вашу книгу к онтологическому повороту в исследованиях науки и технологии (Science and Technology Studies) или в антропологии? Как эти повороты соотносятся и какова их судьба?

STS с самого начала представляли собой собрание разнообразных направлений работы. Одни стремились поддержать научную политику: как придать работе ученых нужное направление? Для политических деятелей это звучало многообещающе и поэтому гарантировало поступление денег на отделения STS. Другие изучали научные методы.

<sup>1</sup> Latour B. Les Microbes : Guerre et paix, suivi de Irréductions. Paris : LaDécouverte, 1984. Мол ссылается на английский перевод книги: Latour B. The Pasteurization of France. London : Harvard University Press, 1988. (Русский перевод: Латур Б. Пастер: Война и мир микробов, с приложением «Несводимого». СПб. : Издательство Европейского университета, 2015.)

Они показали, что методы, до сих пор считавшиеся гарантом обоснованности научных результатов, были не трансцендентными правилами, а локально значимыми элементами конкретных форм лабораторной жизни. Третьи прилагали усилия к изучению не *как*, а *что* знания. Вопрос здесь состоял в том, *что* разные научные отрасли утверждают, скажем, о «женщинах» или «генах», или «нормальности» и так далее. Именно это интересовало и меня. Моя первая статья, опубликованная на голландском в 1985 году, называлась «Кто знает, что такое женщина?». В ней я доказывала, что знанием о том, что такое женщина, обладают многие научные дисциплины, однако их знания не суммируются. Между ними есть резонансы, но кроме того — расколы и напряжения. На мой взгляд, это расхождение значимо для феминисток и феминистов: если сами ученые не могли прийти к взаимному согласию между собой, значит «мы, феминистки» не обязаны были верить всему, что они говорят о женщинах. Вместо этого мы могли начать спрашивать, какие из практик познания имеют наибольшее значение в отношении разнообразных практических соображений реальной жизни.

Десятилетие спустя вместе с коллегами мы опубликовали книгу «Различия в медицине»<sup>1</sup>. Во всех вошедших в нее статьях так или иначе показывалось, что медицина не является связной системой знания, какой ее считали и ее защитники, и ее критики. Напротив, она была полна разногласий и напряжений. В этом контексте Харис Томпсон (тогда ее фамилия была Кассинс) писала об *онтологической хореографии*. В философии термин «онтология» обозначал реальность, предшествующую познанию, — ту реальность, которую мы, как предупреждал Кант, никогда не сможем постичь, так как *нас* отделяют от *нее* категории человеческого мышления. Обсуждение «онтологической хореографии» было провокацией. Она шла вразрез с традиционным пониманием мира и превращала «онтологию» в нечто, *возникающее* в практиках познания и не являющееся статичным, но способное трансформироваться от момента к моменту, как балет. Мне понравилась эта провокация, и я взяла ее на вооружение. Если Харис исследовала перемены с течением времени, разные истории, то я писала о контрастах между местами, топографиями. К примеру, я описала топографию анемии: в клинике ей соответствует ряд симптомов, в лаборатории — низкий уровень гемоглобина. Я пыталась показать, что эти «анемии», во множественном числе, являются не разными аспектами одного заболевания, а представляют собой разные его версии. В книге «Множест-

<sup>1</sup> Differences in Medicine : Unraveling Practices, Techniques, and Bodies / Mol A. Berg M. (eds.). Durham, N. C. : Duke University Press, 1998.



венное тело» этот аргумент развивается на примере атеросклероза сосудов нижних конечностей.

Многие другие авторы обращались к этим проблемам. Некоторые, как правило, становятся «аттракторами» для той или иной темы, но, повторюсь, развернулось обсуждение целой палитры тем. Стефан Хиршауэр анализировал, как по-разному учреждался «пол» в процессе «смены пола»; Беринке Пасвер и Мадлен Акрич сравнивали, как в зависимости от техник деторождения различались такие реалии, как «женщина» или «естественное»; Дик Виллемс исследовал различные версии дыхания; Тиаго Морейра анализировал, как во время операций нейрохирурги чувствуют кровяное давление пациента, пока анестезиологи измеряют его и как они обсуждают обнаруживаемые различия; Ингунн Мозер акцентировала внимание на том, что существует несколько разных типов деменции — одни локализованы в мозге, о других заботятся в повседневной жизни. И так далее. Складывается ли все это в «поворот к онтологии»? Нет, потому что важна для нас была не столько «онтология», сколько «онтологии»; то, что было значимо для нас, провокативно ставило термин во множественное число. И, если честно, меня несколько удивило, что хотя мы проделали всю эту работу в девятностые, «поворот» был провозглашен примерно пятнадцать лет спустя.

Возможно, это было вызвано тем, что примерно в то время выражение «онтологический поворот» начали использовать разные антропологи. Однако их поворот очень отличался. Как я понимаю, Вивейруш де Кастру использовал термин онтология, чтобы оспорить странную асимметрию между западной и не-западной традициями познания. В западной традиции единичная «природа» (познаваемая естественными науками) сопоставлялась множеству «культур» (людей с разнообразными «верованиями»)¹. Чтобы добиться большей симметрии, Вивейруш де Кастру указывал, что в онтологии амазонской группы, с которой он работал, напротив, множество *природ* и только одна *культура*. Впрочем, других исследователей интересуют другие проблемы. Например, некоторые настаивают, что антропологи должны обращать особое внимание не только на *значение*, но и на «реальность» (которую они при этом называют онтологией в единственном числе). Здесь не место для сколько-нибудь глубокого анализа, но поразительно, что большинство антропологов, использующих термин «онтология», ка-

<sup>1</sup> См., например: Viveiros de Castro E. Metafísicas Canibais — elementos para uma antropologia pós-estrutural. São Paulo : Cosac & Naify, 2015. (Русский перевод: Вивейруш де Кастру Э. Каннибальские метафизики : Рубежи постструктурной антропологии. М. : Ад Маргинем Пресс, 2017.)

жется, позабыли о тех провокативных способах, которыми мы пытались использовать этот термин во множественном числе. Как я уже говорила, мы писали об *онтологиях*. Но позвольте мне уточнить: в нашей коллективной работе — той же теме в основном посвящена и книга «Множественное тело» — это «множественное» не является в точности «множественным». Дело в том, что разные версии реальности, которые делаются (исполняются, осуществляется), например, в больнице, находятся в конфликте, но они также зависят друг от друга. Чтобы выразить это в языке, я пытаюсь различать между «многочисленным» (*plural*) и «множественным» (*multiple*) и использовать последний термин для обозначения того, что (словами Донны Харауэй) *больше, чем одно, и меньше, чем множество*. Что ж, в конечном счете это большое слово «онтология» уже породило и продолжает порождать весьма много путаницы.

Книга «Множественное тело» была опубликована в 2002 году. Пересмотрели ли вы какие-нибудь из ее ключевых идей за прошедшие годы?

Нет, я не пересмотрела ни одну из ключевых идей этой книги. Возможно, если бы я писала эту книгу *сейчас*, я бы сделала ее другой (например, я бы поставила в подзаголовке *онтологии* в медицинской практике, во множественном числе). Но, с другой стороны, я бы и не стала писать эту книгу сейчас. Она была написана *тогда* — в развернувшейся в то время дискуссии с моими коллегами и под влиянием того, что меня заботило в здравоохранении; она была написана о разделении тело/социальное, о разделении болезнь/недуг и о способах теоретизации «различия». Это не те проблемы, которые интересуют меня сегодня — хотя бы из-за работы, проделанной другими исследователями, которые в течение прошедших тринадцати лет занимались изучением *множественности* реальности (того, что она больше, чем одна, и меньше, чем множество) в самых разных контекстах. Они развили эту тему дальше, изменили и внесли правки. Но это не значит, что теперь я не согласна с тем, что написала здесь.

Вместо *пересмотра* своих идей я двинулась дальше к новым проблемам. После работы над тезисом о множественности *объектов* медицины, я изучала *процесс* медицинской работы. Это по большей части вовсе не линейный процесс, в котором люди совершают однозначный выбор в четко очерченных ситуациях. Напротив, здесь мы имеем дело с итеративным процессом, в котором и прошлое, и будущее значимы для настоящего и развернуты в настоящее. Процессом, в котором ве-

щи происходят иначе, чем предсказывается, так что планы постоянно переписываются. В практиках медицинского ухода, о которых я писала в «Логике ухода»<sup>1</sup>, целью, как правило, является «улучшение состояния», хотя рано или поздно процесс неминуемо заканчивается смертью пациента. Это не «улучшение». Если брать шире, идеал «выбора» не вполне вписывается в нелинейный процесс ухода, так как происходят непредсказуемые вещи, планы нарушаются, техники не срабатывают и так далее. Контроль ускользает, и мы вынуждены прибегать к спешному исправлению. «Логику ухода» можно читать как книгу о жизни с заболеванием, но в то же время это и критика индивидуалистских форм, порожденных либерализмом. Однако это не только критика. Разбираясь с тем, что такое уход и как он делается — по крайней мере, как он делается в частном случае ухода за людьми с диабетом I типа в Нидерландах — я также показываю альтернативу, элементы другого модуса жизни.

Какие исследования вы вели после «Логики ухода» (2008) и как вы к ним пришли? Расскажите, пожалуйста, о теме, касающейся еды, питания как отношений.

Я попробую реконструировать ход своей работы, как если бы одна тема вела к другой. Во время полевого исследования для «Множественного тела» я сидела в диабетических клиниках и поняла, что могу найти там кейс для изучения проблемы «выбора». Но такие шаги касаются не только содержания. Мне помогло то, что врачи в диабетической клинике оказались хорошими, благодаря чему я исследовала *хороший уход*. Мне также помогло то, что они дали мне доступ [к происходящему в клинике], поскольку их волновали те же проблемы. Свою роль сыграли и денежные вопросы! У меня был грант на изучение ухода, предназначенный для исследований, которые должны были расширить возможности «выбора пациента». Это была чистая случайность, что в комиссии, принимавшей решение о судьбе этого гранта, нашлись несколько человек, увидевших достоинства в намерении разобраться с границами выбора.

Затем я постепенно перешла к исследованию процесса питания. Отчасти это было ответом на истории о людях с диабетом<sup>2</sup>. Они рас-

<sup>1</sup> Mol A. *The Logic of Care : Health and the Problem of Patient Choice*. London : Routledge, 2008.

<sup>2</sup> Mol A., Law J. *Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia // Body & Society*. 2004. Vol. 10. № 2–3. P. 43–62. (Русский перевод: Мол А., Ло Дж. Воплощенное действие, осуществленные тела: пример гипогликемии // Логос. 2017. № 2 (27). С. 235–262.)

сказывали о жизни с постоянными проблемами с обменом веществ. Меня поразило, что их версия «тела» очень отличается от «тел», о которых в основном говорится в социальных науках и философии. Когда я начала изучать практики питания, они оказались захватывающими. В этой теме так много увлекательных аспектов! Тела с полупроницаемыми границами, изменяющиеся и остающиеся прежними благодаря веществам, которые они поглощают из своей окружающей среды. Наслаждения и страхи. Долгие путешествия воды и земли из мест, где еда выращивается, в места, где люди ее едят. И много чего еще. Я не буду сейчас говорить обо всем этом, потому что не смогу остановиться. Сейчас я пишу книгу о том, как изменяются наши теоретические термины, если мы в теории обращаемся к процессу питания.

Сталкивались ли вы когда-нибудь как исследовательница с медициной и практиками ухода в других странах?

Конечно, я понимаю, что в зависимости от региона и страны медицина и уход практикуются по-разному. У меня не было серьезных полевых исследований за пределами Нидерландов. Мое знание о других местах — из чтения работ других исследователей, и оно не особенно систематично. Поэтому я не могу ответить серьезно на этот вопрос. Как бы то ни было, я хочу оставить этот вопрос в интервью и не хочу вычеркивать его, потому что мне важно признать ограниченность своего знания. Это еще и значит, что я не представляю, какие выводы сделают читатели, которые прочитают «Множественное тело» в России. Что будет важно для них, для вас. Одной из составляющих контекста, в котором я писала ее, был подъем доказательной медицины. Она была и остается во многих отношениях хорошей вещью: врачи не должны давать пациентам лечение, которое им не поможет. Но это сопряжено с довольно специфической версией «помощи»: параметрами ее успешности, с которыми легче всего работать, оказываются количественные лабораторные измерения. В противовес этому я указываю на важность качественной реальности, которая становится очевидной в клинике. Я не знаю, является ли для вас таким же значимым различие между лабораторией и клиникой. К счастью, эта книга обращается также и к другим проблемам: разделению тело/социальное и болезнь/недуг, или как теоретизировать различие, или как ссылаться на литературу. Или, быть может, множественность реальности значима для вас в других контекстах за пределами здравоохранения. Или что-то еще. Происхождение книги не диктует ее возможную траекторию.

«Множественное тело» — это книга по социологии и антропологии медицины, даже по эмпирической философии, и в этих областях она получила значительный отклик. А какой была реакция медицинского сообщества?

Ее не было. То есть время от времени интересующиеся теорией врачи пишут мне благожелательные письма, но не более того. Книга была воспринята в исследованиях науки, социологии, антропологии и даже географии, но только не в медицине. Во многом это моя ошибка: следствие того, как я написала эту книгу. Она рассчитана на коллег. Подтекст я писала, держа в уме начинающих ученых, в том числе аспирантов. Если бы я писала для врачей, мне бы следовало придумать другой стиль. Один из профессоров, открывших мне доступ в больницу, в какой-то момент спросил меня: «Когда же вы собираетесь написать в *настоящий журнал*?» Он имел в виду медицинский журнал. Я бы могла принять этот вызов потом, когда уже знала, что хочу сказать. Но я этого не сделала. Вместо этого я погрузилась в исследование других тем. Должно быть, это связано с ограниченностью моих навыков: мне проще писать работы для философов и социальных исследователей, чем для медиков. Но отчасти это и практический вопрос: в голландских медицинских школах не было работы для философов. Если бы я работала в таком месте, я бы, возможно, попробовала. Но я работала на отделении философии, а сейчас работаю среди антропологов. Это помогает формированию моего письма.

При каких условиях эта книга сможет функционировать и путешествовать по различным интеллектуальным полям?

Это действительно интригующий вопрос. Важное условие — чтобы у людей было время и место для чтения. Чтобы существовали учебные курсы, на которых эта книга рекомендуется студентам. Чтобы в этих интеллектуальных полях книга затронула интересы потенциальных читателей. И еще, конечно, есть проблема языка. Поэтому я могу закончить тем, с чего наш разговор начался. Я признательна за то, что эта книга станет доступной на русском языке. Это условие того, что она сможет попасть к тем, кто владеет русским лучше, чем понимает тексты по-английски. Проблема языка важна. Сегодня международное общение в основном зависит от английского языка. Это относится и к этой книге. Если бы я написала ее на голландском, на своем родном языке, вы бы о ней не узнали. Именно благодаря английскому языку



как посреднику между нами, есть русскоязычная версия книги. Куда это позволит книге путешествовать — вопрос эмпирический. В этом смысле данный перевод — реальный жизненный эксперимент. Сработает ли он? Что он даст читателям? Посмотрим, будет ли эта книга путешествовать в своей русскоязычной версии, и если да, то в какие интеллектуальные поля она попадет. Посмотрим, найдет ли она читателей...

Дорогой читатель, на этом наше вступление закончено. А теперь — книга.

*Ноябрь 2016 года. Беседовал Александр Писарев*

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Это книга о том, как (западная, мировая, аллопатическая) медицина обращается с телом и его заболеваниями. Затрагиваемые здесь вопросы не касаются способов, которыми медицина *познает* свои объекты. Напротив, в этой книге исследуется то, как медицина приспосабливается к своим объектам, взаимодействует с ними и формирует их в разнообразных и изменчивых практиках. Или, если использовать технический термин, это книга о том, как медицина *осуществляет* (*enacts*) объекты, о которых заботится и которые лечит.

Таким образом, в отличие от многих других работ о медицине и медицинских процессах, в этой книге ничего не говорится о различных точках зрения на тело и его заболевания. Вместо этого в ней обсуждается то, как они делаются. Поэтому речь пойдет о ряде практик. Это практики, в которых некая сущность разрезается, окрашивается, зондируется, обсуждается, измеряется, подсчитывается, отрезается, компенсируется ходьбой или предотвращается. Что это за сущность? Каждый раз немного разная. Обращение к осуществлению, а не к познанию, имеет важное последствие: то, что мы считаем единичным объектом, может быть больше, чем одним. Все примеры в этой книге касаются атеросклероза. Но вырезанная из атеросклеротической артерии бляшка — не то же самое, что проблема, на которую жалуется пациент с атеросклерозом в кабинете врача, хотя и то, и другое называется одинаково. Снижение кровяного давления из-за стеноза — это не то же самое, что сужение просвета кровеносного сосуда, которое радиологи делают видимым на рентгеновских снимках.

Таким образом, это шаг прочь от эпистемологии: ее интересует референция, она спрашивает, точны ли репрезентации реальности. Но если мы обращаемся к тому, как объекты осуществляются в практиках, то важным оказывается совсем другое. Поскольку осуществления множественны, ключевой вопрос состоит в том, как они координируются. На практике конкретное тело и его заболевания — это больше, чем одно, но это не значит, что они расколоты на множество фрагментов. Это трудно себе представить. Но именно такое сложное положение дел и исследуется в этой книге. Я попыталась передать это в названии: существительное в единственном числе с плюрализирующим прилага-

тельным. Поэтому эта книга — о сложно согласованной совокупности — о теле множественном (*the body multiple*).

По своему характеру это скорее рефлексивный, чем аргументативный текст. У меня нет оснований ни для того, чтобы критиковать, ни для того, чтобы защищать медицину в целом — как если бы она была чем-то цельным. Вместо того чтобы занимать позицию вне медицины, дабы судить о ней с этой позиции, я стараюсь обратиться к более глубокой нормативности. Я пытаюсь обнаружить различия внутри медицины и сделать их более доступными. Если объекты медицины осуществляются самыми разными способами, то стремление к истинности теряет свое значение — требуется ставить вопросы о целесообразности различных осуществлений множественного тела и его заболеваний. Я не касаюсь здесь этих вопросов. Я не углубляюсь в обсуждение того, как судят или как можно судить о целесообразности разных представленных здесь осуществлений. Вместо этого я участвую в создании теоретического репертуара для мышления об этом. Это мой вклад в теоретизирование об онтологической политике медицины, — политике, имеющей дело с тем, как формулируются проблемы, как формируются тела и как жизни тянутся или подталкиваются к тому, чтобы принять ту или иную форму.

Интерес к теоретической работе делает эту книгу философской. Но философия, которой я здесь занимаюсь, своеобразна. Она не скрывает своих локальных истоков. На протяжении всей книги даны короткие зарисовки о единичном множественном заболевании и о том, как с ним работают в конкретной больнице. Заболевание — атеросклероз, а точнее — атеросклероз артерий ног. Больница — большая университетская клиника в среднем по размеру голландском городе, условно назовем ее «больница Z». Начав свой путь в столь четко заданном месте, я постараюсь увести философию прочь от форм, несущих в себе универалистские притязания, но, на самом деле, лишь утаивающих локальность, которой они принадлежат. Впрочем, я вовсе не предлагаю заменить универсализм локализмом. Идея моего исследования состоит в том, чтобы настолько внимательно, насколько это возможно проследить, что именно меняется, когда вопросы, термины и цели путешествуют из одного места в другое.

Медицинская антропология и социология медицины — плодовые дисциплины. Поэтому у меня было на что опереться, когда я пыталась построить эмпирическое исследование в свое философское изыскание. Причем так много, что я не только оспариваю эпистемологический подход к познанию, но и полемицирую с тем, как социальные науки в прошлом изучали тело и его заболевания. Исследователи социального

долгое время считали, что есть нечто *большее*, чем физические, или телесные, аспекты и состояния (*physicalities*), которые лечат врачи. Поэтому обычно они исследовали именно это «большее»: социальную и интерпретативную реальности. Они провели различие между *заболеванием* (*disease*) и *недугом* (*illness*) и в качестве объекта изучения выбрали последнее. Позже в фокус внимания была включена и медицинская точка зрения на заболевание. Представленное в этой книге исследование — одно из тех, что претендуют на следующий шаг. В нем утверждается, что изучение практического осуществления реальности делает возможным этнографическое исследование множественного тела и его заболеваний во всей их конкретности. Как? Ответу на этот вопрос и посвящены страницы данной книги.

Она опирается на литературу из разных областей: философии, антропологии, исследований науки и технологии, феминистской теории, социологии, политической теории. Таково состояние теоретической работы в настоящее время: дисциплинарные границы размываются. И тем не менее я хочу, чтобы ты, читатель, понимал, на какой территории разворачивается это исследование. Я хотела, чтобы оно опиралось не только на эмпирический «материал», но и на интеллектуальные традиции, продуктом которых оно является. После некоторых раздумий о том, как это сделать, я решила превратить этот вопрос в отдельную тему. В книге ты найдешь нижний текст, в котором я выражаю свое отношение к литературе (а точнее, показательным книгам и статьям) и одновременно размышляю над тем, что значит выстраивать такое отношение.

Читателям, которые постоянно переключаются между информационными каналами, например телеканалами, читать эту книгу будет легче, поскольку они скорее поймут, как быстро переключать внимание между верхним и нижним текстами. Остальным придется с самого начала изобретать подходящий им способ чтения. Полезно иметь в виду, что нижний текст не привязан к страницам, на которых он напечатан, — его размещение даже более условно, чем расположение сносок. В зависимости от того, где ты, читатель, находишься, кто ты и что тебя интересует, ты можешь прочитать нижний текст перед тем, как приступить к главе, или после, или же, наконец, когда история в верхнем тексте наскучит тебе и ты захочешь чего-нибудь другого. Решать тебе.

Эта книга написана на английском языке, и это скрадывает множество языков, задействованных в ее создании. Что касается литературы, то я опираюсь на ряд текстов на немецком и на очень небольшое количество текстов на голландском (хотя я многое узнала, читая на род-

ном языке). Значительная часть литературы, на которую я ссылаюсь, написана и прочитана мной на французском. Еще больше источников было на английском. В рамках полевых исследований я посетила несколько англоязычных медицинских конференций, читала англоязычные медицинские учебники и научные статьи (некоторые из них были написаны моими местными голландскими информантами). Но языком повседневного общения в больнице почти всегда был голландский. Свои полевые заметки я тоже вела на этом языке. Обсуждения многих ранних версий (и частей) этого текста велись на английском, французском и, опять же в основном, на голландском языках.

Таким образом, хотя голландский язык и играл значимую роль при создании этой книги, в финальной версии он исчез. Что тут сказать? Голландский понимают только двадцать пять миллионов человек в нескольких регионах мира (в основном в Нидерландах, Суринаме, Бельгии и Южной Африке, где некоторые из говорящих на африкаансе способны понять голландский; в Индонезии люди с хорошим знанием языка их бывших колонизаторов встречаются все реже и реже). Голландцам не удалось совместить экономический и культурный империализм, поэтому сегодня их язык не особенно распространен. Это означает, что говорящий на нем интеллектuala должен делать выбор: быть *локальным* или быть *глобальным*. Этот выбор слабо связан с тем, к какой аудитории стремятся — *большой* или *маленькой*. Несмотря на то, что по-английски умеет читать гораздо больше, чем двадцать пять миллионов человек, большая часть научных текстов, изданных на голландском, печатается теми же тиражами, что и аналогичные книги на английском языке. Локальное не содержится в глобальном. Оно где-то еще.

Язык этой книги маркирует ее как академический текст, созданный, чтобы путешествовать по университетам и читаться исследователями и студентами. Я жалею о том, что попытка донести свои идеи до «международных» коллег вынудила меня писать на чужом языке, поскольку это не только обрекло меня на большой объем дополнительной сложной работы, но и способствовало увеличению дистанции между реальным автором и автором, присутствующим в книге. Если бы я издала книгу на голландском, ее прочитали бы мои коллеги из смежных академических областей и многие голландские врачи, но большинство этих возможных читателей, скорее всего, даже не столкнулись бы с ней. И все же я довольна тем, что не увязая в голландском языке и что у меня была возможность получить доступ к языку, который позволяет найти читателя повсюду: от Норвегии до Индии, от антропологии до философии, от Германии до Бразилии, от медицины до



социологии, от Соединенных Штатов до Франции и от исследований науки и технологии до феминистской теории. Впрочем, иногда тексты совсем не путешествуют. Это, опять же, зависит от тебя, читатель.

А теперь перейдем к личной истории, как того требует жанр введения.

Полевое исследование для этого текста началось в начале 1970-х годов, когда во время ужина за кухонным столом мой отец рассказал мне о своей работе по использованию доплеровских измерений для оценки состояния сонных артерий. Он был замечательным информантом задолго до того, как я впервые официально взяла у него интервью. Моя мать в конце 1960-х годов была связана со второй волной феминизма, и под ее влиянием в одиннадцать лет я стала феминисткой. Будучи географом, она привила мне внимательность к пространственности природных и городских ландшафтов и жизни в целом, за что я ей благодарна.

Но по-настоящему работа над этой книгой началась только в 1977-1978 учебном году. Тогда я второй год училась в медицинской школе и первый год изучала философию. Четверги я любила больше всего. Утром у меня были занятия по философии тела, а днем — занятия по анатомии, на которых мы проводили вскрытия трупов. Барт уступал место большой белой комнате, в которой пахло формалином. За Мерло-Понти следовали трупы, завернутые в оранжевую ткань и зеленый полиэтилен. Утром я училась распутывать тексты Фуко, а после обеда должна была изучать тазовую полость женского тела, не рассекая нервы и сосуды. С тех пор прошло больше двадцати лет, и все же эта книга в какой-то степени является результатом тех четвергов и не в последнюю очередь их замечательной материальности: предложений на трудном французском языке, странных запахов и моей неловкости при вскрытии трупов.

Я бы хотела поблагодарить многих людей, помогавших мне все эти годы. Во-первых, Петера ван Лисхаута, вместе с которым в начале 1980-х годов я писала о сосуществовании «онтологий», а позднее — о социальной теории и определении объекта заботы в голландской терапии и психиатрической помощи. Все это время он помогал мне справляться с жизненными трудностями, и даже если сам и увеличил их количество, то только тем, что стал отцом Элизабет и Йоханнеса, наших детей, которым я благодарна просто за то, что они есть. Благодаря Яну ван Эсу я смогла заняться исследованиями медицины в медицинской школе. Лолле Наута и Герард де Врис учили меня искусству аргументации. Дик Виллемс делился со мной своей энергией и исследованиями медицины. Жаннетт Полс с необычайным энтузиазмом

помогала мне в этом проекте. Как и она, Марк Берг и Рююд Хендрикс проделали большую работу, поочередно побывав моими ассистентами, соавторами и редакторами. Агнес Винсенот, Питер Пекелхаринг, Ян Виллем Дёйвендак, Сигрид Сейтхофф, Тшаллинг Свирстра, Бернике Пасвер, Ханс Харберс, Марья Гастеларс, Шак Кунис, Роб Хагендейк, Рейн де Вилде, Кор ван дер Веле, Эдди Хауварт, Баукье Принс, Пол Ваутерс, Эвелин Тонкенс, Марианне ван дер Бомен, Бертеке Валдейк, Мике Артс, Энс Лахмюнд и Гертье Мак поддерживали меня как в интеллектуальном, так и во многих других отношениях. Я многому научилась, работая в самых разных режимах и аспектах с Бернардом Эльсманом, Ант Леттинга, Бартом ван Ланге, Антоинетте де Бонт, Ессикой Месман, Инекке Клинге, Ариане де Ранитз, Брендой Диргарде, Ирмой ван дер Плуг, Амаде М'харек, Тиаго Морейрой, Бенедикте Руссо, Алисой Столмейер и Тоине Питерсом.

Я бы хотела поблагодарить Барбару Дьюден, Донну Харауэй и Мэрилин Стратерн за тот пример, который они подали мне, и работу, которую проделали, а также Бруно Латура и Мишеля Каллона за их требовательность и поддержку. Было замечательно встретить на своем пути Сару Франклин, Изабеллу Базанже, Харис Томпсон (Кассинс), Мадлен Акрич, Вололону Рабехарисоа, Ингунн Мозер, Клаудиа Кастанеда и Вики Синглтон и почувствовать себя частью международного течения. Николя Додье задавал правильные вопросы в правильное время, а Штефан Хиршауэр побуждал меня быть все более серьезной. Марианна де Лаэт выслушала мои истории и вдумчиво прокомментировала предыдущую версию этой книги. Три рецензента из издательства *Duke University Press*, чьих имен я не знаю, в итоге одобрили эту рукопись, но перед тем дали много ценных и конструктивных критических замечаний. Как и Нуртджи Маррес, которая свежим взглядом прочла предпоследнюю версию книги. Джон Ло уделил время (в который раз) всем деталям этого исследования, многие из них улучшил, изобрел новые ризомы, был моим соавтором и писал на близкие темы, исправлял мой английский в нескольких версиях книги подряд и подтолкнул меня к заключению. Это многое для меня значит. Спасибо. Всем вам.

И, наконец, я хотела бы поблагодарить своих информантов. Для начала Аба Стрёйвенберга, который любезно позволил мне работать в больнице прямо перед своим выходом в отставку и впоследствии продолжал читать мои черновики. Конечно, я бы не провела свое полевое исследование без сотрудничества врачей, медсестер, лаборантов, исследователей и пациентов «больницы Z», которые позволяли мне наблюдать за ними и задавать им вопросы. Они не только давали мне

пищу для размышлений, в том числе совместных, но в некоторых случаях и комментировали мои записи. В соответствии с принятым в этнографии требованием анонимности лиц, предоставляющих информацию, я не упоминаю здесь ничьих имен. Но тем больше я благодарна им за выделенное мне время и оказанное доверие.

Я благодарю Нидерландскую организацию поддержки научных исследований за оказанную мне щедрую финансовую помощь. Она выделила мне грант Константина и Христиана Гюйгенсов, позволивший в течение пяти лет вести исследование и писать о *различиях в медицине*. Последующие гранты — особенно грант сектора этики и политики этой организации — позволили мне продолжить писать на новые темы, посвящая при этом часть времени переработке и корректированию этой книги.

Хотя в конечном счете я писала одна, я уж точно не хочу, чтобы меня обвиняли за оставшиеся ошибки. Потому я буду благодарна тебе, читатель, если ты укажешь мои ошибки в своих собственных работах и исправишь их.



*Перемещение между полями*

Это исследование в области эмпирической философии. Давайте с эмпирического и начнем. Истории, которые я расскажу вам, происходили по большей части в университетской больнице небольшого городка в центре Нидерландов — больнице Z. В течение четырех лет я ходила туда раз или два в неделю. У меня был служебный пропуск, позволявший мне оставлять велосипед за оградой и пить бесплатный кофе в расставленных всюду торговых автоматах. У меня был читательский билет и возможность пользоваться письменным столом в одном из переполненных кабинетов. У меня был белый халат. И я наблюдала.

Сначала я отправилась к профессору, который руководил отделением, и объяснила свою цель: исследовать, как обращаются с напряжениями между источниками знаний и стилями познания в современной аллопатической медицине — или, по крайней мере, в одном из ее вариантов. Я объяснила, почему «атеросклероз в нижних конечностях» — подходящий для моей цели случай, и что именно я надеялась узнать в их отделении. Я представила себя одновременно и как инсайдера, и как внешнего для медицины человека, поскольку базовое образование я получила в медицинской школе, а углубленное было связано с философией. Также я сообщила имя профессора терапии, курировавшего мое исследование. Каждый из профессоров, к которым я так обращалась, отвечал благожелательно. Все они отмечали, что университетские больницы должны поощрять научные исследования. Сами же исследовательские планы одних заинтересовали, у других вызвали скепсис, а третьих оставили равнодушными. Но после нескольких дополнительных вопросов меня неизменно направляли к кому-нибудь на одну или несколько ступеней ниже в больничной иерархии, чтобы обсудить и помочь мне организовать мое наблюдение.

Итак, каждое утро в течение многих дней я сидела за спинами соудистых хирургов и терапевтов, пока они вели амбулаторный прием, и наблюдала за консультациями, всего около трехсот. (Все наблюдавшиеся мной хирурги и терапевты были мужчинами, и я не буду это скрывать, поэтому использую универсальное «он» всякий раз, когда пишу о конкретном «враче», даже несмотря на то, что среди патолого-

анатомов была женщина. Однако это явление уходит в прошлое. Профессия быстро меняется в гендерном плане. Но это уже другая история. Это усложнение — еще одно — останется здесь без внимания.) В университетских больницах и врачи, и пациенты привычны к наблюдателям: вокруг всегда есть студенты и врачи-стажеры, которым нужно чему-то учиться. И все же я была удивлена спокойствием, с которым принималось мое присутствие, поскольку эти наблюдения казались мне довольно интимными. Пациенты так много рассказывают и так часто раздеваются. Для одних это трудность, а для других — облегчение. Несмотря на это, мое присутствие за спиной врача едва ли имело какое-то значение. Когда же такой риск был, я пропускала прием (один раз об этом попросил пациент, несколько раз врач, а однажды я узнала в пациенте человека, с которым была немного знакома, и решила выйти сама). Другой трансгрессией было нарушение приватности врачей. Мое положение позволяло мне наблюдать все детали их работы. Некоторых из них заметно беспокоило то, что я могла оценивать степень их человечности и доброты во взаимодействиях с пациентами. Но я старалась не выносить подобных оценок (хотя иногда удержаться было сложно). Не собиралась я оценивать и технические детали их диагностики и лечения. Я хотела, чтобы мои наблюдения

*Как ссылаться на литературу?*

В этнографических историях, которые я рассказываю в этой книге, я не пытаюсь подводить итоги. Я описываю не западную медицину, но лишь определенные события в одной голландской университетской больнице. И я допускаю, что события в соседней больнице, в тринадцати километрах отсюда, или за границей в Германии, или по ту сторону Атлантики, сложно соотносятся с тем, чему я была свидетелем. Сравнительный анализ показал бы, что существуют схожие структуры. Схожие действия. Схожие машины. Но также и разные самоочевидности. Разные иглы и разные нормы. Разные шутки. Но в чем именно заключаются эти различия? Как они интерферируют друг с

другом, как преломляются друг в друге? Я не изучала этого. Отношения сходства и различия между одним медицинским местом и другим — предмет отдельного исследования. Оставляя эту тему открытой, я, по крайней мере, избегаю риска отвечать на нее стандартно. Я сторонюсь допущения, что все происходящее в одной больнице является частью более крупной медицинской системы: западной, космополитической, современной, аллопатической. Если кто-то предполагает существование такой системы, он будет неприятно удивлен количеством «вариаций в медицинской практике».

Но где найти стандартный способ понимания медицины как системы? И где те сюрпризы, которые появляются

были способом узнать их стандарты, а не поводом применить собственные.

Поэтому я меняла места наблюдения и перемещалась по больнице. Я наблюдала, как лаборанты обращаются с диагностическими инструментами в лаборатории сосудистой диагностики. Я следовала по пятам за рентгенологами и патологоанатомами, работающими с артериями ног. Я месяцами ходила на еженедельные конференции, где обсуждались варианты лечения пациентов со сложными случаями сосудистых заболеваний. Я побывала на нескольких операциях. Несколько дней провела в гематологической научно-исследовательской лаборатории. Брала интервью или беседовала с эпидемиологами, физиологами, терапевтами (*internists*), хирургами и врачами общей практики (*general practitioners*). Некоторые из них прочли мои статьи, и мы обсуждали их комментарии. Кроме того, я ходила в библиотеку и изучала учебники и научные статьи, написанные или использовавшиеся «моими врачами», и сравнивала их с другими публикациями, к которым меня приводили ссылки и мое любопытство. В течение двух лет я участвовала в ежемесячном научном коллоквиуме по атеросклерозу. В соавторстве с врачом-стажером я написала статью о внедрении протокола диагностики. Руководила студентами-медиками: один интервьюировал сосу-

при обнаружении «вариаций»? Точно не в больнице, в которой я проводила исследования, — там эти вопросы едва ли являются предметом обсуждения. Нет. Их можно найти в литературе (см., например: Andersen and Mooney 1990). Итак, то, что я должна рассказать в настоящей книге, отсылает не только к событиям, фигурирующим в моих историях, но и к другим текстам. Их много. Тексты о других больницах и других медицинских практиках, тексты о телах и болезнях, а также тексты на совершенно иные темы. Системы и события, разногласия, сходства и различия, сосуществование, методы, политика. Если мне нужно пояснить, как *этот* текст отклоняется от других текстов, если я захочу показать, как он одновременно

отличается от них и становится возможным благодаря им, мне придется ссылаться на литературу. Но как это делать? Как ссылаться на литературу? Вот вопрос, к которому я отношусь очень серьезно. Я не буду прятать ответ между строк. Я не работаю в одном из тех жанров, в которых использование литературы не проговаривается ясно. Вместо этого я попробовала — попробую — ссылаться на литературу и одновременно работать с вопросом о том, как это можно делать. Чтобы сделать это как следует, я вынесла обсуждение вопроса о ссылках на литературу из основного текста этой книги. Я работаю с литературой в ряде отдельных текстов, которые резонируют, сопровождают, пересекают, отталкиваются и да-

дистых хирургов в нескольких больницах поменьше, другой анализировал дискуссии о потреблении холестерина. И, наконец, одно время у меня была роскошь, стажер-исследователь — Жаннетт Полс, которая, как и я, была философом, но еще и с психологическим образованием; она брала длинные интервью у пациентов, расшифровывала и обсуждала их со мной, а также выступила соавтором моих публикаций на основе этого материала. К тому же она была хорошим собеседником, с которым можно было обсудить мою работу.

Обсуждение я искала и в других мирах, за пределами больницы. Мне редко удавалось ездить в эти места на велосипеде, так как они были гораздо дальше — и все же они были менее чужды моей пишущей и говорящей самости. Это были департаменты философии, антропологии, социологии или исследований науки и технологии. Я посещала конференции и с интересом или скучая слушала докладчиков, представлявших свои тезисы пяти или пятидесяти слушателям. Читала, писала и рецензировала научные статьи. Ходила на озеро гулять и беседовать или болтала за обедами. Меня подвергали перекрестному допросу о моем исследовательском поле, методе, цели, теоретических предшественниках. Зачастую такие обмены проходили на странном варианте английского языка — устройстве транспортировки, вызы-

ют дополнительное измерение основного текста. В подтексте, так сказать.

### *Обобщенности*

Ссылаясь на литературу, я могу написать: «На протяжении десятилетий в разных дисциплинах единство западной медицины было тропом. В социологии медицины единство медицинской профессии объясняло социальную власть этой профессии. В антропологии медицины расхождение медицинских традиций всех уголков земного шара определялось через противопоставление этих традиций твердому единству, называемому западной медициной (чтобы показать суеверный характер Других или чтобы подчеркнуть их изобретательность и большую чувст-

вительность). В истории медицины старый эклектизм, в рамках которого существовало множество школ и практических умений, превратился в интригующий контрапункт настоящей однородности. Философия медицины рассматривала единство, личность-как-целое, в качестве нормы: целостность личности заслуживала уважения». На самом деле, я сама (точнее, в соавторстве) писала что-то подобное. В другом месте. (Развернутую версию этого обзора см.: Mol and Berg 1998, 1-12.) Можно сослаться на литературу таким образом: уделить каждой из четырех дисциплин несколько строк. Уровень обобщения немного ошеломляет. Настолько, что едва ли удастся привести названия работ. Конечно, это можно



вающем некоторые затруднения у тех, кто не рос с ним, но способном далеко увезти. Хотя мои истории родом из больницы в городе, где я живу, они побывали со мной во многих других местах — в гостях у моих интеллектуальных друзей и противников в Маастрихте, Билефельде, Ланкастере, Париже, Монреале, Сан-Франциско. Им удалось попутешествовать — моим рассказам о сосудах в ногах и о боли, — будучи погруженными в теоретические рассуждения об умножении реальности.

Дело в том, что хотя в книге много эмпирического материала, это не полевой отчет: это упражнение в *эмпирической философии*. Давайте перейдем к философии. Фабула моих историй о сосудах и жидкостях, боли и лаборантах, пациентах и врачах, методах и технологиях в больнице Z — часть философского нарратива. В соответствии с правилами этого жанра я раскрою сюжет прямо здесь, в начале. Вот он. Можно воздержаться от понимания объектов как того, что находится в фокусе точек зрения разных людей. Вместо этого можно понимать их как вещи, которыми манипулируют в практиках. Если мы сделаем это — если вместо того, чтобы заключать в скобки практики оперирования объектами, мы выдвинем их на передний план, — то последствия будут значительными. Реальность умножится.

сделать. После каждой дисциплины можно поставить в скобках имя и дату. В семидесятые годы в социологии медицины... (см., например, Freidson 1970). Подобный жест превращает «Медицину как профессию» Фрейдсона в представительницу огромной кипы книг и статей, опубликованных в 1970-х годах под рубрикой «социология медицины». Но как быть со всеми исключениями? Как насчет марксистских социологов, которые в те же десятилетия утверждали, что медицина расколота *классовыми различиями* (см., например: Chauvenet 1978). Или же феминисток, которые настойчиво проводили различия между теми частями медицины, которые, по их мнению, были хороши для женщин, и теми, против которых

они выступали (см., например: Dreifus 1978)? И не забудьте о комбинациях этих двух направлений (например: Doyle and Pennel 1979).

Можно было бы оставить их в стороне, заявив, что эти тексты были маргинальными. В общем, я могла бы сказать, что, за несколькими исключениями, социология медицины довольно долгое время рассматривала медицинскую профессию как единую. Или же я могла бы указать на эти исключения как на первые шаги в начале новой эры, что потребовало бы от меня сказать, что до семидесятых годов социология медицины рассматривала медицинскую профессию как единство, но затем положение начало понемногу меняться. Однако и в таком случае

Если практики выходят на первый план, то больше нет единого пассивного объекта, доступного рассмотрению из будто бы бесконечного количества точек зрения. Вместо этого объекты возникают — и исчезают — благодаря практикам, в которых ими манипулируют. А поскольку объект манипуляций в разных практиках зачастую разный, то реальность умножается. Тело, пациент, заболевание, врач, лаборант, технология — каждый из этих объектов больше, чем один. Больше, чем единичный. Это ставит вопрос о том, как они соотносятся. Даже если объекты в разных практиках разные, между практиками есть связи. Поэтому множественные объекты вовсе не обязательно распадаются на фрагменты и по большей части каким-то образом сохраняют связность (*hang together*). Акцентируя внимание на множественности реальности, мы получаем возможность изучать это удивительное достижение.

Философия обычно подходила к знанию эпистемологически. Она интересовалась условиями приобретения истинного знания. Однако в том философском подходе, которого я здесь придерживаюсь, знание связано с манипулированием, а не референцией. Ведущий вопрос теперь не «как найти истину?», а «как с объектами обращаются практически?». Благодаря такому переходу в философии познания появляется этнографический интерес к практикам познания. Возникают новые

остались бы некоторые проблемы. Что если более внимательное прочтение книги Фрейдсона покажет, что ее главная проблема — это не единство профессии, а ее закрытый характер? Когда читаешь Фрейдсона исходя из его собственной позиции, кажется, что в первую очередь он обеспокоен отсутствием внешней проверки или контроля над врачебными ошибками и неудачами. Если бы я все еще хотела процитировать его как того, кто считает медицинскую профессию единой, мне бы пришлось показать, что единство профессии и ее закрытость тесно связаны между собой или даже зависят друг от друга. Если бы это было трудно доказать, мне пришлось бы найти какую-нибудь другую книгу, чтобы поддер-

жать свое обобщение. Но какую? Проблема заключается в том, что для этой цели, так или иначе, подошли бы заголовки многих работ по социологии медицины. Существует большой корпус текстов, в которых говорится о единстве медицинской профессии. Но почти во всех из них, как и в исследовании Фрейдсона, центральными оказываются другие вопросы.

Это важно: обобщения о «литературе» всегда объединяют очень разные труды, отличающиеся как по духу, так и по интересующим их вопросам. Указание на то, что эта литература в целом ориентируется на единство медицины, можно использовать, чтобы отметить оригинальность данного исследования, обращающего внимание на

вопросы. Объекты, которыми оперируют в практической деятельности, в разных местах не одни и те же: как происходит координация таких объектов? Как разные объекты, обозначаемые одним именем, избегают конфликтов и взрывоопасных столкновений? И может ли быть так, что даже при наличии напряженностей между разными версиями одного объекта, они иногда зависят друг от друга? Таковы вопросы, которые будут обсуждаться в этой книге. Я попробую осторожно наметить путь к сложным отношениям между объектами, которые *делаются*.

В этой книге утверждается, что ни один объект, ни одно тело, ни одна болезнь не являются единичными. Если никакая сущность не изымается из поддерживающих ее практик, то реальность множественна. Это можно прочесть как описание, хорошо соответствующее фактам. Но акцентирование внимания на множественности реальности тоже *акт*. Это может быть сделано — или оставлено несделанным. Это вмешательство. Этот акт вмешивается в доступные стили описания практик. Эпистемологическая нормативность предписывает. Она говорит, как правильно познавать. У этнографического описания другая нормативность. Она предлагает, что нужно учитывать при обращении к практикам. Если реальность не предшествует практикам, а является их частью, то она не может быть мерилом для их оценки. Но

разобшенность. Но здесь есть различные опасности. Одна из них — утверждение ложной новизны: вместо того чтобы воздавать должное предшественникам, они стираются из памяти. Вторая опасность заключается в том, что в случае этой конкретной книги такие общие утверждения могут создать напряжение между тем, как обращаются с «полем», и тем, как работают с «литературой». Если я принимаю столько усилий, чтобы указать на множественность медицины и при этом ссылаюсь на социологию, антропологию, историю или философию в общем и целом, то можно предположить, что *они* обладают единством, которого нет у медицины. Но у них нет этого единства. Точно так же, как мож-

но написать о множественности объектов медицины, это можно сделать и для других дисциплин. Я не буду пытаться сделать это здесь. Но я постараюсь воздать должное многообразию проблем, материальностей, стилей и способов фреймирования объектов в разных типах знания, мобилизованных здесь мной в попытках не скрывать и не подавлять их, когда я буду ссылаться на литературу.

#### *Хронология и анахронизм*

Идеи Толкотта Парсонса устарели. По своему характеру они функционалистские. «Социальная система» — название его знаменитой книги 1951 года (Parsons 1951). В ней все социальные явления рассматриваются либо как

и «простой прагматизм» уже не является достаточно хорошей легитимацией, потому что каждое событие, сколь бы прагматически обусловленным оно ни было, превращает некоторое «тело» (заболевание, пациента) в живую реальность — и тем самым устраняет реальность другого.

Таков сюжет моего философского сказа: *онтология* не дана в порядке вещей, напротив, *онтологии* возникают, воспроизводятся и исчезают в обычных повседневных социоматериальных практиках. К ним относятся и медицинские практики. Поэтому исследование и обсуждение онтологий не старомодные философские забавы, которые следует оставить историкам XIX века. Напротив, онтологии являются в высшей степени актуальными проблемами. Они определяют наши тела, организацию наших систем здравоохранения, ритмы и боли наших заболеваний, форму наших технологий, и определяются ими. Все эти вещи одновременно связаны и находятся в отношении напряженности. Если реальность множественна, то она и политична. Это исследование подталкивает к вопросу о том, как множественное тело и его заболевания могут быть сделаны *хорошо*. Ответа на этот вопрос здесь не будет. Вместо этого я картографирую область, в которой он может быть сформулирован.

представляющие угрозу для устойчивости системы, либо как имеющие стабилизирующую функцию. В десятой главе «Социальная структура и динамический процесс: случай современной медицинской практики» социальным явлением, анализируемым в этом ключе, становится *роль больного*. В современном обществе, заявляет Парсонс, пребывание больным ритуализируется и превращается в особую роль. Больному не нужно работать в обычном режиме. Вместо этого он становится объектом заботы. Принято считать, что больной — жертва своей болезни. Это хорошо для общества, потому что, если люди перестают работать и отдыхают, когда больны, это снижает риск того, что они преждевременно умрут.

Таким образом, уменьшается вероятность того, что общество, инвестировав в чье-то воспитание и образование, не получит достаточную отдачу. Однако «роль больного» может стать привлекательной из-за возможности избежать социальной обязанности работать. Это порождает потенциальную угрозу: если бы каждый прекратил работу, сказавшись больным, система бы рухнула. Вот почему, кроме прекращения работы и оправдания подобной пассивности, у «роли больного» есть еще два элемента. Пациент должен отправиться в постель и делать все необходимое для того, чтобы выздороветь. Он должен обратиться к врачу и следовать его указаниям. Врач должен официально санкционировать его роль больного путем

### Точки зрения людей

Это философская книга особого, то есть эмпирического толка. В ней используются исследовательские методы социальных наук и, что более примечательно, этнографии. Однако они не просто заимствуются, но и трансформируются. Ведь если я и использую здесь этнографические методы, то именно для того, чтобы изучить *заболевание*. Этнографическое изучение физических аспектов и состояний довольно недавнее изобретение. «Заболевание» долгое время оставалось категорией, незаметной для антропологии и социологии медицины. В качестве состояния физического тела оно было предметом биомедицины. Врачи высказывали истину о заболевании, или, по крайней мере, они были единственными, кто мог поправлять друг друга, если этого не делалось. Социальные ученые воздерживались от вмешательства в эти разговоры о теле. Вместо этого у них было что сказать *в дополнение* к существующему медицинскому знанию. Они отмечали, что реальность жизни с заболеванием не исчерпывается перечислением физических аспектов. Это нечто большее. Иметь заболевание это физическая реальность, но это также что-то *значит* для пациента. Смысл, доступный для исследования. Послушайте историю о мистере Треверсе (все имена в полевых историях вымышлены):

постановки диагноза.

Это функционализм: роль больного описана как роль, состоящая из четырех элементов. Каждый из них получает объяснение в терминах функции, которую роль выполняет по отношению к социальной системе. Два элемента роли обладают положительной функцией, но несут в себе риск подрыва социальной системы. Этой опасности должны противостоять два других элемента. В целом между подрывными и предохраняющими элементами существует равновесие, и система поддерживает себя сама: она остается стабильной. В пятидесятые годы XX века функционализм был силен, но его позиции основательно ослабили последующие социологи. Марксисты, ука-

завшие на то, что функционализм забывает про антагонизм, борьбу и изменение. Количественные исследования, в которых переменные сначала изолировались друг от друга и затем связывались в причинные цепочки, а не в функциональные схемы. Микро-социологи, показавшие, что многие виды деятельности, в которые вовлечены люди, не суммируются с необходимостью в стабильное целое, а рассеиваются в разных направлениях. И так далее.

Многое изменилось в социологии медицины со времен Парсонса. Последующие социологи медицины по-прежнему видели во врачах людей, обладающих властью объявить пациента «больным» или «здоровым». Фрей-

*Мистер Треверс сидит на стуле в приемной хирурга. Ему наверняка не терпится ответить на вопросы. Жаннетт, интервьюер, садится рядом с ним. Она спрашивает, можно ли записывать беседу на диктофон. Да, можно. Они обсуждают рану на ноге мистера Треверса. Из-за нее несколько дней назад на артериях ноги провели операцию. «Проблема была не в том, что болело, — говорит мистер Треверс, — а в том, что эта рана не проходила. Меня это пугало. Такая зияющая дыра. Когда та балка упала мне на ногу, я поначалу не пошел к врачу. Боль не донимала. Но когда я понял, что рана не проходит, а только увеличивается, то испугался. И пошел на прием к своему врачу общей практики. Она отправила меня в больницу. И теперь у меня нашли две болезни. Сказали, что у меня атеросклероз и диабет. Еще и диабет».*

Мистер Треверс испугался, так как его рана никак не заживала. Для оперировавшего его сосудистого хирурга этот страх едва ли имеет значение. Важно то, что мистер Треверс наконец решился пойти к врачу. Но раз уж он сделал это, что ж, страх — «одно из тех чувств, которые испытывают люди», как и отвращение к ранам, которые остаются «зияющими дырами». Если останется время, то мистеру Треверсу можно будет рассказать о своих чувствах. Но их не нужно записывать в

досон, Зола, Сас — все они настаивали на этом. Но в их работах ярлык «больной» больше не представлял собой потенциальную милость, которой врач мог одарить пациента, предоставив хороший повод временно не работать. Вместо этого он стал рассматривать как негативное суждение. Форма неодобрения. В шестидесятые годы в ярлыке «больной» стали видеть секуляризованную форму ярлыка «грешный». Если врач наклеивает его на людей, то они становятся негативно маркированными. Так что устарел не только функционализм. Ярлык «больной» также изменился: из своего рода оправдания или обоснования он превратился в форму осуждения. Более того, изменились и типы используемых примеров. В работе

Парсонса неявно подразумеваемый пример — это инфекционное заболевание, от которого или умирают, или полностью вылечиваются. Теории наклеивания ярлыков, пришедшие на смену функционализму, интересовались формами девиантности, например, гомосексуализмом и внебрачным материнством, которые назывались «грехом» в сороковые годы и «болезнью» в шестидесятые. Впоследствии появились и другие примеры: болезни, вызванные работой, стрессом или социальной изоляцией. Хронические болезни. СПИД. Репродуктивные технологии. Так называемые генетические заболевания. Одна тема приходила на смену другой — хотя всегда это происходило лишь частично.

медицинские документы. Как «добрый доктор», хирург может объяснить некоторые факты, чтобы успокоить своего пациента. Но «страх» не является частью сосудистого заболевания мистера Треверса и не является частью его диабета.

В качестве дополнения к этому социальные ученые сделали своим занятием выслушивание переживаний пациентов при их интервьюировании. И они раз за разом строго критиковали врачей за пренебрежение психосоциальными аспектами, за то, что заботясь о чистоте ран, они почти никогда не спрашивают своих пациентов, что для них значит быть раненым. Как неоднократно утверждали социальные ученые, вдобавок к работе с уровнем сахара в крови, плохими артериями, ранами и другими аспектами физического состояния, врачи должны уделять внимание тому, что испытывают пациенты. Вот как они в итоге сформулировали это: в дополнение к *заболеванию*, или *болезни* (*disease*), объекту биомедицины, есть еще кое-что важное — *недуг* (*illness*) пациента. «Недуг» здесь обозначает интерпретацию болезни пациентом, сопровождающие ее чувства, жизненные события, которыми она оборачивается.

В социальных науках «болезнь» и «недуг» были выделены как два взаимосвязанных, но отдельных явления. «Недуг» стал частью исследовательской повестки социальных ученых. Ему было посвящено мно-

Есть разные слои истории, которые предстоит исследовать, все они перекрывают Парсонса и делают его устаревшим. Тогда зачем вообще ссылаться на его работы? Ответ заключается в том, что Парсонс изобрел социологию медицины. Можно проследить, как в его работе кристаллизировались оба объекта этой дисциплины. Вот они: *недуг* и *здоровье*. Давайте еще раз обратимся к десятой главе «Социальной системы», чтобы увидеть, как они поначалу артикулировались. Парсонс использует широкое определение здоровья, популярное в медицинском мире в его время. Здоровье предполагает «полное физическое, психологическое и социальное благополучие». (Это определение было сформулировано на

первом заседании Всемирной организации здравоохранения в 1948 году в послевоенной атмосфере больших надежд, но это уже совсем другая история.) Недуг, как пишет Парсонс, «это состояние нарушения „нормального“ функционирования всего человека и его организма как биологической системы, а также его личных и социальных аспектов. *Вот почему оно определяется частично биологически, а частично социально*» (Parsons 1951, 431). Одно это предложение — исток целой традиции социологической мысли. Поэтому работа Парсонса имеет решающее значение. Я должна сослаться на нее. Это может помочь мне вырваться из установленной ею системы координат.

жество книг и номеров журналов. Бралось интервью, анализировались приписывания смысла, разрабатывались способы терапевтической работы с недугом. Изучение «самого» заболевания социальные ученые все это время уступали своим коллегам, врачам, до тех пор, пока не начали беспокоиться о том, какую силу дает медикам прочный союз с физической реальностью. Тогда социологи постепенно стали подчеркивать, что реальность сама по себе не несет ответственности за то, что говорят о ней врачи. «Заболевание» может быть внутри тела, но то, что о нем говорится — нет. Тела говорят, только если и только когда они нагружены смыслом. В случае мистера Треверса незаживающая рана считается знаком, указывающим на диабет и атеросклероз артерий ног. Но дело вовсе не обязательно обстоит именно так: это *смысл*, который был приписан. У таких приписываний есть история, они специфичны для каждой культуры. Это делает их доступными для исторических и социальных научных исследований.

В этом семантическом подходе социальные ученые больше не рассматривают врачей прежде всего как коллег, — коллег, которые могут быть подвергнуты критике за то, что недостаточно прислушиваются к своим пациентам, но в предметную область которых — физическую реальность — социальный ученый не осмеливается вторгаться. Из коллег врачи превращаются в объекты. То, что врачи говорят, когда рас-

Как Парсонс определяет эти координаты, как он закладывает основания, на которых будет развиваться последующая социология медицины? Та часть недуга, которая определена биологически, оказывается в сфере технической компетенции врачей. «Уход за больным не является второстепенной деятельностью других ролей, хотя, например, матери много этим занимаются. Он стал функционально специализированным в качестве полноценной работы» (Parsons 1951, 434). Парсонс не собирается ссориться с врачами из-за выполняемой ими «функционально специализированной» работы. *Техническая компетенция*, то есть знание болезней и навыки обращения с ними, остается за врачами. Это их

сфера. При этом своей *собственной* технической компетенцией социолог считает обсуждение работ, функций и специализаций. Отказ от разговора о содержании компетенции врачей позволяет Парсонсу анализировать *социальную роль врача*.

Согласно Парсонсу, социальная роль врача является «универалистской, функционально специфичной, эмоционально нейтральной и коллективно ориентированной» (Parsons 1951, 434). Сейчас я не буду комментировать это определение «роли врача». Вместо этого я хочу отметить, что Парсонс превращает эту роль в объект социологического анализа. Это то, о чем социологи могут говорить, то есть это часть их технической компетенции. Впоследст-



суждают о болезнях, исследуется при помощи тех теоретических инструментов, которые были созданы для изучения высказываний пациентов. Утверждается, что, как и у пациентов, у врачей есть *точка зрения*. Они приписывают смысл тому, что происходит с телами и жизнями, — даже если тела и жизни, которые интерпретируют врачи, являются для них чужими, в то время как пациенты рассказывают, прежде всего, о своих собственных.

Перспективизм делает врачей и пациентов равными, поскольку и те, и другие интерпретируют мир, в котором живут. Но сказать так, значит также усилить их разделение, потому что интерпретации врачей и пациентов должны отличаться друг от друга, будучи связанными с историей, интересами, ролями и картинами мира каждой из групп. В перспективизме слова «заболевание» и «недуг» больше не используются для противопоставления физических фактов и личного смысла. Вместо этого они различают точки зрения врачей и точки зрения пациентов.

*Комментарий социального ученого к сделанному мною докладу: «Значит, вы собираетесь рассказать нам об их отличающихся друг от друга точках зрения на атеросклероз, верно? О ком вы собираетесь говорить: только о хирургах и рентгенологах? Или вдобавок о тера-*

вии социологи выражали несогласие с Парсонсом, касалось ли оно особенностей роли врача или вопроса о том, подходит ли вообще термин «роль». Однако не соглашались они, оставаясь в этом недавно образованном пространстве. Это пространство, в котором они могли говорить, не беспокоясь о том, как понимают себя врачи (а позднее и другие, включенные в практики здравоохранения). Пространство, откуда они могли говорить о социальных особенностях здравоохранения — до тех пор, пока готовы были воздерживаться от обсуждения технических аспектов лечения.

Но опять же. Что значит лечить? Наряду с биомедицинскими аспектами, которые подпадают под техниче-

скую компетенцию врача, есть социально определенная часть недуга. С точки зрения социального быть больным — значит принять роль больного. Парсонс дает анализ этой роли, состоящей из четырех элементов, но это мы уже проходили. Я описала для вас роль больного, объясняя функционализм Парсонса. Впрочем, есть хороший повод вернуться к ней. Дело в том, что если Парсонс говорит о «роли больного» как *социолог*, то социологи, по-видимому, имеют техническую компетенцию говорить о социально определенной части болезни. Это значит, что социология не просто занимает позицию вне здравоохранения, рассматривая его как свой объект. Социология также способна получать знания, ко-

*певтах, кардиологах и врачах общей практики? Стоит подумать и об эпидемиологах; у них, как правило, совсем другой взгляд. А как насчет медсестер? Вы, кажется, пропустили их, не так ли? Если вам интересно мое мнение, то думаю, вам стоит чуть больше внимания уделить точке зрения пациента, так как в конечном счете ей всегда уделяют слишком мало внимания. А медицина должна быть для пациентов».*

Как и у пациентов, у медиков тоже есть своя точка зрения. Однако это не то, о чем я буду говорить. У этого подхода, как я считаю, есть некоторые проблемы. Может показаться, что изучение «точек зрения» — это способ, наконец, обратить внимание на «сами заболевания». Это не так. Дело в том, что входя в область смысла, мы упускаем физическую реальность тела; и она снова оказывается незамеченной категорией. Но проблема усиливается: теперь тело остается незамеченным не только в социальных науках, но и во всем мире, к которому они обращаются. В конце концов, власть размечать физическую реальность больше не принадлежит врачам — она не принадлежит никому. В мире смысла никто не соприкасается с реальностью болезней, все «просто» интерпретируют их. Здесь есть разные интерпретации, и «болезнь» — навсегда остающаяся неизвестной — нигде не найти. Бо-

которые могут быть полезными для врачей. «Если когда-нибудь удастся убрать дефис из термина „психо-соматический“ и подвести всю „медицинскую науку“ под единую концептуальную схему, то можно с уверенностью утверждать, что это не будет концептуальная схема биологической науки конца XIX и начала XX веков» (Parsons 1951, 431). При удалении «дефиса» что-то добавится к биологической науке: социологические и психологические идеи. Например, социологические наработки Парсонса. Согласно этим наработкам, у роли больного есть привлекательные стороны и врачам поэтому нужно быть осторожными, так как в заболевание может быть вовлечен *мотивационный компонент*.

До сих пор существуют введения в социологию медицины, которые представляют «роль больного» не как устаревшую теоретическую концепцию, а как часть социальной реальности. Они ссылаются на работу Парсонса, как если бы она принадлежала настоящему времени. Однако в актуальных книгах и статьях используются другие слова. Со многими из них мы встретимся ниже. Их объединяет отправная точка. Идея о том, что о больных людях можно сказать *гораздо больше*, чем говорится в биомедицине. Идея о том, что существует область «личных и социальных параметров», которые не вытекают из физических фактов, но имеют свою специфику. В этом смысле социология медицины все еще во мно-

лезнь *отступает* за интерпретации. В мире смысла как таковом слова связаны с местами, откуда их произносят. То же, о чем они говорят, чем бы оно ни было, исчезает.

А может быть нет. И это вторая проблема перспективистских историй. Разговор о смысле и интерпретации *не касается* физического тела. Все интерпретации, сколько бы их ни было, являются интерпретациями *чего-то*. Чего? Какой-то материи, которая куда-то проецируется. Некоторой природы, позволяющей культуре приписывать ей все эти формы. Это встроено в саму метафору «точки зрения». Это умножает количество наблюдателей, но объект наблюдения остается один. В полном одиночестве. Нетронутым. На него только смотрят. Как если бы он был в центре круга. Окруженный сонмом молчаливых лиц. Кажется, что они познают объект только глазами. Может быть, у них еще есть уши, чтобы слушать. Но никто никогда не трогает объект. Станным образом это не заставляет его отступить и исчезнуть, но делает очень твердым. Непостижимо сильным.

Можно ли справиться с этими проблемами? Вот задача, которую я поставила себе. Поэтому я *не буду* рассказывать о точках зрения врачей, медсестер, лаборантов, пациентов или кого бы то ни было еще. Вместо этого я попытаюсь найти путь от перспективизма к «самой» болезни. Как можно было бы это сделать? Нужен третий шаг. Первый

гом движется в системе координат, установленной Парсонсом.

Я не пытаюсь сказать, что Парсонс был первым в этой области. В медицинских и социологических журналах его времени было множество текстов, требовавших уделять внимание не только телу, но и *социальному*. (Парсонс сам ссылается на врача-физиолога Л. Дж. Хендерсона и его работу «Врач и пациент как социальная система» [Henderson 1935].) Меня не интересуют здесь авторство и истории о происхождении идей. Но Парсонс четок и ясен. Ссылка на его работу позволяет пятьдесят лет спустя узнать, как социальные науки в 1950-е годы закрепили за собой право говорить о здравоохранении и болезненности, и в то же время, как

они ограничили это право. Они превратили сферу *социального* в то, о чем они могли компетентно говорить. Таким образом, социальные науки очертили свой собственный объект и предоставили биомедицине исключительное право говорить о теле и его заболеваниях. Я ссылаюсь на устаревшую работу Парсонса именно потому, что в момент изобретения социологии медицины он очень четко задал границы места, которое социология медицины впоследствии занимала в течение длительного времени. Места, из которого эта книга (как и многие другие, появляющиеся сегодня) пытается совершить побег.

*Присоединение и противопоставление*

В 1981 году Аллен Янг опубликовал

шаг социальных наук в области медицины заключался в выделении *недуга* как важного объекта, который следует добавить к физическим аспектам заболевания. Второй шаг — подчеркнуть: что бы врачи ни говорили о «болезни» — это *разговоры*, то есть часть области смысла, что-то, связанное с конкретной точкой зрения говорящего. И, наконец, третий шаг. Выдвинуть на первый план практические аспекты (*practicalities*), материальные аспекты (*materialities*), события. Если мы совершаем этот шаг, то «болезнь» становится частью того, что делается в практике.

### *Усадьба на практике*

Давайте переместимся в больницу Z, чтобы исследовать практики. В палате для пациентов с сосудистыми заболеваниями Жаннетт сидит на стуле рядом со столом у окна. Она беседует с мистером Герритсеном. Разговор получается долгим, потому что интервьюер не придерживается обязательных тем, записанных в ее блокноте. Вместо этого она позволяет пациентам говорить обо всем, о чем они хотят говорить, — или почти обо всем. Разговор может развиваться по многим направлениям, правда, до тех пор, пока некоторые пациенты не приходят в смущение из-за своей роли и игры, в которую их вовлекли, и не говорят что-то вроде «но вы, наверное, не хотите все это знать?»

«Когда рациональные люди заболевают: исследование некоторых допущений медицинских антропологов» (Young 1981). Это критическая статья. Слишком многие медицинские антропологи писали тогда Янг, слушают рассказы людей об их заболеваниях, как если бы эти люди были «рациональны». Как если бы они выражали теоретическое знание и стремились придерживаться рациональной линии аргументации. В противовес этим допущениям Янг утверждает, что речь больных людей обычно имеет другую природу. Когда больные говорят, они необязательно говорят о своем внутреннем состоянии, у них могут быть и другие цели. Они склонны находиться не в операциональном, а, скорее, в предоперациональном режиме. Это означает, что

собственные переживания для них важнее, чем любая теория, которая могла бы объяснить эти переживания, что слова, которые они используют, имеют множество расходящихся смыслов вместо одного-единственного и что их аргументация нелинейна.

Как сослаться на эту статью? Я могу *присоединиться* к Янгу. Он прав: антропологам не следует ожидать от больных людей «объяснительных моделей». Нельзя исследовать пациентов, как если бы они были дикой разновидностью того же вида, к которому принадлежат (одомашненные) врачи. Речь больных людей намного сложнее того, что схватывается схемой «рациональный человек». Однако я также могу занять критическую позицию и *дистанцироваться* от Янга. Несмотря на

или «так для чего, вы сказали, это интервью?». Впрочем, мистер Герритсен не выказывает подобного смущения. Он рад поговорить. У него есть что рассказать.

*Мистеру Герритсену шестьдесят два. Он рано вышел на пенсию, дочери живут отдельно, поэтому он рассчитывал на спокойную жизнь. Думал, что заслужил это. Мистер Герритсен заботился о своей жене все время, пока она болела, — больше семи лет — со дня, когда обнаружили рак, и до ее смерти. Когда она умерла, девочки были еще маленькими, 13 и 11 лет. Он не стал снова жениться и вырастил их сам. А потом, несколько лет назад, его начали беспокоить ноги. Беспокоят и сейчас. И дело не в том, что он испуган или подавлен этим, по крайней мере, рассказывает он не об этом. Мистер Герритсен говорит о практических аспектах жизни с ногами, которые отказываются ему служить. Это больно. Это вызывает всевозможные трудности. С работой по дому. С покупками. С социальной жизнью. Иногда он приводит подробности. Вот пример из длинного списка трудностей.*

*«Моя старшая дочь переехала в другое место. Другой дом, верхний этаж. Она еще молодая женщина, поэтому ей не нужна квартира на первом этаже. Я до сих пор не был у нее. Не могу взбираться по всем этим лестницам. Она спрашивает: „Пап, когда ты приедешь?“ Ребе-*

утверждение, что больные не являются «рациональными людьми», он считает само собой разумеющимся, что врачи, в отличие от больных, рациональны. Он считает их «операциональными» мыслителями. Однако вполне возможно, что врачи так же нелинейны, сложны и внутренне противоречивы, как и любой другой человек. (Здесь я могла бы процитировать более поздние исследования, посвященные мышлению врачей, и использовать их, чтобы подкрепить свой аргумент, например, «Мир медицины внутренних органов: портрет терапевта» Роберта Хана [Hahn 1985].)

Есть и третий способ сослаться на статью Янга 1981 года. Вытащить полускрытое замечание, расширить его и заняться им. В одном месте Янг заме-

чает, что как разговоры людей посвящены не только познанию, так и познание не ограничивается говорением. Есть такая вещь как *встроенное знание (embedded knowledge)*. Это знание не может быть выведено из разговоров людей. Оно встроено в невербальные схемы, в клинические процедуры, в приборы. Точные формулировки наводят на мысль, что для Янга существование встроенного знания указывает на нехватку, — нехватку способности или желания у тех, кто вовлечен в это знание, излагать свои мысли яснее. Он говорит, например, что клинические врачи «склонны скорее продолжать инвестировать в это знание, нежели сознательно подвергать его проверке», потому что «с точки зрения клинического врача, встроенное знание — это

нок понимает. Она не собирается давить на меня или еще что-то такое. Хочу ли я сам пойти туда? Ну конечно. Проблема в том, что это четыре лестничных пролета. Четыре. Должен же быть какой-то способ преодолеть их. Так что я им сказал: „Как насчет того, чтобы обвязать веревкой мою шею, а затем с верхней лестницы тянуть меня?.. Или... ну ладно, нет уж“ [смеется]».

Эта история кое-что говорит о мистере Герритсене, это уж точно. О его переживаниях, о том, что для него важно, о его самоиронии. Но рассказывая о том, как он живет с больными ногами, мистер Герритсен также позволяет нам понять суть *событий*, происходящих с теми, у кого есть физические нарушения. Он рассказывает о том, как приспосабливал свои привычки к неспособности передвигаться без боли, и о пределах такого приспособления. Можно купить тележку на колесах, чтобы все же можно было ходить за покупками. Но есть такие вещи, как посещение своей дочери, которое стало невозможным, ведь она живет на четвертом этаже, а быть подвешенным на веревке не хочется.

Жизнь с ногами, которые болят при ходьбе, не только побуждает человека осмыслять свое новое положение, но и является практическим вопросом. Социальный ученый, желающий узнать о практиче-

форма профессиональной инвестиции (требующей денег и рабочего времени) и неотъемлемая часть его репутации и способности продолжать работать» (Young 1981, 324). Врачи не тратят время и усилия, чтобы прояснить что-то, особенно когда это может сделать их более уязвимыми. Скорее, они посвящают свое время дальнейшей работе.

Вероятно, это так. Но вполне возможно, что дело не в том, что врачи «предпочитают» инвестировать в работу вместо того, чтобы быть яснее. Может быть, дело не в осторожности, а в том, что работать посредством встроенного знания, в нем и через него — это просто то, как они работают. Везде или почти везде. Это предполагает, что познавательные операции не являются центральными для того, что происходит

в больницах. Таким образом, объяснение медицинского знания требует исследования клинических процедур и приборов, а не умов и познавательных операций врачей. И если следовать этому аргументу до конца, то может быть лучше, интервьюируя людей (будь то врачей или больных), спрашивать их о том, что они делают, и о событиях, которые с ними происходят, а вовсе не об их мышлении.

Поднять тему «встроенного знания» и развивать ее — более тонкий способ сослаться на литературу, чем соглашаться или критиковать. Такой способ устанавливает *частичную связь* между этим текстом и текстом Янга. Связь формируется через понятие «встроенное знание» без тех негативных коннотаций, которые придает ему Янг. Такова

ских аспектах жизни с плохими артериями ног, мог бы последовать за мистером Герритсеном, когда он делает то, что может, и сталкивается с тем, чего не может. Жаннетт и я не брались за такую этнографию. Но у нас все еще есть возможность узнать некоторые из вещей, которые можно было бы увидеть, последуй мы за нашим героем по пятам в его повседневной жизни. Мы можем слушать мистера Герритсена, как если бы он был своим собственным этнографом. Не этнографом переживаний, смыслов или точек зрения. Но кем-то, кто рассказывает, как на практике *делается* жизнь с физическими нарушениями.

В историях, которые рассказывают люди, не просто представлены сети смыслов. Они также многое сообщают о ногах, тележках покупателей или лестничных пролетах. То, что люди говорят в интервью, не только обнаруживает их точку зрения, но и повествует о пережитых ими событиях. Если вы согласны какое-то время следовать за этой возможностью и слушать интервью пациентов в реалистичной форме, то вопрос звучит так: о каких событиях сообщают люди? Вот три фрагмента из интервью трех разных пациентов.

*«У меня есть прекрасная соседка, молодая женщина. Она берет меня с собой. И мы вместе ездим по магазинам. По субботам. На ее автомобиле».*

связь между моей работой и данным образцом антропологической традиции. Я исследую то, что Янг называет «встроенным знанием», даже если и использую другую терминологию.

Но должна ли я ссылаться только на одну эту статью? Это прекрасный текст, но Янг написал много других, тоже хороших. Это касается и других исследователей. В разъяснении связей с другими текстами есть одна проблема: для того чтобы в общих чертах наметить одну простую связь, наподобие обсуждавшейся выше, нужно много места. Но этих связей так много. Они встроены в задаваемые вопросы, в поднимаемые темы, в слова, используемые в этом исследовании. Можно ли прояснить все частичные связи между одним текстом

и другими, значимыми для него текстами? Думаю, нет. Так много резонирующих терминов, так много преломляющихся тем, так много общих слов, смысл которых немного меняется от текста к тексту. Сколько времени и энергии мы должны вложить в прояснение связей — быть может, иногда было бы лучше просто смириться с ними и проявить некоторую «способность продолжать работать»? Такой вопрос может быть задан. Но тогда, если прояснение встроенного знания едва ли является делом врачей, стоит задаться вопросом, в какой мере это дело теоретиков.

#### *Дисциплины*

Эта книга о множественности тела и его болезней. Относится ли эта тема к ка-

*«Но вот строительные леса и лестницы — надо подняться на каких-то десять-двенадцать метров, а я уже не могу. И ходьба — я ездил на велосипеде, но в итоге и это стало для меня слишком, если дует ветер и надо напрягаться. Так что мой начальник... ну, он сказал: «Давайте разумно к этому подойдем». И дал мне кое-какую работу в офисе. До тех пор, пока я не вышел раньше времени на пенсию. Так что теперь я на досрочной пенсии. [Вздыхает.]. Да уж».*

*«И вот ты дома. Один. Весь день. Шаркаю по полу. Благополучно добираюсь до раковины. Я могу это».*

В интервью, которые мы взяли у пациентов, они дали нам подробные описания того, как реорганизовали свой быт, работу и семейную жизнь. Они рассказали, как сесть в машину или когда лучше взять такси. О ступенях и лестницах, велосипедах и собаках на поводке. Об испытаниях и невзгодах повседневной жизни с физическими нарушениями.

Но повседневная жизнь протекает не только в домах, на улицах и в магазинах. Большинство пациентов могут многое рассказать и о том, что происходит с ними в больнице. Все начинается с похода туда. Мо-

кой-то определенной дисциплине? Возможно. Но тогда к какой именно: социологии медицины? антропологии медицины? или философии медицины? Я много думала о том, куда поместить себя, или, вернее, куда поместить эту книгу. И размышления эти еще самая легкая часть. Как сделать привязку работы [к той или иной дисциплине]? Классический способ — сослаться на литературу, основополагающую для дисциплинарной области. Так, ссылаясь на Фрейдсона или Парсонса, я превращаю этот текст в социологию медицины. Ссылка на Янга — способ связать текст с антропологией медицины. Соответственно, чтобы предстать философом медицины, я должна буду ввести того или иного философа, возможно, Кангилем — хороший вариант.

Но существует множество других областей, мест, исследований, на которые надо сослаться. Среди последних ключевое значение имеют разнообразные исследования, тематизирующие границы между биологией и социальными науками. После Второй мировой войны стало важным разметить эти границы и разметить их четко. Обсуждение биологических различий между людьми оказалось под подозрением. В попытке резко дистанцироваться от убийственной евгенической политики нацизма подчеркивалось биологическое равенство человечества. Обсуждение различий между людьми стало привилегией социальных наук, даже если эту привилегию приходилось отвоевывать снова и снова (см., например: Rose 1982). В различных



жет ли ваш сын, который так занят, взять отгул и отвезти вас? Где найти этот кабинет F021, в который вам надо попасть? Можно ли хоть что-то пить в день того обследования со сложным названием? Все это имеет значение. Все это может быть рассказано — или пропущено.

*Миссис Гоманс прооперировали четыре дня назад. Ее левую ногу вскрыли. Одну из артерий в ноге прочистили: убрали атеросклеротические бляшки. Жаннетт просит ее рассказать об этом подробней. «[Зева-ет.] Ох, ну о самой операции мало что помнишь. У меня был общий наркоз. Потом вы приходите в себя, а у вас шов, шрам на ноге или два шрама. И если все в порядке, то с кровотоком снова все хорошо. Если все сделано, то через десять дней можно идти домой. И вот вы совершенно новый человек. Это обычная процедура».*

Дело не в том, что пациенты обязательно будут лучшими этнографами событий собственной жизни. Они могут быть и плохими этнографами. Миссис Гоманс, например, говорит только о своих шрамах, когда ее спрашивают об операции. Она не вдается в детали, а рассказывает об «обычной процедуре» в терминах, сильно окрашенных ее надеждой стать «новым человеком». Но, с другой стороны, миссис Гоманс была под общим наркозом. А общий наркоз — это довольно сильный способ превратить человека в плохого этнографа.

формах и вариантах социальные науки очерчивали свои собственные объекты по соседству с объектами биологии. Одним из аргументов в пользу такой расстановки сил было то, что она помогает предотвращать расизм.

В 1982 году Мартин Баркер опубликовал книгу «Новый Расизм» (Barker 1982). Она представляла собой анализ дискурса британских новых правых того времени. Баркер показал, что в дискурсе этого движения неполноценность так называемых других рас уже не была преобладающей темой. Вместо биологической неполноценности стали говорить о культурных различиях как маркере контраста между «мы» и «они», «Их» тела не пахнут дурно, но «их» еда — да. Нет необходимости в «их» ликвидации: все, что «они» долж-

ны сделать, это вернуться домой, где бы он ни находился. Книга Баркера не принадлежит медицинской области. Но на этот текст все равно хорошо ссылаться, потому что Баркер очень четко показывает, что некогда полезное разделение между биологией и социологией может потерять свою прежнюю силу. В анализируемом им случае это разделение больше не совершает политическую работу (противостояние фашизму), которую оно было призвано выполнять. Расизм может обосновываться как культурой, так и природой.

В работе «После природы: английское родство в конце XX века» Мэрилин Стратерн дистанцируется от разделения природа/культура другим способом (Strathern 1992a). Она показывает, что антропология изучала систе-

Другие пациенты увидели больше. Они очень старались.

*Мистера Йонаса тоже прооперировали несколько дней назад. Операцию делали под местной анестезией, поэтому он был в сознании. И он был восхищен: «Кое-что мне удалось увидеть во время последней операции. Мне это показалось интересным. Сначала они вешают какую-то ткань прямо перед лицом. Я говорю [анестезиологу]: „Приятель, убери это. Я так ничего не увижу“. Он отвечает, мол, нет, я не могу это сделать, большинство пациентов не переносят этого, им становится дурно, а нам во время операции это ни к чему. Поэтому я сказал: „Хорошо, но если я случайно сдерну эту занавеску, вы не должны на меня злиться. Потому что я сам хочу увидеть это“. И тогда мне разрешили понаблюдать. Я видел три четверти операции. Подумал, это довольно интересно. В конце концов, это твое собственное тело [смеется]».*

Мистер Йонас хотел увидеть, каким вмешательствам подвергалось его тело. Когда его спросили об увиденном, он рассказал, что вокруг было много людей, все в зеленом и с повязками, закрывавшими рты и носы. Они передавали друг другу инструменты. И в какой-то момент хирург сказал что-то об ампутации. Мистер Йонас, по его словам, поч-

*мы родства по всему миру, как если бы системы родства были социальными конструкциями, опирающимися на природные факты. Исследования родства опирались на предполагаемый природный факт, что дети являются потомством отца и матери, наследуя по ровну от каждого из родителей. Стратерн, однако, разъясняет, что эти «факты жизни» с самого начала были культурными. Они были английскими, точнее, они были выражениями английской системы родства XX века. Сами термины, в которых выражались так называемые природные факты производства потомства, уже заключали в себе образы социальных отношений, как, например, слово «наследство», которое отсылало к наследованию состояния задолго до того, как стало обо-*

*значать и наследование генов. Чтобы отстраниться от своей собственной английскости, Стратерн прибегает к теоретической помощи меланезийских народов, в чьих концептуальных схемах нет природы и нет культуры. Вместо этого они знают сыновей, которые рожают своих отцов. Женщин, являющихся мужчинами в женском обликии, и наоборот. Вместилища, которые, в свою очередь, помещаются в другие вместилища.*

Но не только меланезийские теории помогают Стратерн избежать традиционных английских схем. Их подрывает и современная техническая перестройка репродукции человека. Теперь, когда новорожденный может быть генетически ребенком одной матери, а анатомически — ребенком дру-

ти сразу понял, что сказано это было для присутствовавших студентов, чтобы объяснить им, что угрожает людям с плохими артериями, которые не лечатся. Он лишь на долю секунды испугался, что речь идет об ампутации именно его ноги.

Так что мистер Йонас видел многое. Но когда Жаннетт спросила, что случилось с его ногой, он лишь указал на те места, где разрезали кожу. Вот здесь это и произошло. Он добавляет, что запомнил образы, и очень яркие, но больше ничего о них сказать не может. Да и как бы он это сделал? В его словаре нет терминов, с помощью которых можно описывать особенности операции.

*Миссис Рамсей прооперировали впервые. Жаннетт спрашивает ее, думает ли она, что, возможно, в будущем понадобится еще одна операция. В конце концов, вокруг много пациентов, которые уже были здесь четыре или пять раз. Этот вопрос, однако, пугает ее: «Ох, пожалуйста, только не это. Нет, я надеюсь, что нет. Надеюсь, у меня больше не будет операций. Они положили меня на этот наклонный стол. Им нужно было работать с ногой сбоку. Стол был под углом, полностью наклонным. Так что вы все время висите на этой штуке. Конечно, под конец все затекает. И мышцы болят, когда просыпаетесь. Да, болят».*

гой, старые схемы начинают рушиться. Теряет свою силу оппозиция между единичностью естественного родительства, отцовства и материнства, и множественным спектром культурных конструкций, которые впоследствии придают им форму. Что будет дальше? Западная/английская культура, материально изменяя природу, подрывает основания собственного разделения природы и культуры.

Наконец, существует еще третье параллельное движение, на которое я бы хотела сослаться. Речь идет не о расе или родстве, а о поле. Пол и гендер. Вот цитата из эссе Донны Харауэй «Гендер для марксистского словаря: половая политика слова»: «В 1958 году в Медицинском центре изучения интерсексуалов и транссексуалов в

Калифорнийском университете в Лос-Анджелесе был создан Проект изучения гендерной идентичности. Результаты его работы обсуждаются и обобщаются в работе психоаналитика Роберта Столлера. Он представил термин «гендерная идентичность» на Международном психоаналитическом конгрессе в Стокгольме в 1963 году. Столлер таким образом сформулировал понятие гендерной идентичности, опираясь на различие биология/культура, что пол был отнесен к природе (гормоны, гены, нервная система, морфология), а гендер — к культуре (психология, социология)» (Haraway 1991a, 133).

В пятидесятые годы было сформулировано еще одно разделение: оно позволяло говорить о «гендере» человека независимо от биологического

Миссис Рамсей не зевает и она не настроена так оптимистично, как миссис Гоманс. Не выказывает она и особого любопытства, как мистер Йонас. Напротив, у нее тревожный голос. Ей не понравилось подвергаться операции и испытывать сопряженный с ней физический дискомфорт. Но ее отвращение не помешало ей сделать несколько интересных наблюдений: что операционный стол был наклонен, что это было связано с задачей хирургов подобраться к ее ноге сбоку, что мышцы впоследствии затекли.

Можно слушать рассказы людей, как если бы они рассказывали о событиях. Благодаря такому выслушиванию недуг принимает форму, материальную и деятельную. Это недуг, состоящий из нахождения на наклонном столе, из спора с анестезиологом о занавеске перед вашими глазами. Это недуг, сделанный из шрамов на ногах, которые не мешают вам стать новым человеком. Этот недуг — что-то, что делают с вами, с пациентом. И что-то, что как пациент делаете вы.

#### *Кем делается делание?*

Истории пациентов, приведенные выше, не исключают физической реальности. Напротив, они говорят о ней, поскольку она везде. Материальность тел, сосудов, крови. Покупок, тележек в супермаркетах и лестниц. А также обезболивающих препаратов, зеленой спецодежды,

«пола» ее/его тела. И такой способ говорить использовали не только интерсексуалы, транссексуалы и их терапевты. Феминистки тоже взяли его на вооружение. Это помогло им в борьбе с биологическим детерминизмом, который пытался поставить женщин в позицию подчинения и зависимости, используя в качестве инструмента легитимации женские тела. Харауэй, однако, хочет, чтобы мы ушли от разделения пол/гендер. Да, благодаря этому различию феминистки добились права говорить о социальном формировании гендера «независимо от пола», но целью того, что категорию «пола» оставили непроанализированной. Непроблематизированной. «Таким образом, представления о сущностной идентичности женщины или мужчины, остались не-

проанализированными и политически опасными» (Haraway 1991a, 134). Мы должны обратиться к рассмотрению этой проблемы, если хотим аналитически подойти к тому, как в биологии задаются женщина и мужчина.

В текстах Баркера, Стратерн и Харауэй, на которые я здесь ссылаюсь, слова «заболевание» или «недуг» не встречаются. И все же на эти тексты стоит сослаться, когда я утверждаю, что нам больше не следует оставлять изучение «заболевания» биомедицине. Есть аналогии. У различий между расой и культурой, биологическим родителем и системами родства, полом и гендером или болезнью и недугом есть много общего. Каждое из них было создано в 1950-е годы, чтобы очертить пространство для социальных

скальпелей и столов. Что действительно важно в этой реальности — она причиняет боль, издает шумы и запахи. Пищит или падает на пол. Ее трогают. Пациенты могут интерпретировать тела, но они также живут с ними. И так же врачи. Врачи занимают видное место в историях пациентов. Они назначают общий наркоз. Одеты в зеленое, используют инструменты, разрезают ноги и зашивают их нитью и иглой. Они учат и обучаются. Наклоняют столы и работают с внутренней стороной ног. Они много чего делают с телом пациента.

Перспективизм ставит врачей и пациентов на одну плоскость, хотя между ними огромная пропасть, так как они смотрят на все под разными углами. Движение через границу «врач-пациент» привлекает большое внимание общественности. Есть увлекательные книги, написанные врачами, которые описывают, как изменилась их точка зрения, когда они заболели и стали пациентами. Социальные ученые исследуют, включают ли пациенты в свое мышление медицинские схемы и терминологию, и если да, то как они это делают. Конверсационный анализ показывает, как граница пересекается или не пересекается, когда врачи и пациенты взаимодействуют друг с другом. Свидетельства же пациентов, которые рассказывают о неспособности врачей понять их, — обескураживающее чтение. Но и трудности, и возможности преодоления этой пропасти указывают на ее существование. Вот он.

наук по соседству с биологией. По соседству — эту метафору можно принять всерьез. Социальная область была отделена от биологической. Это одновременно и решало, и создавало проблемы. Проблемы, которые были сопоставимыми.

Какие? Баркер показывает, что создание пространства для «культуры» рядом с «природой» больше не является защитой от расизма. Расизм может быть сформулирован как в культурных, так и в природных терминах. Кроме того, можно предположить, что в наши дни властью над пациентами обладает не только знание о «болезни», но и знание о «недуге». Например, «качество жизни», столь важное для организации современного здравоохранения, определяется в социо-

логических терминах. Стратерн утверждает, что разделение между природой и культурой зависит от последней: это изобретение весьма специфической культуры. Там, где эта культура изменяет возможности человеческой репродукции, (должны) будут возникать новые схемы. Если применить этот анализ к нашей области, то можно сказать, что одним из господствующих способов, которым западные культуры проживают свои «недуги», является принятие их в качестве «болезней» — сущностей, знание о которых принадлежит врачам. Но последние изменения в здравоохранении, например те, которые превращают пациентов в блестителей собственной терапии, ведут к постепенному уничтожению прежних разделений.

Раскол. Видимое из одной точки зрения отличается от видимого из другой.

В историях, повествующих о событиях-в-практике, все по-другому. Какими бы общими или частными ни были точки зрения, практика диагностики и лечения заболеваний неизбежно требует сотрудничества.

*Хирург идет к двери и приглашает в кабинет следующего пациента. Они пожимают друг другу руки. Врач указывает на меня и говорит, что я здесь для исследования. Садится за стол. Пациентка, женщина 80-ти лет, присаживается на стул по другую сторону стола, держа сумочку на коленях. Врач просматривает лежащую перед ним папку и достает направление. «Итак, миссис Тилстра, ваш врач общей практики пишет здесь, что у вас проблемы с ногой. Это так?» — «Да-да, доктор. Я потому и пришла к вам». — «Расскажите, что это за проблемы. Когда вы их заметили? Когда они проявляются?» — «Ну, что сказать, доктор. Все начинается, когда я пытаюсь что-нибудь делать: двигаться, ходить — да что угодно. Например, раньше я подолгу гуляла с собакой, а теперь не могу, ну почти не могу. Очень больно». — «А где болит?» — «Здесь, доктор, в основном вот здесь, в районе икры. Левая нога». — «Значит, при ходьбе у вас болит левая икра.*

Наконец, Харауэй предупреждает, что феминистки, которые борются с биологическим детерминизмом при помощи дихотомии, помещая «пол» тела в безопасную область перед тем как начать обсуждение «гендера» человека, оставляют природу без анализа. «Биология», как правило, обозначала само тело, а не социальный дискурс, открытый для вмешательства» (Nagawa 1991a, 134). Продолжая эту мысль в активистском ключе, можно сказать, что оставить «болезнь» на откуп только врачам — значит проявить политическую слабость. Что бы ни говорили о социальном формировании роли больного или о «недуге», пока «болезнь» признается природной категорией и остается непроанализированной, за теми, кто говорит от ее имени, всегда

будет оставаться последнее слово. Было бы лучше смешаться с ними, действовать среди них, изучать их, вступать в серьезные дискуссии с ними.

Ссылаясь на эту проблематику, я могу попытаться перенести идеи Баркера, Стратерн и Харауэй в область социологии, антропологии или философии медицины. Импорт текстов из других областей может быть хорошим способом сказать что-то «новое». Но откуда эти тексты родом? Не из четко очерченных дисциплин, а из междисциплинарного, немного недисциплинированного поля. Поток теории движется через границы. Границы, разделяющие дисциплины, природу и культуру, теорию и политику. Возможно, ссылка на эти тексты — хороший способ расположить и *данный* текст в этом

*А сколько метров сможете пройти по ровной поверхности, пока не начнет болеть?» — «Где-то метров 50, думаю». — «Хорошо. Вернее, не очень, конечно. Так. А если немного отдохнуть, сможете снова идти?» — «Да, если немного подождать, то потом — конечно. Да, могу».*

В кабинете врача что-то *делается*. Это можно описать как «боль в левой голени миссис Тилстра, которая начинается, если пройти небольшое расстояние по ровной поверхности, и прекращается после отдыха». Это явление называется в медицине *перемежающейся хромотой*. Независимо от состояния ее тела прежде, чем она вошла в кабинет, с этнографической точки зрения у миссис Тилстра еще не было этого заболевания до того, как она посетила врача. Она не осуществляла перемежающуюся хромоту. Будучи в одиночестве, миссис Тилстра чувствовала при ходьбе боль, но эта боль была рассеянной и не была связана с конкретной дистанцией ходьбы по ровной поверхности. Неприятность, с которой миссис Тилстра сталкивалась, когда пыталась выгуливать собаку, еще не имела той формы, которая возникает, когда она отвечает на вопросы врача.

Это не означает, что болезнь миссис Тилстра возникает благодаря врачу. Когда он один в своем кабинете, он может пояснить посетив-

недисциплинарном текучем пространстве.

#### *Видимость и доступность*

Ссылки на литературу могут быть способом разместить собственный текст среди других текстов, что обычно полезно для большинства читателей. С помощью ссылок автор может указать на предков, благодаря которым он или она сформировалась, или предшественников, от которых хочет дистанцироваться. Предки и предшественники могут совпадать, а могут и не совпадать. Для таких целей лучше всего ссылаться на литературу, обладающую авторитетом. Если я ссылаюсь на Парсонса, продвигнутые читатели, скорее всего, понимают, что я пытаюсь сделать, поскольку они знают Парсонса. Для новичков в

этой области такая ссылка тоже полезна, поскольку рано или поздно они должны будут узнать Парсонса, если хотят, чтобы их когда-нибудь восприняли всерьез. Если я ввожу в свой текст Стратерн, он становится сильнее, поскольку теперь тем, кто захочет оспорить мои рассуждения по поводу разделения природа/культура, придется поспорить и с ней, а она много написала об этом. Но как авторы вообще приобретают авторитет? Ответ: благодаря ссылкам на них. Это замкнутый круг.

Я бы хотела сослаться на интересную статью Роберта Пула. Пул — медицинский антрополог. Когда-то его направили (с финансовой поддержкой) изучать, почему квашиоркор, болезнь неправильного питания, распростра-

нему его этнографу, что влечет за собой клинический диагноз, но без пациента он не сможет поставить диагноз. Чтобы «перемежающаяся хромота» практиковалась, нужны двое. Врач и пациент. Пациент должен беспокоиться о чем-то или чем-то интересоваться, а врач — иметь желание и способность уделить этому внимание. Врач должен задавать вопросы, а пациент — иметь желание и способность отвечать на них. Кроме этих двух людей есть и другие элементы, играющие более или менее важную роль. Стол, стулья, врач общей практики, направление: все они участвуют в событиях, которые вместе «делают» перемежающуюся хромоту. Как делает ее собака миссис Тилстра, без которой она, быть может, даже не попыталась бы пройти больше пятидесяти метров, после которых ее левая нога начинает болеть.

Вот еще одна сцена.

*Даже если мистер Ромер проделал весь путь до кабинета врача, он никогда не будет говорить. С ним приехала его жена. Она и ведет беседу. «Дела у него нехорошо, доктор. Он больше не может ничего делать». — «Так, мистер Ромер, — говорит хирург, пытаясь заглянуть старику в глаза, — в чем проблема? С чем вы ко мне пришли?» — «Дело в ногах, доктор, — отвечает жена мистера Ромера. — У него был инфаркт, на самом деле два инфаркта. А теперь вот ноги. Он больше не ходит гулять. Слишком сильные боли».*

ненная в северо-западном регионе Камеруна, не исчезает даже тогда, когда пищи достаточно для всех. В поисках ответа на этот вопрос Пул попытался понять, как жители деревни, где он жил, говорят об этой болезни. Он хотел исследовать их собственный взгляд на нее. Их интерпретации, их историю недуга. Но услышанные им истории были не о квашиоркоре. Или, если и были о нем, то также о многом другом. Разговор переключался между *kwashi-orkor*, *ngang* и *bfaa*. Между этими словами не было четких границ. Способ употребления каждого из них менялся от одного разговора к другому. И если бы не было Пула с его вопросами, то эти истории вообще не были бы рассказаны (тем более в том виде, в котором он записывал их).

Пул ясно показывает, что антрополог с самого начала попадает в ловушку, если отправляется исследовать «недуг» как если бы существовала «народная» теория «болезни», о которой врачи говорят в медицинских терминах. Он пойман в ловушку языка «болезни». С чего бы обычным людям, тем более в Камеруне, в своей речи разграничивать сущности точно так же, как это делают категории западной медицины? Допускать это — значит предполагать, что категории болезни западной медицины являются «природными». Что они отражают внешнюю реальность, с которой все сталкиваются до того, как проинтерпретируют ее различными способами. Но категории людей — по крайней мере, как утверждает Пул, — не отражают доступную всем природу, пусть



*Мистер Ромер выглядит измученным. И несмотря на настойчивые попытки хирурга поговорить с ним, мистер Ромер молчит. Возможно, он не может говорить — хирург, кажется, не исключает такой возможности — он перестал пытаться.*

Врач не может в одиночку диагностировать перемежающуюся хромоту. Для этого ему нужны другие. Но здесь нет жесткого сценария. Многие его элементы являются гибкими. Вместо пятидесяти метров дистанция может составлять сто метров. Вместо икр, может болеть бедро. И если пациент не может говорить, то кто-то другой может говорить за него. Но для клинического диагноза нужен и, на самом деле, незаменим пациент со своим телом. Они должны присутствовать. И сотрудничать.

*Хирург переводит взгляд с записей на супругов Ромер и обратно, делает несколько заметок. Поднимает голову и говорит: «Теперь, если позволите, мистер Ромер, я бы хотел осмотреть вас. Мне нужны ваши ноги, я хочу посмотреть сам, как они выглядят. И прощупать ваши кровеносные сосуды. Проблема может быть в них». Сказав это громким голосом, хирург поворачивает голову к миссис Ромер — тем самым признавая за ней роль представителя — и спрашивает: «Как*

и различными способами. Они являются частью особой практики обращения с жизнью, страданием и смертью.

Упомянутая статья называется «Cesprekken over ziekte in een Kameroenees dorp: Een kritische reflectie op medisch-antropologisch onderzoek» (Pool 1989). Узнаёте язык? Это голландский. Должно быть, есть много интересных статей, на которые я не могу сослаться, поскольку они написаны на языках, которые я не понимаю. На датском, итальянском, урду, суахили. И хотя так уж получилось, что я читаю на голландском, я не знаю, в каких случаях хорошо сослаться на голландскую литературу, когда я пишу на английском. Если я это сделаю, то риск состоит в том, что это не увеличит распространяемость моей работы. Это не только не

поможет вам куда-либо вписать мои тексты, но и, что хуже, фрустрирует вас. Моя ссылка может вызвать у вас желание прочитать Пула. Что ж, в данном случае вы сможете это сделать. У него есть книга на английском языке, и в ней он развивает те же аргументы (Pool 1994). Но здесь вам повезло.

*Доступного пространства/времени нет!*

Ни один текст не говорит обо всем. В этой книге я не ухожу в историю описываемых мной заболеваний. Я даже сглаживаю большинство изменений, произошедших за несколько лет моих полевых исследований. Тот факт, что со временем происходят изменения, относится к священным трюизмам современной социальной теории. Один из упреков в адрес функционализма

*вы думаете, может ли он снять брюки и лечь на смотровой стол?» Может, но с посторонней помощью. Это нелегко. Ноги тяжелы. Ботинки и носки можно снять, только когда ноги приподняты. Молния заклинивает, у брюк плотная ткань. А потом еще высокий стол. Но через некоторое время сосудистый хирург держит ступни мистера Ромера в своих ладонях, чтобы оценить и сравнить температуру обеих. Обследует кожу. Двумя пальцами нащупывает биение пульса в артериях, в паху, колене и ступне. «Согните, пожалуйста, ногу, немного, да, да, вот так. Очень хорошо».*

В своих кабинетах сосудистые хирурги добавляют к беседе физикальное обследование. Ответы пациентов на диагностические вопросы могут обрисовать типичную историю или, наоборот, расплывчатую. Их может быть достаточно, чтобы сразу говорить о перемежающейся хромоте, или недостаточно. В любом случае осуществление перемежающейся хромоты можно расширить и усилить путем добавления элементов, которые даст физикальное обследование. Холодные ноги или холодная нога. Слабые пульсации. Тонкая, слабо насыщенная кислородом кожа. Чтобы добавить такие элементы, ноги пациента и руки врача сотрудничают. Так же, как сотрудничают смотровой стол и человек, который помогает ослабшему с годами пожилому пациенту снять ботинки, носки и брюки.

заключается в том, что он не может объяснить изменения. Что он рисует пространственные образы общества вместо того, чтобы составлять графики событий во времени. Долгое время процесс был настолько модным словечком, что, занимаясь (социальной) теорией, едва ли можно было обойтись без него. Но создаваемые в этой книге схемы в основном пространственные. Различные конфигурации, которые необходимо картографировать, располагаются *рядом* друг с другом, *внутри* или *выше*. И я буду играть с евклидовыми образами пространства, изменять их и говорить о таких конфигурациях как *взаимное включение*. Подробнее об этом ниже.

Сейчас же важно отметить, что в этой книге я не занимаюсь историей. Следует ли в таком случае ссылаться на историческую литературу? В конце концов, в ней есть много интригующих и релевантных для темы исследований. Одно из них — «Женщины под кожей» Барбары Дьюден (Duden 1991). В нем продельвается теоретическая работа. История Дьюден проникает под кожу человеческих тел. Поэтому она представляет непосредственный интерес для социальных наук и философии медицины. Дьюден позволяет своим читателям *почувствовать*, что переживание собственной телесности изнутри не предшествует культуре. Речь не идет о том, что все может быть произведено

Кто осуществляет делание? События осуществляются несколькими людьми и множеством вещей. Слова тоже участвуют. Бумажная работа. Комнаты, здания. Страховая система. Бесконечный список разнородных элементов, которые можно вывести на передний план или оставить частью фона в зависимости от характера и цели описания. Приведенные здесь описания принадлежат мне, а не миссис Тилстра, мистеру Ромеру или любому другому пациенту. И даже хотя мои описания опираются на то, что рассказывают о событиях пациенты, я лишь изредка следуя за пациентами в этой книге. Эта этнография (в этом заключается ее сила, но это же задает ее границы) сосредоточена на медицине: ее цель — распутать медицинское познание, медицинские технологии, медицинскую диагностику и медицинские вмешательства. Она продиктована моими собственными наблюдениями и обращением главным образом к словам другой группы непрофессиональных этнографов — медиков.

*Поликлиника. Следующий по списку пациент так и не появился. Тот, что должен идти после него, еще не пришел. Поэтому мы идем к кофе-машине, сосудистый хирург вставляет в нее свой служебный пропуск и берет нам два кофе. Мы неспешно идем обратно в его кабинет. Беседуем. «Вам надо понять, — говорит он, желая быть хорошим информантом, — постановка диагноза очень сильно зависит от того, хороший у них врач общей практики или нет. Иногда люди приходят*

или сконструировано, вовсе нет: плоть упряма. Она сопротивляется до тех пор, пока жива, но даже при этом она является историческим феноменом. И ее историчность — не просто вопрос сменны интерпретаций, но самой плотскости, пребывания живым.

Дьюден представляет анализ детальных отчетов жалоб и желаний пациенток, опубликованных врачом из маленького немецкого городка в 1730 году. Между физическим опытом этих женщин и читателями книги Дьюден есть много посредников. Ситуативная обусловленность медицинской практики автора, особенности его медицинского словаря, литературные привычки его времени, отбор материала, про-

веденный Дьюден как историком — читатели многое узнают об этом. И все же, исходя из того, что мы читаем в ее книге, кажется неизбежным, что тела тех женщин отличаются от тел, которыми мы обладаем сейчас. Эти различия могут быть сколь угодно большими. Мы просто больше не можем ни *делать* такое тело, ни описывать его изнутри.

А все эти слова, столь тщательно перечисляемые Дьюден! Слова о боли, блуждающей по телу. О потоках, белых или красных, которые могут вытекать из матки, кожи или глаз. Беспокойство женщин, что кровь движется внутри них, застревает, останавливается, не будет вытекать. Дьюден по-

сюда с направлением, и в нем все есть: дистанция ходьбы, пульсации — да что хочешь. Подробная история. Конечно, ее надо проверить, самостоятельно проделать каждый шаг, но в таких случаях можно быть вполне уверенным, куда идешь. А иногда бывает и так, что на направлении просто неразборчиво нацарапано предложение вроде „пожалуйста, осмотрите этого пациента для меня“. Тут уже нужна другая работа. Часто в таких случаях никакой проблемы с сосудами и нет. Может быть что-то неврологическое. Или еще что-нибудь. Ничего, например».

Если бы не только что процитированный разговор, я могла и не заметить, что диагностическая работа сосудистых хирургов сильно зависит от направлений врачей общей практики. Таким образом, в предлагаемой здесь этнографии врачи снова становятся коллегами социальных ученых. Они перестают быть «простыми» объектами исследования, чьи интерпретации можно выписать и соотнести с их историческим и культурным контекстом. Но они и не те коллеги, которыми были, не специалисты, обладающие знанием о «болезни», к которому исследователь социального может добавить знание о «недуге». Напротив, профессиональные границы нарушаются. Врачей, рассказывающих о своей работе, можно слушать как если бы (подобно пациентам) они были этнографами самих себя; этнографы, в свою очередь, не должны останавливаться, когда сталкиваются с машинами или кровью, но могут продолжать свои наблюдения. Они могут писать о теле и его болезнях.

На этой лишенной границ территории различие заболевание/недуг уже бесполезно. Когда врач и пациент действуют вместе в консультационном кабинете, они сообща придают форму реальности больных ног пациента. Как назвать то, что они таким образом формируют? Я использую здесь слово *заболевание*, или *болезнь*, не для того, чтобы поместить свой текст на сторону заболевания в различии заболевание/недуг, а чтобы разрушить это различие. Чтобы стало ясно, что я

гружается в описания материала XVIII века, чтобы вернуться с живым телом — но таким телом, которое живет жизнью, отличающейся от нашей. Ссылка на Дюдена позволяет мне *перенести* сюда этот вывод: даже переживаемый опыт собственного тела опосредован. Это не значит, что ему мож-

но придать любую форму. Но также неверно, что *современное западное тело* предшествовало медицине, чтобы впоследствии быть объективированным ею. У каждого из них своя история. Но эти истории могут быть основательно переплетены.

занимаюсь исследованием физических аспектов, несмотря на то, что я не врач. Чтобы подчеркнуть, что это возможно. Что есть способы говорить о телах этнографически. Есть веские причины попробовать — хотя бы для того, чтобы показать, что *человеческое* не принадлежит исключительно психосоциальной сфере. Как бы ни были важны переживания и интерпретации, они не единственное, что делает жизнь такой, какая она есть. В повседневной реальности, жизни, которую мы проживаем, есть еще и плоть. Вопрос стульев и столов, еды и воздуха, машин и крови. И тел. Это веская причина не отдавать такие вопросы на откуп одним лишь медицинским специалистам, а искать способы — *неспециализированные*, скажем так, способы — свободно говорить обо всех этих реалиях.



*Никогда не один*

В поликлинике сосудистые хирурги взаимодействуют с пациентами. Вот что врачи делают: они задают вопросы (где болит, сколько вы можете пройти, перестает ли болеть, когда отдыхаете?). Смотрят на цвет и текстуру кожи ног, которые болят. Прикасаются к тем местам ног пациентов, где можно прощупать артерии, и пробуют понять, пульсируют ли артерии с каждым ударом сердца. Делают неразборчивые записи в документах, пока пациенты быстро или неловко одеваются. А затем предлагают следующий этап лечения пациента. Я видела, как врачи делают это снова и снова, сидя на табуретах в своих белых халатах, улыбаясь или глядя серьезно. Все это сосудистые хирурги больницы Z и показали мне, когда я спросила об «атеросклерозе сосудов ног»: они взяли меня в поликлинику.

Затем я захотела побольше узнать о патологии. Надпись на дверях патологоанатомического отделения категорична: «Не входить». Несмотря на это мне как исследовательнице любезно позволили использовать эти двери как входные. Впрочем, здесь не получится когда угодно увидеть атеросклеротические сосуды ног. Ординатор этого отделения, который должен был быть моим информантом, звонил мне, когда ему было что предложить. «У меня есть нога», — говорил он. И через несколько дней, сделав все подготовительные процедуры, мы, наконец, видели то, зачем я сюда пришла. Атеросклероз.

*В комнатке, которую мой ординатор-патологоанатом делит с двумя коллегами и где повсюду лежат книги и бумаги, по случаю моего прихода он установил бинокулярный микроскоп. «Когда я работаю один, то использую микроскоп с одной парой окуляров, — сказал он, — этот используется, когда куратор хочет проверить, что мы делаем». Мы сели за стол по обе стороны микроскопа. Каждый из нас смотрел в один из окуляров. Ординатор настраивал фокус, спрашивая меня, достаточно ли резко изображение. Используя встроенный указатель, он показывал мне, на что нужно смотреть. Как если бы он был моим куратором.*

*«Видите, это сосуд, вот здесь, не совсем круглый в поперечнике, но почти. Он розовый из-за красителя. А фиолетовое вот здесь — это обызвествление, это в средней оболочке его стенки. Она поражена. С декальцинацией у них плохо получилось. Ее сделали на недостаточно длинном участке, поэтому скальпель плохо резал. Смотрите, вся эта мешанина вот здесь, она из-за этого, — он передвинул указатель в середину круга. — Это просвет протока. Там клетки крови внутри, видите. Так бывает, только когда просвет маленький. Иначе это бы вымылось в процессе подготовки. А здесь, вокруг просвета, это первый слой клеток, то есть интима, внутренняя оболочка. Она утолщена. Правда, ну разве не толстая! Везде, отсюда и досюда. Смотрите. Вот он, ваш атеросклероз. Утолщение интимы. Вот что это такое на самом деле».*

*Затем после короткой паузы он добавляет: «Под микроскопом».*

Мой проект зависит от этого уточнения. Ординатор патологоанатомического отделения произносит его так, будто в этом нет ничего особенного. «Под микроскопом». Но это многое значит. Без этого добавления атеросклероз совсем один. Он видим через микроскоп. Утолщенная интима. Есть в этом что-то соблазнительное: склонить голову над микроскопом и позволить глазам следовать за указателем. Хотя бы потому, что сосуд в поперечном сечении — красивая штука. Со всеми его странными, розовыми и фиолетовыми, формами, которые начинаешь медленно различать, если тебе объяснили их природу. Есть

#### *Научная практика*

В этой книге я работаю с жанром «ссылки на литературу» рефлексивно. Мне некомфортно с ним, так как есть опасность, что он неявно усиливает ряд допущений, против которых в этом тексте открыто выдвигаются аргументы. Кроме того, ссылка на литературу никогда не бывает достаточно конкретной. Из чистой любви к деталям я бы предпочла вообще отказаться ссылок, поскольку они неизбежно будут слишком грубы. Но это неразумно. «Статья без ссылок подобна ребенку, который совсем один идет ночью по незнакомому городу: он одинок, потерян и совершенно беззащитен» (Latour 1987, 33; Латур 2013, 65). Такое цитирование в

качестве способа сослаться на литературу я буду использовать в этой книге крайне редко, поскольку оно предполагает отношение к цитате как к источнику авторитета. Если Латур утверждает, что статьи нуждаются в ссылках, значит, так оно и есть, или вы хотите поспорить с ним? И если статьям нужны ссылки, то и книгам тоже.

Ввести часть бэкграунда настоящего исследования мне поможет ссылка на работу Латура «Нового времени не было» (Latour 1993; Латур 2006). В этой книге Латур, как и Баркер, Стратерн, Харауэй и многие другие, кого я не упомянула, ищет пути выхода из оппозиции природа/культура. Но он обращается к этому разделению не в том



и в этом что-то соблазнительное: использовать инструменты как «все-го лишь» инструменты, раскрывающие скрытую реальность атеросклероза.

Но когда добавлено «под микроскопом», утолщенная интима существует уже не самостоятельно, а только благодаря микроскопу. Это уточнение обращает внимание на то, что видимость интимы *зависит* от микроскопа. И если уж на то пошло, то не только от него. От указателя. От двух стеклышек, в которые помещается микроскопический препарат. Не забывайте о декальцинации, которая, даже если ее сделали на недостаточно длинном участке, позволяет лаборанту делать тонкие поперечные разрезы сосуда. Учтите и работу этого лаборанта. Пинцеты и скальпели. Красители, делающие клеточные структуры розовыми и фиолетовыми. Все это нужно, чтобы патологоанатом увидел утолщенную интиму стенки сосуда.

Все это можно выдвинуть на первый план или забыть. Когда врачи обсуждают тела, они переключаются. Иногда они добавляют «под микроскопом» или что-то эквивалентное этому. Иногда нет. Моя этнографическая стратегия основана на искусстве никогда не забывать о микроскопах, настойчиво обращать внимание на их важность и всегда включать их в истории о физических аспектах и состояниях. Именно при помощи этой стратегии болезнь превращается в то, что могут обсуждать этнографы. Потому что пока практические аспекты *делания* болезни являются частью истории, это история о практиках. Праксио-

виде, в каком оно было сформулировано и институализировано в XX веке, а связывает его с современностью в целом. Все современные мыслители, утверждает Латур, превозносят свою способность различать природные и социальные феномены, дисквалифицируя тех, кто «не способен» это делать, как досовременных. Между тем, по его словам, в *практиках* так называемого современного мира природное и социальное переплетены так же, как и в так называемом досовременном *мышлении*. Это означает, что между знанием, *артикулируемым* в научно-технических обществах и знанием, *встроенным* в их практики есть расхождения. Несмотря на то, что громко провозглашалась

важность четкого разделения природного и социального, это требование не было преобразовано в действие. Поэтому *современность* — это состояние, в котором мы никогда не были, поскольку только наши теории поддерживали ее разделения. Но не наши практики.

Латур обращается к нескольким версиям разделения природного и социального. Одно из них — различие между *субъектом* и *объектом*. Как объясняет Латур, в основных моделях современности активный познающий субъект относится к социальному, а познаваемый объект — к природному. Для преодоления этого разделения, нам надо научиться понимать, что мир, в

графия. «Болезнь», о которой говорят этнографы, никогда не одна. Она не сама по себе. Пока она практикуется, то зависит от всего, что активно, и всех, кто активен. Болезнь *делается*.

Нет, патологоанатомы не *создают* рассматриваемые ими толстые атеросклеротические стенки сосудов и не *конструируют* их. Эти слова слишком грубы для обозначения того, что происходит в отделении патологической анатомии больницы Z. Они предполагают, что материал собирают, соединяют и превращают в объект, который затем выходит в мир, уже будучи сам по себе. Вместо производственной метафоры «конструирования» для того, что происходит в больнице, можно попробовать мобилизовать театральную метафору. Когда болезнь делается, мы можем сказать, что она особым образом *исполняется* (*performed*). У слова «исполнение» (*performance*) есть подходящие коннотации. Может существовать (но не обязательно) сценарий для делания болезни. Если он не ставится на сцене, то не имеет никакой ценности для того, что происходит в театре. В разное время и в разных местах сценарии ставятся по-разному. Если сценария нет, то актеры импровизируют. Сценический реквизит так же важен, как люди, поскольку, в конце концов, им оформляется сцена.

Однако у метафоры исполнения имеются и некоторые неподходящие для наших задач коннотации. Ее можно понять так, будто есть закулисы, где прячется настоящая реальность. Или что происходит нечто сложное, предполагающее успешное выполнение задачи. Ее мож-

котором мы живем, — это смешение. Чтобы достичь этого, Латур предлагает считать, что субъекты и объекты являются полюсами одного и того же спектра, между которыми располагается множество квази-субъектов и квази-объектов, смесей. Мораль книги Латура заключается в том, что вместо диалектических скачков между идеями в умах субъектов и некоторой объективной реальностью *вовне*, нам следовало бы принять, что в своей повседневной жизни мы вовлечены в практики. Эти практики — тесно переплетенные, телесные и теплые, но также сделанные из металла, стекла и чисел — и при этом всегда неопределенные.

Ссылка на этот тезис позволит мне,

я надеюсь, лучше объяснить вам, что именно я пытаюсь сделать в этой книге. Это похоже на то, что делает Латур. Я исследую знание, инкорпорированное в повседневные события и практики, а не знание, выраженное в словах и образах и напечатанное на бумаге. Принципам я предпочитаю практики и изучаю их этнографически. Это превращает *занятие антропологией* в *философское действие*. Это отход от эпистемологической традиции в философии, пытавшейся артикулировать отношение между познающими субъектами и объектами познания. Этнографическое исследование практик не ищет знание в субъектах, в их умах и речах. Вместо этого оно располагает

но понять и так, будто у того, что делается здесь и сейчас, есть последствия за пределами данного момента — перформативные эффекты. Я не хочу, чтобы эти ассоциации примешивались к тому, что я хочу здесь сделать, а именно переключиться с эпистемологического на праксиографическое исследование реальности. Поэтому мне нужно слово, которое не подразумевает слишком много, слово без особой академической истории. Есть хорошее слово: *осуществлять* (*enact*). Можно сказать, что в практиках объекты *осуществляются*. Этот способ выражения указывает на то, что имеют место какие-то действия, но оставляет акторов этих действий неопределенными. Это также означает, что в действии, только там и тогда, нечто *есть*, будучи осуществляемым. Оба подразумеваемых смысла прекрасно вписываются в прaksiографию, которую я пытаюсь развернуть здесь.

Таким образом, этнограф/праксиограф, взявшись исследовать болезни, никогда не изолирует их от практик, в которых они *осуществляются*. Она упрямо обращает внимание на техники, которые делают вещи видимыми, слышимыми, осязаемыми, познаваемыми. Она может говорить о телах, но никогда не забывает о микроскопах. Это делает расстояние от поликлиники (которая расположена на втором этаже в крыле F больницы Z) до патологоанатомического отделения (на пятом этаже в крыле D) действительно значительным. Непреодолимое расстояние, или таким оно кажется. Дело в том, что техники,

знание прежде всего в действиях, событиях, зданиях, инструментах, процедурах и так далее. Объекты, в свою очередь, берутся здесь не как нечто вовне, подлежащее репрезентации, и не как конструкции, созданные познающими субъектами. Объекты являются... хорошо, и чем же они являются? Это вопрос. Вопрос, к которому обращается эта книга.

Как советовал Латур в «Новом времени не было», я хочу избежать субъект-объектного разделения. Но между нами есть и различие. Я хочу избавиться от этой дихотомии *дважды*. Ниже я буду доказывать, что это не *одна-единственная* дихотомия. Речь идет, по крайней мере, о *двух* субъект-объектных

разделениях. Конечно, они зависят друг от друга. Многие дихотомии, которыми кишит современная философская традиция, связаны между собой. И все же между ними есть бесконечные вариации и несоответствия. Когда дело доходит до исследования болезни этнографическими средствами, важно подчеркнуть двойной характер субъект-объектного разделения. Именно этой цели служат ссылки на литературу в нижнем тексте этой главы. Во-первых, существует разделение между человеческими субъектами и природными объектами. Во-вторых, имеется связанное с первым, но отличающееся от него разделение между активно познающими субъектами и пассивными

делающие атеросклероз видимым, слышимым, осязаемым и познаваемым и используемые в этих двух местах, исключают друг друга.

*Мы идем к холодильнику. Ординатор-патологоанатом достает пластиковый пакет с прикрепленным к нему ярлыком. Внутри — ступня с двадцатью восьмью сантиметрами ноги. Ее ампутировали день назад и, как положено, отправили в патологоанатомическое отделение для обследования. Можно ли подготовить план резекции, кожу и сосуды и оценить их под микроскопом? Когда патологоанатом несет ампутированную голень к столу, он кладет свою ладонь на то место ноги, где должна быть тыльная артерия стопы. «Ха, хорошо пульсирует, — говорит он вызывающе, а затем смотрит на меня и добавляет: — Я ужасен, правда?»*

В поликлинике хирурги пальпируют пульсации тыльной артерии стопы у пациентов, ноги которых болят при ходьбе. При каждом ударе сердца кровь толчками течет по артериям, и это можно почувствовать через кожные покровы (в противоположность венозным потокам, которые несут ту же кровь обратно к сердцу намного спокойнее). В патологоанатомическом отделении пальпация биения пульса не имеет смысла. Артерии мертвых конечностей не пульсируют. Пальпировать их — плохая шутка.

Он хороший информант, этот ординатор, даже если шутки у него неудачные. Или же он хороший информант, потому что придумывает

познаваемыми объектами. Уход от первой дихотомии предполагает другие шаги, чем уход от второй.

#### *Субъекты/объекты 1*

Если способных говорить людей следуют, благодаря этой способности, признавать субъектами, а прочие существа — безмолвную часть природы — можно превратить в объекты, то возникает вопрос: о каких из этих видов вещей исследователи могут публиковать тексты? Это давнее различие: социальные науки познают людей и их общества, а естественные науки познают мир природы. Многие дисциплины не умеваются в эту схему; взяты хотя бы географию, архитектуру и ме-

дицину. И все же эта схема упорно сохраняется. По разным причинам. Одна из них состоит в том, что многие социальные ученые боятся, что как только это разделение потеряет свою силу, власть захватят естественнонаучные методы. Они империалистически захватят все, а человеческих субъектов, вместо того чтобы их слушать, объективируют. (Эта тема обсуждается, например, в дискуссии между, с одной стороны, Коллинзом и Йерли, а с другой — Латуром и Каллоном в: Pickering 1991.) Но непризнание этого разделения открывает и другую возможность, о которой едва ли упоминают: может оказаться и так, что у социальных наук есть методы, способные охватить все,

плохие шутки. Шутки, у которых может быть психологическая функция: они могут облегчать этому молодому человеку вхождение в эзотерический мир патологической анатомии, где, в отличие от большинства других мест, холодные человеческие голени — это то, что можно достать из холодильника. Но в приведенной здесь шутке есть и этнографические сведения. Она акцентирует внимание на том факте, что условия, необходимые для осуществления болезни клиническим способом, уже не выполняются, если пациент умер. Каким бы искусным в пальпации пульса ни был начинающий врач, это не поможет ему, когда дело доходит до диагностирования сосудов ампутированной голени.

В патологоанатомическом отделении нельзя нащупать пульсацию и нельзя задать вопросы. Болит ли эта нога? Даже если бы там присутствовал пациент, желающий ответить на такой вопрос, это не имело бы никакого смысла. Или нога — часть живого тела пациента, способного говорить о ней, или она отрезана. И как бы сильно ни болело ее отсутствие, сама отсутствующая нога больше не болит. В отделении патологической анатомии не выполняются нескольких важных условий осуществления атеросклероза клиническим способом. Другое дело — в поликлинике. Там методы патологической анатомии неуместны. Они неприменимы. Сделать поперечное сечение артерии — отлично, если есть артерия. Но никто не будет разрезать артерию в живом теле, чтобы выяснить, насколько плохо ее состояние. Это вызовет большую

даже если сделать все они не могут. Действительно, и я буду утверждать это здесь, такие методы существуют. Один из них — социологическая традиция, разработанная для изучения человеческих субъектов. Если ее чуть-чуть потянуть и подтолкнуть, то можно расширить ее так, что она охватит субъектов/объектов всех видов.

Чтобы выдвинуть такой тезис, я начну с еще одного устаревшего текста. В работе 1959 года «Представление себя другим в повседневной жизни» Гофман заимствует язык театра, чтобы говорить о человеческих субъектах. Когда люди представляют себя друг другу, говорит Гофман, они представляют не столько *самих себя*, сколько

*самость*, характер, маску. Они действуют так, как если бы были на сцене. Они *исполняют* [партии]. В повседневной жизни люди представляют себя друг другу. Действуя, они рассматривают других присутствующих людей и как партнеров по сцене и как зрителей их собственного спектакля (Goffman [1959] 1971; Гофман 2000). Своим предположением, что мы можем изучать исполнения, Гофман открыл возможность социологии индивида. Он дал начало исследованию социальных самостей. В магазинах, на заводах, в церквях, барах, школах, больницах и других местах, где социологи могут идти на риск и наблюдать за тем, что происходит, идентичность не выражается: она исполняется.

проблему, чем та, что требует решения. Утолщена ли интима бедренной артерии этого пациента, так печально сидящего на краешке стула? Вполне может быть. Кто знает? Никто. Пока кожа пациента остается нетронутой, ничья голова не склонится над микроскопом и не исследует поперечные разрезы его сосудов.

Практики осуществления клинического атеросклероза и патологоанатомического атеросклероза *взаимоисключают* друг друга. Первая требует пациента, жалующегося на боль в ногах. А вторая требует поперечного разреза артерии, видимого под микроскопом. Эти крайности по меньшей мере несовместимы: их нельзя реализовать одновременно. Дело не в словах, которые сложно перевести с языка одного отделения на язык другого. Когда хирурги и патологоанатомы беседуют, они обычно понимают друг друга очень хорошо. Это и не вопрос разных точек зрения. Хирурги знают, как пользоваться микроскопом, а патологоанатомы научились разговаривать с живыми пациентами. Несовместимость — практический вопрос. Это вопрос отличия говорящих пациентов от ампутированных частей тела. Отличия разговора о боли от оценки размера клеток. Задавания вопросов от подготовки микроскопического препарата. В поликлинике и в патологоанатомическом отделении атеросклероз *делается* по-разному.

### *Обоснование или следование*

В отделении объектов от практик, в которых они осуществляются, есть определенная экономия. Когда хитросплетения осуществления заклю-

Социология Гофмана была задумана как дополнение к особому роду психологии. Не к статичной классификации характеров и не к некоторому варианту бихевиоризма, в котором есть место только для корреляций входа и выхода, а к динамической психологии, в которой в результате процесса развития взрослые имеют реальные самости в глубине души, за кулисами. В «Представлении себя другим в повседневной жизни» Гофман оставляет изучение закулисы в стороне как тему для психологического исследования. Объект же социологии определяется по-другому. Идентичность, которую *исполняют* (*perform*) люди, не находится в глубине — она *всего лишь* спектакль

(*performance*). Благодаря своей социологической подготовке, утверждал Гофман, он находился на достаточной дистанции, чтобы всегда видеть кулисы. Но актеры и обычные наблюдатели без социологической подготовки часто не замечают разрыв между спектаклем и реальностью. Они могут быть увлечены игрой. По словам Гофмана, «на одном полюсе исполнитель может быть полностью захвачен собственной игрой и искренне убежден, что впечатление о реальности, которое он создает, это и есть самая доподлинная действительность. Когда его аудитория тоже убеждена в правдивости разыгрываемого спектакля (а это, по видимому, типичный случай), тогда, по

ченны в скобки, тело учреждается как нечто независимое. Реальность сама по себе. Она одна и самодостаточна. Благодаря этому можно связывать боль, артикулируемую в кабинете врача, с утолщенной интимой, видимой под микроскопом. Это возможно. Забудьте об «артикулируемой в кабинете врача» и «видимой под микроскопом» и притворитесь, будто у обеих практик один общий объект. Их *референт* — одна болезнь, пребывающая *внутри* тела. В артериях его ног, если быть точной. Она проявляется в симптомах и жалобах пациента на них. И она открывается, когда сосуды наконец помещены под микроскоп.

Это случается часто: практические аспекты осуществления заключаются в скобки. Атеросклероз рассматривается как одна болезнь. Боль пациента считается одним из проявляющихся *симптомов*, а утолщенные стенки сосудов — *реальностью*, лежащей в основе этой болезни. Эта слоистая картинка превращает патологическую анатомию в ключевую дисциплину, ведь именно она открывает фундаментальную реальность болезни. По этой самой причине многие исследователи называют патологическую анатомию *основанием* современной медицины. Некоторые просто утверждают это. Другие видят в этом повод для критики: что это за медицина, которая хочет лечить живых пациентов, но опирается на знание о мертвых телах?

Однако если не заключать в скобки конкретные детали осуществления реальности, то картина радикально меняется. Если не оставаться в границах тела, а следовать за разнообразными практиками, в ко-

крайней мере на какое-то время, только социолог или лицо социально недовольное будут иметь некоторые сомнения насчет «реальности» представляемого. На другом полюсе мы обнаружим, что исполнитель может быть совсем не захвачен собственной рутиной. Такая возможность допустима, потому что никто не в состоянии быть столь же совершенным наблюдателем и видеть действие насквозь так, как лицо, которое ставит его» (Goffman [1959] 1971, 28; Гофман 2000, 49 — перевод изменен). Но, несмотря на то, что психологическая «реальность» идентичности на сцене может быть поставлена под сомнение (социологом, социально недовольным лицом и чело-

веком, который ее исполняет), социальные последствия публично демонстрируемой роли впечатляют. Идентичность, которую люди исполняют на публике, на сцене — это то, на что реагируют другие и, таким образом, то, что социально действенно. Поэтому она важный объект изучения социологии.

Опять же, устаревший текст, на который я здесь ссылаюсь, впоследствии был заслонен многими другими текстами, написанными как Гофманом, так и другими авторами, которые рассказывают более или менее разные истории об идентичности и/или спектакле. Вместо того чтобы детально раскапывать эту историю здесь, я сделаю боль-

торых осуществляется атеросклероз в разных местах больницы, то топография отношения между патологической анатомией и клиникой предстает совершенно другой. В больничной практике утолщенные стенки сосудов *не обуславливают* анги, которые болят. Напротив, они появляются *после* анги. И, более того, так бывает лишь в случае меньшей части пациентов. На практике, утолщенные стенки сосудов обнаруживаются только у тех пациентов, которым ампутировали анги, или у тех, кто был прооперирован и маленькие кусочки тел которых были отправлены наверх на пятый этаж в крыло D, чтобы оказаться под микроскопом. На практике, если патологическая анатомия и имеет отношение к атеросклерозу, то не в качестве основания, а как объяснение задним числом.

*Ординатор-патологоанатом несет на стол ампутированную ступню с голенью, которую только что достал из холодильника. Он измеряет длину анги: двадцать восемь сантиметров. Записывает. Затем берет из выдвижного ящика анатомический скальпель. Отрезает два маленьких кусочка ткани с плоскости резекции, помещает их в пластиковые контейнеры и нумерует. Номера он записывает в свой блокнот прямо под схематическим рисунком, на котором стрелками обозначено, откуда каждый из образцов взят. То же самое он делает с несколькими кусочками анги. Затем начинает искать артерии. Теперь, когда они не пульсируют, их непросто найти. Наконец, ему это удается. Он отрезает по несколько кусочков от каждого сосуда и*

шой прыжок (через множество ее хитросплетений) к двум текстам, написанным несколько десятилетий спустя. Один из них ясно выражает идею о том, что где-то «между», по пути, занавес исчезает. Другой текст расширяет исследование исполнений, добавляя к человеческим идентичностям разнообразные гетерогенные сущности.

Где-то между пятидесятыми и восьмидесятыми годами XX века психология утратила власть изучать подлинную реальность индивидов. В социологии, наблюдающей за тем, что делают индивиды публично, *на сцене*, больше не считается, что есть нечто глубинное, что она упускает. В терминах театральной метафоры можно ска-

зать, что теперь есть *только* сцены. Занавес и гримерные исчезли. Социологи принимают социальную реальность такой, какая она есть. «Всего лишь» исчезло из [идеи] спектакля. «Мой аргумент состоит в том, что нет необходимости в „деятеле, стоящим за действием“». „Деятель“ по-разному конструируется в действии и посредством действия», — пишет Джудит Батлер в рамках обсуждения делания гендерной идентичности (Butler 1990, 142). Исчезла оппозиция между поверхностным явлением и глубинной реальностью, а идентичности людей не предшествуют их исполнениям, но конституируются внутри и посредством них. Идентичность зависит от того, что про-



тоже помещает в контейнеры. В контейнерах есть отверстия. Они погружаются в небольшую емкость с жидкостью, которая будет предохранять их от разложения. На следующий день лаборанты сделают из заготовленных кусочков препараты для микроскопа. А через несколько дней мы с ординатором склонимся над микроскопом и будем рассматривать артерии с поразительно толстыми внутренними стенками: атеросклероз. Кроме того, мы обследуем клетки на плоскости резекции. Выглядят они хорошо: не омертвевшие. А вот клетки кожи действительно обнаруживают признаки долгого и сильного недостатка кислорода. Ординатор записывает это и передает свои записи куратору.

В случаях ампутации последнее слово за патологической анатомией. Пока пациент восстанавливается на больничной койке и учится жить с частью ноги, патологоанатомы определяют, была ли оправдана операция и правильно ли она была выполнена. Более того, они могут выносить заключения о стенках маленьких кусочков артерий, которые вырезают из плохо работающей системы кровообращения при менее радикальных операциях. Патологоанатомы могут судить о любых артериях, если только они больше не функционируют и кровь по ним не течет. Но патологоанатомы никогда не задаются вопросом «что делать?», который направляет осуществление атеросклероза в клинике. В повседневной больничной работе с пациентами с атеросклерозом патологическая анатомия не является основанием, потому что не мо-

исходит на сцене, но тогда психология или стирается, или превращается в еще один раздел социологии.

Батлер интересуется конкретный вид идентичности — *гендер*. Превратить его в тему социологического исследования — значит вытеснить другую традицию, претендующую на знание о нем: психоанализ. Согласно психоаналитическим историям, на ранних стадиях жизни людей их идентичности еще не закреплены и могут принимать разные формы. Но где-то к четырем годам каждый становится или женщиной, или мужчиной. Именно это положение оспаривает Батлер. «То, что обозначается как идентичность, не обозначается в конкретный момент време-

ни, после которого просто остается в наличии в качестве инертного фрагмента объективно существующего языка» (Butler 1990, 144). Идентичность не дается, а практикуется, утверждает Батлер. *Повсеместные и обыденные* действия, в которых создается идентичность, делают людей теми, кто они есть. Эти действия заслуживают того, чтобы их рассматривали всерьез как в их неуступчивости, так и в их изменчивости.

Но как изучать действия, в которых люди *делают* свои самости? Как исследователю не пойти на поводу у буквальной реальности происходящего, если он больше не организует сцену как в театре, с закулисами, а как бы

жет обосновывать действие. Какой бы фундаментальной ни была ее истина, патологическая анатомия не в состоянии узнать то, что хотят знать сосудистые хирурги, когда принимают решения о лечении. Стоит ли оперировать вот этого пациента, и если да, то где и как? У патологической анатомии нет ответов на эти вопросы.

*Ординатора из патологоанатомического отделения это расстраивает. Он ожидал, что его специализация будет фундаментальной и потому даст ему полное знание и общее представление. Но часто она не помогает ответить даже на простые вопросы. Вот как он говорит об этом: «Я никогда не смогу правильно диагностировать состояние артерии. Никогда. Даже будь у меня весь сосуд, да еще и в живом пациенте, — это, конечно, вздор. Но я не смог бы сделать это даже на трупе. Ради чего вы хотите знать? Вы хотите узнать расположение и степень стеноза. Это означает, что вам придется вырезать кусочек артерии для препарата почти через каждые три сантиметра. Или, может, пять. Только представьте: по всей длине голени, бедра, аорты. Сколько это препаратов? Представьте, как я вырезаю все эти образцы. Как лаборанты нарезают их пластинами, раскрашивают, делают препараты. А потом мне пришлось бы тщательно оценить их, один за другим. Сказать, что стенка толстая, было бы недостаточно. Насколько она толстая? Сколько осталось от исходного просвета? Мне пришлось бы принять в расчет, что я смотрю на просвет протока, который больше не функционирует. Это заняло бы целую вечность. Отняло бы массу времени, так что слишком уж дорого.*

снимает документальный фильм с помощью ручной камерой, которую можно носить с собой где угодно? Гофман мог полагаться на свою исследовательскую дистанцию, когда изучал спектакли, — дистанцию, позволявшую ему держать в уме кулисы. Но что есть у Баглер столько лет спустя? Трение. Различия. Противоречия. «Предписание быть данным гендером производит неизбежные сбои, разнообразные противоречивые конфигурации, которые в своем многообразии нарушают это предписание и не повинуются ему» (Butler 1990, 145). Конфликты и трансгрессии делают видимыми расходящиеся правила и предписания. Так как *деление* женщины в классной комнате

отличается от такового в супермаркете, так как *исполнение* мужчины в постели отличается от такового на рабочем совещании, можно изучать, что значит исполнять этот, тот или другой гендер. Вместо дистанции здесь и сейчас именно контраст дает возможность быть хорошим наблюдателем.

Можно изучать человеческих субъектов следующим образом: исследуя исполнения их расходящихся идентичностей в разных местах и ситуациях. Но как быть с сущностями природного мира, с объектами? Изучение гендерной идентичности в терминах исполнения начинается с развенчания важности некоторых природных объектов. Например, вагины. Этот орган сам по

*А поскольку здесь повсюду артефакты смерти, это еще и не точно. Это невозможно сделать».*

На практике разные способы осуществления атеросклероза не ладят между собой. Ногу не вскрывают, чтобы выяснить, плохи ли артерии, так как изъятие кусочка артерии с диагностической целью было бы таким же значительным вмешательством, как и терапевтическое. Более того, биопсия только маленького кусочка артерии, не покажет, где она в плохом состоянии: в паху, в колене, в лодыжке? Мысленный эксперимент ординатора, в котором ему для диагностики дан весь сосуд, показывает, что даже если бы это невозможное условие его работы было исполнено, он был бы не особенно полезен для сосудистых хирургов. Даже тогда он не собрал бы ту информацию, которую хотят получить лечащие хирурги в дополнение к своей клинической диагностике: расположение и количественную оценку атеросклероза пациента.

В процессе диагностики атеросклероза знание, на котором может быть основано действие, не приходит из патологоанатомического отделения. Это не случайное разделение задач. Требуемое знание просто не может быть собрано методами патологической анатомии. А клиника? В больничной практике клинический способ осуществления атеросклероза важнее. Это вовсе не означает, что клиника, в свою очередь, служит основанием. Здесь подходит другой термин. Осуществляемая в клинике реальность появляется прежде всех остальных

себе уже не превращает кого-либо в женщину. Требуется гораздо большее, чтобы *сделать* женскость: особые манеры речи, типы походки, одевания, обращения. Женский способ кричать, быть в гневе, улыбаться, есть, утешать, любить. Если гендер — это не нечто фиксированное и физическое, а тягучее и исполняемое, то половых органов недостаточно, чтобы его маркировать.

Однако исполнение идентичностей — это и не вопрос идей и воображаемого, свободных от материальности. В него вовлечено множество *вещей*. Черные галстуки и желтые платья. Сумки и очки. Туфли, письменные столы, стулья и бритвы. И среди сценическо-

го реквизита — физическое тело. Вагине или пенису нет нужды определять гендерную идентичность изнутри, чтобы быть значимыми для исполнения кого-либо в качестве женщины или мужчины. Степень их важности зависит от сцены. На улицах никому не нужен пенис, чтобы исполнять маскулинность. Но в общих душевых плавательного бассейна он очень помогает. Итак, вот они, гениталии — на сцене.

Но где они в литературе? Не в книге Батлер. Она — философ, утверждающая, что важно изучать повсеместные и обыденные действия, посредством которых исполняется гендерная идентичность. Но сама Батлер не занимается таким исследованием. Им занимают-

реальностей. Она начало и условие всего остального. Это становится особенно заметно, когда пациенты не соблюдают неписанные правила разговора врач-пациент, когда они ожидают, что их жалобы и переживания, их истории не имеют никакого значения для врача.

*Я сижу с ангиологом, врачом, специализирующимся на сосудистых заболеваниях. Все утро он осматривает пациентов с хромотой, а также пациентов, у которых не атеросклероз, а другие сосудистые проблемы. Кроме того, есть пациенты, которым врач общей практики не смог поставить диагноз. Скорее всего, у них проблемы с внутренними органами, но какие? Это делает вопросы беседы более открытыми, чем обычно в клиниках сосудистой хирургии. Не «болят ли у вас ноги?», а «чем я могу вам помочь?». Или «на что вы жалуетесь?». Миссис Венгар пришла сюда в первый раз, по ней видно, что она страдает. Ангиолог отрывает взгляд от бумаг и смотрит на нее: «Итак, что вас беспокоит?» Миссис Венгар медленно качает головой, а затем говорит: «Я не знаю, доктор, не знаю, что именно меня беспокоит. Потому-то я и пришла. Потому что не знаю».*

Подобный ответ оставляет врача в поликлинике ни с чем. У него такое бывало раньше. Затруднительная ситуация. Он должен разговаривать с ней. Врач не может рассчитывать, что угадает, с чего начать диагностическую работу, без какого-то значимого ответа на свои вопросы.

есть другие. К примеру, Штефан Хиршауэр. Как социолог он изучал исполнение гендерной идентичности (Hirschauer 1993). В частности, этнографически исследовал немецкую программу реабилитации транссексуалов. Транссексуальность, как утверждает Хиршауэр (вслед за Гарфинкелем), может многое рассказать социологу о том, что значит исполнять гендер, так как транссексуалы переходят с одной стороны разделения на другую. Что вовлечено в этот переход? Закон, рынок труда, семейные отношения. И, конечно, тело. Тело изменяется и не может не изменяться индивидом, который обладает (или стремится обладать) «другим» гендером, — гендером, не означаемым ее/его ге-

ниталиями. Длина волос, длина шага, манера сидеть — все это адаптируется к изменению.

Значит, транссексуальное тело — это часть постановки новой гендерной идентичности. С этой целью оно изменяется, но не только транссексуалами, но и профессиональными врачами. Хиршауэр в подробностях изучает это медицинское изменение. Оно начинается после того, как психиатр принял заявление индивида о его намерении обрести «другую» гендерную принадлежность. Сперва проводится диагностика этого «ложного» тела как эндокринологически нормального, чтобы прописать ему гормоны, которые снова сделают его насколько это возможно нор-

Есть области медицины, где клиника не играет ведущей роли. В случае рака микроскопические изображения патологоанатомов, если только они доступны, скорее всего, перевесят клинические истории. Биопсия берется из легких, печени, грудных желез и многих других органов для внимательного изучения маленьких кусочков тканей под микроскопом. Патологоанатом ставит диагноз. В некоторых случаях диагнозы ставятся даже до того, как у пациентов появятся жалобы, о которых они могли бы рассказать. В Нидерландах и некоторых других странах женщинам определенных возрастов предлагается сделать тест Папаниколау, чтобы выявить рак шейки матки на ранних стадиях. Таким образом, в случае рака патологическая анатомия имеет первостепенное значение.

Однако в обширных областях медицины и уж точно в больничной работе с атеросклерозом артерий нижних конечностей ее позиция не так сильна. Напротив, реальность поликлиники здесь первична. Это не значит, что история пациента всегда принимается за чистую монету. Но это, без сомнения, предполагает, что история пациента является основанием для запуска или исключения дальнейших шагов в диагностике и терапии атеросклероза.

*Сосудистый хирург говорит мистеру Зендеру, мужчине чуть за сорок: «Расскажите, что у вас за работа?» Мистер Зендер говорит название работы, которое я никогда прежде не слышала. Как и хирург, поскольку он говорит: «Что ж, я не знаю, что это такое, но, пожалуй-*

мальным, но на этот раз — согласно другим нормам. Затем тело оперируется: его гениталии героически высекаются заново. Вагина превращается в пенис или наоборот. Без этих физических вмешательств транссексуалы, по их словам, испытывают сложности в исполнении другого гендера. Им нужно тело «правильного» пола, чтобы быть способными обладать непротиворечивой идентичностью. Таким образом, тела не противостоят социальным исполнениям, а являются их частью. Спектакли не только социальные, но и материальные. Вот они, объекты. Они принимают участие в том, как люди исполняют свои идентичности. Но коль скоро объекты на сцене, мы можем

изучать и их идентичности тоже. Это как раз то, что делает Хиршхауэр и что делаю я в этой книге: объекты здесь исследуются так, как если бы они были на сцене. Здесь исследуются идентичности, которыми может обладать объект, когда он инсценируется, исполняется, когда с ним так или иначе обращаются.

Вокруг термина *исполнение* в литературе было много дискуссий. Это термин, отсылающий не только к сцене, но и к успеху после трудной работы и практическим следствиям производимых слов. Я не хочу привносить эти отсылки сюда и не хочу обременять этот текст дискуссиями, в которых он не стремится участвовать. Но

ста, не надо объяснять, просто скажите: приходится ли вам много ходить?» — «Нет, — отвечает пациент, — в основном сижу. Но в последнее время из-за этой боли в ногах я часто ищу какой-нибудь предлог, лишь бы пройтись. Сходить на третий этаж. Как-то так». — «Ясно. А если сидите дома?» — «Видите ли, доктор, пока я чем-нибудь занимаюсь, все хорошо. Но вот, скажем, мы вымыли посуду, уложили детей спать и сели на диван перед телевизором. Вот тогда начинает болеть». Хирург приглашает мистера Зендера на диагностический стол и при этом говорит: «Мне просто нужно взглянуть, чтобы успокоить вас. Чтобы вы не говорили, что я даже не осмотрел вас. Я вот что вам скажу. У вас вполне может быть боль. Но с артериями ног проблемы нет».

В кабинете сосудистой хирургии в поликлинике это ясно и отчетливо. Эта история не об атеросклерозе. В тяжелых случаях пациенты с атеросклерозом могут чувствовать боль даже в состоянии покоя, но при ходьбе ноги болят еще сильнее. И если кто-то в состоянии покоя ищет повод размять ноющие ноги, то он может быть болен, но сосудистый хирург ему помочь не сможет. Хирург пожимает плечами, когда его спрашивают, что может быть причиной боли, говорит, что не знает, и отправляет пациента обратно к врачу общей практики. Только когда пациент высказывает жалобы, характерные для атеросклероза, сосудистые хирурги начинают физикальное обследование, ожидая найти ту болезнь, которую они предполагают.

если нет желания участвовать в спорах, полыхающих в литературе (не говоря уже о том, чтобы разжигать их), если нет желания быть перемолотым жерновами чужих проблем, то что можно сделать? Возможно, было бы полезно избегать этого громкого словечка. Поискать другой термин. Слово, до сих пор остающееся относительно невинным, отсылающее к меньшему количеству контекстов. Я нашла такое слово. И хотя раньше я использовала термин *исполнение*, в этом тексте на него наложен строгий запрет. Вместо него я использую другое слово — *осуществлять* (*elast*). Я не даю для него никаких отсылок именно потому, что хотела бы, чтобы его восприняли мак-

симально свежим взглядом. В практике объекты осуществляются.

Разговор об осуществлении объектов отталкивается от другого способа говорить об объектах, в котором важное место занимал термин *конструирование*. С конца семидесятых до конца девяностых годов XX века объекты тематизировались аналогично тому, как это делалось в психодинамических исследованиях субъектов. В течение этого периода широко применялся термин *конструирование*, и также часто встречался термин *создание* (*making*) (только два примера: «Конструирование генетических заболеваний» Эдварда Йоксена [Yoxen 1982] и «Псюхе, сома и социум: социальное конструирование

*Скобки*

Когда внимание сосредоточено на практических аспектах осуществления болезни, и они не заключаются в скобки, становится ясно, что патологическая анатомия не играет фундаментальной роли в диагностике пациентов с атеросклерозом артерий ног. Если она и играет роль, то только как объяснение задним числом. Продуманная клиническая беседа намного важнее: она играет ведущую роль. Что из этого следует? Можно придать этому «всего лишь прагматическое» значение. Можно вынести практические аспекты за скобки, допустить, что они существуют, даже уделить им внимание и все равно считать их чем-то вторичным. Чем-то, связанным с уровнем развития, границами возможности познания, но никак не реальностью тела. Рассуждающий таким образом скажет, что даже если патологическая анатомия не является фундаментом медицинской практики, причиной жалоб все же являются утолщенные стенки сосудов.

Вопрос: а являются ли они причиной? Будьте осторожны. Я не отвечаю на этот вопрос прямолинейным «да» или «нет». Ведь когда этнографы выходят за пределы различия болезнь/недуг, они могут говорить о телах, но не об изолированных телах. Поэтому я не буду здесь говорить об отношении, *внутри* тела связывающем стенки сосудов с жалобами. Я буду упрямо изучать «осуществляемую реальность» и подойду к этому вопросу опять же этнографически.

*Ординатор-патологоанатом передает свои записи куратору. «Я все проверил — говорит он, — клетки плоскости резекции в порядке, зна-*

психосоматических расстройств» Сесиль Хелман [Helman 1988]). Термин *конструирование* использовался, чтобы передать идею, что у предметов исследования нет постоянных и заданных идентичностей, что они постепенно создаются. В их неустойчивом детстве их идентичности обычно интенсивно оспариваются и изменяются, они открыты для трансформации. Но повзрослевшие, они начинают рассматриваться как стабилизированные.

Один из ключевых текстов (все на него ссылаются, могу сослаться и я) — «Лабораторная жизнь» (Latour and Woolgar 1979). Эта книга стремится отмежеваться от идеи, что реальность имеет фиксированные черты. «Научная ак-

тивность — не „о природе“, это жестокая схватка за то, чтобы *сконструировать* природу. Лаборатория — это рабочее место и множество производительных сил, которые делают конструирование возможным. Каждый раз, когда утверждение стабилизируется, оно заново вводится в лабораторию (в виде машины, устройства записи, навывка, рутинного порядка работы, пред-рассудка, дедукции, программы и так далее) и используется для усиления различия между утверждениями. Цена оспаривания такого овеществленного утверждения невероятно высока. Реальность выработана» (Latour and Woolgar 1979, 243). Прекрасный образ: как железы вырабатывают гормоны, так и

чит, ногу ампутировали достаточно высоко. Клетки кожи демонстрируют признаки долгого и сильного недостатка кислорода. Они в паршивом состоянии. И все мои поперечные разрезы показали очень больные сосуды. Интимы толстые, просвет едва есть». Куратор берет записи. Он хочет узнать некоторые подробности. Комментирует немного неверное использование технической терминологии. Затем говорит: «Хорошо. Лучше я последний раз гляну на ваши препараты и подпишу отчет. Хирурги могут радоваться. Их [работу] одобрили».

Патологическая анатомия может не быть основанием для всех медицинских действий, но в случаях, подобных этому, она выносит заключение о сделанном. Хирурги провели ампутацию, потому что пациент страдал от мучительной боли, даже находясь в состоянии покоя. Его кожа была в очень плохом состоянии, и не было никакой возможности улучшить его кровообращение. Ему отрезали голень. Благодаря этой особенности патологическая анатомия и практикуется. Она вступает в дело после клиники, но только вскоре после нее. Всего через несколько дней. Таким образом, их объекты можно сравнить. Боль в клинике и утолщение интимы в патологоанатомическом отделении соответствуют друг другу. Все они впечатляюще сильны. Оказывается, что атеросклероз присутствует в одном ровно настолько, насколько он присутствовал в другом. Объекты клиники и патологической анатомии *совпадают*.

лаборатории вырабатывает реальность. И все же в девяностые годы идея о том, что изменять идентичности объектов всегда дорого, стала сдавать свои позиции. В это время мы можем встретить высказывания, что «материя не так прочна и устойчива, как порой представляется. А если она сохраняет связность и прочность? Что ж, это потрясающее достижение» (Law and Mol 1995, 291).

(Но кто помещает в текст идею, чтобы затем снова извлечь ее, теперь уже в виде цитаты? Хм... я из тех авторов, кто так делает. Помогает ли цитирование собственных, написанных ранее работ расположить более поздний текст в определенном контексте, или

же ссылка на литературу имеет смысл только тогда, когда *литература* и *автор* — это две отдельные, разные, ограниченные и исключаящие друг друга сущности? Решать вам. Работает ли это здесь?)

В девяностые годы во множестве мест идея о том, что объекты не просто постепенно приобретают идентичность, которой потом обладают, была оттеснена или дополнена новой идеей, что поддержание идентичности объектов требует непрерывного усилия, что объекты с течением времени могут меняться. Если я утверждаю, что эта идея есть в *литературе*, почему бы не сослаться здесь на Харрис Кассинс? Она заставляет объекты танце-



Чтобы обнаружить, действительно ли объекты клиники и патологической анатомии совпадают, они должны быть соотнесены. Когда это происходит? Когда патологоанатомический и клинический атеросклерозы связываются? Они не связываются в процессе принятия решения о лечении пациента, который испытывает боль при ходьбе. Но связь можно установить, как только становится доступным фрагмент сосуда. Затем можно сделать поперечный разрез и спросить, настолько ли велика толщина стенки сосуда, насколько значительны жалобы, которые чуть раньше были высказаны в клинике. Может быть, так и есть. Объекты клиники и патологической анатомии могут совпадать. Впрочем, иногда этого не происходит.

*Патологоанатом: «Если вас так интересует атеросклероз, стоило прийти на прошлой неделе. К нам поступила пациентка, женщина лет семидесяти. У нее были проблемы с почками. Серьезные проблемы. Так вот, ее приняли. А на следующий день она умерла. Вот так, поступила и умерла. Нефрологи в ужасе, и семья, конечно, тоже. Нас попросили сделать вскрытие. Так у нее вся сосудистая система была атеросклерозом поражена. Одна из почечных артерий закупорена, другая — почти. Непонятно, как вообще у нее почки работали, откуда они брали кровь. И плюс-минус то же самое было в каждой обследованной артерии: все были кальцинированы. Сонные, коронарные, подвздошные артерии: все. Утолщенные интимы, маленькие просветы. И при всем при этом она никогда не жаловалась. Ничего. Ни грудной боли,*

и уже название ее работы достаточно красноречиво говорит о том, что я пытаюсь передать: непрекращающаяся «онтологическая хореография» (Cusins 1996). Настоящая книга — один из продуктов, симптомов или элементов процесса децентрации объекта (как называет это Джон Ло в: Law 2002). Она не просто наделяет объекты сопоставимой и случайной историей (эту историю они обрели не так давно вместе с представлением и историями о конструировании), но и дает им сложное настоящее, — настоящее, в котором их идентичности хрупки и могут различаться от места к месту. Она делает это, используя социологические и в частности этнографические методы

исследования. Описывая различные исполнения, или осуществления, идентичностей объектов на сцене.

Таким образом, был совершен замечательный сдвиг: способ работы социальных наук расширился и охватил физические аспекты, исследование которых до сих пор было прерогативой естественных наук. Граница между человеческими субъектами и природными объектами была прорвана, но не так, чтобы физика смогла захватить власть над миром или генетике позволили полностью нас объяснить. В ведущей здесь (серьезной) игре делается обратный ход: подобно (человеческим) субъектам, (природные) объекты рассматриваются как части про-

на хромоты — ничего. Мы позвонили ее врачу общей практики, просто чтобы проверить это. Он сказал, что она приходила к нему с кашлями и тому подобными мелочами. Высокое кровяное давление. Но не с теми жалобами, которые навели бы его на мысль об атеросклерозе».

Патологоанатом хорошо помнит эту пациентку, потому что его удивило ее состояние. Патологоанатомы ожидают, что плохие стенки сосудов это причина жалоб. Но по той или иной причине это ожидание не всегда подтверждается. Процитированный здесь патологоанатом справедливо считает этот случай феноменом, представляющим интерес для исследователя.

Если между атеросклерозом патологической анатомии и атеросклерозом клиники создано отношение, то на практике, их объекты могут совпасть. Но это не закон природы. Может случиться и так, что при вскрытии никогда не жаловавшегося пациента окажется, что он был тяжело болен атеросклерозом. В таком случае объекты, осуществленные в клинике и в патологоанатомическом отделении, не связываются. Они *конфликтуют*. Один атеросклероз тяжел, другой — нет. Один атеросклероз мог бы быть основанием для лечения, в то время как о другом никто никогда не беспокоился. В таких случаях объекты патологической анатомии и клиники не могут быть сторонами одной и той же сущности: у них просто не одна и та же природа. Это разные объекты.

исходящих событий и поставленных на сцене пьес. Объект реален именно потому, что является частью практики. Это реальность, которая *осуществляется*.

#### Субъекты/объекты 2

С тех пор, как социология изобрела «недуг» в качестве самостоятельного объекта исследования, она пыталась добавить знание о недугах, с которыми живут люди, к знанию о болезнях, которые свирепствуют в их телах. Философы обычно формулируют схожую проблему в терминах сознания и тела. Надежда возвращается. Следует уделять внимание и социопсихологическим субъектам, и природным объектам. Вот

цитата начала восьмидесятих годов: «Сейчас мы столкнулись с необходимостью и проблемой расширения подхода к болезни: нужно включить в него психосоциальное, не принося в жертву огромные преимущества биомедицинского подхода» (Engel 1981, 594).

Добавление защищается снова и снова: психосоциальные идеи должны быть добавлены к биомедицинским фактам. Но это не единственный способ принуждения медицины к преодолению своего пренебрежения к человеческой субъективности. Есть и другой способ. Мы находим его, например, в ответе Марка Салливана на вопрос, используемый им в качестве названия своей работы: «В каком смысле совре-

Будут искажаться объяснения. Может быть, пациентка страдала от боли, но никогда не говорила об этом? Может быть, она все время сидела и избегала ходьбы? Ее заболевание развивалось так медленно, что обмен веществ адаптировался к нему? Иногда различию между объектами патологической анатомии и клиники можно найти объяснение. Но даже если конфликтам между разными «атеросклерозами» можно найти объяснение, отделаться от них не получится. У конфликтов есть следствие. Неизбежно. Практическое следствие. Если два объекта под одним именем конфликтуют, то на практике одному из них будет отдано предпочтение.

*Сосудистый хирург: «Ох, нет. Нет, мы и не мечтаем об этом. Мы никогда не будем проверять все население подряд, чтобы найти все плохие артерии. Если мы сделаем это, а затем предложим операцию всем этим пациентам, это будет стоить целое состояние. И, что важнее, будет слишком много жертв. Если у людей есть серьезные жалобы, то можно улучшить их состояние. Если у них нет жалоб или их мало, то операция им ничего не даст. При этом они все равно рискуют. Иногда операция ухудшает состояние. Или приводит к летальному исходу. То есть мы не будем оперировать, если это не улучшает качество жизни».*

Если объект патологической анатомии конфликтует с объектом клиники, это плохо для утолщенных стенок сосудов, которые остаются невыявленными. В текущей практике лечения атеросклеротических ар-

менная медицина дуалистична?» (Sullivan 1986). Салливан утверждает, что вместо того, чтобы добавлять субъективность пациента к медицинским объектам, ее надо рассматривать совершенно иначе: как познающую инстанцию, как субъект познания. Современная медицина, по мнению Салливана, унаследовала свой дуализм не от Декарта, а от Биша. Биша стоял у истоков современной патологической анатомии. Его работа знаменует собой тот момент в начале XIX века, когда патология заняла основополагающее место в медицине, как говорит Салливан. Он отмечает, что «для Биша медицинский субъект и медицинский объект были не двумя разными субстанциями внут-

ри одного и того же индивида, а двумя разными индивидами: один живой, а другой мертвый. Познающий и познаваемое эпистемологически различаются как врач, занимающий позицию познающего, и пациент/труп в позиции познаваемого» (Sullivan 1986, 344).

Когда секционный зал превращается в место, где может быть высказана истина о болезнях, пациент лишается голоса. «Здесь из тела изъята деятельность по самоинтерпретации или самопознанию, а не ментальная субстанция. Тело, познаваемое и излечиваемое современной медициной, не дает о себе отчета» (Sullivan 1986, 344). Этот вердикт переносится из работ Биша на «современную медицину», по-

терий ног клинический способ работы выигрывает. В больнице Z никто не собирается выискивать всех людей в регионе, у которых могут быть толстые интимы и маленькие просветы и которых еще не лечили хирургически. Выявление атеросклероза артерий ног организовано в соответствии со стандартами клиники. Вы становитесь пациентом с сосудистым заболеванием, только когда приходите к врачу и говорите, что испытываете боль при ходьбе.

Таким образом, тот факт, что патологическая анатомия не является основанием всей медицинской практики и что клиника играет ведущую роль, когда дело касается диагноза и обнаружения этой болезни, не просто вопрос прагматики. На самом деле, он касается реальности. Он не делает жалобы *более реальными*, чем размер стенок сосудов. Но он превращает их в то, что *будет считаться реальностью* в конкретном месте. На этот раз не под микроскопом, а в организации системы медицинского обслуживания. *Под микроскопом* атеросклероз артерий ног может быть толстой интимой стенок сосудов. Однако *в организации системы медицинского обслуживания* это боль. Боль, которая является следствием ходьбы и изводит страдающих от нее пациентов настолько, чтобы заставить их пойти к врачу и спросить, что с этим можно сделать.

#### Какое место?

Если практические аспекты осуществления болезни заключены в скобки, то болезнь локализуется внутри тела. В ногах или в сердце. В аорте

сколько она все еще принадлежит эпистеме, модусу познания, возникшему вместе с рождением клиники. (Оставленное как есть, последнее предложение содержало бы неявную ссылку на литературу — на книгу, на которую, думаю, лучше сослаться явным образом. Это — книга, вдохновившая множество последующих исследований медицины, в том числе работу Салливана Речи идет о книге Мишеля Фуко «Рождение клиники» [Foucault 1973; Фуко 1998].) Салливан утверждает, что мы не покинули эпоху модерна. Все собираемое в больнице знание до сих пор относится к телу, в котором поверхностные симптомы указывают на лежащие в глубине тела отклонения в

тканях. Если врачи слышат жалобу в клинике, они стараются связать ее с отклонением, которое станет видимым в ходе обследования в отделении патологии. Это возможно, лишь когда тело является трупом, или, по крайней мере, когда сами ткани, вырезанные из живого тела, мертвы.

Таким образом, здесь мы имеем второй вариант субъект-объектного разделения: различие между познающими субъектами и познаваемыми объектами. И это разделение не параллельно первому. После рождения гуманитарных наук человеческие субъекты (тщательно отделенные от так называемых природных объектов или же нет) могут занимать две позиции по отношению

или в артериях ног. В паху или в районе колен. Анатомия помогает сказать, где сбой: это важный для разговора о телах топографический язык. Его используют не только в патологоанатомическом отделении при вскрытии тела, но и в кабинете врача. «Где болит?» — обычно спрашивают терапевты своих пациентов. Большинство пациентов, посещающих больницу Z, научились как-то отвечать на этот вопрос. Они показывают пальцем места, в которых болит. Врач может перевести такие ответы в анатомические термины и сделать запись в документах пациента: «нижняя часть брюшной полости, слева» или «область голени, сзади и справа».

Однако этнографу, который неотступно следит за практическими аспектами, нужен другой топографический язык. Или, может быть, несколько языков. Если реальность в разных местах осуществляется по-разному, то нельзя ответить на вопрос, где эти места, указывая пальцем на области тела. Практические аспекты медицины следует искать в других местах. Но в каких? Некоторые указания по этому поводу уже были сделаны выше. Я сказала, что проводила свои исследования в университетской больнице небольшого городка в Нидерландах, в больнице Z. Это конкретное место. Кроме того, я выделила и различила два места в этой больнице: патологоанатомическое отделение и поликлинику. Впрочем, атеросклероз осуществляется и в других местах, в пространствах других типов.

Мы увидели, что выявление атеросклероза происходит не через скрининг населения, а путем ожидания пациентов. Где это высказыва-

к знанию: позицию субъекта и позицию объекта. Как избежать этого деления? «Любая попытка исправить недостатки клинико-патологического подхода к пациентам должна стремиться не к некоей смутной интеграции сознания в медиализированное тело. Ей следует озаботиться возвратом в определение болезни способности пациентов к самопознанию и самоинтерпретации. Если кратко, то значение физической неспособности (*disability*) для пациента должно быть встроено в само ее определение как болезни» (Sullivan 1986, 346).

Это сложный момент. Когда критики (например, Салливан) снова и снова повторяют, что медицина заставляет

замолчать объекты своего познания, неважно, что должны сказать пациенты, многократно подтверждается в качестве факта. Тем самым факт укрепляется. Могут быть способы избегания и получше. (Здесь полезна еще одна ссылка на Фуко: он искусно приводил доводы в пользу некритических стратегий избегания господствующих способов мышления и сам их использовал. Возьмите, например, его утверждение, что критика «сексуального подавления» является не революционным актом, а просто еще одним выражением конфигурации сексуальности, с которой мы живем начиная с конца XIX века и в которой сексуальность — это укрощенное и одомашненное же-

ние имеет силу? В больнице Z, конечно, но и в Нидерландах в целом. И эта область даже еще шире. Эта политика ожидания характерна для выявления атеросклероза во всех западных странах. Или во всех странах, где практикуется космополитическая, аллопатическая медицина. Но в настолько обширной области обязательно могут найтись исключения. Так и есть. Исключения из только что сказанного есть даже в самой больнице Z.

*Этот терапевт работает в больнице Z четвертый год. Уже второе утро я сижу на маленьком табурете позади него. «Ох, ну вот», — вздыхает он, когда один пациент только ушел, и он видит документы следующего. Он объясняет мне свой вздох: «Следующий человек перешел ко мне от моего предшественника. Это совершенно здоровый, но слегка нервный клерк лет пятидесяти. Хочет, чтобы я его наизнанку вывернул, проверяя. Особенно он боится атеросклероза. Не думаю, что у него можно найти что-нибудь, требующее каких-либо мер. Если бы у него развивался атеросклероз, то все, что я мог бы сделать, это посоветовать много двигаться, заниматься спортом, разумно питаться и воздерживаться от курения. Но я могу ему это сказать и до того, как проведу кучу исследований. И все равно я делаю то, что он хочет. Я пытался поговорить с ним об этом и в прошлый, и в позапрошлый раз. Я сдался. Можно сделать некоторые исследования, если ему это надо, чтобы чувствовать себя в безопасности».*

ление, как если бы оно была диким животным [Foucault 1981; Фуко 1996].) Тогда хорошим способом избежать медицины, основанной на патологии, было бы сомнение в том, действительно ли в практическом плане медицина основана на патологии. Это предполагает, что вместо критики фундаментальной роли патологии мы ставим вопросы об этой роли, ставим ее под сомнение. Что мы не следуем за прописанными в учебниках версиями медицинского знания, но, напротив, анализируем то, что происходит в медицинских практиках. Салливан пытается оспорить определение болезни Биша, добавляя познающих пациентов к познаваемым телам. Я же предпочитаю оспаривать опре-

деления Биша, ставя под сомнение сопровождающие их допущения об отношении между знанием и практикой. Сохраняет ли патология свою фундаментальную роль, если мы больше не исследуем медицину, как если бы существовали познающие субъекты и объекты, подлежащие познанию?

Я говорю о Салливане, чтобы показать, что я делаю в отношении литературы, когда изучаю место патологии в диагностике атеросклероза и противопоставляю ее [патологию] тому, что говорится и делается в поликлинике. Я стараюсь выяснить, действительно ли пациенты лишены голоса, а патология фундаментальна. И вместо того, чтобы исследовать эти темы, выпрашивая,

В этом случае человек, у которого совсем нет жалоб, будет подвергнут диагностическим исследованиям. Среди них не будет патолого-анатомического обследования стенок его сосудов, тем не менее клиника здесь тоже не играет ведущей роли. У «пациента», который вот-вот войдет в кабинет врача, нет жалоб. Его ноги не болят при ходьбе. Значит, область, где клиника играет ведущую роль в выявлении и диагностике атеросклероза, неопределенна. Это очень большое место. Область распространения «аллопатической медицины» огромна. Но даже в больнице Z довольно легко найти исключения.

В этой книге я не говорю о «западной медицине» в целом и не выдвигаю никаких тезисов о других крупных регионах, потому что тогда пришлось бы иметь дело со слишком большим количеством исключений. И все же истории, которые я здесь рассказываю, не только о том, что происходит в больнице Z. С некоторыми изменениями, смещениями акцента и частными поправками, в какой-то степени они могли бы быть рассказаны кем-то другим, в какое-то другое время и о многих других больницах: больницах в Нидерландах (в историях, которые я здесь рассказала, много специфически голландского), а также где угодно, где есть больницы. Поэтому область, в которой мои истории имеют силу, больше, чем место, в котором они разворачиваются. Но она также меньше. Если бы я слегка изменила свою этнографическую оптику или сместила свой взгляд чуть в сторону, то рассказала бы дру-

что знают врачи или что происходит с самопознанием пациента, я проанализировала знание, воплощенное в практиках. Это воплощенное в практиках знание сосредоточено не только в субъектах, но и в зданиях, скальпелях, красителях, рабочих столах, а также в таких технологиях как карта больного. Об этом нам рассказывает в своей статье Дэвид Армстронг, прекрасно показывая, как материальная организация медицинской практики формирует реальность болезни. Армстронг утверждает, что патология больше не является основополагающей для медицины, так как болезнь уже не проецируется на различные слои тела (симптомы на поверхности и поражение тканей

внутри). Болезнь стала процессом во времени. «До появления записей и карт больного каждый пациент, каждый „контакт“ были уникальными событиями. „Истории прошлого“ могли звучать во время консультации, а врач, конечно, мог запоминать значимые прошлые случаи, но прошлое и настоящее все же были разными сферами опыта. Однако с появлением карты больного, отмечавшей временные отношения между событиями, время стало связным. Клинические проблемы размещались не только в конкретном и непосредственном очаге поражения, но и в биографии пациента, в которой прошлое формировало и пронизывало настоящее» (Armstrong 1988, 217).

гие истории. Другими были бы конкретные детали. Однако кое-что не изменилось бы при этом: сосуществование разных способов реализовывать отдельно взятую болезнь: сосуществование разных осуществимых болезней. Тот факт, что есть множественность, остается неизменным в любом месте и при любом масштабе.

Атеросклероз, осуществляемый в поликлинике, отличается от толстой стенки сосуда, которую можно изучать при помощи микроскопа. Но у поликлиники нет никакого естественного единства. Она приобретает единство, будучи *противопоставлена* патологической анатомии. Если же присмотреться к ней, то она окажется полной контрастов, которые, в свою очередь, можно выделить для дальнейшего исследования. Клиника — это не единое пространство.

*Сосудистый хирург: «Некоторые из историй, рассказываемых пациентами, такие типичные, что думаю, теперь вы и сами их сразу узнаете. Но всегда важно провести и физикальное обследование. У боли может быть много причин. Пациент даже может пересказывать историю, которую услышал на вечеринке или по телевизору. Так что я осторожно проверяю пульсации в сосудах. Осматриваю кожу. И обычно по итогам беседы я знаю, что найду. И все же бывает так, что история звучит впечатляюще, а ноги совершенно теплые и артерии в ступнях пульсируют отменно. Мне это не нравится. Я предпочитаю складную, непротиворечивую клиническую картину».*

Врачи не любят, когда результат беседы не совпадает с результатом физикального обследования. Но иногда так происходит. Это показы-

Армстронг представляет это как историческую последовательность, в которой одна конфигурация следует за другой. Но это не совсем то, к чему я стремлюсь хотя бы потому, что патология не исчезла. Она каким-то образом сосуществует с медицинской картой. Интересный момент в том, что Армстронг упоминает карту, что он считает ее важной и хочет узнать, что подобные технологии могут сделать с проживаемой реальностью болезни. В статье Армстронга знание не находится в умах. Вместо этого тексты ак-

тивно вовлечены в осуществление реальности. Записи, здания, скальпели. Но почему бы тогда и не трупы тоже?

Труп лежит на металлическом столе в секционном зале отделения патологии. Его собираются вскрыть. Но каким бы безмолвным труп ни был, он активен. Он сообщает, что оборвалась чья-то жизнь. Он рассказывает о смерти, а в сегодняшней больнице это означает, что он свидетельствует о неудавшемся лечении. Так, когда патологоанатом берет острый скальпель и начинает делать надрез, труп осуще-



вает, что сама клиника, противопоставленная мной патологической анатомии, не однородна. Клиника не осуществляет один объект. Их два. Два объекта. Один осуществляется через разговор, другой — через обследование при помощи рук. Различие между ними может не привлекать внимания до тех пор, пока осуществляемые ими объекты совпадают, но как только они начинают противоречить друг другу, становится очевидным, что клиника — это два места. Беседа и физикальное обследование.

Два? Нет, каждое из этих мест, в свою очередь, можно поделить на места поменьше. И так далее. В литературе часто описывалось разнообразие сценариев разговора между врачами и пациентами. Социологи написали об этом целые тома. Итак, давайте обратимся к другому месту, физикальному обследованию.

*Понаблюдав за несколькими хирургами за работой, я просмотрела свои записи, чтобы резюмировать «физикальное обследование». Но это невозможно было сделать. Разумеется, были какие-то жесты, общие для всех этих врачей. Все они прощупывали биения пульса и мерили температуру каждой ступни. Но если один всегда ненадолго поднимает каждую ногу, чтобы проверить, насколько хорошо артерии адаптируются к этому, то другой никогда этого не делает, а третий делает это только в некоторых случаях.*

Всмотритесь в детали любого места и это немедленно превратит его во множество мест. Этнограф, подсчитывающая способы осуществления атеросклероза, подсчитывающая осуществляемые атеросклерозы, не

свояет лечащих врачей как потерпевших неудачу, как разочарованных, но также и как разочаровывающих. Как столкнувшихся со своими пределами. Выражаясь фигурально, можно сказать, что труп *знает*: лечение врачей провалилось. Я не буду применять здесь такие фигуры речи. Не к познающим трупам. Но и не к познающим врачам, не к познающим пациентам. Я утверждаю: в обоих случаях это «фигура речи». И это может быть хорошей методологической стратегией: изъять у врачей и пациентов субъективность, кото-

рой мы не хотим наделять трупы, чтобы вместо этого анализировать воплощенное знание.

Это может быть выходом из дихотомии между познающим субъектом и познаваемыми объектами: широко распространить деятельность познания. Распространить ее на столы, скальпели, записи, микроскопы, здания и другие вещи или привычки, в которых она воплощена. Вместо разговора о субъектах, *познающих* объекты, следующим шагом мы переходим к разговору об *осуществлении* реальности в практике.

обнаружит бесконечного числа вариантов по той простой причине, что в одной больнице происходит конечное количество событий; впрочем, намного раньше у нее закончится время, отведенное на исследование. Но, пока этот предел не достигнут, различение может продолжаться и продолжаться. Мой тезис не в том, что атеросклерозов два, пять или семьдесят, а в том, что есть множественность. Что до тех пор, пока практические аспекты осуществления болезни остаются не заключенными в скобки, варианты «атеросклероза» множатся.

*Локальные идентичности*

Социальная наука, которую мобилизует и стремится развить эта книга, не является «социальной» в привычном смысле этого слова. Здесь не рассказывается о людях и об отношениях между ними или об институтах и о том, как они функционируют, или об обществе, или о чем бы то ни было, порождающем социальный порядок. Вместо этого в ней рассказывается история о практиках. О событиях. Кто-то, может быть, не назовет это историей, поскольку в ней нет никакого планомерно развивающегося повествования. Вместо него я предлагаю вам зарисовки отдельных сцен. Моментальные снимки. Они сопоставляются друг с другом при помощи уточнения или противопоставления. В этих зарисовках важные роли играют как слова, так и вещи, как глаза, так и руки, как организационные особенности, так и технологии. Все вместе эти разнородные составляющие позволяют мне говорить об *атеросклерозе*. Не о социальных причинах и последствиях заболевания и не о том, как пациенты, доктора или кто бы то ни было еще воспринимают его. Но о самом атеросклерозе. О том, *что он есть*.

Те, кто прошли долгий и трудный путь, очерчивая автономное пространство социальных наук в противовес естественным наукам, могут отпрянуть, встретив в тексте выражения вроде «атеросклероз есть...». Или же прийти в ярость. С их точки зрения, такие выражения означают, что территория, которую они с таким трудом завоевывали, была оставлена. Для них это неосторожное «есть» может означать, будто введенное с таким трудом предостережение — что нельзя непроблематично отсылать к объектам-там-вовне, но следует обращать внимание на само действие референции — наивно отброшено. Однако после перехода от эпистемологического понимания реальности к праксиографическому способ говорить о том, *что есть* атеросклероз, не совсем тот же, что был раньше. В процессе этого перехода значение слова «есть» изменилось. Очень сильно. Вот что предполагает это изменение: новое «есть» всегда ситуативно. Оно не говорит о том, что такое атеросклероз по своей природе всегда и везде. Оно не говорит, что он

такое в себе и сам по себе, поскольку ничто не может «быть» в одиночестве. *Быть* — значит *быть связанным*. Новый способ говорить о том, что есть, не заключает в скобки практические аспекты, участвующие в осуществлении реальности. Он актуализирует их.

Таким образом, атеросклероз *есть* патологическое изменение провета сосуда и утолщение его стенки — в патологоанатомическом отделе, под микроскопом, когда фрагмент артерии вырезали из тела, нарезали слоями, окрасили и поместили на предметное стекло, чтобы оценить качество проведенной операции. Но в поликлинике, когда перед хирургами встает вопрос «что делать?», атеросклероз *есть* что-то еще. Это боль, которая возникает после определенного объема физической нагрузки, боль при ходьбе. Это плохо снабжаемая кислородом кожа ноги или даже обеих ног и плохое бие пульса в тыльной артерии стопы. Праксиографическое «есть» не универсально, оно локально. Оно нуждается в пространственном определении. По правилам этого онтологического жанра предложение о том, что есть атеросклероз, должно дополняться другим, сообщающим, где он есть.

Таким образом, усилия, потраченные социальными учеными на то, чтобы подчеркнуть значимость деятельности репрезентации, не были напрасными. Вместо этого их вобрал в себя более обширный проект: предстоит проделать еще много работы хотя бы потому, что *осуществление* не сводится к одному только выстраиванию правильных референций. Осуществление атеросклероза как увеличенной интимы сосуда включает в себя изобразительное искусство создания рисунков и записи вещей, искусство фотографирования и печати. Но оно *также* включает в себя формальдегид, красящие жидкости, скальпели, препараты, микроскопы. А если говорить об осуществлении атеросклероза

#### *Система или эпистема*

Социальная теория часто задавала этот вопрос: как упорядочивается общество? Как оно удерживает связность (*hangs together*), формирует целое? Испытания, которые изучал Гофман, удерживали связность. Они разворачивали предшествовавшие им паттерны. «Предустановленный образец действия, который раскрывается в ходе какого-нибудь исполнения и который может быть исполнен или сыгран и в других случаях, можно обозначить терминами „партия“ или „рутина“» (Goff-

man [1959] 1971, 27; Гофман 2000, 47–48). Эти партии и рутины состыковались с тем, что Парсонс называл *ролями*. Он выделял множество ролей, каждая из которых сама по себе обладала связностью. Все вместе они гарантировали связность социальной системы. *Социальная система*. Сам термин воплощает собой конкретный ответ на вопрос о том, как общество избегает распада: оно сохраняет связность в качестве системы. В этом отношении оно такое же, как тело. Или, точнее, как тело в представлении современников

за в поликлинике в качестве ограниченной дистанции ходьбы, то оно включает в себя записи в документах пациента: «Сообщил, что дистанция безболевого ходьбы: 150 метров». Но в него также входит то, как врач смотрит (или не смотрит) в глаза пациентам во время консультации, и то, как пациенты пытаются оценить расстояние, которое они проходят от дома до парка. Быть значит не просто быть репрезентированным или познанным, но еще и осуществляться каким бы то ни было способом.

Используемое здесь слово «есть» — локализованный термин. Онтология в медицинской практике привязана к конкретному месту и ситуации. В одном больничном здании *существует* много разных атеросклерозов. Однако же оно не поделено на изолированные друг от друга секторы. Разные формы познания не разделены на закрытые друг от друга парадигмы. Это одно из великих чудес больничной жизни: в больнице есть разные атеросклерозы, но, несмотря на различия между собой, они связаны. Осуществленного атеросклероза больше одного, но меньше, чем много. *Множественное тело* не фрагментировано. Даже если оно множественно, оно также удерживает связность. Поэтому следует спросить, как это достигается. Как соотносятся разные атеросклерозы, осуществляемые в больнице? Как они сочетаются, соединяются, сходятся друг с другом? В этой главе я обращусь к вопросу о том, как множественное тело сохраняет связность и демонстрирует разные *формы координации*.

### *Побеждает одна реальность*

У объектов локальные идентичности. Но разные части больницы, в которых я изучала атеросклероз, не отделены друг от друга полностью:

Парсонса. Когда Парсонс пытается объяснить, что такое *система*, он ссылается на физиологов конца сороковых и начала пятидесятих годов XX века, участвовавших в создании кибернетики, с целью объяснить, как тело удерживает связность.

Но похоже ли общество на тело? В ту же самую эпоху эта идея подвергалась серьезной критике. Кангилем был среди тех, кто сформулировал различие между ними. Нормы, которые устанавливают порядок в организме, как он писал, являются задан-

ными. Общество же должно активно искать регулятивные нормы и устанавливать их. Вот как об этом говорит сам Кангилем: «Во всяком случае, тот факт, что одна из задач всей социальной организации состоит в сообщении самой себе своих возможных целей... ясно дает понять, что у нее, строго говоря, нет никакой внутренней завершенности. В случае общества регуляция есть потребность в поиске его органа и выработке норм его существования» (Canguilhem, G. [1966] 1991). Но хотя современное общество и не яв-

голень, вскрываемую в патологоанатомическом отделении, приносит туда специальный посыльный, который проходит весь путь из операционной. Еще он приносит с собой небольшую бумажку, на которой записано «клиническое состояние» пациента до операции. После патологоанатомического исследования его результаты возвращаются к лечащему хирургу в другой форме. Всевозможные документы об одном пациенте объединяются в одно [медицинское] дело. Краткие отчеты о заболевании и лечении превращают атеросклероз конкретного пациента в единичный объект. То же самое делают медицинские направления. Вот одно из них — врачу общей практики; в нем сообщается о пациенте, которому поставили диагноз, приняли в больницу на лечение, прооперировали и выписали.

*Ваш пациент Д. Зестра*

*дата рождения: 13-04-1921*

*адрес: Улица 30, Смолтаун*

*больничный номер: 2.892.130*

*Дорогой коллега,*

*Пациент был госпитализирован в отделение сосудистой хирургии, корпус хирургии, блок С-4, восточное крыло, академическая больница Z.*

*Данные о госпитализации*

*Поступил: 01-08-1992*

*Выписан: 08-08-1992*

*Причина поступления: терапевтическое вмешательство*

*Диагноз при госпитализации: стеноз общей бедренной артерии слева с перемежающейся хромотой*

*Повторная госпитализация: не планируется*

ляется телом, Кангилем считает, что оно подражает телам. Тела сохраняют свою целостность, придерживаясь норм, отделяющих порядок от хаоса, жизнь от смерти. Эти нормы различны; в больном организме они устанавливаются на другом уровне, чем в здоровом. Но если никакие нормы не поддерживаются вовсе, организм дезорганизуется. Он все еще подчиняется законам физики и химии, но в биологическом отношении впадает в хаос. И тогда умирает.

Отношение между обществом и те-

лом — это отношение подражания, но нормы — это не единственный способ организовать общество; согласно Кангилему, нормативный способ упорядочивания является историческим изобретением. Те, кто изобрел его, не назвали нормы своим изобретением, но утверждали, что обнаружили их как позитивные факты в самом обществе: «Между 1759 годом, когда появилось слово „нормальный“, и 1834 годом, когда появилось слово „нормализованный“, нормативный класс выиграл борьбу за право определять — пре-

Анамнез: усиливающаяся перемежающаяся хромота с дистанцией ходьбы 250 метров, при которой усиливается боль в задней части левой голени. Боли в состоянии покоя не было. Кардиологическая история чистая за исключением гипертонии.

История:

1981: бифуркационное шунтирование и ампутация пятого пальца левой ноги.

1988: бедренно-подколенное шунтирование с использованием аутогенной большой подкожной вены на правой и левой ногах.

1992: преходящая слепота с инфарктом в лобно-теменной области вследствие гиперлипидемии.

Физикальное обследование: бедренная артерия слева пальпировалась. Дистальнее пульсаций не было. В правой ноге пульсации пальпировались везде, включая ступню. В левой ноге капилляры медленнее наполнялись кровью, чем в правой.

Дополнительные диагностические обследования: лодыжечно-плечевой индекс слева 0.6, справа 1.

Дуплексное сканирование: стеноз более 50 % в общей бедренной артерии левой ноги.

Операция: (02-08-92) эндартерэктомия в левой общей бедренной артерии

Дальнейшее развитие: постоперационных осложнений нет. Пациент быстро начал двигаться. Лодыжечно-плечевой индекс справа 1, слева 0.9. Выписан в хорошем общем состоянии.

Синописис:

Основной диагноз: стеноз в левой общей бедренной артерии

Дополнительный диагноз: нет

Лечение: эндартерэктомия общей бедренной артерии

красный пример идеологической иллюзии — функционирование социальных норм, содержание которых он определял через то, как сам использовал их» (Canguilhem, G. [1966] 1991, 246). Эта идея была развита в работе Мишеля Фуко. «Нормальное становится принципом принуждения в обучении с введением стандартизированного образования и возникновением „нормальных школ“. Оно становится таковым в попытке организовать национальный медицинский цех и больничную систему, руководствующие общими нор-

мами здоровья. Оно проникает в стандартизацию промышленных процессов и изделий. Подобно надзору и вместе с ним нормализация становится одним из главных инструментов власти в конце классического века» (Foucault 1979, 184; Фуко 1999, 269).

У Парсонса была теория о том, как врачи участвуют в поддержании функционирования общественной системы. Согласно ей, частью роли больного является поиск медицинской помощи. Затем доктора либо санкционируют заболевание и соответствующее ему

Осложнения: нет

Выписать: домой

Последующий контроль: поликлиника больницы Z

С уважением,

Д-р Т. Ф. Й. Ксандерс, хирург

А. Й. Йилстра, хирург-ординатор

От какого заболевания страдал этот пациент? В письме упоминаются несколько диагностических техник, каждая из которых давала ответ на этот вопрос: анамнез, физикальное обследование, измерение давления и дуплексная доплерография. В совокупности они поддерживают единый диагноз. У этого пациента, свидетельствуют они, стеноз общей бедренной артерии левой ноги. Как на практике происходит это удивительное объединение столь разных диагностических свидетельств в единый диагноз?

Давайте вернемся по пути пациента к тому моменту, когда до подготовки документов на выписку еще далеко. Решение о том, как лечить пациента и нужно ли его госпитализировать, еще только предстоит принять. Начнем отсюда. Мы снова в поликлинике. Сосудистый хирург принимает нового пациента. Хирург вписал дистанцию безболезненной ходьбы и результаты физикального обследования в дело, лежащее на его столе. И то, и другое выглядит серьезно. *Клинический диагноз* положительный (положительный — заболевание есть, отрицательный — заболевание не обнаружено). Пациент пожаловался на боль при ходьбе, а хирург в нескольких артериях нащупал плохое биение пульса. Теперь, как принято в больнице Z, в дело включается другая техни-

поведение своих пациентов, либо отправляют их обратно работать. Именно так врачи осуществляют *социальный контроль*. Они защищают общественную систему от индивидов, которые могут захотеть вкусить роскошь освобождения от своих общественных обязательств под предлогом неспособности их исполнять. Фукианский концепт *нормализации* тоже подчеркивает, что здравоохранение важно для поддержания социального порядка. Но врачи в представлении Фуко не осуществляют контроль. Они не обязывают людей

ни оставаться в постели и выздоравливать, ни вставать и снова принимать за работу. Вместо этого они устанавливают стандарты нормальности. Они формулируют, что значит быть нормальным и нормально себя вести. Они также могут активно вмешиваться, чтобы приводить [пациентов] к норме. Но в отличие от судей врачи не наказывают тех, кто не соответствует этим нормам. Нормальность — это не закон. Те, кто не способен соответствовать стандартам нормальности, *ненормальные*, маргинализируются и вытесняют-



ка диагностики. Хирург звонит, чтобы проверить, свободна ли лаборатория сосудистой диагностики, пишет записку лаборантке с просьбой проверить лодыжечно-плечевой индекс на обеих ногах, передает эту записку пациенту и говорит ему: «После обследования вернитесь сюда, пожалуйста». Если мы последуем за этим пациентом, то столкнемся с еще одним методом диагностики и описания сосудистого заболевания. Измерение давления.

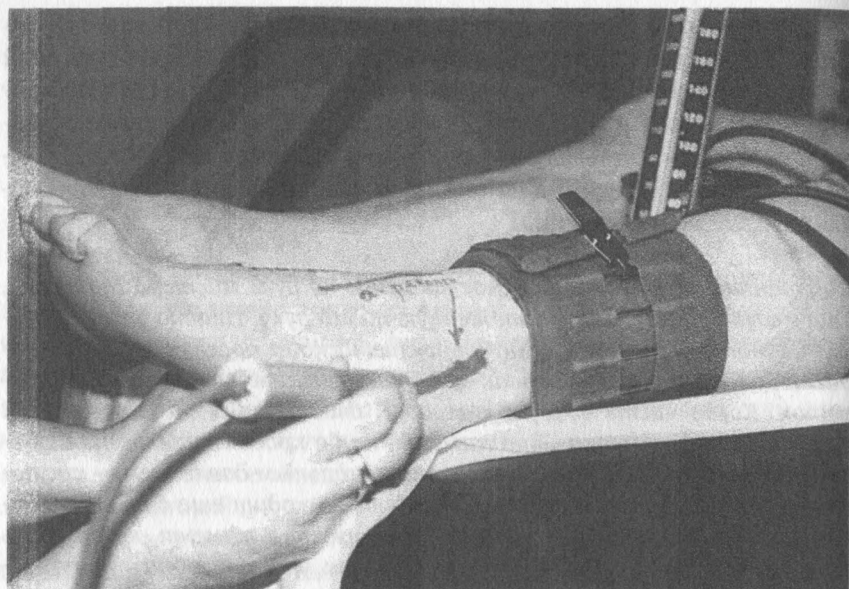
*Лаборантка измеряет кровяное давление на руке мистера Мандерса. Она надувает манжету, наложенную на его руку. Плавно спуская воздух из манжеты, она при помощи стетоскопа прослушивает артерию в области локтевой ямки. Накачанная манжета прерывает кровоток. Когда часть воздуха выходит, становится слышимым звук турбулентного потока. Это момент, когда кровь способна пробиться мимо манжеты, она обладает максимальным давлением — систолическим давлением. Затем из манжеты выходит еще больше воздуха, и тогда звук снова исчезает. Он исчезает в момент, когда кровь начинает течь без ограничения, так как уже способна противостоять давлению манжеты на всем протяжении сердечного цикла. В этот второй момент фиксируется диастолическое кровяное давление. Лаборантка записывает на бумажке оба значения — и большее, и меньшее.*

*На лодыжку мистера Мандерса она надевает манжету побольше. В случае лодыжки стетоскоп не годится. Вместо этого используют маленький доплеровский датчик. Он испускает ультразвук и принимает обратно его отражения. Если ультразвук отражается объектом, удаляющимся от датчика, то при отражении он будет иметь длину волны больше, чем при испускании — и наоборот. Это и есть*

ся на границы общества. Они оказываются в тех местах, где большинство быть не хочет, в местах, из которых они постараются сбежать. Таким образом, «нормальность» оказывается чем-то, к чему люди стремятся сами, а не чем-то, что, подобно правилу, навязывается им сверху.

Создавая свою социальную теорию, Фуко не вступал в полемику с Парсонсом и другими теоретиками систем. Вместо этого он пытался подчеркнуть — как и Парсонс, но без ссылок на него, — что медицина жизненно

важна для общества. Это особого рода социальная власть. «Через дисциплины проявляется власть Нормы. Является ли она новым законом современного общества? Лучше сказать, что начиная с XVIII века эта власть соединилась с прочими властями — Закона, Слова и Текста, Традиции, — навязывая им новые разграничения» (Foucault 1979, 184; Фуко 1999, 269). Устанавливая власть нормы, медицина становится важнейшей дисциплиной, поскольку медицинское знание оказывается посредником между порядком тела и



It is important to note that the patient's arm is resting on a surface, and the medical professional is using a device with a probe to interact with the skin on the forearm. A dark, wide strap is wrapped around the upper arm. A vertical scale or ruler is visible in the background, showing measurements in centimeters.

The patient's arm is resting on a surface, and the medical professional is using a device with a probe to interact with the skin on the forearm. A dark, wide strap is wrapped around the upper arm. A vertical scale or ruler is visible in the background, showing measurements in centimeters.

The patient's arm is resting on a surface, and the medical professional is using a device with a probe to interact with the skin on the forearm. A dark, wide strap is wrapped around the upper arm. A vertical scale or ruler is visible in the background, showing measurements in centimeters.

*эффект Доплера. Доплеровский аппарат (к которому подключается датчик) делает слышимой разницу между испущенной и принятой волнами. Лаборантка перемещает датчик, пока не находит артерию. Можно услышать, когда это произойдет, поскольку в этот момент кровоток отражает ультразвук. «Фшу-шух, фшу-шух, фшу-шух», — слышим мы. Когда манжета накачана, звук исчезает. Он снова вернется, как только систолическое кровяное давление сможет противостоять давлению манжеты. Движение. Поток. Фшу-шух, фшу-шух.*

Если в лодыжке давление ниже, чем в руках, значит, где-то по пути давление падает. Подобно дистанции безболевого ходьбы в клинике и утолщению стенки сосуда в патологоанатомическом отделении, падение давления, устанавливаемое в лаборатории сосудистой диагностики, является показателем степени тяжести атеросклероза у пациента. В больнице Z падение давления выражается индексом: давление в лодыжке, поделенное на давление в руке. Значение индекса, равное 0,9, считается пороговым; меньшие значения считаются патологическими.

Есть история, объясняющая, как боль при ходьбе и снижение давления удерживают свою связность внутри тела. Участвует в ней и утолщенная интима. Вот как это происходит. Когда утолщенная интима сужает просвет сосуда, сопротивление току крови увеличивается. Это приводит к падению давления. Низкого кровяного давления в нижних конечностях недостаточно, чтобы снабжать ткани достаточным количеством крови. Когда мышцы работают, запас кислорода сокращается. Поэтому мышцы сжигают содержащиеся в них сахара без кислорода и производят молочную кислоту. Это болезненно. Убедительная история. Но верна ли она? Что ж, верна при условии, что разные

порядком общества. Именно внутри медицинского знания проводится различие между нормальной и девиантной личностью. Именно внутри медицинского знания в том виде, который оно приняло в начале XIX века, «болезнь» тематизируется не как вид, обитающий в организме, но как ненормальное состояние самого этого организма. С этого времени медицина начала устанавливать стандарты, которым современные люди захотели соответствовать. Таким образом, это именно медицина позволила обществу подражать орга-

низмам. И само медицинское знание тоже удерживает связность. Оно формирует эпистему: логически связный корпус знаний.

Этот корпус знаний не возникает в изолированном мире науки, чтобы затем проникнуть в общество. Новое знание — это не продукт высоколобых интеллектуалов. Оно возникает, когда научная работа продлевается в новых социоматериальных условиях. Фуко приписывает инновационную силу новой организации французской системы здравоохранения в начале XIX ве-

осуществляемые атеросклерозы одного пациента обладают примерно одинаковой степенью тяжести. Но все-таки давайте будем более точными. Мы не можем ничего знать о том, как выглядят артерии мистера Мандерса в поперечном разрезе. Но вот его жалобы и снижение давления исследовать можно. Когда результаты этих двух методов диагностики совпадают, они совместно осуществляют один объект. Атеросклероз мистера Мандерса.

*Завершив обследование, лаборантка берет форму. Она просит у мистера Мандерса его больничную пластиковую карточку. С помощью устройства, прокатывающегося по карточке так, что буквы оставляют метки, она вносит идентификационную информацию о мистере Мандерсе в форму. Затем лаборантка записывает в соответствующие поля формы результаты своих измерений. Она старается не допускать ошибок. Поэтому она переспрашивает у пациента: «У вас проблема с левой ногой, верно, мистер Мандерс?» Мистер Мандерс кивает и говорит, что, да, дело в левой ноге. И добавляет с улыбкой: «Ну, тогда я и сам мог бы быть врачом по сосудам. Я ведь чувствовал, что проблема в левой ноге». Лаборантка не впечатлена: «Конечно, вы способны это чувствовать. Ну, а я измеряю то, что вы чувствуете».*

С точки зрения мистера Мандерса, манжеты, стетоскоп и доплеровский аппарат с его странными звуками, меняющими тональность с каждым ударом сердца, — все это весьма впечатляющие технологии. Он наблюдает за работой лаборантки так же внимательно, как и я. Если докторам, чтобы что-то узнать о его болезни, нужны результаты всей этой работы и оборудования, то мистер Мандерс может гордиться

ка. Она приводит к рождению клиник. Именно благодаря возникшей в то время особой организации больниц стало возможным и обоснованным вскрытие трупов ради поиска болезни внутри них. Говоря о новой организации больниц, Фуко отмечает: «Так случилось, что именно на основе этого третичного пространственного распределения весь медицинский опыт был низложен и заново определен в соответствии с наиболее конкретными восприятиями, новыми измерениями и новыми основаниями» (Foucault 1973, p. 16; Фуко 1998,

42 — перевод изменен). Медицинское знание, даже само медицинское восприятие в своем происхождении так же социально, как и в производимых им эффектах. И в равной степени оно материально: его дискурс структурирует здания, инструменты, жесты. Он проводит различия между нормальными и больными организмами и тем самым связывает целостность тела и социальный порядок.

*Ассоциации и умножение*

С тех пор идея о том, что медицина —

собой. Примерно так он шутит. Ему-то не нужно никакого оборудования, чтобы иметь доступ к артериям своих ног. Он может их чувствовать.

Как бы то ни было, лаборантка не видит ничего особенного в способности мистера Мандерса ощущать то, что она измеряет. Жалобы просто коррелируют со снижением давления, потому что и то, и другое — признаки одного заболевания, спрятанного глубоко внутри тела; он его ощущает, она его измеряет. Внутри тела одно вызывает другое. Поэтому их корреляция самоочевидна. Но так ли это? Жалобы и снижение давления совпадают часто, но не всегда. Вот вторая сцена.

*Неделю спустя я провела еще один день с той же лаборанткой. Пациент, назовем его мистер Сомерс, лежит на диагностическом столе. Манжету снова накачивают и медленно спускают. Стетоскоп опять используют, чтобы услышать звук турбулентного потока в артериях руки, а доплеровский аппарат — чтобы зафиксировать скорость потока в лодыжке. Лаборантка записывает числа. Производит вычисления. А вот и лодыжечно-плечевой индекс. Он в нормальном диапазоне.*

*«Ничего не нахожу. Вообще ничего», — говорит лаборантка пациенту тоном, который должен его приободрить. Но у нее не получается. «Это очень странно, — отвечает мистер Сомерс, — ведь я что-то же чувствую. Когда хожу, сильно болит». Лаборантка пожимает плечами: «Ну, у вас все в порядке». Мистер Сомерс не сдается: «Но это странно. Вы уверены? Конечно, это всего лишь ощущения, но это мои ощущения». Его голос выражает недоверие. Разочарование. Лаборантка отвечает тоном, не терпящим возражений: «Тогда вам лучше обсудить это с вашим врачом, все, что вы там чувствуете».*

это не просто личное дело врача и пациента, не покидает научную литературу. Общим местом, чем-то, что все мы знаем, трюизмом, стало положение о том, что медицина является абсолютно социальным предприятием, а знание и власть, наука и общество переплетены. Что знание материально. Однако по другим пунктам Фуко подвергся критике. Критиковали его уверенность в том, что медицина имеет консолидирующую власть, его положение о том, что общество подражает организмам и тем самым удерживает

связность в рамках единой эпистемы. Сегодня мы не верим в связный набор норм, навязывающий единый порядок. Но как мы утратили эту веру?

Существуют разные пути, ведущие прочь от Фуко. Первый уходит от него через признание дистанции между связностью *структур* и их способностью себя навязывать. «Мы в Париже все еще верим в структуры, поскольку стараемся не испытывать их надежность» (Latour 1988, 178; Латур 2015, 241 — перевод изменен). Латур утверждает, что как только структуры

Вся самоочевидность исчезла. Когда ощущения пациента и результаты измерения его давления противоречат друг другу, они перестают быть признаками одного объекта. История, связывающая друг с другом боль и давление, разваливается. Что делать?

В этот момент можно поддержать единство объекта, но тогда необходимо отказаться от одного из означающих. И пациент, и лаборантка пытаются сделать именно это. Мистер Сомерс спрашивает, не могут ли измерения быть ошибочными, поскольку он убежден в реальности своей боли. Лаборантка встает на сторону «своих» показателей давления: она понижает статус ощущений мистера Сомерса до «все, что вы там чувствуете» и с радостью перекладывает на врача ответственность разбираться с ощущениями пациента. Что должен сделать врач? Расходящиеся означающие не могут иметь единый объект в качестве своего источника. Но в форме, которую пациент несет из лаборатории сосудистой диагностики обратно в поликлинику, имя «Сомерс» напечатано так же четко, как на его амбулаторной карте. Разве одному имени не должно соответствовать одно и то же связное тело?

Чтобы добиться такой связности, можно выстроить иерархию между расходящимися измерениями. Так часто делается. В случаях, когда два факта противоречат друг другу, одному из них можно придать большее значение, чем другому. В случае с жалобами в клинике и измерением давления иерархия с лабораторией на вершине будет выглядеть следующим образом. Если у мистера Сомерса есть жалобы на самочувствие, но его показатели давления в норме, то проблема у него есть, но она не связана с сосудами. Вопрос об источнике его боли придется поставить снова. Вот что сосудистый хирург скажет пациенту: «Жалею, мистер Сомерс, но я ничем не могу вам помочь. Я не со-

подвергнутся серьезному исследованию, они рухнут. И какой бы влиятельной ни была (медицинская) наука, у нее нет достаточной власти, чтобы навязывать свой порядок обществу. Отстаивая этот тезис, Латур как раз приводит пример того, как научная дисциплина смогла изменить общество: пример *пастеризации* Франции. Но она произошла не потому, что Пастер навязал один единый порядок всем остальным, кто занимал пассивную позицию. Латур превращает всех, вовлеченных в это изменение, в активные

сущности, а его любимым термином для описания пастеризации Франции становится слово «ассоциация».

Практики вакцинации, разработанные в лаборатории Пастера на улице Ульм в Париже, распространились по французским фермам довольно быстро. Но это произошло не благодаря их силе или научности. Скорее, сам Пастер, перемещаясь между фермой и лабораторией, убедил всех, кого это касалось, что фермеры смогут выиграть от союза с лабораторией. Любой, кто привьет коров пастеровской вакциной,

мневаюсь, что вам очень больно, но я занимаюсь только чистой сосу-  
дов от бляшек, а ваши сосуды чистить не надо». Далее в Нидерландах  
хирург должен направить мистера Сомерса назад к его врачу общей  
практики.

Иерархия между субъективными «жалобами» и объективирующими  
«лабораторными результатами» институализируется уже в самом ру-  
тинном распорядке, согласно которому всех пациентов с клиническим  
заболеванием направляют в лабораторию перед тем, как назначить им  
лечение. И все же иерархия не является жесткой. Есть и другие спосо-  
бы установления связности. Иногда на вершине иерархии оказывается  
клиника. Измерениям давления не всегда «верят».

*Хирург рассказывает об измерении давления: «Слепо верить измерениям дав-  
ления нельзя. Есть самые разные исключения. Например, у пациентов с диа-  
бетом артерии иногда могут быть настолько обызвествлены, что их слож-  
но сдавить манжетой. Хороший лаборант будет иметь это в виду. Но неко-  
торые лаборанты, естественно, не обращают на это внимания и измеряют  
давление, выводя какие-то невероятные показатели, не имеющие никакого  
смысла. И тогда, если лечащий хирург увидит эти показатели и не задума-  
ется, то ошибочно решит, что у пациента нет проблемы с сосудами. При  
этом его сосуды напрочь обызвествлены, а некоторые легко могут быть за-  
купорены».*

Иногда клиника побеждает. От лабораторных измерений отказы-  
ваются. И вот как их можно отбросить: *обратить внимание на практи-  
ческие аспекты измерения. Перестать скрывать действия по сбору  
данных о теле и включить их в историю об этом теле. Показать, что*

защитит их от сибирской язвы. Это за-  
ставило фермеров стремиться связать  
себя с лабораторией Пастера. Но не  
все были заинтересованы в этом так  
же, как и фермеры, а у нового научно-  
го дискурса не было достаточной си-  
лы, чтобы навязать себя незаинтере-  
сованным. Врачи частной практики, на-  
пример, не получили бы ничего, если бы  
последовали за Пастером. Они и не по-  
следовали, предпочитая сохранять кон-  
фиденциальность в отношениях со сво-  
ими пациентами и отказываясь говорить  
посторонним, кого вакцинировать. Да-

же когда первые сыворотки были соз-  
даны, врачи не прописывали их, по-  
скольку в таком случае были бы вы-  
нуждены перенаправить своих паци-  
ентов к другим медикам. Частные врачи  
«поверили» в сыворотки только тогда,  
когда лаборатория Пастера стала по-  
ставлять их на рынок, и они смогли  
свободно использовать их в своих соб-  
ственных кабинетах, когда сами счи-  
тали это нужным.

Так что у «науки» нет силы, чтобы  
себя навязать. Если она распространя-  
ется, то это происходит благодаря ак-

могло пойти не так: например, сказав, что одной из особенностей успешного измерения давления является сдавливание артерии при наложении манжеты. Если артерии пациента слишком обездвижены, чтобы их можно было достаточно сжать, то измерение давления теряет свою значимость. Это можно заметить, только если не поддаваться чарам чисел, выдаваемых машинами, а быть готовыми сделать шаг назад и подумать, как эти числа были произведены.

Таким образом, объект, сохраняющий свою связность внутри тела, обычно учреждается при помощи заключения в скобки практических аспектов измерения, но иногда это уже не работает. Впрочем, несвязность часто может удерживаться под контролем при помощи внимания к этим самым практическим аспектам. Ранее они тщательно скрывались, теперь же они снова оказываются в фокусе внимания. Если так можно объяснить разрывы, то единичность тела и его болезней сохраняется. Не доверяйте обследованиям, учат врачи своих студентов, они могут обмануть вас. Изучите, что именно в них делается. Познакомьтесь с их техническими аспектами и знайте, когда доверять им, а когда отбрасывать. Это касается всех обследований. Результат любого обследования может быть отброшен. Разоблачен.

*Два хирурга-ординатора пришли пораньше на еженедельную конференцию, на которой обсуждаются сложные случаи сосудистых заболеваний. Один обращается к другому и показывает небольшой клочок бумаги: «Вот, посмотри-ка на это. Видел показатели давления у мистера Ильяза? Невероятно. Глазам своим не верю. Судя по этим цифрам у него вообще едва ли осталась кровь в ногах. А он приехал в поликлинику один, на мотоцикле. Сказал, что немного заболело. Не ве-*

герам за пределами лаборатории, которые вступают в ассоциацию с ней. Но акторы могут выбирать из того, что им предлагают, и принимать то или это. Их не ошарашивешь грандиозной структурой или целостной эпистемой. Вместо этого Латур говорит о *цепочках ассоциаций*. Эти цепочки формируют сети. Они могут быть длинными или короткими, сильными или слабыми. Вопрос об их связности — вопрос материальный и практический, а не логический. Сила зависит от того, что поддерживает ассоциации. Она определяется тем,

что должно быть сделано, чтобы разорвать их и фрагментировать. «Устойчивость союза обнаруживается в количестве акторов, которых нужно привлечь, чтобы его разрушить» (Latour 1988, 206; Латур 2015, 249 — перевод изменен).

Латур развенчивает силу логической согласованности, утверждая, что мир удерживает связность благодаря практическим ассоциациям. В момент рождения новой конфигурации неясно, насколько далеко эти ассоциации смогут распространиться. В отличие от



рю в это. Немного заболело. По одним только этим показателям я бы сказал, что пациент у нас ходить не может. Только корчится от боли».

Здесь клинический диагноз ставится под сомнение на основе чисел из лаборатории. Конечно, в поликлинике мистеру Ильязу диагностировали возможное заболевание артерий ног, потому его прежде всего и отправили в лабораторию сосудистой диагностики. Но клиническая картина не была тяжелой. Мистер Ильяз все еще мог ходить и ездить на своем мотоцикле. Он пожаловался на боль, а не на агонию. Показатели его давления, однако, свидетельствует об очень тяжелой степени атеросклероза.

Несвязность довольно значительна и требует объяснения. Каким оно может быть?

*Остальные врачи друг за другом входят в конференц-зал. Старший врач присоединился к ординаторам. «Да, это и правда нечто, — кивает он, — но у нас уже были подобные случаи. Возможно, таким людям становилось хуже очень постепенно. При этом их мышечный метаболизм изменялся. Если времени достаточно, то организм может хорошо адаптироваться. И еще. Давайте посмотрим, что это за пациент. У него есть диабет? Это тоже стоит иметь в виду. Если у него развилась невропатия, то он, может быть, вообще больше не чувствует боль. Бывает, что вы можете воткнуть такому иглу в ступню, а он и бровью не поведет».*

Важную роль в осуществлении клинического диагноза играет способность пациента испытывать боль. Пациент может не чувствовать

эпистем сети открыты. Элементы внутри сети могут соединяться с другими элементами за пределами сети. Но такие внешние связи не отличаются от внутренних. Все это ассоциации. Каждая новая и успешная ассоциация делает сеть больше. Но, как бы велика ни была разница между связностью в цепи и логической связностью, уже сам разговор об «ассоциациях» производит гомогенизирующий эффект. Ассоциация либо создается, либо нет. Элемент либо внутри, либо вне сети. Координация либо происходит, либо нет.

Тут нет никаких разнообразных форм координации.

Второй путь отхода от Фуко отличается от первого как раз в этом пункте. Он умножает. Вместо описания единого связанного дискурса или прослеживания единой большой сети случайных ассоциаций он различает много... *Много чего?* В литературе есть разные ответы на этот вопрос. Сосуществуют множество разных способов умножения. Однако возникает еще одна сложность: несмотря на то, что некоторые из тех, кто умножает, идут *вслед за Фуко* в том

боль, если его движения замедлились, а мышцы адаптировались к низкому уровню кислорода. А еще пациент может не чувствовать боль, если нервная система в плохом состоянии из-за давнего диабета. Ограниченная способность чувствовать боль может объяснить расхождение между клиническим заключением и измерением давления. Но возможны и другие объяснения этого разрыва. Клинический диагноз в конечном счете зависит не только от тела пациента, но и от разговора с ним. А его довольно-таки сложно провести хорошо.

*После собрания студент спрашивает ординатора, который дежурил в поликлинике: «А этот мистер Ильяз хорошо говорит по-голландски или вы общались через переводчика?» Ординатор вздыхает: «Да, я тоже об этом подумал, может быть, он не смог выразить свои жалобы. У него плохой голландский. Ну, у меня было не так много времени. Вы правы, если бы кто-то переводил, мы могли бы лучше справиться с такими случаями. Постараюсь поговорить с ним как следует, как только госпитализируем его. Попросим кого-нибудь из его родственников помочь. Или, в самом деле, переводчика».*

Предполагается, что лабораторные результаты и клинический диагноз должны сойтись. Но иногда этого не происходит. Тогда чтобы все же свести их, требуется некоторая работа по согласованию. Задать несколько вопросов. Не были ли артерии слишком жесткими, чтобы их можно было сдавить манжетой? Не наступала ли нехватка кислорода так медленно, что мышцы успели адаптироваться к ней? Не были ли нервы пациента в плохом состоянии? Был ли язык, на котором говорили во время приема, удобен и врачу, и пациенту или только один из

смысле, что они умножают то, что все еще можно назвать дискурсом, остальные следуют совершенно другим традициям. Интеллектуальная история не похожа на единое древо с бесконечно делящимися ветвями. Скорее, в ней существуют частичные совпадения, резонансы, общие темы и пересечения между традициями, которые могут быть совершенно чуждыми друг другу в иных отношениях.

Так как же ссылаться на эти широко распространенные и одинаково важные тексты? Я составлю здесь список.

Список множителей.

1. Есть те, кто говорят о *социальных мирах*. Социальные миры — это группы людей, которые имеют общие восприятия и способы говорения о них. Они сходятся в своих интерпретациях и приписывают схожие значения событиям, с которыми сталкиваются. Хирурги и социальные работники могут принадлежать к разным социальным мирам. Или простые люди и профессионалы. Или ученые и врачи (Strauss, 1978).

2. Другие различают *версии* мира. Как и социальные миры, версии, буду-

них владел им свободно? Объяснение противоречия между двумя диагнозами можно найти в особенностях практических аспектов осуществления болезни. Один из диагнозов побеждает. Другой отбрасывает. Так единичный пациент получает единичный атеросклероз.

### *Составная картина*

Всегда ли у пациентов один атеросклероз? Всегда ли за именами индивидов стоят связанные тела? Нет. Все сложнее. Когда разные обследования дают разные результаты, необязательно отбрасывать одно из них. Можно также понять объекты двух разных методов как и в самом деле разные объекты. При таком подходе и *боль при ходьбе*, и *падение давления* — это проблемы, мучающие пациента. Проблемы, связанные между собой, но не всегда линейно. Вполне самостоятельные проблемы.

Интригующий пример такой ситуации я нашла в статье, сообщаемой об эффектах лечения артериального заболевания. В ней сравниваются эффекты двух методов лечения. Первый — чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика (ЧТКА), суть которой в том, что в сосуд вводится баллон, затем его надувают, чтобы расширить просвет. Второй метод представляет собой упражнение. Об этих двух методах мы поговорим в следующих главах. Сейчас же важно только то, что согласно этому исследованию каждый из них оказался эффективным. Но эффекты у них разные.

*«В ходе проспективного рандомизированного исследования Кризи с соавторами сравнили результаты чрескожной транслюминальной ангиопластики (ЧТКА) и упражнения в лечении перемежающейся хромоты. У пациентов, лечившихся при помощи ЧТКА, был зафиксиро-*

чи способами интерпретации, по своей природе зависят от точки зрения, но они не совпадают в точности с группами людей. Отдельный человек может быть и физиком, и музыкантом и поэтому может быть вовлеченным поочередно в способы создания мира в физике и музыки (Goodman 1978; Гудмен 2001).

3. Индивиды в равной мере не совпадают и со следующим множителем: с *фреймом*. Люди могут следовать разным фреймам в зависимости от особенностей ситуации. В социальной ме-

дицине, например, можно различить два фрейма. Есть клинический фрейм, связность которому придает задача «помощи людям», и есть фрейм администрирования, определяемый задачей проведения различия между «объективно больными» и остальными людьми. Они предполагают разные способы интерпретации, но также и разные способы действия: задавание вопросов, заполнение документов, проведение физикального осмотра (Dodier 1994).

4. И, наконец, есть *модусы упорядочивания*. Эти модусы не сосредото-

ван значительный рост ЛПИ [лодыжечно-плечевой индекс давления, выражающий результаты измерения давления] без увеличения максимальной дистанции безболевой ходьбы, в то время как пациенты, делавшие упражнения, продемонстрировали значительное увеличение максимальной дистанции безболевой ходьбы без увеличения ЛПИ» (van der Heijden FH, Eikelboom BC, Banga JD, Mali WP: *The management of superficial femoral artery occlusive disease. British Journal of Surgery* 1993; 80: 959–996; работа Крузи с соавторами: Creasey TS, McMillan PJ, Fletcher EWL, Collin J, Morris P: *Is percutaneous transluminal angioplasty better than exercise for claudication? Preliminary results from a prospective randomised trial. European Journal for Vascular Surgery* 1990; 4:135–140).

Один из методов лечения, ЧТКА, улучшил кровяное давление в области лодыжки. Другой метод, упражнение, помог увеличить максимальную дистанцию безболевой ходьбы. В цитируемом здесь исследовании оценивались оба показателя степени тяжести сосудистого заболевания. Вопреки ожиданиям, они менялись не синхронно. Что тогда делать? Отбросить один из них? Есть другой вариант. Он заключается в том, чтобы признать, что если они не меняются синхронно, то могут быть полноправными объектами. Разными объектами.

Иногда так делается. Результаты разных диагностических техник лишаются своей функции указателей. Они перестают быть проявлениями единого атеросклероза, скрытого в глубине тела, и принимают в качестве того, чем являются на поверхности. Давлением или жалобой. Если они отличаются друг от друга, то не нужно отказываться от одного из них. Их различие не подразумевает никакого противоречия, так как две техники обследования здесь имеют дело не с одним и тем же заболеванием. У каждой из них свой объект. В этом смысле у одного пациента могут быть диагностированы два «атеросклероза» —

ченые на значениях (как «версиях») или действиях (как «фреймах»). Ни мыслящий/чувствующий индивид, ни актор не находятся в их центре: индивиды ими упорядочиваются. Модусы упорядочивания пронизывают организации, привычки, здания, технологии, жесты. Они могут упорядочивать все что угодно: то, что они упорядочивают, частично определяет их в качестве того или иного «модуса» (Law 1994).

Из всех этих множителей «модусы

упорядочивания» в наибольшей степени напоминают «дискурсы» Фуко. Посмотрите на список, который я привела: он выстроен по мере децентрирования субъекта. Сначала субъект перемещается из позиции центрального производителя смысла в позицию децентрированного производителя смысла; далее, он становится актором, который централизуется анализом; и, наконец, он превращается в существо, производимое в различных модусах упорядо-

боль при ходьбе и снижение давления. Эти два объекта необязательно совпадают.

Если принимается, что результаты разных диагностических техник отсылают к разным объектам, то, несмотря на это, они все равно могут быть выстроены так, чтобы сформировать единый объект. Здесь используется форма согласования путем суммирования вещей. Не беспокойтесь, одинаковы они или различны *на самом деле*. Не пытайтесь объяснить, как они сохраняют свою связность в конкретном теле. Забудьте о теле. Просто суммируйте результаты обследований. Именно так поступают со снижением давления и болью «критерии успешности по Рутерфорду»<sup>1</sup>. В методике Рутерфорда показатели успешности не противопоставляются друг другу, а суммируются. Если один позитивный, а другой негативный, то ни один не надо отбрасывать. Они даже могут заменять друг друга.

*В литературе «критерии успешности по Рутерфорду» используются весьма часто. Не только самим Рутерфордом, но и многими другими. Это позволяет сравнивать разные исследования, оценивающие результаты лечения. В «критериях успешности по Рутерфорду» улучшение определяется составным образом. Это комбинация клинических симптомов и лодыжечно-плечевого индекса. Выделяются различные категории улучшения. Например, высший показатель +3 — заметное улучшение. Он считается достигнутым, если (а) симптомы заболевания либо исчезают, либо значительно ослабевают, (б) лодыжечно-*

<sup>1</sup> Роберт Рутерфорд — американский сосудистый хирург и ученый, автор классического учебника по сосудистой хирургии «Vascular Surgery», написанного в 1977 году и впоследствии многократно обновлявшегося. В 1986 году Рутерфорд ввел классификацию степеней тяжести периферических артериальных заболеваний нижних конечностей, которая была пересмотрена в 1997 году. — *прим. ред.*

чивания. Но это не значит, что «модули упорядочивания» — это просто разномноженные «дискурсы», в то время как все остальное осталось неизменным. Джон Ло утверждает, что сделал несколько шагов прочь от Фуко, наследие которого усвоил. И он полагает, что его читатели сделают то же самое с ним. «Я предлагаю взять понятие дискурса и спустить его на землю. Это значит следующее: во-первых, мы долж-

ны понимать его как набор паттернов, которые можно приписать сетям социального; во-вторых, мы должны говорить о дискурсе во множественном числе, а не в единственном; в-третьих, мы должны рассматривать дискурсы как попытки упорядочивания, а не как порядки; в-четвертых, мы должны исследовать, как они осуществляются, воплощаются и проговариваются в различных материалах; и, в-пятых, мы долж-

плечевой индекс становится выше 0,9. Самое поразительное суммирование, впрочем, демонстрирует категория +1 — минимальное улучшение. Она считается достигнутой, если (а) лодыжечно-плечевой индекс становится выше 0,1, при этом (б) симптомы не поднялись из одной категории симптомов в другую или, наоборот, не опустились (E. van der Heijden: *Semiclosed endarterectomy of the superficial femoral artery*. Thesis, Utrecht, 1994).

Считается, что состояние пациента улучшилось, если улучшился хотя бы один показатель, даже если второй не изменился. Рост лодыжечно-плечевого индекса при отсутствии улучшения клинических симптомов — хорошо. Или, наоборот, смягчение клинических симптомов при неизменном лодыжечно-плечевом индексе — тоже хорошо. Ни один из показателей не отбрасывается, а расхождение между ними не требует объяснения. Лечение пошло на пользу, если улучшились или показатели давления, или дистанция безболевого ходьбы.

Суммирование — мощный способ создания единичности. Это становится ясно в тот момент, когда хирурги спрашивают не «в чем дело?», а «что делать?». Потому что, когда сосудистые хирурги в больнице Z пытаются решить «что делать», их интересуют не только жалобы или результаты измерения давления. Они привлекают гораздо большее количество элементов.

*Мужчина сидит на стуле перед хирургом. Ему 84. Он живет дома. Выглядит измученным. Усталым. «Мистер Винтер, — говорит доктор, — с вашими артериями действительно что-то не так. Мы установили это в ходе вашего обследования, то есть, измерения давления. Вот здесь у меня цифры. Они не очень-очень плохие, но плохие. Может быть, у нас получится что-то с этим сделать. Обещать не*

мы задаваться вопросами о том, как они взаимодействуют, изменяются и, конечно, вымирают» (Law 1994, 95).

Так куда же мы можем отправить-ся после дискурса? В литературе есть два больших пути. Один из них — продукт сомнений относительно силы, посредством которой дискурс удерживает свою связность. Это сомнение ведет к изобретению понятия *сетей*, которые постепенно начинают поддерживать связность посредством задействования малых сил, — сил, наличие

которых аналитик не может с самого начала предполагать, но на которые он должен быть способен указать. Это и есть *ассоциации*. Другой путь был проложен сомнениями относительно *протяженности* дискурса, сохраняющего связность. Этот путь ведет к разномножению единого порядка в разных сосуществующих — но не порядках, а — выразим это в процессуальных терминах — *модусах упорядочивания*, которые взаимодействуют, изменяются или вымирают.

могу. Но если сможем, то с помощью маленького баллона или операции. Нам нужно больше информации, чтобы понять, что можно сделать. Но дальнейшие обследования будут, только если вы действительно хотите лечиться. Если не хотите, то ничего страшного. Вам ничего не угрожает. С лечением — если окажется, что оно возможно, — вам просто будет легче ходить. Поэтому подумайте, хотите ли вы его».

Дистанция безболевого ходьбы мистера Винтера примерно 120 метров. Лодыжечно-плечевой индекс правой ноги 0,7. Эти данные суммируются с диагнозом «пониженная циркуляция крови в правой ноге». Их достаточно, чтобы не отправлять пациента сразу назад к врачу общей практики, а рассмотреть возможность лечения. Насколько оно возможно? Это зависит от ряда дальнейших оценок. Первая из них социальная. Сильно ли проблемная правая нога мешает пациенту в повседневной жизни? Может быть, он живет дома, за ним ухаживают и он очень редко испытывает желание куда-либо выходить. Тогда инвазивное лечение вряд ли улучшит ему жизнь. Что думает об этом мистер Винтер? Считает ли он, что операция может улучшить его жизнь настолько, что это стоит госпитализации, страданий, периода восстановления и риска, что станет хуже, а не лучше? *Мотивирован ли он?*

«Атеросклероз, требующий инвазивного лечения» — это составной объект. Социальная реальность жизни с атеросклерозом — его часть. Социальный атеросклероз добавляется к другим версиям этого заболевания. Не стоит ожидать линейной связи между дистанцией безболевого ходьбы или лодыжечно-плечевым индексом и «нарушением повседневной жизни» и/или «мотивацией». Именно потому, что никто не ожидает линейного отношения между физическим заболеванием па-

Вы можете прочесть эту книгу как борьбу с некоторыми проблемами, поднятыми данными способами продолжить — но одновременно и покинуть — проект Фуко. Вот первая проблема: по крайней мере, в любом эмпирическом исследовании возможно проследить ассоциации, созданные в рамках отдельной сети. Но что если мы имеем две или более сетей? Как в таком случае артикулировать различие между ассоциациями *внутри* сетей и *между* ними, и —

что еще важнее — может ли оказаться так, что разные сети удерживают свою связность разными способами, существуют ли разные *виды* ассоциаций? И это вторая проблема: что делает модус упорядочивания *модусом* упорядочивания и в каких терминах мы должны описывать отличие одного от другого? Эти два вопроса и направляют мои исследованиями форм *согласования* разных осуществлений атеросклероза в больнице Z.

пациента и тем, что мы могли бы назвать «социальным заболеванием», последнее заслуживает отдельного обсуждения. Таким образом, тот факт, что разные объекты могут быть суммированы и тем самым превращены в один, не зависит от прогнозируемого существования единичного объекта, который бы ждал внутри тела. К единичности также можно стремиться намеренно. Она может быть произведена. *Результат* суммирования — единичный объект. Атеросклероз, который должен лечиться инвазивно. Или не лечиться инвазивно.

Согласование ради единичности не зависит от возможности указать на уже существующий объект. Это задача. Планирование лечения предполагает, что различные реальности атеросклероза уравниваются, суммируются и вычитаются. Что тем или иным способом они сливаются в составное целое.

*На встрече, посвященной принятию решения о лечении, рассматриваются результаты обследований миссис Стинстра. Я была в поликлинике, когда она пришла. Общительная женщина уже за семьдесят. Горящая желанием жить, двигаться. Ходить на прогулки. «Так, а это что такое? — спрашивает старший хирург у более молодого коллеги, указывая на результаты одного из обследований. — Вы хотите оперировать эту пациентку? С такими сосудами? Вы серьезно? Там все не так уж и плохо, разве нет? Почему бы просто не подождать и не понаблюдать, а ей сказать, чтобы продолжала двигаться?» Молодой хирург остается спокоен: «Ну да. Возможно, вы правы. Но проблема вот в чем: эта женщина обожает путешествовать. В прошлом году она еще путешествовала, сейчас уже не может, а ведь это то, ради чего она живет. Так почему бы не попробовать?»*

#### *Парадигма*

В 1962 Томас Кун опубликовал книгу «Структура научных революций» (Kuhn 1962; Кун 1977). Цитата: «Исследователь, который надеялся узнать кое-что о том, как ученые представляют теорию атома, спросил у выдающегося физика и видного химика, является ли один атом гелия молекулой или нет. Оба отвечали без колебания, но ответы их были разные. Для химика атом гелия был молекулой, потому что он вел себя как молекула в соответствии

с кинетической теорией газов. Наоборот, для физика атом гелия не был молекулой, поскольку не давал молекулярного спектра. Очевидно, оба они говорили о той же самой частице, но рассматривали ее через собственные исследовательские знания и практику» (Kuhn 1962, 50–51; Кун 1977, 78).

На примере этой истории Кун показывает природу *парадигмы*. Физик и химик живут в разных мирах и отвечают на простые, но основополагающие вопросы по-разному. В исследова-



К результатам различных обследований добавляется еще одна реальность. Социальный атеросклероз. Он может быть важен или нет. Может иметь большое значение или маленькое. У него есть несколько поразительных сходств с тем, что социологи в рамках своих методов называют *недугом*. Каковы техники осуществления социального атеросклероза в кабинете врача? С ними трудно. Трудно для пациентов, которые вынуждены рассказывать подходящие истории, сдерживать эмоции и четко выражать свои мысли. Трудно это и для врача, который должен задавать хорошие вопросы, внимательно слушать и понимать даже то, что остается невысказанным. Социальная реальность жизни с заболеванием может быть настолько плохой, что некоторые пациенты скорее предпочтут умереть, чем подвергнуться еще одному лечению. Они могут говорить об этом очень по-разному. Но бывает и так, что они вообще ничего не говорят.

*Хирург говорит ординатору: «Да, видел результаты этого пациента. Как его зовут, еще раз? Вандерворт. Вы правы, показатели давления у него плохие. Там, скорее всего, от просвета мало что осталось. Но почему-то мне не кажется, что нужна операция. Не думаю, что он сам этого хочет. Это его дети хотят, чтобы он лечился. Высказываются только они. По правде говоря, я не знаю, как дальше себя вести. Если бы не его дети, я бы уже прекратил весь этот цирк. Но если я ничего не сделаю и ему станет хуже — а так скорее всего и будет, — то его детей это наверняка разозлит».*

«Заболевание, требующее лечения» — составной объект. Составляющие его элементы многообразны: от чисел, выходящих из лаборатории сосудистой диагностики, до возможного будущего недовольства чьих-то разочарованных детей. Такие разные элементы складываются

тельские навыки и практику химика вписывается представление об атоме гелия как о молекуле. Но не в исследовательские навыки и практику физика. Они работают в разных парадигмах. Термин *парадигма* прежде всего помог Куну избежать *фрагментированного* мира. Избежать чрезмерно радикального плюрализма, который бы разделил кирпичики науки на независимые *чувственные данные*. Многие современные Куну философы науки принимали *чувственные данные* как нечто, лишен-

ное значения. Они были данными в буквальном смысле: данными голым и наивным чувствам. Но ничто — по крайней мере, как утверждал Кун — не лишено значения. Данные — это не независимые сущности, парящие в однородной пустоте. Чувства воспринимают только то, что имеет для них смысл. И только то, что соответствует предшествующим восприятиям и теориями о них, может надеяться на значимость. Единственными исключениями оказываются несколько аномалий,

в своего рода лоскутное одеяло. Лоскутная единичность, заболевание-требующее-лечения конкретного пациента. Составная реальность, которая одновременно является суждением о том, что делать.

### *Сводка*

Когда клинические заключения и измерения давления свидетельствуют о том, что стоит решиться на инвазивное лечение, сосудистые хирурги больницы Z расспрашивают своих пациентов об их повседневной жизни и пытаются понять, насколько те склоняются к инвазивному лечению. «Вы хотите лечиться инвазивно?» — спрашивают они. Только если социальный атеросклероз пациента достаточно плох и если лечение, скорее всего, улучшит его состояние, только тогда будет собрано больше фактов. Больше фактов. Планирование лечения не сводится к тому, чтобы (а) установить наличие сосудистого заболевания и (б) установить необходимость инвазивного лечения. Есть третий необходимый компонент. Чтобы выбрать подходящее инвазивное лечение, сосудистое заболевание пациента должно быть (в) *локализовано* и *квантифицировано*.

В следующей главе я уделю больше внимания различным методам инвазивного лечения и критериям их выбора. Пока же достаточно знать, что при планировании лечения важны *место* и *размер* сосудистого заболевания пациента. Как хирурги больницы Z выясняют это? Есть несколько вариантов. Сейчас я сосредоточусь на двух из них — дуплексной доплерографии (дуплексном сканировании) и ангиографии, а также на некоторых сходствах и различиях между их объектами. Самая старая из этих техник диагностики — ангиография. Она инвазивна.

которые удерживаются на периферии до тех пор, пока не оказываются включены в новую парадигму.

Таким образом, парадигма — это термин, обозначающий связанность. Связанность внутри физики или внутри химии. Или внутри аристотелизма. Но именно внутренняя связанность этих парадигм и позволила сформулировать различия между ними. И стало понятно, что радикально плюралистический мир, где все чувственные данные парят независимо друг от друга,

парадоксальным образом является однородным. Чувственные данные, которые научная теория была призвана объединить, происходят из места, которое, будучи лишенным значения, является, в сущности, пустотой. В нем нет связей, а следовательно, и различий. Выделение связи между *некоторыми*, но не всеми, данными ведет к расколам в этом однородном *целом* науки. Физика и химия не связаны друг с другом бесшовно; между ними существует разрыв, так же как и между па-

Они окружают пациентку. Их трое. В стерильной зеленой одежде. На них надеты фартуки, защищающие от рентгеновских лучей, и перчатки, защищающие пациентку от их микробов. Момент, когда игла входит в артерию в паховой области, напряженный. Да. Вот она. Брызнула кровь. Затем прокол в артерии блокируется катетером. Его проталкивают все дальше и дальше. Он двигается вниз. На мониторе его можно отслеживать. Вот он двигается. Хорошо. Теперь остановите его. Так. Он там, где положено. Подходит лаборант и подключает автоматический шприц-инъектор с контрастным препаратом. Пациентка лежит на диагностическом столе, бледная от наркоза. Один из ординаторов обращается к ней: «Лежите спокойно, миссис Ленси. Вы почувствуете неожиданный прилив теплоты в ноге — все в порядке, так и должно быть. Но если будет больно, зовите, мы сразу подойдем, хорошо?» Оставив миссис Ленси одну на диагностическом столе, все остальные — рентгенолог, два ординатора, стажер из Швейцарии, изучающий новые методы, лаборант и я — уходят в соседнюю комнату. Отсюда можно управлять массивным рентгеновским аппаратом. Щелк. Шприц-инъектор впрыскивает контраст. Рентгеновский аппарат сразу включается и начинает делать снимки. Щелк, щелк, щелк. Один за другим.

Ангиографический снимок показывает просветы в артериях ниже того места, куда была сделана инъекция контраста. Как и костная масса, контраст, используемый при ангиографии, непроницаем для рентгеновских лучей. Он создает тень на рентгенограмме. Поэтому ангиографические снимки показывают просветы сосудистого дерева ниже места инъекции в двухмерном, анатомическом режиме. На место стеноза теперь можно показать пальцем и описать на анатомическом

радиками Аристотеля и Ньютона. Они несоизмеримы. Не существует больше атомарного плюрализма данных, который бы приходил с однородной наукой. Связанность внутри парадигм имеет место благодаря различиям между ними.

Различия между парадигмами отличаются от различий между чувственными данными. Несоизмеримость не подразумевает полного отсутствия общих точек на границах парадигм. Переводы возможны. В некоторых случаях

Подобные переводы требуют не только языковых навыков. Задействованные человеческие чувства должны быть способны воспринимать различные данные. Они должны быть способны к переключению *гештальта*. И если данные зависят от инструментов, что, как правило, и имеет место в современной науке, то эти инструменты тоже должны делать возможным перевод. Но иногда они не позволяют его делать. Здесь дело не в приписывании значений, а в проведении экспери-

языке, в котором у каждого участка артерии есть свое техническое название. Но размер заболевания оценить сложнее. Он выражается в процентах сужения просвета.

*Консилиум. Негатоскоп. Хирург подходит к обсуждаемой ангиограмме. «На сколько вы оценили это? — спрашивает он рентгенологов, указывая пальцем на стеноз. — Семьдесят процентов? Ну что вы, это не семьдесят процентов. Сравните это с участком повыше, если принять его за норму, вот здесь, то я бы сказал, что просвет сужен почти на девяносто процентов».*

Несмотря на высокую вариабельность субъективной оценки экспертов (так официально называется подобное разногласие), для практикующих сосудистых хирургов точность ангиографии не является большой проблемой. Они прислушиваются к мнению рентгенологов и, кроме того, сами интерпретируют снимки. В итоге они приходят к какому-то заключению. Им не нужен воспроизводимый факт, им нужно решение. Ангиография помогает им принять решение.

Однако в диагностике артериальных заболеваний стал использоваться и другой метод. Ангиография сопряжена с определенным риском для пациента: у некоторых людей есть аллергия на рентгеновское контрастное вещество, они могут почувствовать себя очень плохо, а в редких случаях даже умереть. У других после прокола остается большой синяк в области паха. Поэтому после стандартной ангиографии необходимо продолжать наблюдение за пациентом — и это подразумевает госпитализацию. У более молодого дуплекса таких проблем нет. Он неинвазивен.

ментов. Это вопрос практики. Ян Хакинг формулирует это так: «Новая и старая теории несоизмеримы в прямом смысле этого слова. Для них не существует общей меры, поскольку инструменты, обеспечивающие измерения в одной теории, оказываются непригодны для другой. Это научный факт, который никак не относится к „изменению значения“ и другим понятиям семантики, ассоциируемым с несоизмеримостью» (Hacking 1992, 56–57).

Наука в интерпретации Хакинга не

является единой «отчасти потому, что феномены производятся принципиально разными техниками» (Hacking 1992, 57). Изобилие техник умножает реальность. Объединение наук больше не жизнеспособно даже в качестве обещания на горизонте. «Мы стойко верили в то, что наука в итоге должна быть объединена, потому что она пытается высказать истину о мире, и, конечно, существует только один мир (что за странное утверждение, как будто бы мы пытались считать миры)» (57). Мы

Маленькая комната. Пациент, мистер Франсен, лежит на диагностическом столе. Рядом с его головой большой аппарат с множеством кнопок и двумя мониторами. От аппарата отходят шнуры с несколькими датчиками. Лаборант водит одним из этих датчиков по животу мистера Франсена. По его ногам. Время от времени лаборант выдавливает немного геля между датчиком и кожей, чтобы обеспечить проводимость ультразвука, который датчик посылает и получает обратно. Говорят мало. Изредка лаборант смотрит на свою правую руку. Большую часть времени он молча смотрит на экраны. На них белые тени — это эхо отраженного тканями ультразвука. Иногда появляется сосуд. Лаборант направляет датчик внутрь часть сосуда и становится видно что-то красное и голубое: это — текущая кровь. Кровоток отражает ультразвук с другой длиной волны, чем та, с которой он испускался датчиком. Цвета на экране отображают скорость кровотока. Красный — кровь удаляется от датчика, голубой — течет к нему. (Но аппарат позволяет лаборанту настраивать цвета.) Кроме того, аппарат может сделать информацию о кровотоке — скорость — слышимой. Фью, фью. Скорость меняется с каждым ударом сердца. Это можно представить и в виде графика кривой. Вот он, на одном из двух маленьких экранов, взгляните. График средней кривой нескольких ударов сердца. Лаборант периодически нажимает на кнопку, и изображения на экранах сохраняются и распечатываются.

У испускаемого и принимаемого после отражения ультразвука дуплексного аппарата нет известных побочных эффектов. Гель растворим в воде. Процедуру провести легче, если пациент не ест перед обследованием, поскольку оно охватывает и артерии брюшной полости, но после одного-двух часов, которые оно занимает, пациент снова может

стойко верили. Ян Хакинг говорит об этом в прошедшем времени. «Мы» больше не верим в то, что данные независимы от технологии, которая их производит. То есть, если существует много техник, то существует и много миров, пусть даже и бессмысленно пытаться их сосчитать. В теории и на примерах, взятых по большей части из физики, Хакинг выделил технико-зависимую множественность объектов, которая и стала спустя некоторое время темой этой книги. Но, к счастью, еще

есть что развивать, потому что Хакинг не говорил ни о том, как выделять «науку», если мы больше не верим в ее единство, ни о том, как разным знаниям удастся сосуществовать друг с другом.

Разумно ли говорить об отсутствии единства науки при помощи термина *парадигма*, использовать который стало так популярно? Чтобы ответить на этот вопрос, я перенесу вас в совершенно другое направление литературы, которое в шестидесятые годы, ко-

девать что хочет. Поест, отправиться домой на мотоцикле или даже на велосипеде.

Так что новая техника более «дружелюбна к пациентам», чем старая. Но этого недостаточно, чтобы сделать ее приемлемой в качестве диагностического устройства. Сосудистые хирурги хотят, чтобы диагностический метод был не только безопасным, но и надежным. Так же ли хороши результаты дуплекса, как результаты ангиографии? Дуплекс и ангиография дают разные данные. Ангиографический снимок показывает просвет сосуда, а дуплекс говорит о скорости кровотока. У этих методов разные объекты. Тогда как дуплекс может быть *так же хорош*, как и ангиография, при оценке атеросклероза? Как можно сравнивать ширину просвета сосуда со скоростью кровотока?

Чтобы скоординировать результаты дуплекса и ангиографии, их *сделали* сравнимыми. Работа в этом направлении была в самом разгаре, когда я начинала свое полевое исследование. Один из моих информантов в госпитале Z защитил на эту тему диссертацию.

*«Задачей данной диссертации было изучение способности дуплексного сканирования точно оценивать стенозы и закупорки аортально-подвздошной и бедренно-подколенной артерий у пациентов, больных атеросклерозом, а также установление правильных диагностических критериев для обнаружения гемодинамически значимых артериальных патологий при помощи дуплексного сканирования» (D. A. Legemate: Duplex scanning of aortoiliac and femoropopliteal arteries. Thesis, Utrecht, 1991, p.95).*

Способность дуплекса точно оценивать стенозы и закупорки была установлена путем сравнения его результатов с результатами ангиографии.

Когда Кун осуществил свое хорошо подготовленное вторжение, было весьма далеко от дискуссий о науке, в которые он вмешался. Как бы далеко литература о науке и литература об обществе ни отстояли тогда друг от друга, «парадигма» резонирует с особым подходом к выделению связанности, используемым в социальных науках. Парадигма резонирует с *культурой*. Сколько бы Кун ни утверждал, что он занимается чем-то другим, оба этих термина схожим образом сводят определенные вещи

вместе в связанное целое и тем самым отделяют их от остальных вещей. Они превращают в целостности то, что могло показаться обособленными фрагментами, и постулируют, что вместо единой однородной Вселенной мы населяем различные миры. «Понятие культуры, используемое антропологами, было, конечно, изобретено европейскими мыслителями, чтобы объяснить коллективные проявления человеческого многообразия. Отрицая как эволюционизм, так и слишком широкие понятия расы

«В ходе проспективного исследования на 61 пациенте дуплексное сканирование сравнили с ангиографией в аспекте оценки атеросклеротических патологических изменений аортально-подвздошной и бедренно-подколенной артерий» (D. A. Legemate: *Duplex scanning of aortoiliac and femoropopliteal arteries. Thesis, Utrecht, 1991, p.60*).

Как же соотнести результаты дуплекса с результатами ангиографии? Кривая дуплекса показывает изменения в скорости кровотока в течение одного удара сердца. Из этого можно получить разные параметры. Например, профиль кровотока или высоту пика кривой (пиковая систолическая скорость [ПСС]). Или общий объем кровотока: можно попробовать найти диаметр сосуда с помощью эхо и измерить площадь под кривой, чтобы затем вычислить этот объем.

Но любимый дуплексный параметр моих информантов — индекс соотношения ПСС. Это соотношение пиковой систолической скорости в стенозированном участке и пиковой систолической скорости в нормальном участке той же артерии непосредственно до или после стеноза. Индекс соотношения ПСС это относительная величина, она может только возрастать; абсолютные скорости отбрасываются. В процитированном выше исследовании именно этот параметр соотносится с результатами ангиографии. Когда этот параметр был выделен, появилась возможность поставить вопрос, совпадают ли его значения с результатом ангиографии или нет. Но как сравнить индексы соотношения ПСС с уменьшением просвета? Что может стать для них общей мерой? В указанном выше исследовании эту проблему решили, поделив ангиограммы 61 обследованного пациента на три категории: патологии с сужением просвета менее 50 %, патологии с сужением сосудов 50-99 %

и цивилизации, идея культуры постулировала существование локальных функционально интегрированных единиц. Несмотря на свой предполагаемый релятивизм, концептуальная модель тотальности, в основном органическая по структуре, не отличалась от понятий XIX века, которые она заменила. Новой была только множественность» (Clifford 1988, 273).

Термин *культура* указывает на множественность. Но в случае каждой культуры снова и снова имеет место свя-

занность, которая схожа со связанностью организма. Поэтому Клиффорд в конце восьмидесятых годов пытался уйти от этого. Это свидетельствует о том, что к тому времени подошла к концу эра, которая началась, как пишет Мэрилин Стратерн, на заре XX века примерно с Моргана или после него. «Морган принадлежал времени, когда только что закончились споры о том, имеет ли человечество один или множество истоков. Клиффорд же говорит от имени мира, который пере-

и закупорки. Затем начали колдовать. Можно ли найти граничные точки для индекса соотношения ПСС, которые бы позволили при помощи дуплекса разделить ту же группу пациентов примерно так же и примерно на те же самые три категории? Ответ: да. Оказалось, что индекс соотношения ПСС 2,5 является хорошей граничной точкой для проведения границы между сужениями просвета менее чем на 50 % и более чем на 50 %.

*«Несмотря на то, что в некоторых исследованиях индекс соотношения ПСС, равный 2, использовался для классификации стенозов больше 50 % и меньше 50 % анализ наших результатов показал, что это значение дало заметно меньшее положительное предсказательное значение (64 %), чем индекс 2,5 (82 %)» (D. A. Legemate: Duplex scanning of aortoiliac and femoropopliteal arteries. Thesis, Utrecht, 1991, p. 96).*

Корреляция (или, точнее, положительное предсказательное значение) индекса соотношения ПСС 2,5 или больше с сужением диаметра сосуда более чем на 50 % (по оценке ангиографии) составляет 82 %. Благодаря этому индекс 2,5 и больше можно считать хорошим параметром. Он лучше, чем индекс со значением 2, так как лучше коррелирует с ангиографическими оценками. Результаты дуплекса становятся значимыми, когда учреждаются способы их перевода, например индекса соотношения ПСС больше 2,5 в ангиографические данные — стеноз в интервале 50–99 %. Таким образом, условия квантификации устанавливаются (дуплекс может дать количественную оценку артериального заболевания) и упрощаются (количественная оценка теперь дается не по шкале с мелкими делениями, это классификация по трем

стал четко видеть и единство, и множественность. Между ними — годы модернистских исследований с их взглядом на множественность культур и обществ, чье сравнение основывалось на унифицирующем эффекте той или иной ведущей точки зрения. Каждая точка зрения умножала объекты антропологического исследования и одновременно сулила такое холистическое понимание, которое свело бы все элементы и части в целое» (Strathern, 1992b, 111).

Стратерн пытается развить идею о том, что бы значило не видеть четко и однозначно ни единство, ни множественность. Поступая таким образом, она критикует образ *фрагментации*, так как фрагменты предполагают сожаление о разрушенном целом. Она также критикует выделение *элементов*, которые могут соединяться, как им угодно, так как этот образ напоминает изолированные гены, которые наследуются независимо друг от друга, составляя потомство с фрагментами обе-



группам). Именно так объекты ангиографии и объекты дуплекса увязываются в единый общий объект: степень тяжести стеноза некоторого пациента.

В комнате больницы Z, где лаборанты записывают результаты дуплексных исследований, кратчайшее из возможных резюме этого тезиса распечатано на листке: различные индексы соотношения ПСС и «сужение просвета», с которым они коррелируют.

*Индекс соотношения ПСС меньше 2,5: стеноз менее 50 %. Индекс соотношения ПСС равен или больше 2,5: стеноз более 50 %. Сигнала нет: окклюзия [закупорка].*

Это правило перевода *подчиняет* дуплекс ангиографии. Оно не подчиняет конкретный дуплексный график ангиографическому снимку, когда оба стали доступны и подверглись оценке. Вместо этого оно подчиняет сам способ прочтения графиков дуплекса. Некоторые сторонники дуплекса относятся к этому подчинению критически.

*Физиолог, проводивший дуплексное обследование: «Они интересуются, какую информацию можно извлечь из дуплекса, сравнивая его с ангиографией. При этом они как бы принимают ангиографию за золотой стандарт. Но с ней проблем гораздо больше, чем с дуплексом. Она дает только двухмерное изображение, показывает диаметр сосуда, а не всю поверхность просвета. Ангиография показывает уровень тяжести стеноза в виде индекса — процента сужения. Но сужение в 50 % для маленьких артерий — это гораздо более серьезный показатель, чем для больших артерий. А ведь еще есть вариабельность субъективной оценки. И, конечно, дуплекс зависим от лаборантов. Если лаборант пропустит стеноз, то его уже будет не найти. Но*

их линий предков. Она хочет, чтобы мы ушли от традиционного понимания масштабов, при котором локальное — это часть чего-то большего, охватывающей глобальности. Но как избавиться от представления о том, что существуют культурные блоки, связанные внутри и отличные от всего остального? Один из контр-образов, мобилизуемых Стратерн, — образ *частичных связей*. Он указывает на то, что, оказывается — не само по себе, но посредством акта сравнения — од-

новременно и похожим, и отличающимся. Не как одно большое платье, которое разрезают на маленькие лоскутки, после чего утерянное единство остается лишь формой, которую необходимо отыскать. Не функциональная единица и не антагонистическая оппозиция. Но и внутри, и снаружи. Стратерн приводит пример ученой, которая является одновременно и феминисткой, и антропологом. Одно влияет на другое и взаимодействует с ним, причем это еще и разные идентично-

*если у вас хороший лаборант, то результаты дуплекса гораздо легче повторить. В ангиографии между разными наблюдателями никогда не бывает согласия».*

Какой бы жесткой ни была эта критика, результаты дуплекса в больнице Z все равно переводятся в проценты сужения просвета, а это значит, что дуплекс принужден говорить о том же объекте, что и ангиография. Обе методики могут быть использованы, чтобы локализовать и квантифицировать этот объект — стеноз пациента. Именно так дуплекс постепенно стал понятным и приемлемым методом. Но переводы никогда не бывают гладкими. В цитируемом исследовании говорилось о совпадении в 82 % между категориями пациентов, обследованных при помощи дуплекса и ангиографии. Разница в 18 % принимается как часть сделки, обеспечивающей доступность безопасного дуплекса как средства диагностики. Исследования корреляции делают способы обследования сходными, сводя разницу между ними к «приемлемо маленькому проценту».

В научных статьях могут устанавливаться правила перевода дуплексных параметров в процентные показатели сужения просвета. Затем эти правила могут использоваться в больнице. В лаборатории со судистой диагностики больницы Z ксерокопии страницы с правилами перевода, появившимися в результате локальных исследований, всегда под рукой. Вдобавок в лаборатории сосудистой диагностики есть визуальный метод перевода дуплексных результатов в иконографию ангиографии.

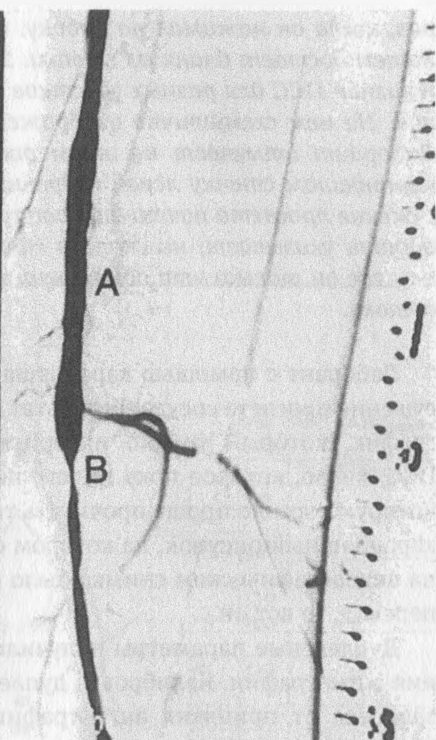
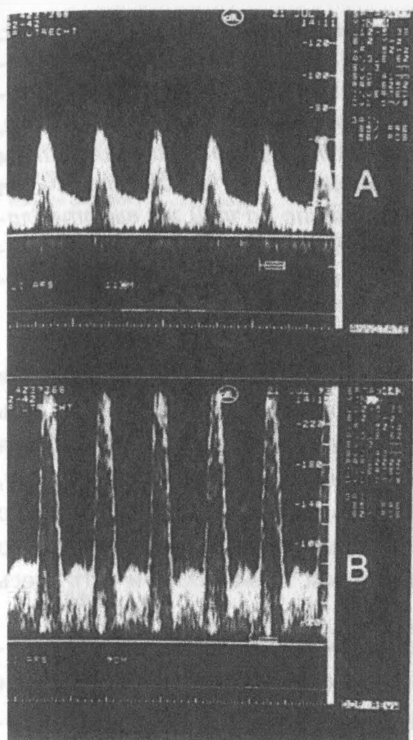
*Пока пациент одевается, я иду за лаборантом, делающим дуплексное сканирование, в другую комнату. Здесь есть негатоскопы, чтобы рассматривать напечатанные на прозрачном пластике изображения. Лаборант достает снимки из аппарата. На них изображены дуплексные графики и белые зоны с красным и синим, они печатались каждый*

сти. Это не разные места, между которыми человек перемещается или в одном из которых он может укрыться. Не являются они и сменяющими друг друга фасадами или сторонами, ведущими диалог. Это не две разные личности и не одна личность, разделенная надвое. Но они частично соединены, это больше, чем одно, и меньше, чем множество (Strathern, 1991, 35). *Больше, чем одно, и меньше, чем множест-*

*во. Вот оно: в литературе. Оно там уже есть! Тот самый образ, который здесь, в этой книге, я пытаюсь очертить (наделить плотью, развить, раскрасить), говоря о реальности атеросклероза.*

### **Организм**

Ссылки на литературу позволяют наделить слова бэкграундами. Историей. Точками сопоставления. Если вы дочитали этот подтекст, это может помочь



раз, когда он нажимал на кнопку. Он внимательно смотрит на них. Затем достает бланк из стопки. Записывает на него индексы соотношения ПСС для разных участков артерии. Посередине бланка рисунок. На нем схематично изображены аорта и крупные артерии ног. Лаборант отмечает на этом рисунке стеноз: увеличивает синим карандашом стенку левой бедренной артерии. Он также отмечает сужение просвета почти вполнину, примерно на той же высоте (лаборант указывает, на сколько сантиметров это место выше колена), где он только что обнаружил значительный рост скорости кровотока.

Лаборант с помощью карандаша переводит увеличение скорости сужение просвета сосуда. Результат дуплексного обследования (то есть график, который трудно интерпретировать — индекс соотношения ПСС, число, которое пока ничего не значит) переводится в картинку, которую гораздо проще прочесть тем, кто привык к ангиографии. Это карандашный рисунок, на котором синий цвет репрезентирует то, что на ангиографическом снимке было бы белой тенью. Если и есть здесь перевод, то вот он.

Дуплексные параметры получили значение путем своего подчинения ангиографии. Калибровка дуплекса как устройства репрезентации зависела от принятия ангиографии в качестве золотого стандарта. Только после такой калибровки можно делать вывод — в отношении любого пациента — что дуплекс и ангиография дают одинаковый или результат.

*На еженедельной конференции дело миссис Вегер представляет рентгенолог. Он плавно водит рукой в направлении висящего над ним экрана, на котором изображен дуплексный график. «По дуплексу, — го-*

вам найти контекст для предпринятого выше двойного хода: исследовать умножение единого заболевания и согласование этой множественности в единичность. Подтекст также должен помочь вам понять, почему я не говорю о системах, дискурсах, парадигмах или культурах, когда веду речь о медицине. Все эти термины при всех различиях между ними, так или иначе, резонируют с образом организма как моде-

ли того, что такое сохранять связность. Что значит удерживать связность? В литературе последнего времени (но как назвать все важные тексты, ведь их так много?) встречаются другие образы. Столкновений, которые объединяют. Прихода на праздник в общий родовой дом или написания статей в одни и те же журналы. Участия в практиках, которые производят связанность. Оуществления переводов, которые сводят

# ACADEMISCH ZIEKENHUIS

Afd. Radiodiagnostiek / Vaatdiagnostiek  
Toestelnr. 6696 of 6783 Huispostnr. E 01.341

Datum: 18/6/97. Huispostnr.: \_\_\_\_\_

Onderzoek: Rgt. Lft. \_\_\_\_\_

Tijdsduur: 30 min. Afdeling: Ch20.

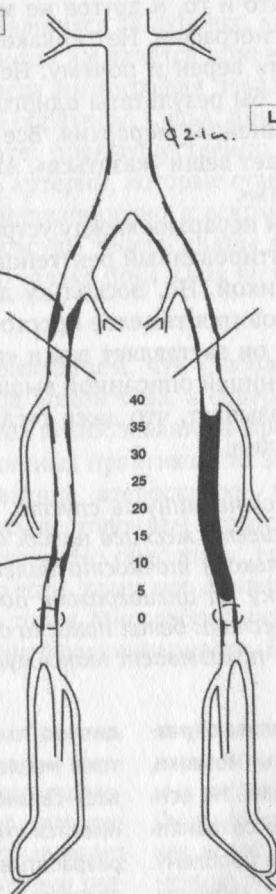
Aanvrager: claud. int. \_\_\_\_\_

Klinische gegevens: Baga \_\_\_\_\_

5-8-33

## ECHO DOPPLER ONDERZOEK BEKKEN/BEEN ARTERIËN

	PSV	PSV <sup>R</sup>	RATIO	% STENOSE	R
AO					
	80				
AIC	60				
	80				
AII					
AIE	150				
	230	230/100	2.3	<50%	
	100				
AFC	100				
AFP	80				
AFS	100				
CM					
CM					
20 CM	110				
CM					
CM					
10 CM	240	240/100	2.4	≥50%	
75 CM	90				
CM					
APOPL					
	90				
	160				
ATA	120				
TRTP	60				
ATP					
AP					



L	PSV	PSV <sup>R</sup>	RATIO	% STENOSE
AIC	70			
	80			
AII				
AIE	220			
	130			
AFC	160			
AFP	210			
AFS	-			
CM	-			
CM	-			
CM	-			
CM	-			
CM	-			
CM	-			
CM	-			
CM	-			
CM	-			
APOPL	15			
ATA	9.			
TRTP	20			
ATP				
AP				

Opmerkingen en conclusie:

- forse ondoorzichtigheid  
Re: AIE stenose < 50%, AFS stenose ≥ 50%.

Li: AFS geconcludeerd.

ворит он, — казалось, что у нее стеноз». Затем он опускает руку и указывает на негатоскоп перед собой, на нем висят несколько ангиограмм. «В реальности, — продолжает он, — оказалось, что у нее вот такая сосудистая система. Эти снимки показывают не один стеноз, а множество серьезных нарушений просвета сосуда».

Дуплекс и ангиография одной и той же пациентки, миссис Вегер, свидетельствуют о разных вещах. Это похоже на измерения давления и жалобы, которые мы обсуждали ранее. Если они различаются, то рентгенолог считает, что и то, и другое не может быть верным. И отдает предпочтение ангиографии. Нет никакой аргументации того, какой метод мог бы быть верен и почему. Не существует объяснения, которое обосновывало бы результаты одного из методов. В этом случае действует прямолинейная иерархия. Все дело в силе репрезентации. Дуплекс принуждает вещи «казаться». Ангиографические снимки показывают «реальность».

С течением времени иерархии между устройствами репрезентации могут меняться. Процитированный рентгенолог был не очень хорошо знаком с новой методикой. Но, поскольку дуплекс используется все больше и больше, становится тяжелее просто небрежно махнуть в его сторону и сказать, что он заставляет вещи «казаться». В тот же день, когда я была свидетельницей описанной выше ситуации, произошла и другая сцена. Она показывает, что даже тогда ангиография не всегда была на вершине иерархии.

*Та же конференция десять минут спустя. Случай миссис Тейкенс, которую оперировали шесть месяцев назад. С тех пор ее шунт снова закупорился. Но насколько в точности далеко? Шунт может быть окклюзирован, поскольку на ангиограмме после критической точки нет контрастного вещества: белая полоска обрывается. Однако дуплекс при этом все еще показывает максимум кривой графика после*

воедино и при этом устанавливают различие. Встречаются образы мозаики, фрактала, пейзажа, смещения. Но есть и слепые пятна: «что такое сохранять связность?» превратилось в проблему. Вопрос о том, как объекты, субъекты, ситуации и события выделяются в отдельные элементы, и как они согласовываются, открыт для исследования.

Оставлен ли тем самым образ организма позади? Возможно, происхо-

дит что-то еще. Возможно, этот образ тоже меняется. Как организм удерживает связность? В физиологии все же имеются ответы на этот вопрос — и они разрабатываются и улучшаются. То же делается в анатомии, генетике, клинической эпидемиологии и во всех остальных разделах биомедицины. Но помимо этого стало возможным отвечать на этот старый вопрос *по-новому*. Дать антропологический ответ. Соглас-

этой точки. Поток. Один из лаборантов-рентгенологов спрашивает: «Чему верить в таких случаях, когда ангиография показывает „закупорено“, а дуплекс говорит „чисто“?» Два хирурга в один голос отвечают: «Дуплексу». А затем один из них рассказывает, как однажды изучал семнадцать подобных случаев: пациенты, чья ангиография показывала закупорку, а дуплекс — поток. Во всех семнадцати случаях результаты дуплекса позже соответствовали тому, что обнаруживалось в ходе операции. «Было всего семнадцать случаев, поэтому я не мог опубликовать это исследование. Но исключений не было».

Двое хирургов, высказавшихся за дуплекс, много исследовали этот метод. Так много, что иногда им удается привести его к победе — например, в тех случаях, когда ангиография показывает закупорку, а дуплекс свидетельствует об обратном. Судья, присуждающий победу дуплексу, упомянут в цитате: преимущественно это хирургическая реальность. Это реальность артерий, которые становятся видимыми, как только тело пациента анестезировано и вскрыто скальпелями в ходе операции. Кровеносные сосуды теперь видны хирургу изнутри невооруженным взглядом — но только пока в них не течет кровь.

### Координация

Если мы больше не предполагаем, что «заболевание» — универсальный объект, скрытый под кожей тела, а совершаем праксиографический сдвиг к изучению тел и заболеваний в процессах их осуществления в ежедневных больничных практиках, то за этим следует умножение. На практике заболевание, атеросклероз, больше не является *одним*. Если следовать за осуществлением атеросклероза, то он умножается, так как практик много. Но онтология, возникающая вследствие приравнивания того, что *есть*, тому, что *делается*, не является онтологией плюралистического толка. Многообразие осуществляемых объектов не подразумевает их фрагментарности. Несмотря на то, что ате-

но ему, в больнице организм сохраняет связь благодаря бумагам, которые путешествуют из одного отделения в другое; благодаря корреляционному анализу, который устанавливает соотношения между результатами разных диагностических тестов; благодаря формулам и снимкам, которые переводят цифры и другие данные туда и обратно; благодаря консилиумам, на которых разные специалисты приходят к согласию относительно диагноза и

лечения конкретных пациентов. В организме в госпитале Z (и других подобных местах) есть бреши и напряжения. Он удерживает связь, но не совсем как *целое*. Он — больше, чем один, и меньше, чем множество. Поэтому, начав с общества, подражающего организму, мы пришли к организму, внутри которого идут сражения и налаживаются связи — в точности как в обществе.

росклероз появляется в больницах в разных версиях, эти различные версии каким-то образом удерживают связность. Отдельному пациенту, скорее всего, припишут если не одно заболевание, то, по крайней мере, один подход к лечению. Клинические заключения, измерение давления, социальные вопросы, результаты дуплекса и ангиографические снимки — все это сводится воедино в документах пациента. Все вместе они поддерживают заключение об инвазивном лечении либо не делают этого. Я хочу, чтобы термин *множественный* передавал именно это: что есть многообразность, а не плюрализм. В больнице *конкретное тело* (единичное) *множественно* (многое). Сведение воедино многообразия объектов, обозначаемых одним именем, подразумевает разные способы согласования, или координации. В этой главе были описаны некоторые способы такого согласования. Подытожим.

Первый способ согласования, от которого зависит связность-в-напряжении, — *суммирование* результатов обследований. У этого способа два варианта. Один из них создает общий объект, стоящий за разными результатами обследований: «заболевание». Если результаты не совпадают, то предпочтение отдается одному из них. Учреждается иерархия, а противоречию между обследованиями дается объяснение. Второй вариант суммирования не придает значения расхождениям. При этом подходе не предполагается, что у обследований есть общий объект. Вместо этого обследования воспринимаются как приглашения к действию: плохой результат обследования может быть причиной назначить лечения, два или три плохих результата дают больше оснований для лечения.

Второй способ согласования состоит в *калибровке* результатов обследований. Если бы к результатам прислушивались так, будто они говорят только сами за себя, то они были бы изолированы друг от друга внутри разных парадигм. Вопрос о том, свидетельствуют ли обследования об одном и том же или же о разных вещах, оставался бы в принципе без ответа — на самом деле, его вообще едва ли можно было задать. Возможность согласования клинических записей, показателей давления, графиков дуплекса и ангиографических снимков возможна только благодаря исследованиям корреляций, делающим их сравнимыми друг с другом. Проблема их несоизмеримости решается на практике путем установления общих мер. Исследования корреляции дают возможность *переводов* (никогда не свободных от разногласий).



*Разделенные места*

Здание больницы не разделено на крылья, двери между которыми никогда не открываются. И *все же* оно разделено на крылья. Разные атеросклерозы, осуществляемые в больнице Z, иногда согласовываются и совместно формируют одно заболевание, каким-то образом сохраняющее связность. Но не всегда. Иногда противоречия между разными способами осуществления атеросклероза не сглаживаются. С ними мирятся, с ними живут. Но как? Именно об этом я буду говорить в этой главе. Она — о моментах и местах, когда и где «объект» атеросклероза не связывается воедино путем координации, а остается несвязным. Главный вопрос, как это происходит. На практике расхождения порой сопровождаются конфликтами. Но не всегда. И если конфликты все-таки возникают, если упомянутые здесь несвязности приводят к разногласиям, то эти разногласия, скорее всего, оказываются локальными. Они редко распространяются, впрочем, и редко исчезают. В больнице Z расхождение необязательно приводит к конфликту или консенсусу по той простой причине, что не всегда существуют необходимость в общей позиции. Напряжения могут продолжать существовать в подавленной форме.

Долгое время значительные усилия в исследованиях науки тратились на изучение того, как прекращаются разногласия и *что* заставляет их прекращаться. Происходит ли это благодаря открытию новых фактов или же любые факты могут стать предметом бесконечных прений? Прекращаются ли разногласия из-за устранения логических противоречий между теориями или из-за разрешения социальных конфликтов между группами, поддерживающими эти теории? Горизонтом обсуждения этих вопросов было предположение, что разногласия в действительности заканчиваются тогда, когда устраняются различия. Это похоже на имитацию риторики прекращения прений в исследовательских публикациях: они написаны так, будто есть одна-единственная реальность, по поводу которой все в итоге должны прийти к согласию. Однако в больнице легче проследить явные и воспроизводящиеся нестыковки, или несовместимости. Здесь технические аспекты вмешательства важнее непротиворечивости фактов. Нестыковки не останав-

ливают диагностику и лечение пациентов. Работа может продолжаться до тех пор, пока разные участники процесса не попытаются занять одно и то же место. До тех пор, пока они разделены и разведены по разным местам своего рода *распределением*.

Эта глава про распределение. Данная метафора — пространственная: она позволяет мне показать, что различие не обязательно сводится к единичности, если разные «места» остаются разделенными. Тут и там. Атеросклероз в больнице Z не всегда гладко собирается в единый объект: *тут* может быть осуществлена несколько другая версия заболевания, чем *там*, чуть поодаль. Я опишу несколько таких версий вместе с нестыковками между ними, на которые указали мои респонденты. Кроме того, я расскажу о противоречиях, иногда порождающих конфликты, пусть даже в остальное время эти противоречия подавлены (и зачастую едва заметны). И я укажу на возможность изменений в области диагностики и лечения атеросклероза, которые, если они произойдут, скорее всего, не приведут к разногласиям. *Местами*, по которым распределена реальность атеросклероза, могут быть как крылья больничного корпуса, так и блоки на схематических рисунках заболевания. И по мере того, как вы будете узнавать некоторые тонкости распределения, вы будете встречать все больше видов осуществления реальности и все больше вариантов атеросклероза.

### *Диагностика и лечение*

При осуществлении атеросклероза в патологоанатомическом отделении дело не только в направлении взгляда медика на ткани тела. Важно и прикосновение. Патологоанатом достает ампутированную ногу из пластикового пакета. Отыскивает подходящий скальпель и вырезает кусочки сосуда. Если бы не перчатки, он бы запачкал руки. Он не

### *Разногласия*

Различие может возникать вместе с поминками координации, оно может принимать также форму разногласия и конфликта. Чтобы лучше понять, каким путем мы пришли к размышлениям о них, полезно вновь обратиться к литературе и вернуться в прошлое. Если вы последуете за мной, то обнаружите, что в течение долгого времени разногласия и конфликты находились в центре многих теоретических дискуссий о науке. В подтексте этой главы я поста-

раюсь очертить для вас основные пункты этих дискуссий. Я не стремлюсь осветить все их самые значимые моменты или же кратко изложить большую часть того, что случилось или было написано в ходе них. Моя задача — просто наметить ориентиры, которые помогут определить в контексте этих дискуссий место того, что делается в основном тексте книги, и, в особенности, того, как в ней рассматриваются научные конфликты, точнее, их относительная редкость в больничной практике.

единственный, кто взаимодействует с физической материей. Лаборант окрашивает образец с помощью раствора. Свет проходит через линзы и предметные стекла, прежде чем попасть в его глаза. Осуществление реальности включает в себя *манипуляции*. И все же в патологоанатомическом отделении осуществление атеросклероза достигает своей наивысшей точки, когда глаза врача видят увеличенную стенку сосуда. Когда заболевание обнаружено и *знание* установлено.

В приемной врача осуществление атеросклероза тоже имеет отношение к познанию. Когда сосудистые хирурги слушают, как пациент описывает боль в ногах, ощущение холода в стопах или слабый пульс, они *познают* атеросклероз. Они записывают в документы пациента «перемежающаяся хромота» и заключение по итогам физикального обследования. Что именно такое знание должно делать, меняется от места к месту. Патологоанатомы познают атеросклероз, чтобы *оценить* действия других врачей. Сосудистые хирурги — чтобы *спланировать* дальнейшие действия. Так что есть разные способы познания, и они встроены в разные деятельности. И все же в центре каждого из них находится репрезентация объекта, диагноз, факт, который можно записать в бланк, личное дело или описать в статье. *Данные*, которые можно добавить, перевести в другие данные и, если необходимо, распространить.

С *вмешательствами* все по-другому. Терапевтическое вмешательство не направлено в первую очередь на порождение фактов; оно должно *изменять* объект, с которым взаимодействует. Оно должно *улучшать* состояние пациента. Врач в ходе терапевтического вмешательства осуществляет объект, изменяя его. Записывать что-то в отчете после проведенной работы — побочная задача. Более того, отчеты о вмешательстве построены не вокруг репрезентации подвергнувшегося

Разногласие (*controversy*) играло центральную роль в *философии науки* в 1960–70-х годах (сборник кратких и хорошо аргументированных работ этого времени см. в: Lakatos and Musgrave, 1970). В ней ставилось много вопросов, но все они, так или иначе, были связаны со следующим: что происходит, когда две научные теории противоречат друг другу? Позволяют ли *данные* решить, какая из них лучше, или же это невозможно, поскольку каждая теория порождает собственные данные и иск-

лючает данные, согласующиеся с другой теорией? Еще один вопрос: столкновение ученых с противоречащими друг другу теориями — это их нормальная каждодневная практика или такое случается только в редких революционных ситуациях? И, возможно, предполагали некоторые исследователи, наука прогрессирует не через сравнение *теорий* между собой: выбор делается на более высоком уровне, между *исследовательскими программами*, частью которых являются отдельные теории.

вмешательству объекта, а вокруг самого вмешательства. Во время диагностики неизбежные средства, необходимые для сбора знания, — разговоры, прикосновения, разрезания и окрашивания; во время же терапии активно ищутся их материальные следствия. Материальные следствия, минимизированные в диагностике, составляют саму цель терапии. Таким образом, если после диагностического обследования можно заключить его практические аспекты в скобки и сконцентрироваться на самом объекте, то с практическими аспектами терапии это невозможно сделать. Они *и есть* терапия.

Представьте пациента с атеросклерозом, «требующим инвазивного лечения». Сосудистые хирурги приняли решение прооперировать его. Пациент соглашается, госпитализируется, ему запрещают есть, дают седативные препараты, затем отвозят в операционную, анестезируют и делают операцию. В этот момент хирурги могут видеть пораженные артерии невооруженным взглядом. В ноге нет кровотока, когда ее артерии вскрыты: на питающие артерии наложен зажим. Во время операции пациент не чувствует боли. Так что атеросклероз в операционной не проявляет себя ни падением давления, ни другими клиническими симптомами. Вместо этого все дело в плоти: артерия с атероматозной бляшкой в просвете, которой там не должно быть. Этот факт обнаруживается не для того, чтобы его репрезентировать. Он открывается затем, чтобы от него можно было избавиться.

*У этого пациента толстая нога. Медсестры смазали йодом внутреннюю поверхность бедра. Хирург делает тонкий прямой надрез, чтобы вскрыть кожный покров. Ординатор тщательно отделяет жировую прослойку. Кровь все время мешает обзору. Ее собирают с помощью тампона. Малые сосуды перекрываются маленькими сосудистыми за-*

В тот же период появился ряд социологов науки, уже не хотевших ограничиваться изучением социальных предпосылок и социальных последствий научного знания. Они начали задавать вопросы о самом знании. Делая это, они выступили *против* философии, утверждая, что находятся в лучшей позиции для понимания наук. При этом они зависели от философии, потому что заимствовали первичную сцену, которую исследовали современные им философы, — разногласие. Сцену,

на которой две теории противоречат друг другу. Возможно, этому ходу способствовала привычка философов использовать военные метафоры при формулировании аргументов, касающихся логического рассуждения (это хорошо показано в классическом исследовании Лакоффа и Джонсона [Lakoff and Johnson 1979; Лакофф и Джонсон 2004]). Предлагая новые интерпретации научных сцен, социологи приняли эти метафоры всерьез, когда по-новому проинтерпретировали научные сцены.

жимами. Сосуды побольше перевязываются голубыми нитями. Чтобы кровь не свертывалась, вводится гепарин. Медсестры подают хирургам все, что им нужно. Когда операция проходит сложно, инструменты переходят из рук ординатора в руки хирурга практически незаметно. Это тот нерв? Да, и он закреплен зажимом. Затем разрез расширяется при помощи гораздо большего зажима — двойного, похожего на ножницы. И, вот, наконец, нужная артерия. Ее обвязывают оранжевой пластиковой нитью, чтобы сделать заметной. Затем аналогичным образом нужная артерия ищется под коленом. Как только сосуд становится доступным в обоих местах, его перекрывают в паху еще одним зажимом. «Ногу отключили», — предупреждает хирург анестезиолога, который постоянно следит за кровяным давлением пациента.

Я стою на маленькой скамеечке за спинами хирургов и наблюдаю за операцией из-за их плеч. Как и все присутствующие, я в зеленом халате и дышу через маску. Я долго мыла руки, но медсестры запретили мне к чему бы то ни было прикасаться. Тепло. Хирург делает два надреза на стенке сосуда: один в бедре, а другой ниже по артерии, над коленом. Затем одна из медсестер открывает пластиковый пакет, а другая достает из него необычайно примитивный инструмент — стриппер. Это кольцо, прикрепленное под углом сорок пять градусов к длинной и тонкой негибкой проволоке. При помощи скальпеля ординатор в двух местах, где вскрыта артерия, отслаивает атероматическую бляшку от стенки сосуда. Затем вставляет кольцо стриппера в сосуд так, чтобы обхватить бляшку. Проверяет на ощупь. Все хорошо. Стриппер продвигается вверх. Медленно. Когда, наконец, он доводится до паха, бляшка отслоена от стенки на всем протяжении нужного участка артерии. С помощью микропинцетов хирург вытягивает ее и помещает в маленький контейнер. Туда же помещается

Они заявляли, что разногласия являются конфликтами, — социальными конфликтами. Вопрос о том, какая из теорий победит, — это социальный вопрос.

Таким образом, разногласия перестали быть моментами, когда теории противоречат друг другу. Социологи предположили, что на это способны только люди. В заключительных замечаниях своего исследования разногласия в биологии МакКензи и Барнс пишут: «Можно сказать, что так же, как

два сообщества [в описываемом случае] коллективно „решили“ остаться разделенными, они коллективно „решили“ определять свои теории как несовместимые. Никакая „внутренняя логика“ не принуждала их к этому» (MacKenzie and Barnes 1979). То, что выглядит как логическое противоречие для тех, кто придерживается, по словам МакКензи и Барнса, «формальных режимов мышления», описывается ими самими в других терминах. Они говорят о «двух сообществах», которые от-

утолщенная интима с приставшим к ней атеросклеротическим налетом. Ее яркая белизна контрастирует с сероватой артерией, которую зашивают: в разрез вставляются заплатки из стенок одной из вен пациента, чтобы на месте шва не образовался стеноз.

Эта операция называется эндартерэктомией. Осуществленное заболевание — засорение артерий ноги. Здесь есть режущие и рассекающие скальпели, зажимы, останавливающие кровоток, и искусно действующие руки. Здесь есть наркоз и дыхательные движения аппарата вентиляции легких. Все вместе эти акторы оголяют артерию и делают в ней два отверстия: одно повыше, другое пониже. Затем есть кольцевой стриппер. При осуществлении атеросклероза с помощью кольцевого стриппера атеросклероз это не то, что открывается, а то, что сощелкивается.

Множественность сложна. Есть не только разные «атеросклерозы», осуществляемые в отдельной больнице, но и разные стили их осуществления. Есть диагностика, в которой вопросы «в чем дело?» и «что делать?» чередуются и переплетаются. И есть лечение. В лечении делание заключается в устранении. Осуществление заболевания принимает форму *противодействия* ему. Но, как бы сильно эти стили взаимодействия с реальностью ни различались, объект, «атеросклероз», подвергающийся лечению, *может* быть тем же, что и «атеросклероз», диагностированный ранее.

*На одной из стен операционной висит негатоскоп. Хирург, готовящийся к операции, переводит взгляд с ноги на столе на рентгеновский снимок, закрепленный на негатоскопе. Желтоватая кожа здесь, черно-белые тени там. «Смотрите», — говорит он мне, показывая*

делены друг от друга. Эти сообщества могут принять «решение» об объединении или каком-то ином компромиссе. Но они так не делают. Они представляют свои идеи как противоречащие друг другу — это способ участия в конфликте.

Если философы науки интересовались тем, как логические противоречия разрешаются на практике, то эти социологи утверждали, что «логические» противоречия не существуют вне практики, в рамках которой они определе-

ны. Социальные конфликты *порождают* противоречия. Термин *разногласие* позволял совершать тонкий переход от логики к социологии (а в случае необходимости и обратно). В конце семидесятых и на протяжении восьмидесятых годов социологи, изучающие науку, провели множество *исследований разногласий*. Они описывали прекращение (*closure*) разногласий как социальный феномен. Нечто, зависящее от власти, силы, чисел. От чего угодно. Разум никогда не играет решающей

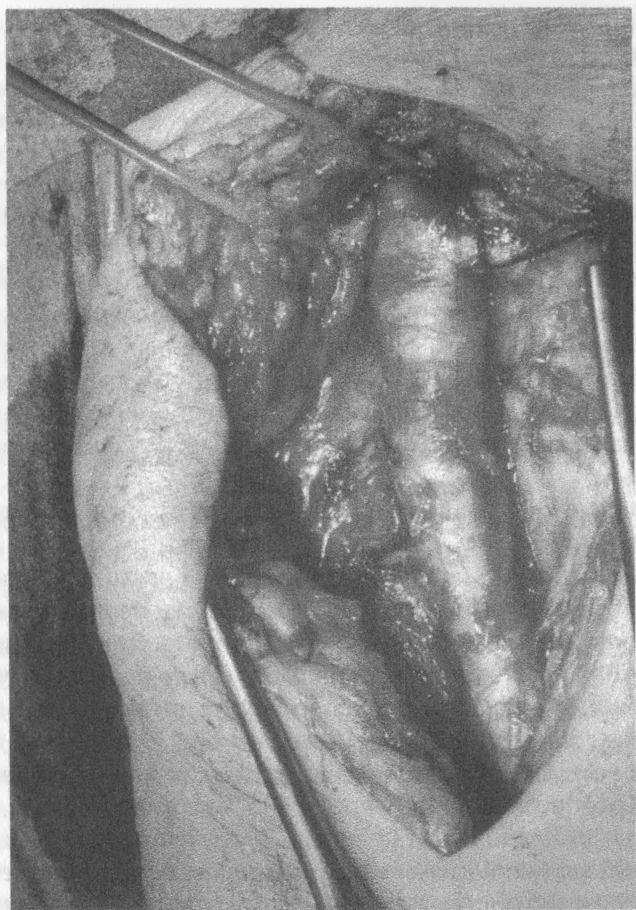


Figure 1. A large, dark, elongated, and somewhat irregular mass, possibly a tumor or a large cyst, is being held and manipulated by surgical instruments.

пальцем в перчатке на один из снимков, — «это стеноз. Видите? Его здесь хорошо видно, смотрите». Затем он показывает той же рукой в перчатке на ногу: «Мы сделаем верхний надрез — вот здесь. А тут нижний. На участке между ними мы и будем чистить просвет сосуда». Его рука показывает «здесь» и «тут» дважды. На снимке и на ноге. Как если бы он показывал соответствующие друг другу места. Одни и те же места на черно-белом снимке и в сосуде в теле.

Ангиограммы — это двухмерные пластиковые картинки, пахнущие закрепителем, а атероматическая бляшка, выскобленная из артерий в операционной, это окровавленная и искривленная структура. Так что они не одно и то же. Но они осуществляют атеросклероз сходным образом — как обструкцию просвета сосуда. Дистанция между ними достаточно мала, чтобы ее можно было преодолеть указывающим движением пальца.

Сосудистые хирурги больницы Z используют ангиограммы во время операции как карты. Изображения помогают им решить, где и как делать разрез. Таким образом, ангиограммы — часть диагностики: они помогают решить, как и где оперировать. Но они не играют решающей роли в принятии решения о том, лечить или нет. Это решение уже было принято ранее. Хирурги больницы Z просят рентгенолога сделать ангиограмму, только если решили, что будут оперировать. В больнице Z картинки с плохими артериями не являются основанием для лечения, в отличие от серьезных жалоб, плохого давления в районе лодыжки и тяжелых проблем.

*Сосудистый хирург: «В некоторых больницах, делать или нет операцию, решают исходя из рентгеновских снимков. В расчет берется*

роли: разумно обоснованное — это всегда результат. Прекращение разногласий означает (и социологи науки приложили немало усилий, чтобы показать это), что побеждает одна истина, а доводы в ее поддержку задним числом становятся разумно обоснованными.

Однако не все исследователи, изучавшие разногласия в науке, подчинялись «формальное мышление» социальным отношениям. Многие из них не смешивали логику и конфликтующие

интересы социальных групп. Например, Тристам Энгельхардт и Артур Каплан во введении к работе «Научные разногласия» предлагают впечатляющий перечень возможных причин прекращения разногласия: (1) потеря интереса; (2) силовое решение; (3) достижение консенсуса; (4) убедительный аргумент; (5) переговоры (Engelhardt and Caplan 1987, 14–15). Перечень. Как если бы эти пять возможности существовали бок о бок, одна за другой. Теоретическая дискуссия [о которой шла речь



*процент оставшегося просвета сосуда. У нас не так. Для нас ангиограмма — это скорее дорожная карта. Фото упрощает работу с сосудами. Но лечим мы людей, а не снимки. Иногда мы получаем снимки из окружной больницы. Коллеги говорят, мол, смотрите, как все плохо, надо что-то делать и, кажется, это сложно, пожалуйста, сделайте это для нас. Но мы, конечно, всегда сначала говорим с пациентом. А оперируем, только если у него серьезные жалобы. Да и сами пациенты тоже должны быть мотивированы, прежде чем мы решим их оперировать».*

В больнице Z решение вопроса об операции не зависит от ангиографии. Конечно, если бы ангиограмма не показывала стеноз, хирурги не знали бы, где именно проводить вмешательство. Но до того, как ангиограмма станет руководством к действию, у пациента должны быть серьезные жалобы на что-то, сильно ему мешающее, и он должен быть достаточно мотивирован, чтобы решиться на риски операции. Так что диагностированное заболевание *может* быть тем же, которое лечат, но *необязательно*. В больнице Z так. Атеросклероз, осуществляемый в процессе принятия решения об оперативном вмешательстве, отличается от атеросклероза, осуществляемого во время операции. «Боль при ходьбе» — *причина* вмешательства, в то время как «бляшка, блокирующая просвет сосуда», — *цель* оперативного вмешательства.

Это несовместимость. Заболевание диагностированное и заболевание, которое лечится, являются разными объектами, которые могут совмещаться так, как мы уже описывали, но не всегда совмещаются. Если такая несовместимость беспокоит, то вовсе необязательно не смотря ни на что мириться с ним. Есть разные возможности привести в соответствие объекты диагностики и вмешательства. Во-первых, можно придать решающее значение «обструкции сосудов». В этом слу-

выше] остается в стороне. Вместо нее, по-видимому, есть разные эмпирические возможности. Вот лишь два крайних случая: порой разногласия прекращаются, потому что в пользу одной из теорий приведены убедительные аргументы, а иногда — потому что одна из вовлеченных в конфликт социальных групп оказывается сильнее других.

Спокойное и нейтральное перечисление этих механизмов прекращения разногласий как палитры возможностей упускает все, что стояло на кону

в связи с теоретической дискуссией. Прежде всего, политический тезис социологов. Когда социологи науки утверждали, что социальные конфликты предшествуют логическим доводам и порождают их, им важно было подчеркнуть, что это не просто одна из пяти возможностей. Только в случае, если прекращение научного разногласия *всегда* зависит от социальных факторов, «научное разногласие» признается социальным по своей сути событием. И только затем социология вы-

чае стеноз на рентгеновском снимке станет причиной для лечения, а суженный просвет сосуда, обнаруженный в операционной, — объектом лечения. Во-вторых, можно придать решающее значение «боли при ходьбе». Тогда от оперативного вмешательства откажутся, а «боль при ходьбе» станет как причиной, так и объектом лечения. Лечебная практика, напрямую вмешивающаяся в «боль при ходьбе», существует: это — терапевтическая ходьба.

Ангиолог: «Раз уж вы упомянули об этом — да. Я знаю про терапевтическую ходьбу. Конечно. В литературе она описана, ее одобряют. Впечатляющие клинические исследования. Да».

Интервьюер: «Тогда почему она не практикуется здесь?»

Ангиолог: «Ну, не забывайте, что еще до того, как мы увидим пациентов, врачи общей практики зачастую уже подталкивают их к ходьбе. Без особого результата».

Интервьюер: «Но это же не совсем одно и то же, так?»

Ангиолог: «Ну, может быть, и не одно и то же. Да. Нет, не так. Скорее, терапия работает, только если она каким-то образом организована и проходит под тщательным наблюдением. У нас здесь этого нет. Почему? Наверное, потому что это скорее по части физиотерапевтов, а им урезали финансирование. Что бы вы у них не спросили сегодня, они отвечают только, что им очень жаль. Им не дают делать большего, и они вынуждены сокращать свою деятельность. Так что, они не пойдут на что-то новое».

Терапевтическая ходьба — стратегия лечения, требующая от пациента регулярно проходить большие расстояния. Есть ее версия, при которой пациент должен продолжать ходьбу, даже несмотря на боль в ногах. В другой версии пациент может немножко отдохнуть, если чув-

двигает новый [политический] тезис: текущие научные теории не зависят от познания природы разумом, потому что они не являются единственно возможными «разумно обоснованными» теориями. Альтернативы им существовали вплоть до недавнего времени. Их придерживались авторитетные группы людей. Поэтому проблема, связанная с этими альтернативами, состоит не в том, что они являлись (или являются) необоснованными, а в том, что они потерпели поражение.

Подразумевавшийся социальный тезис заключался в том, что сегодняшние эксперты не являются представителями «разума», а просто унаследовали идеи предшествующих экспертов, которым удалось победить своих соперников. Это означает, что у обществ, передающих слишком много власти экспертам, есть проблема: эксперты необязательно занимают нейтральную позицию по отношению к конфликтам, которые их просят разрешить. Скорее, они — часть этих конфликтов. (Для

ствуется, что у него вот-вот заболят ноги. Третья версия предполагает беговую дорожку в помещении. В четвертой версии требуется ходить на свежем воздухе. Но независимо от формы терапевтическая ходьба направлена на борьбу с атеросклерозом, который причиняет боль при ходьбе. На борьбу *при помощи ходьбы*.

Таким образом, связности можно добиться. Попробуйте установить природу атеросклероза, принципы заболевания. И в соответствии с ними организовать практику. Пусть, например, атеросклероз *является* ногами, которые болят при ходьбе. Постройте свою практику на этом: диагностируйте это заболевание в кабинете терапевта в ходе беседы с пациентом и лечите его длинными прогулками на свежем воздухе. Или же установите другие принципы и пусть, к примеру, атеросклероз *является* обструкцией просвета сосуда. На том и постройте практику: диагностируйте заболевание при помощи изображений и лечите хирургически. Но в больнице Z так не принято. Такой связности не достигают, и даже не стремятся к ней. Практике не предшествует принципиальная дискуссия. Вместо этого есть разные практики, каждая со своими принципами. По-видимому, то, что кажется логическими несовместимостями, не доставляет беспокойства. Эти несовместимости не усложняют, а, наоборот, облегчают жизнь. В больнице Z атеросклероз *является* чем-то одним здесь и чем-то другим там. Это *одновременно* боль и закупоренная артерия, но не одновременно в одном месте. Боль в диагнозе и закупоренная артерия в лечении. Реальность *распределена*.

### *Критерии назначения*

Лечение атеросклероза путем его отслаивания в операционной не единственный вид инвазивного лечения, доступный сосудистым хи-

разнообразия я сошлюсь на журнал, а не на книгу: *Social Studies of Science* давно публикует работы, авторы которых анализируют разногласия в нейтральном тоне и одинаково подозрительно относятся ко всем экспертам.)

Из пристрастности экспертизы выводился и более радикальный тезис. Его отстаивали те, кто надеялись на совершенно иное, лучшее, альтернативное общество. Они не придерживались нейтралитета, говоря о различных экспертах (чтобы не оказаться на сто-

роне победителей), а искали такие формы экспертизы, которые лучшим образом отвечали бы их чаяниям справедливого общества. Они стремились найти или изобрести альтернативное общество и бороться за него. Их вывод заключался в том, что общество можно изменить, только если изменится наука, которую мы используем для его построения. И, наоборот, альтернативная наука может возникнуть только в рамках других социальных отношений. Так как общество и его

пургам больницы Z. Есть и другие. Например, чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика, ЧТКА. Хотя хирурги ответственны за все решения, касающиеся лечения, эту процедуру они проводят не сами. Ее проводят радиологи в операционной рентгенологического отделения. В том же кабинете, где делается ангиография.

*Пациентка под местным наркозом в одной оранжевой рубашке лежит на высоком столе в отделении радиологии. Над ее анестезированным телом висит рентгеновский аппарат. Вокруг стола над головами висят мониторы. Они показывают расплывчатые рентгеновские тени артерий пациента, в которые введена небольшая доза контраста. Непроницаемый для рентгеновских лучей катетер тоже виден на мониторе. Следя за изображением на экране, ординатор медленно продвигает катетер через разрез в паху пациентки вниз по бедренной артерии. Где-то следом за катетером, чуть ниже его конца, видны две точки. В определенный момент они оказываются в начале и конце стеноза. «Смотрите, вот наш баллон, как раз там, где нужно», — говорит рентгенолог.*

*Второй ординатор подключает к катетеру маленькую помпу. То, как он качает, напоминает мне накачивание велосипедной шины. Между двумя точками раздувается баллон. Он растягивает стенки сосуда. Некоторое время баллон остается накачанным. «Миссис Зенга, не больно?» — спрашивает один из ординаторов, гораздо громче, чем он только что говорил со своими коллегами. «Обязательно скажите нам, если больно. Именно больно, а не просто зудит. Только если больно». Пациентка под наркозом выглядит напряженной. Отсутствующей. Старой. «По-моему, достаточно. Сколько мы уже держим баллон?» — спрашивает рентгенолог своих ординаторов. Воздух выпускается из баллона. Кто-то говорит: «Думаю, этого хватит. Давайте введем контраст. Посмотрим, большой ли просвет».*

научные продукты переплетены, изменение одного будет процессом, который повлечет за собой изменение другого (см. об этом номера *Radical Science Journal* начала 2000-х годов).

Оба тезиса — предостережение против экспертизы и призыв к альтернативной науке — теряются, когда «разум» и «сила» (или другие социальные механизмы, такие как консенсус или переговоры) перечисляются друг за другом как равновозможные механизмы прекращения разногласий. Та-

кое перечисление предполагает, что есть феномен, называемый «разумом», этот «разум» является независимым ресурсом, несоциальным феноменом и находится *по ту сторону* социального. Хороший и ясный выход из беспорядка социального, — так философы того времени понимали разум. Будучи защитниками «разума», они никогда не говорили, что прекращение разногласия при помощи силы не является эмпирической возможностью. Так бывает, но это вовсе не хорошо. Знание, яв-

Подобно эндартерэктомии это вмешательство, ЧТКА, осуществляет атеросклероз как бляшку, закупоривающую кровеносный сосуд. Но когда бляшка отслоена, атеросклероз извлечен из тела. Его помещают в контейнер. Напротив, бляшка, прижатая баллоном к стенке сосуда, остается внутри тела. Она *отодвинута*.

Есть и третий важный инвазивный метод, используемый в больнице Z. Он тоже включает в себя вскрытие ноги скальпелями в операционной. Но в отличие от эндартерэктомии и ЧТКА, просвет сосуда в месте закупорки не «очищается». Вместо этого кровь пускается в обход стеноза. Выше и ниже места сужения к сосуду пришиваются шунты. Таким образом, шунтирование осуществляет атеросклероз как то, что можно *обойти*.

*Стеноз в бедре правой ноги. Тем не менее операция начинается в области голени. Из нее извлекается вена. Ее клапаны тщательно устраниваются. Все до одного, потому что иначе они замедлят кровоток и на них появится новая бляшка. «Уйма работы, — говорит мне хирург. — Да и две ноги резать тоже не сахар. Что для нас, что для пациента. Но результаты гораздо лучше, чем если использовать искусственные шунты. Их мы тоже используем. Иногда просто не остается выбора. Но они забиваются быстрее. Вены лучше, это не инородное тело». Бедро вскрыто, артерия оголена, но на этот раз не в двух местах, а на всем отрезке сосуда, который будет обойден с помощью шунта. Выше и ниже стеноза в стенке артерии делаются два отверстия, к которым мелкими стежками пришивается шунт. Нога зашивается уже с дополнительным участком сосуда. Игла, нить. Пинцет, чтобы протягивать нить. Кожа слегка натянута.*

Вот три инвазивных метода лечения, каждый из которых осуществляет атеросклероз, но делает это по-своему. При эндартерэктомии

ляющееся результатом силового прекращения разногласий, просто не заслуживает того, чтобы его называли «научным». Это указывает на то, что стояло на кону для философов, — нечто, пропущенное Энгельхардтом и Капланом в их перечне с той же легкостью, с какой они оставили в стороне политический посыл социологов. Таким образом, это второй упущенный тезис. Защищая «разум», философы не делали эмпирического заявления, а устанавливали нормативный стандарт. Они не го-

ворили, что социальные силы никогда не прекращают разногласий, а утверждали, что это опасно. Научные разногласия *должны* улаживаться при помощи «убедительных аргументов». Когда привлекают другие факторы, то покидают область науки и переходят в область политики. А важно было отделять их друг от друга. Только таким образом можно защитить науку (и права разума) от произвола социальных сил.

Примером того, почему так важно было поддерживать это разделение,

бляшка устраняется из сосуда, при ангиопластике она отодвигается, а при шунтировании ее обходят. Пациенту не нужны все три процедуры. Хватит и одной. Должно хватить одной. Но какой из них? По этому поводу возможны разногласия. Дискуссия, в ходе которой вопрос «какая из стратегий лечения лучшая?» будет решен. После преодоления разногласий атеросклероз будет осуществлен одним из трех способов: устранен, отодвинут или обойден.

В своих полевых исследованиях я встречалась со случаями именно таких разногласий по поводу инвазивного лечения. Каждая из стратегий инвазивного лечения подвергалась жесткой критике сторонниками конкурирующей стратегии.

*В большой лекционной аудитории медицинской школы, примыкающей к больнице Z, проходит небольшая международная конференция, посвященная ЧТКА и другим эндоваскулярным процедурам. Последним выступает сосудистый хирург. Он объявляет, что его профессиональная принадлежность дает ему право объявить о конце сосудистой хирургии: «Это произойдет весьма скоро. Эндоваскулярные процедуры одерживают верх. Есть еще, конечно, некоторые проблемы, требующие решения. Но, так как ЧТКА не требует обширного хирургического вмешательства, вероятность смерти пациента гораздо меньше. Это более элегантная техника. Так что, какие бы проблемы ни были, они будут решены. А ангиохirurgия уйдет в прошлое. Запомните мои слова».*

Я записала его слова в свой блокнот. И это позволяет мне сравнить их с несколько другими словами, записанными мной несколькими месяцами ранее. Они предвещают победу сосудистой хирургии, а не эндоваскулярных процедур.

является случай Лысенко. Его ламаркистская биология получила государственную поддержку в Советском Союзе, потому что соответствовала господствовавшей в нем политической идеологии. Если изложить ее суть вкратце, то в теории Лысенко утверждалось, что растения способны адаптироваться к окружающей среде и передавать приобретенные признаки своему потомству. На основе этой теории были созданы крупномасштабные сельскохозяйственные проекты. «Ложные» ламаркист-

ские «факты» силой навязывались советским биологам и колхозам. Но такое подчинение биологического мышления политике (по крайней мере, в этом заключался аргумент) не может не иметь катастрофических последствий, и, разумеется, оно их имело. Множество людей умерли от голода, когда несколько урожаев подряд были загублены (версию этой истории, пытающуюся спасти и науку, и марксизм путем перекалывания всей вины на сталинизм, см. в: Lecourt 1976).

*Мы идем к лифту. Обычный понедельник, полдень, сразу после встречи по поводу принятия решения. Один из сосудистых хирургов говорит с ангиологом: «Честно говоря, я начинаю сомневаться во всей этой затее с ЧТКА. Там столько проблем. Артерии снова закупориваются. Еще и тромбоз как побочный эффект. А недавно в литературе мне попались несколько отрицательных отзывов. Может, это вовсе не настолько хорошая методика. Возможно, нам стоит сделать переучет. Сомневаюсь, что после этого мы все еще будем хотеть использовать ЧТКА».*

Если один хирург предсказывает исчезновение хирургического лечения в ближайшем будущем, то другой утверждает, что надлежащий переучет спишет ЧТКА. Разногласие выглядит настолько острым, насколько это возможно. Но хотя столь дискуссионные заявления делаются на конференциях и в неформальных беседах, те, кто их делают, сами в своей ежедневной врачебной практике продолжают назначать как ЧТКА, так и операции. Поэтому если полномасштабные разногласия предполагают, что некоторый метод, скорее всего, на самом деле исчезнет, то незначительные разногласия вовсе необязательно подразумевают это. Они также могут указывать на напряжение, существующее уже долгое время. При этом методы продолжают сосуществовать. Они распределены.

В повседневной больничной практике множество сил уходит на распределение типов лечения по пациентам. Рутинный вопрос не «хороша ли ЧТКА в целом?», а «подойдет ли ЧТКА этому конкретному пациенту?». Именно этот вопрос и обсуждается каждый день.

*Старший хирург обращается к младшему, показывая на ангиограмму, закрепленную на негатоскопе перед ними: «Ты что, хочешь предло-*

Энгельхардт и Каплан составляют перечень из пяти возможностей прекращения разногласий, не рассматривая их относительную ценность и отношения между ними. Тем самым они *распределяют* теоретические выборы по эмпирическим случаям. (Это сразу поразило меня, так как *распределение* — редкий для текстов теоретиков способ разрешения или скорее растворения теоретических напряжений, хотя именно так обычно и делают в более практических обстоятельствах,

например, в больнице. Это еще одна связь между больницей Z и текстом из той литературы, на которую я здесь ссылаюсь: *аналогия* между их способами справиться с различием.) Но что скрыто в этом умиротворяющем жесте? Вопрос о том, как думать об отношении науки и политики и как с ним работать. Разумно ли пытаться защитить науку от политики *или* убежденность в политической нейтральности экспертов является опасной иллюзией? Должны ли мы предотвратить вме-

*жить этому пациенту ЧТКА? Ты с ума сошел? Ну же, это ни к чему хорошему не приведет, сосуд почти полностью закупорен, вот здесь. Да они катетер ни за что не протолкнут через это место».*

Старший хирург откровенен, возражая против проведения ЧТКА в артерии, которую он считает закупоренной. Жёсток. Но конфликт локальный. Он касается одного пациента. Даже если по поводу отдельных пациентов бывают разногласия, довольно часто их все же нет. Довольно часто речь идет не о столкновении твердых позиций, а о сомневающихся врачах, ищущих ответ на вопрос «что делать?». Они колеблются.

*Консилиум по поводу принятия решения. Младший хирург представляет пациента, мистера Летхамана. У него серьезные жалобы. Лодыжечно-плечевой индекс 0,6. Дуплекс показывает длинный участок стеноза, вот он, почти десять сантиметров. Это поверхностная бедренная артерия левой ноги. Что было бы благоразумно предпринять? Нет, закупорка не полная, и младший хирург считает, что можно обойтись без шунтирования. Но подойдет ли в этом случае ангиопластика или лучше поставить мистера Летхамана в очередь на эндартерэктомию? Разные врачи предлагают разные доводы в пользу того или иного метода лечения, и хирург кивает в ответ на каждый из них. У каждого здесь есть свое мнение. Так как же прийти к заключению?*

Как лечить Летхамана? Ответственный за пациента хирург предлагает это в качестве вопроса своим коллегам, специалистам по сосудам: хирургам, радиологам и ангиологу. У него нет своей позиции в этой

наительство сильных мира сего в науку или эксперты — это новая и сильная социальная группа, которая заслуживает того, чтобы ее подчинили определенной форме демократического контроля? Следует ли позволить наукам развиваться по их собственным независимым правилам или границы между внешним и внутренним всегда были проницаемыми, отделяя друг от друга только некоторые элементы и проблемы, но отнюдь не все?

И, наряду с этими вопросами, есть

еще один — о том, в какой политике участвовать: в той, что устанавливает стандарты, или в той, что, будучи убежденной в беспорядочности несогласованного мира, в котором мы живем, ищет лучшие способы с ней справиться.

#### *Непрекращающиеся разногласия*

В 1984 году Фрэнсис МакКри и Джеральд Маркл опубликовали примечательную статью о заместительной эстрогенной терапии (ЗЭТ). По их словам, в начале восьмидесятых годов ученые



дискуссии, потому что он не уверен в том, что именно нужно делать. Какая терапия лучше других поможет его пациенту?

Вопрос о том, какое лечение подойдет конкретному пациенту, не исчез после решающей дискуссии, определившей, какой способ лечения лучше. Но это и не полностью локальный вопрос каждый раз. Распределение методов лечения между пациентами обеспечивается критериями назначения [лечения]. Они являются инструментами распределения. Критерии назначения связывают характеристики пациента с одной из доступных стратегий лечения. В больнице Z критерии назначения являются частью научных результатов команды сосудистых специалистов. Литература усваивается, переформулируется и дополняется. Вот пример. Не следует использовать ЧТКА в случаях «бляшки длиннее 10 сантиметров».

*«Исследования, проведенные группой под руководством Цайтлера, а также Чапеком с коллегами выявили значительный рост показателя неудачных ЧТКА при бляшке длиннее 10 сантиметров. В таких случаях ЧТКА противопоказана» (van der Heijden FH, Eikelboom BC, Banga JD, Mali WP: The management of superficial femoral artery occlusive disease. British Journal of Surgery 1993; 80:959–96).*

Критерии назначения мобилизуют легко устанавливаемые характеристики заболевания. Например, длину стеноза. Приведенная здесь цитата устанавливает порог в десять сантиметров. В бляшках длиннее десяти сантиметров ЧТКА так часто не удается, что ее уже не имеет смысла проводить. Но и при поражениях менее десяти сантиметров доля неудачных ангиопластик выше, чем у эндартерэктомии. И все же ангиопластика проводится. Почему?

в США и Великобритании давали разные рекомендации касательно этой терапии. «Большинство американских исследователей не рекомендуют терапию, утверждая, что она увеличивает риск онкологических заболеваний; в Великобритании же, напротив, большинство исследователей сводят к минимуму связь с раком и защищают полезность ЗЭТ в разных случаях — от „приливов“ до остеопороза (снижения плотности костей)». (McGee and Magkle 1984, 1). Итак, есть различие, но

нет разногласия. Даже в отсутствие языкового барьера исследователям по обе стороны Атлантического океана удавалось не ссылаться на публикации друг друга. Они не спорили — ни исследователи, ни практикующие врачи (которые тоже расходились во мнениях). Врачи в США прописывали много эстрогена, их коллеги в Великобритании этого не делали. Авторы статьи указывают на еще одно различие: если в США феминистки и активисты в области здравоохранения выступали про-

Хотя проходимость сосуда после эндартерэктомии значительно лучше, чем после ЧТКА, ЧТКА — малоинвазивный метод со сравнительно низкой вероятностью осложнений. Кроме того, пациенту не требуется длительная госпитализация (van der Heijden FH, Eikelboom BC, Banga JD, Mali WP: The management of superficial femoral artery occlusive disease. *British Journal of Surgery* 1993; 80:959-96).

После отслоения бляшки вероятность того, что просвет артерии на какое-то время сохранится чистым, выше, чем после того, как его расширили. Однако люди переносят операцию гораздо тяжелее, чем ангиопластику, им нужно дольше оставаться в больнице, а риск летального исхода выше. Поэтому расчеты, поддерживающие распределение методов лечения среди пациентов, разнородны. В них учитывается как длина поврежденного участка сосуда, так и продолжительность госпитализации, как диагностические факты, так и практические аспекты диагностики и лечения.

В практиках лечения атеросклероз не превращается в единичную реальность, во что-то, что нужно обойти, соскоблить или отодвинуть. Он — все эти три реальности. Но не все три сразу. При помощи критериев назначения они распределены по разным группам пациентов. Каждой группе пациентов назначается свой метод лечения и, соответственно, свое заболевание. Критерии назначения — как раз то место, где становится видно, что «реальность» может влиять на практику, а «прагматики», в свою очередь, могут формировать реальность. Они взаимозависимы. Если операция предпочтительнее, *потому что* она эффективно соскабливает или обходит заболевание, то практические меры следуют за реальностью «закупоренного сосуда». Пациент анестезируется и оперируется. Но если выбрана ангиопластика, *потому*

тив назначения эстрогенов врачами во время менопаузы, то в Великобритании они наоборот требовали от сопротивлявшихся врачей назначения эстрогенов.

МакКри и Маркл попытались объяснить позиции сторон в этих «неразномогласиях», связав их с условиями, в которых находились соответствующие группы в этих двух странах. Большинство исследований в этой области в США финансируется государством, а в Великобритании — фармацевтической

индустрией. Американские врачи получают деньги от каждого назначения эстрогена, а для британского врача это просто дополнительные хлопоты. Американские феминистки считают принцип «биология — это судьба» своим заклятым врагом. Британские же феминистки связывают неблагоприятное положение женщин со структурными причинами и считают «пренебрежение» [интересами женщин] одним из проявлений этого положения. Таким образом, каждой позиции дано соци-

что она менее рискованна и легче переносится пациентом, то верх одерживают именно эти прагматики. За ними следует реальность: атеросклероз осуществлен как то, что можно сдвинуть баллоном с воздухом.

### *Стадии и уровни*

Сосудистые хирурги лечат людей в тяжелом состоянии. Какое у них заболевание? Их ноги болят. Их кожа выглядит плохо. У них низкие показатели лодыжечного давления. Скорость их кровотока в отдельных местах увеличена. Их ангиограммы показывают стеноз. В их артериях есть бляшки. До сих пор я подчеркивала различия между атеросклерозами, осуществленными в каждом из этих случаев. Но у них есть и кое-что общее. Атеросклероз в сосудистой хирургии осуществлен как *состояние*. Это проблема, которая здесь и сейчас мучает пациента и может быть, а может и не быть решена инвазивно. Но в корпусе больницы Z есть и другие крылья. В терапевтическом отделении атеросклероз — это *процесс*.

*Старший терапевт ведет исследовательскую программу, посвященную связи между липопротеинами в крови и развитием атеросклероза. К сосудистой хирургии он относится критично. Считает, что то, что делают сосудистые хирурги, даже если они делают это хорошо, не всегда благо: «Они предпочитают пренебрегать факторами риска. Делают вид, что они ничего не значат. Снова вскрыли сосуды? Прекрасно, значит, пациент спасен. А себя они представляют теми героями, которые его спасли. Я никогда не забуду то фото в газете. Теперь оно уже старое, но все еще показательное. На нем был человек, которому сделали одну из первых трансплантаций сердца. Он сидит*

*альное объяснение. «Эти позиции с разными интересами и их систематическое противостояние друг другу рассматриваются как следствия политических, экономических и идеологических отношений» (McCrea and Markle 1984, 18). Но я ссылаюсь на эту статью не потому, что она содержит социальные объяснения. В начале восьмидесятых годов многие работы в рамках социальных исследований науки, обсуждая науку и медицину, отсылали к «политическим, экономическим и идеологическим отношениям».*

Удивительно то, что МакКри и Маркл не говорят о сторонах, вовлеченных в разногласие, до тех пор, пока дело не доходит до его прекращения. Вместо этого вырисовывается образ серии соприкосновений, вызывающих различные трения, которые не ведут к разрешению разногласия. Как утверждают МакКри и Маркл, поддержание дистанции даже служит инструментом для некоторых заинтересованных сторон. Например, для феминисток, чья стратегия является стратегией политической

*на больничной кровати через три дня после операции. Должно быть, он все еще чувствовал себя ужасно, но улыбался из-за фотографа. А ниже подпись, мол, ему снова хорошо, потому что он может позавтракать как обычно яичницей с беконом».*

Яичница и бекон плохо влияют на баланс жиров в крови: они приводят к развитию атеросклероза, закупоривают сосуды. Трансплантация сердца может выглядеть героическим делом, а те, кто, способны ее провести, могут представлять спасителями жизней. Они вскрыли сосуды. Но пока они позволяют своим пациентам завтракать яичницей с беконом, в сосудах будут образовываться бляшки. Поэтому такие хирурги заслуживают разоблачения в качестве убийц.

«Убийца» — сильное слово. Никто из тех, с кем я говорила, никогда даже не был близок к тому, чтобы использовать его. Но в только что приведенном интервью есть все необходимое, чтобы поддержать такое обвинение. В теории это полноценный конфликт. Однако на практике все опять сложнее.

*Кино-то рассказал мне про молодого терапевта, занимающегося исследованием, которое может меня заинтересовать, поскольку оно посвящено атеросклерозу. Поэтому, когда я встретила его в коридоре, то спросила, не может ли он уделить мне немного времени. «Конечно, можем поговорить, заходите к нам в гости. Правда, я мало что смогу рассказать вам про свое исследование. Просто меня попросили заняться прояснением связи между нарушением обмена липопротеинов и атеросклерозом. Но у меня пока слишком мало пациентов, чтобы утверждать что-нибудь вразумительное. Мне не дают пациентов. Дело в том, что у них очень мало симптомов нарушения обмена ли-*

опозиции. «Так, женщины в обеих странах по-разному стремились нейтрализовать стигму менопаузы: в США феминистки утверждали, что менопауза — нормальное явление, а не болезнь, а в Великобритании — что связанные с менопаузой проблемы „реальные“, а не находятся только в головах женщин» (McCrea and Markle 1984, 16). Различия не обязательно преодолевать: они могут оставаться открытыми, если для этого проделана большая работа. Их необязательно уст-

ранять — неважно соглашением или силой — можно просто оставить все как есть. Таким образом, здесь мы имеем дело с напряжениями, которые не разрешаются. И в Соединенных Штатах, и в Великобритании феминистки противостоят врачам и ссылаются на ученых. Не бывает места, где бы все пришли к согласию. Не бывает так, что побеждает одна-единственная «теория», равно как и не побеждают противоборствующие «теории», приведенные к компромиссу.

попротеинов. Его основным симптом — раннее начало и быстрое развитие атеросклероза. Это значит, что они приходят в больницу, но идут не ко мне. Они посещают сосудистого хирурга, или невролога, или кардиолога, а я даже не знаю, измеряют ли им уровни липопропротеинов. И если все-таки измеряют, то дальше их отправляют к диетологу или выписывают препараты. Что знаю я? Только то, что ко мне их не направляют. Так что, я в тупике».

Сложно начать дискуссию о лечении пациентов с нарушением обмена липопропротеинов, если не удастся увидеть пациентов, страдающих от него. Сложно дискутировать с сосудистыми хирургами, если они не направляют этих пациентов в терапевтическое отделение. Поэтому, как бы терапевтов ни беспокоило, что хирурги оперируют закупоренные сосуды как состояние, пренебрегая процессом закупорки сосудов, они не в тех условиях, чтобы возражать.

Там атеросклероз осуществлен как наличное состояние, тут — как процесс со своей историей. Противоречия между этими способами осуществления реальности заболевания артикулированы. Но до полноценной схватки дело не доходит. Вместо этого происходит распределение различий между состоянием атеросклероза и атеросклеротическим процессом. Я бы могла описать это как распределение по специализациям: в сосудистой хирургии атеросклероз осуществлен как закупорка артерий, а в терапии — как процесс закупоривания. Но все сложнее. Эти две специальности не просто отклоняют реальность друг друга. Они не просто куда-то отодвигают ее, куда-то вовне, но и создают для нее место. Они на своих условиях создают место для другой реальности внутри своей собственной. Так состояние «закупорка сосудов» становится поздней стадией процесса закупорки, в то время как

Авторы не сделали акцент на этом выводе, и темой в литературе он стал значительно позднее. Но теперь, по прошествии времени, можно сказать, что в этой статье был сделан интригующий ход. Он предполагает, что изучавшаяся философами и социологами первичная сцена (разногласие, приводимое к завершению благодаря разуму или силе) вполне может оказаться редким событием. И не потому, что разногласия есть только в «революционных» ситуациях, а потому что согла-

сие отсутствует почти всегда. Если не много изменить масштаб взгляда — с вроде бы мирного исхода на озадачивающие подробности или с маленького места на место побольше, — то все, как правило, усложняется. Если в исследовании не фокусироваться только на США, а принимать во внимание и Великобританию, то расхождение становится видимым. Или если учитывать не только ученых, но и практикующих врачей, а затем и активистов, то картина изменится еще больше. Различия

«процесс закупорки» становится *уровнем*, лежащим в основе плохого состояния пациента.

На что похоже такое сложное распределение на практике? Давайте переместимся в терапевтическое отделение поликлиники. В своей поликлинике терапевты борются с атеросклерозом, а не с хирургами. Они пытаются замедлить развитие атеросклеротического процесса у пациентов из группы риска по атеросклерозу. Этот процесс развивается в той мере, в какой их профилактические меры терпят неудачу, и это может продолжаться до тех пор, пока пациент не начнет жаловаться на хромоту и у него не закупорятся сосуды. Поэтому в терапевтическом отделении поликлиники плохое состояние сосудов осуществляется как результат того, что не удалось вовремя помешать процессу. Если и только если это случается, терапевты обращаются к сосудистым хирургам.

*Терапевтическое отделение поликлиники. Я сижу с терапевтом, принимающим пациентов с диабетом. Его приемная выглядит так же, как приемная хирурга в другом коридоре. Это маленькая комната без окон. В комнатах ожидания окна есть. (Архитекторы много возмущались по этому поводу: пациенты заслуживают окон.) Заходит женщина чуть за тридцать. «О, вот и вы, миссис Дам. Проходите. У нас сегодня гостья, она изучает врачей и наблюдает за всем, что я делаю. Ну, как у вас дела?» Миссис Дам отвечает, что у нее все хорошо. Но ей любопытно. В прошлый раз она тоже чувствовала себя хорошо, но анализы были плохими. А в этот раз? Врач кивает: «У меня есть ваши анализы, вот, посмотрите. Они гораздо лучше. Думаю, лучше, чем когда-либо. Как у вас это получилось?» Врач и пациентка смотрят на список показателей, выданный гематологической лабораторией. Уро-*

без конфликта возможны, как и конфликты, которые никогда не прекращаются.

В политической теории это старый троп: никого не удивляют неразрешенные конфликты. Целые полки забиты книгами на соответствующие темы: как вести и избегать войны, как в некоторых частях мира зародилась демократия в качестве способа справляться с различием, как с различием управляются в других местах, как по-разному проживаются разные формы притес-

нений (задолго до Мура [Moore 1966] и после Бенхабиба [Benhabib 1996]). Я не надеюсь дать здесь обстоятельную ссылку на литературу этой традиции, но, чтобы только показать, что это возможно, приведу небольшой, эзотерический пример. В 1968 году политический теоретик Аренд Лейпхарт опубликовал книгу о том, как справлялись с различием в голландской политической культуре с 1917 по 1967 год. Различия учитывались и умиротворялись. Организация голландской социальной жиз-

*вень сахара, общее содержание холестерина, соотношение липопротеинов высокой и низкой плотности. Они обсуждают, как миссис Дам старается контролировать показатели крови. «Наверное, в этот раз я вела себя настолько правильно, насколько это возможно. Больше никакой ночной жизни, все приемы пищи каждый день в одно и то же время. Здоровое питание. Инсулин точно по графику, никаких отклонений. Я с ума сходила. Но для себя решила: у меня должно получиться».*

В терапевтическом отделении атеросклероз связан не с жалобами, а с будущим. Измеряются текущие показатели крови. Пациенты с диабетом склонны к атеросклерозу. Но чем лучше ведут себя их показатели сахара и липопротеинов, тем меньше вероятность развития атеросклероза (по крайней мере, об этом говорит большинство новейших клинических исследований). Поэтому эффективный контроль показателей крови сейчас может избавить от необходимости операций в будущем. Если процесс с самого начала тщательно наблюдается, то атеросклероз может никогда не развиться до такой степени, что начнет причинять беспокойство. Но уверенности в этом нет. Не всегда все идет по плану. Некоторые тела ведут себя странно. Некоторые пациенты ведут себя странно. И терапевты, бывает, ошибаются. Тогда обращаются к хирургии. Если атеросклероз осуществляется как процесс, то он локализован во времени. Где-то в будущем, дальше по временной оси, если все сложится не лучшим образом, может развиваться плохое состояние. И оно потребует операции.

В отделении сосудистой хирургии осуществление атеросклероза в качестве плохого состояния оставляет место и для процесса его развития. Сосудистые хирурги не против измерений уровней сахара или

ни (от политического участия до занятий спортом) предполагала сосуществование нескольких непересекающихся сообществ (протестанты [различных деноминаций], католики, либералы и социалисты). Голландский плюрализм принял форму разделения населения на колонны (*голл. zuil, англ. pillar*). Находившиеся на вершине колонн, то есть элиты, встречались друг с другом в парламенте и ряде других мест принятия решений. Они вели обсуждения. Остальным из нас не нужно было ни о

чем беспокоиться. Нам не нужно было спорить или искать компромисс. И, как отмечали разочарованные радикалы, используя словарь Лейпхарта, те, кто находились внизу колонн, никогда не встречались, это не давало им объединить свои силы.

Я ссылаюсь на эту книгу не потому, что считаю, что вы должны ее срочно прочесть. Она упомянута, потому что вы заслуживаете знать, что образ напряжений, не превращающихся в разногласия, а вместо этого «распреде-

липопротеинов в крови. Более того, они их делают. Например, в случае молодых пациентов. Если у молодого пациента развился атеросклероз, то уровни липопротеинов в крови могут отклоняться от нормы. Если это так, то его не только лечат хирургически, но и направляют в терапевтическое отделение. Если одновременно не вмешаться в процесс, лежащий в основании подобных отклонений, то пациент, скорее всего, вернется через несколько месяцев с новыми жалобами.

*Сосудистый хирург: «Как вы сказали? Мистер Дженнер? Таким пациентам мы делаем анализ крови. Уверен, сделали. Мы всегда берем анализ крови у молодых пациентов. Кто считается молодым? Зависит от обстоятельств. Сколько этому мужчине, около сорока пяти, должно быть. А в его документах не указано? Очень странно. Это должны были записать. Я разберусь».*

В сосудистой хирургии есть место для осуществления атеросклероза как процесса: у молодых пациентов проверяют уровни липопротеинов в крови. Ангхиолог старается сделать так, чтобы анализы брали у всех пациентов с сосудистыми заболеваниями. Когда это нужно делать? Когда люди впервые приходят в поликлинику.

*Ангхиолог: «Я предложил ввести правило, чтобы каждому пациенту, пришедшему в поликлинику с жалобами на сосуды, делали анализ крови. Помимо их текущих диагнозов. Всем пациентам, а не только молодым. Профессор сосудистой хирургии согласен, но все равно будет сложно организовать это. Для хирургов это мало что значит, поэтому я сейчас говорю с медсестрами, потому что именно они в поликлинике занимаются бумажной работой. И если они подsunут еще один бланк, правильный бланк, то может получиться».*

ляемых» по разным местам, вполне может быть именно голландским образом. Этот образ я привнесла в свое исследовательское поле, будучи воспитанной в стране, где столь многие различия распределялись — и до сих пор распределяются, даже если традиционные «колонны» уже не так важны. (См., например, исследование [Duyvendak 1994], где описывается, как гомосексуальное движение в Нидерландах разделено на подгруппы, которые не встречаются, а распределены по «ко-

лоннам».) А может быть, я привнесла этот образ, прочитав неправильных политических теоретиков вроде Лейпхарта, который после 1968 года не только открыто заявил, что «пилларизация» — *хороший* способ обращаться с различиями, но и связывал с ней южно-африканский режим *апартеида* — систему, которую он активно рекомендовал. Неудивительно, что в голландской политической науке его работы стали предметом яростных разногласий, которые так и не прекратились.



В сосудистой хирургии место, где уделяется внимание плохим отклонениям уровней липопротеинов, располагается не до и не после прихода пациента в поликлинику. Его следует организовать в то же самое время. Это ожидаемо. Для сосудистых хирургов, ведущих прием в поликлинике, атеросклероз не имеет отношения ко времени. Это состояние. Если отклоняющиеся уровни липопротеинов в крови вообще имеют место, то именно в отношении к этому состоянию. Там-то они и находятся на самом деле. Если плохие липопротеины осуществляются в сосудистой хирургии, то они осуществляются в качестве еще одного уровня. Как «лежащий в основании процесс». Эти отклонения скрываются под объектом, который хирурги способны диагностировать и лечить.

*Сосудистый хирург: «Конечно, мы лечим исключительно симптомы. Атеросклероз остается в теле. Зачастую эти люди еще не раз возвращаются к нам. Через несколько месяцев, через несколько лет. Это угнетает. Но опять-таки. Нельзя просто отправить человека домой, если он в действительно плохом состоянии. Нельзя снова и снова отпускать его, пока у него не отвалятся ноги. Гангрена довольно неприятный способ умереть. Ну а что я могу сделать? Разве что сказать: соблюдайте диету, побольше ходите, прекратите курить. А сам продолжаешь оперировать».*

В этой цитате один атеросклероз, процесс, превратился в лежащее в основании заболевание. А другой атеросклероз, состояние, является слоем, видимым на поверхности, симптоматическим. Этот ход превращает операцию на артериях в ноге во вмешательство, затрагивающее только поверхность, а не глубину. Но даже если операции ограни-

#### *Непротиворечивость*

В своем философском трактате «Несводимое» Латур красноречиво отстаивает позицию социологов, пытающихся подчинить логику социо-логике. «Самый сильный аргумент всегда уступает аргументу сильнейших». От этого добродетельного дополнения я и хотел бы избавиться. Аргументация сильнейшего попросту является самой сильной. „Мир сей“ стал бы иным, если бы мы отняли у него это несуществующее дополнение, если бы мы отняли у по-

бедителей это маленькое добавление. Для начала он перестал бы быть миром дольным» (Latour 1988,186; Латур 2015, 250–251 — перевод изменен). Однако в других местах того же текста Латур отступает от логики иным способом: не связывая высказывания с «победителями» и «проигравшими», а встраивая их в материальности практики — в способы действовать и обращаться. В *практиках*, ведущих в разных направлениях: «Ничто само по себе не является логичным или не ло-

чиваются работой с симптомами этого заболевания, они все же могут спасти жизни. Или, по крайней мере, позволяют умереть не сейчас или не за несколько недель от такой скверной штуки как гангрена, а через несколько лет от сердечного приступа.

Разные заболевания могут сталкиваться и все же оставляют место друг для друга. Сами имена, которые даются этим местам, зависят от особенностей заболевания (заболеваний). Так и с атеросклерозом. В терапии атеросклероз *является* процессом, но плохое состояние суженного просвета сосуда, из-за которого возникают жалобы, — часть этого процесса. Оно обнаруживается на позднем этапе. И наоборот, в сосудистой хирургии атеросклероз *является* плохим состоянием, но отклонение уровней жиров в крови может быть глубинным, лежащим в основании уровнем, скрывающимся под симптомами заболевания, которые лечатся инвазивно. Вместо глобального разногласия или консенсуса мы видим еще одно распределение реальности по разным местам. В данном случае по разным местам в реальности атеросклероза.

### *Место крови*

Больница Z — это академическая больница. В ее корпусе есть крылья и коридоры, где никогда не бывает пациентов. Атеросклероз может туда попасть, пациенты — нет. В гематологическую лабораторию редко забредают даже врачи: исследования в основном проводят биологи, биохимики и лаборанты. Объектом исследований в гематологической лаборатории больницы Z является кровь. Вернее, механизм свертывания крови. В гематологической лаборатории атеросклероз осуществляется как отклонение, затрагивающее механизм свертывания крови. Разрыв интимы утолщенной стенки артерии запускает процесс свертывания крови. Тромбоциты присоединяются к разрыву, как если бы им нужно

было. Дорога всегда куда-то ведет. Нужно лишь знать, куда она ведет и для чего перемещения предназначена. Кто настолько глуп, чтобы называть скоростные шоссе «логичными», проселочные дороги — «нелогичными», а труднопроходимые тропы — абсурдными?» (Latour 1988, 179; Латур 2015, 243 — перевод изменен). Разные дороги не противоречат друг другу: по ним движутся разные потоки в разных направлениях. И если считать «теории» не высказываниями об А, исключая-

щими не-А, а расходящимися способами обращаться с реальностью, то различие между ними также необязательно должно быть противоречием.

Такое понимание практик резонирует с более старой философской традицией — *прагматизмом*, который тоже часто мобилизовывали при обсуждениях медицинской *практики*. Прагматизм говорит нам, что расходящиеся характеристики заболевания, которые даются различными медицинскими специальностями, вовсе не должны встре-

было его вылечить. Так они формируют разрастающуюся бляшку, которая затем покрывается налетом.

*Любимое устройство гематологической лаборатории больницы Z — проточная камера. В нее вставляется стеклянная пластина. Жидкость течет через камеру и омывает пластину. Входит и выходит она по пластиковым трубкам. Насос придает ее потоку пульсирующий характер. Жидкость похожа на кровь, но состоит из клеток одного донора и плазмы другого. Кроме того, она отличается от крови в теле человека тем, что очищена от некоторых веществ, иначе исследование было бы невозможно — например, в ней нет жира, который бы сразу забил трубки камеры. Тем не менее, pH держится на уровне 7,4, а температура как в человеческом теле: камера находится в резервуаре с водой температурой 37 °C. Внутри камеры, аккуратно размещенный на стеклянной пластине, лежит маленький фрагмент «свежей» коронарной артерии. Вопрос теста в том, сколько тромбоцитов прикрепится к разным слоям стенки сосуда. Тест проводится снова и снова: каждый раз меняется один из параметров жидкости.*

Объект этого исследования не атеросклероз артерий ног, потому что такие локализации не вписываются в логику этой лаборатории. Даже кровь в теле не ограничивается ногами, а течет по всему телу. Кроме того, кровь, исследуемая в лаборатории, взята из вен, а не артерий. Ее взяли у двух разных людей и принесли в лабораторию в пластиковых пакетах. Ее анатомическое местоположение полностью утеряно.

В гематологической лаборатории атеросклероз осуществляется как взаимодействие между компонентами крови и стенкой сосуда. Экспериментаторы изменяют различные параметры крови, влияющие на ее

чаться на общей сцене научного разногласия. Они служат разным целям. Задолго до того, как Энгельхардт присоединился к Каплану в составлении вышеупомянутого перечня причин прекращения разногласий, он сходным образом перечислял расходящиеся теории туберкулеза. Он представлял их как множество способов обращения с этим заболеванием. Они не противоречили друг другу, а «просто» преследовали разные цели. Согласно Энгельхардту, бактериологи борются с микробами,

которые для них являются причиной туберкулеза; терапевты описывают и лечат проблему с легкими, а для тех, кто работает в области социальной медицины, поскольку их задача заботиться о здоровье населения, туберкулез — это инфекционное заболевание (см.: Engelhardt 1975, 125–41).

Однако связать разные теории туберкулеза с задачами разных врачей — значит упустить кое-что важное: задачи, подобно медицинским теориям, помогающим их решать, не даны с

свертывание. По одному за раз в бесконечной серии экспериментов. Это очень далеко от того, что делают сосудистые хирурги в операционных и поликлиниках.

*Профессор гематологии: «Я не виню хирургов, что они не знают всех биохимических подробностей атеросклеротического процесса, каким мы его знаем сегодня. Зачем им это? Пусть прочищают сосуды. У них хорошо выходит».*

Хирурги не видят крови. Они, конечно, могут видеть много крови во время операции, но стараются не допустить этого. Они стремятся сохранить как можно больше крови внутри сосудов пациента. Зато гематологи не видят пациентов.

*Интервьюер: «Вы когда-нибудь видите самих пациентов с атеросклерозом?» Профессор гематологии выглядит удивленным. Я чувствую себя глупо, следовало знать ответ на этот вопрос еще до того, как я пришла беседовать с ним. «Нет-нет, к нам приходят пациенты с заболеваниями крови. С нарушениями свертываемости, раком — с такими вещами. А люди с атеросклерозом к нам не приходят. Нам пока что нечего им предложить».*

Поскольку гематологам нечего предложить пациентам с сосудистыми проблемами, они их и не видят. Вместо этого они работают с кровью, поступающей к ним в пластиковых мешках, центрифугируют ее и экспериментируют с ней. Они наблюдают адгезию тромбоцитов, узнают роль антагонистов кальция в механизме свертывания крови.

самого начала. Они зависят от этих теорий и различаются в соответствии с ними. И они могут вступать в конфликты друг с другом. Конфликтовать могут либо цели самих вмешательств, либо средства достижения этих целей. Результаты, которых стремятся достичь бактериологи, терапевты и социальные работники, могут дополнять друг друга, могут быть несовместимыми, либо и то и другое сразу (примерно так же, как способы лечения атеросклероза, описанные в этой книге). Составляя

перечень, не учитывающий характер отношений различных медицинских теорий/практик, прагматизм в версии Энгельхардта воспроизводит процесс распределения, а не анализирует его.

Есть другие тексты, в которых такой проблемы нет. Например, Николас Фокс считает различие целей частью анализируемого им расхождения, а не принимает его как данность. Он изучал операции и показал наличие напряжений между анестезиологами, озобо-чечными общим состоянием паци-

Нет никаких разногласий по поводу того, является ли атеросклероз «на самом деле» проблемой механизма свертывания крови, или проблемой артерий со стенозом, или проблемой пациентов, испытывающих затруднения в повседневной жизни. Этот вопрос не надо решать путем дискуссии. Атеросклероз распределен. В повседневной практике больницы Z гематологи и сосудистые хирурги вряд ли вообще встречаются. Два профессора, гематологии и сосудистой хирургии, совместно подписывают заявки на грант. Большинство исследователей из гематологической лаборатории обычно ходят на ежемесячную исследовательскую конференцию по атеросклерозу; время от времени на нее заходят некоторые из хирургов. Но если мне хирурги и гематологи рассказывают разные истории, то друг другу они их не рассказывают. Дойти от отделения сосудистой хирургии до лаборатории — все равно, что перейти из одного мира в другой.

*Младший исследователь — интересный информант, потому что хочет однажды стать хирургом. Его ставят на дежурства ночью и по выходным вместе с ординаторами-хирургами. Но Ph.D. он пишет по выращиванию клеток медици [средней оболочки артериальных сосудов] на искусственных шунтах. Он ежедневно работает в гематологической лаборатории: все-таки здесь культивация клеток медици — обычное дело. Здесь всегда под рукой чашки Петри, стерильное рабочее место, питательная среда, сушилки и премудрости работы со всем этим. Но предоставившая ему грант организация хочет, чтобы он добился результатов, которые можно будет применить в хирургии уже через несколько лет. При этом его коллеги в лаборатории не уверены, позволит ли ему его экспериментальная установка получить наработки, которые можно будет опубликовать в каком-нибудь журнале по гематологии.*

ента, и хирургами, желающими устранить конкретное заболевание. Прагматик мог бы сгладить данное различие, связав его с задачами этих врачей. Фокс же углубляется в это напряжение. Однако он не пытается узнать больше о его содержании, к примеру, путем погружения в историю тесно переплетенных между собой врачебных задач, понятий о заболевании и технических инструментов. Вместо этого он обращается к социологии профессий. Фокс показывает как напряжение между «об-

щим состоянием здоровья» и «устранением заболевания» проявляется в проблемных социальных отношениях между двумя вовлеченными профессиональными группами, что это напряжение нарушает организацию операций (Fox 1994).

Таким образом, социология Фокса подобна теориям упоминавшихся ранее социологов науки, которые, пытаясь понять разногласия, обращали внимание на конфликты между социальными группами (а также их интереса-

*«Это разные обособленные миры. Я перемещаюсь между ними. Друг о друге они не знают ничего. Совсем ничего. Это поразительно. Когда моим коллегам в лаборатории нужен фрагмент стенки сосуда, они не знают, что делать. Поэтому иногда я делаю несколько звонков и иду в операционную, где хирурги вырезают фрагмент сосуда. Если я иду туда сам, то его не выбрасывают. Я кладу его в контейнер и несу в лабораторию. Здесь, в лаборатории, могут сказать, что я недостаточно научно подготовлен, но поскольку я могу легко достать материал, у меня есть некоторое влияние. Просто тут все боятся хирургов. Да и хирурги тоже не горят желанием общаться с гематологами. Другим хирургам-ординаторам я ничего не могу объяснить в своем исследовании. Они там ни слова не понимают».*

Два мира не просто разделены несколькими этажами и лестничными пролетами. Дело не просто в том, что в одном мире исследуют кровь, а в другом — проводят операции на сосудах. В них еще и разные люди. Большинство работающих в гематологической лаборатории считают врачей недостаточно научно подкованными и все равно боятся реальных хирургов, в то время как хирурги не говорят на языке гематологов. Архитектурное разделение дублируется разделением людских популяций.

И все же разрыв между атеросклерозом, осуществляемым в сосудистой хирургии, и атеросклерозом, осуществляемым в гематологическом исследовании, не связан с различиями между людьми и их точками зрения. В разных мирах могут быть разные люди, но не это делает миры разными. Даже если бы все хирурги воспринимали атеросклероз как постепенный процесс формирования бляшки, они не смогли бы лечить такой атеросклероз. Нет работающего лекарства. А к тому вре-

ми и занимаемыми ими социальными позициями). Существует также и социология, которая связывает различные «точки зрения», мобилизуемые врачами в их ежедневной практике, с разными процедурами, формами и способами задавать вопросы. Точки зрения являются не собственностью конкретной социальной группы, исключаящей все другие, а традициями, репертуарами или логиками, которые может использовать каждый (или почти каждый). Индивиды вполне могут быть вовле-

чены в более чем одну из них. Они могут переключаться между разными точками зрения, как это описывает Николя Додье в своем исследовании производственной медицины. Релевантные различия реализуются прямо через вовлеченных в ситуацию врачей. В один день они опираются на клиническую экспертизу и клинические объяснения, а в другой день — погружаются в административную работу. То есть в первом случае врачи обращаются к индивиду с конкретными чертами,

мени, когда оно появится, станет трудно воспринимать атеросклероз как состояние, в котором у пациента закупорены сосуды. К тому времени эта проблема, скорее всего, станет редкой. У большинства пациентов атеросклероз не будет развиваться до той стадии, когда требуется инвазивное лечение. Этому будут препятствовать.

Отсутствие разногласий у сосудистых хирургов и гематологов говорит не о консенсусе между ними, а о нехватке пересечений между их практиками. Нет предмета для споров. И все-таки исследование, проводящееся в гематологической лаборатории, вероятно, когда-нибудь выведет сосудистых хирургов из игры. Цель этого исследования — найти параметр, играющий ключевую роль в адгезии тромбоцитов и одновременно легко изменяемый. Такое лекарство (если его будут применять) избавит нас от атеросклероза. Вот как об этом говорится в заявке на исследовательский проект, которую мне удалось прочесть:

*«Будет исследовано влияние различных параметров на взаимодействие между коллагенами в атеросклеротической бляшке и тромбоцитами. Проект расширит понимание базового механизма развития сосудистого заболевания, что необходимо для создания новых лекарств».*

Исследование проводит постдок, биолог. Она наполняет тестовые трубки растворителями и реагентами. Добавляет порции коллагена нескольких типов. Ее интересует хронология жизни тромбоцитов, и все же она не забывает о более общих целях своей работы.

*Постдок: «Вот если бы люди были больше похожи на кроликов. Во многих случаях исследуются кролики. Для них нашли кучу лекарств, но они не сработали на человеческих моделях. Поэтому здесь, в больнице Z,*

характерными для него нормальными значениями и проблемами, во втором же случае они размещают индивидов в ячейках таблиц и соотносят их с административными стандартами. Точки зрения, различаемые Додье, вполне могут оказаться несовместимыми в каждой отдельной ситуации. И все же у отдельных врачей обычно не возникает проблем, когда в одной ситуации они мобилизуют одну точку зрения, а в другой ситуации, чуть раньше или чуть позже, — другую (Dodier, 1993).

Таким образом, здесь мы отказываемся от социологической традиции фокусирования на конфликте, не откатываясь при этом назад к философскому очарованию логическим противоречием. Где же мы сейчас оказались? В пространстве напряжений. Там, где могут возникать конфликты, где разные способы работы могут быть распределены по разным местам и ситуациям, разным зданиям, комнатам, временам, людям и вопросам. Там, где вещи являются тем, чем они стали, но

*мы изучаем человеческие ткани. Проточная камера нам сильно помогает: она позволяет изучать человеческие материалы напрямую».*

Она говорит, что ее профессор — врач. Он не любит кроликов, поэтому и положил столько труда на разработку проточной камеры. Еще он хорошо экстраполирует события в камере на атеросклероз, развивающийся в артериях людей.

*Интервьюер: «Вы верите, что найдете лекарство?» Профессор гематологи: «Конечно, верю. Еще бы я не верил. Говорю об этом в каждой заявке на грант. А если честно, то да, я, правда, верю, что мы найдем лекарство. Смотрите, сколько людей этим занимаются по всему миру, в основном в США, конечно, но не только. Это большой бизнес. Тут в игре фармацевтическая индустрия. Сейчас половина смертности на Западе — это атеросклероз. Как только мы что-нибудь найдем, все наверняка начнет быстро меняться. Сосудистая хирургия будет не нужна. Посмотрите на язвенников. Тридцать лет назад значительную долю всех операций составляли операции по поводу желудочной язвы, а сейчас все эти пациенты принимают лекарства. Большие никаких операций».*

Лекарства, которое затормозило бы атеросклеротический процесс, пока еще нет. Но его появление всего лишь вопрос времени. На формирование бляшки влияет множество параметров; лабораторий, которые их исследуют, тоже много, и их щедро спонсируют. В конце концов, тем или иным параметром научатся управлять, можно будет вмешиваться в процесс. Так что сосудистая хирургия под угрозой.

*Ординатор: «Так что я буду хирургом. Да. На это уйдет еще четыре года». Интервьюер: «Какого профиля? Общая хирургия? Или сосуды?»*

могли бы быть и другими — не просто потому, что они были другими в прошлом, но еще и потому, что фактически они *различаются* прямо сейчас (в другом месте или ситуации). Это пространство, похожее на то, о котором говорит Шанталь Муфф, когда предупреждает, что политическая теория должна относиться к *различию* гораздо серьезнее (Mouffe, 1993). Серьезнее — значит не как к плюрализму, раскалывающему общество на изолированных индивидов, а как к напряжению, неиз-

бежно возникающему из того факта, что каким-то образом мы должны *разделять* общий мир. Здесь не обязательно должен быть один победитель, раз уж мы не можем сгладить все различия до состояния консенсуса. Серьезное отношение к различию требует, согласно Муфф, постоянного движения между дистанцированием от вещей и их смешиванием. Между двумя установками: оставить инаковость в покое и выстраивать отношения с ней. Здесь важно признание того, что трения —



*Ординатор: «Не знаю. Мне нравится сосудистая хирургия, она забавная. Это и ручная работа, и интеллектуальные головоломки. Но меня от нее отговаривают. Просто ее прикроют, если кто-нибудь найдет лекарство или — что даже лучше, важнее, и над этим работают — генетический маркер, определяющий тех, кто предрасположен к атеросклерозу и, соответственно, должен принимать лекарство. Не будет больше сосудистой хирургии. Ну, или почти не будет».*

Гематология угрожает будущему сосудистой хирургии, пытаясь найти лекарство, которое бы избавило от необходимости в операциях. Особенно если многочисленным генетикам, работающим над этим, удастся научиться определять потенциальных пациентов. Тогда попавшие в группу *риска*, скорее всего, просто будут принимать лекарство и не станут пациентами. Итак, следует ли ожидать через несколько лет возникновения разногласий между гематологами и хирургами? Нет. Если найдется лекарство, то атеросклероз изменится. Жалобы на хромоту, пораженные стенозом артерии, обструкции просвета сосуда, боль при ходьбе, мешающая пациентам, — всего этого больше не будет. Едва ли врачи общей практики еще когда-нибудь будут направлять пациентов с атеросклерозом к сосудистым хирургам. Но и к гематологам их тоже не будут направлять. Вместо этого они будут прописывать людям из группы риска лекарства и убеждать их принимать эти лекарства. Поэтому опять-таки не за что будет соперничать или бороться друг с другом. Нынешнее распределение — хирурги лечат, а гематологи обещают — исчезнет. Его заменит совершенно иная конфигурация, в которой таблетки предотвращают или хотя бы замедляют развитие серьезной закупорки артерий.

это жизненно важные элементы любого целого.

Муфф рисует образ отношения между различными составляющими политики, близкий тому образу отношения между различными осуществляемыми объектами, который очерчивается в моем исследовании. Это указывает на более общий сдвиг. Здесь, как и в ряде недавних исследований, *политика* больше не понимается как *область*, которую можно отделять или не отделять от области *науки* (см., например:

Haraway 1997). Поэтому отношение между политикой и наукой уже не представляется как возможное *вторжение* из одной области в другую. Вместо этого во внимание принимаются резонансы и сходства между, например, *механизмами* выстраивания отношений.

*Что значит различаться?* Сколько стилей различения существует, как могут разные сущности или акторы одновременно конфликтовать и зависеть друг от друга, каков характер вовле-

### Стороны и места

Общей целью научных практик является производство знания, которое, будучи *универсальным*, может преодолевать большие расстояния. Научные статьи пытаются согласовать свои версии общего объекта, и, если это порождает противоречия и напряженности, они вступают в дискуссии. Согласование в науке может быть успешно, только если сделать экспериментальное оборудование и исследовательские практики одинаковыми во всех лабораториях. Никто не пытается достичь такого практического схождения между разными отделениями больницы. В конце концов, они делают разное и сознательно занимаются разными задачами. Для лечения и профилактики не нужна разделяемая всеми и согласованная онтология. Несовпадения между осуществляемыми объектами не являются помехой для медицинского вмешательства — до тех пор, пока несовместимые версии объекта разделены. Вот что тогда происходит. Возможные противоречия между разными вариантами заболевания уходят на задний план, когда эти варианты распределяются по разным местам. Несвязность медицины не является изъяном, требующим устранения; она не свидетельствует о печальном недостатке научности. То, что онтология, осуществляемая в медицинской практике, представляет собой амальгаму конфликтующих вариантов, скорее, способствует богатому, адаптивному и все же связанному характеру медицинской практики.

Распределения разделяют то, что в противном случае конфликтовало бы. В этой главе я представила несколько форм распределения. Первым было распределение разных атеросклерозов, осуществляемых в разные моменты траектории пациента: диагностика и лечение. Два «атеросклероза» — который диагностируют и который лечат — не обязательно должны быть одним и тем же. Их разность необязательно представляет собой проблему. Если диагностировали *этот* атеросклероз, а лечат *тот, другой*, то у каждого варианта будет свое место. По-

ченных «сторон», из каких материалов (и какого социального) они сделаны? Такие вопросы в равной степени важны и для событий государственного масштаба, и для жизни индивидуально-го тела. Они одинаково насущны и для утверждения международных правил патентования генов, и для архитектурного и организационного проектирования больничной палаты. Бессмысленно называть одни из этих мест *полити-*

*ческими*, а другие — *научными*: все они имеют дело с организацией человеческих жизней и сопутствующим этой организации миром, и в каждом из них первостепенное значение имеют правила, режимы, идеалы, факты, трения, точки зрения и напряжения.

Это не значит, что все места или ситуации одинаковы или что паттерны различения от места к месту не меняются. В передовом научном журнале

этому нет двух конкурирующих сторон, одну из которых нужно выбрать или отстаивать. Равно как и необязательна фрагментация, ведь речь о потоке. Осуществляемый объект не согласован, но есть траектория (скрепленная формами, разговорами и назначениями), по которой пациент может перемещаться из одного места и ситуации в другие.

Вторая представленная здесь форма распределения — распределение видов лечения по пациентам. Ни один из доступных в больнице Z методов инвазивного лечения не считается лучшим (как бы это понятие ни определялось), самым эффективным или наименее чреватым осложнениями. Вместо этого три вида инвазивного лечения распределены по разным пациентам, которым назначено инвазивное лечение. Этому распределению способствуют особые инструменты — критерии назначения. Они сопоставляют характеристикам каждого пациента один из видов лечения. Это тоже не ведет к фрагментации, потому что разные виды сходятся в центральной точке — том месте, где устанавливаются критерии назначения. В этом месте осуществляемый объект и важные практические аспекты взаимозависимо определяются.

В третьей упомянутой здесь форме распределения атеросклероз как *плохое состояние в настоящем* и как *постепенный процесс ухудшения* разделены, хотя и признают реальность друг друга. Вот как здесь удастся избежать фрагментации: каждый вариант осуществляемого атеросклероза учитывает другой. В процессе заболевания плохое состояние является тем, что может наступить в особый момент — на поздней стадии процесса. В состоянии заболевания процессу ухудшения выделено место в многослойном теле: это лежащая в основании реальность, располагающаяся под состоянием пациента.

Наконец, упоминалась четвертая форма распределения. Распределение по условиям возможности. Прямо сейчас хирургическое лечение делает возможным осуществление атеросклероза как закупорки сосудов, его нужно отслоить и удалить, отодвинуть или обойти. В гемато-

имеет смысл устанавливать различие между утверждаемыми фактами как разногласие, но в условиях больницы гораздо более подходящими способами справляться с различиями являются координация и распределение. На заседании правительства, возможно, разумным будет смягчить потенциальную напряженность ради достижения консенсуса, но в философском анализе проведение различий, как правило,

оказывается добродетелью. Это не призыв к гомогенизации после того, как *политика* и *наука* перестали быть раздельными областями. Напротив, это приглашение уделить внимание разнообразным способом, которыми общаются с различиями в разных местах и ситуациях, а также способ интегрироваться, когда и где мы могли бы действовать лучше.

логической лаборатории атеросклероз можно осуществить как процесс, включающий в себя цепочку механизмов свертывания крови, но это нельзя сделать в остальной больнице — пока нельзя. Безопасного лекарства, вмешивающегося в механизм свертывания крови, нет, его только обещают. Но как только оно появится на рынке, условия возможности изменятся. Постепенно станет все сложнее осуществлять атеросклероз как закупоренную артерию. Закупоривающиеся артерии, скорее всего, станут редкостью. Сегодня в каждый отдельный момент времени нет даже несвязности — не говоря уже о фрагментации. Но в течение нескольких лет атеросклероз как объект может полностью измениться.

Таковы четыре формы распределения, отделяющие друг от друга разные осуществления одного объекта — атеросклероза. И все же слово «атеросклероз» циркулирует по местам, по которым распределено заболевание. Мои информанты не используют это слово так же устойчиво, как я. У них есть разные локальные альтернативы: перемежающаяся хромота, стеноз, сосудистое заболевание, формирование бляшки, макроваскулярные осложнения. Но именно «атеросклероз» они используют, когда хотят пообщаться между собой. Этот термин — координирующий механизм, работающий на пересечении разных распределений. Он преодолевает границы между местами, по которым распределено заболевание, и, таким образом, не дает распределению размножить болезнь на отдельные и несвязанные объекты. Вместо этого распределение разделяет то, что где-то, немного дальше или немного позже, снова соединяется. Оно умножает тело и его заболевания, которые, несмотря на это, сохраняют связность.

*В качестве целого?*

Заниматься этнографией/праксиографией заболевания возможно: для этого нужно не выносить за скобки практические аспекты болезни и удерживать их в фокусе внимания. Делая так, мы узнаём, что в разных местах осуществляются разные атеросклерозы. Но это не значит, что больница распадается на отдельные фрагменты. Наоборот, единственность объекта, так часто предполагаемая, оказывается тем, что должно быть достигнуто. Это результат координации. То, что в повседневных практиках, где так много разных объектов носят одно имя, относительно редки разногласия, тоже является значительным достижением. Это результат распределения. Результат того, что конфликтующие объекты удерживаются отдельно друг от друга, если их сведение может привести к чрезмерному трению. Пока несовместимые атеросклерозы не встречаются, они не могут вступить в конфликт друг с другом.

Множественное тело, получающееся в результате, не вписывается в евклидово пространство. В теле, представленном в учебнике, — единичном виртуальном теле, на которое проецируются различные варианты атеросклероза, — меньшие части объединяются, чтобы сформировать более крупные целостности. Клетка — часть ткани, ткани составляют орган, из органов состоит тело, тела формируют население, а населения — часть экосистемы. Точный характер отношений между частями и тем, что их окружает, — предмет разногласий, но какими бы ожесточенными ни были дискуссии об этом, они основаны на убеждении, которое разделяют все: реальность единственна. Союзники и соперники сходятся во мнении, что медицина должна суммировать результаты своих разрозненных исследований и лечить пациента как единое целое. Тезис даже сильнее: если медицина стремится преуспеть, она должна принять во внимание, что каждый пациент в качестве единого целого является частью чего-то большего: семьи (это важно для социальной поддержки, которая может быть оказана, или биологических сходств, которые можно проследить), населения. Круги все больше. А самый большой круг включает в себя все остальные.

Но если практические аспекты осуществления реальности вынесены на передний план, то такие попытки масштабирования проваливаются. Хороший способ показать это — обратить внимание на спосо-

бы репрезентации. В научных журналах изображение хромосомы по размеру не отличается от изображения галактики. Или вот, например, два графика из одной книги об атеросклерозе. Первый показывает отношение между адгезией тромбоцитов на стенке сосуда и концентрацией кальция в тестовой жидкости. Второй — количество людей в мире, умерших от атеросклероза за последние десять лет. Как можно решить, какой объект больше другого? Графики могут быть напечатаны одним и тем же шрифтом, с использованием прямых и кривых линий одного типа.

Объекты, рассматриваемые как часть осуществляющих их практик, не так просто выстроить по размеру в иерархическом порядке. Что больше: «серьезная проблема» одного пациента, расстроенного своей ограниченной подвижностью из-за ноющей боли во время ходьбы, или лодыжечно-плечевой индекс 0,7 другого пациента? Что меньше: атеросклеротическая бляшка, удаленная из поверхностной бедренной артерии в операционной, или высокий уровень липопротеина в крови прооперированного пациента? На эти вопросы попросту нельзя ответить. Что больше: сокращение потребления холестерина на 10 % среди 100 взрослых мужчин или успешно сделанное одному из них шунтирование? У таких объектов нет транзитивных отношений.

Эта глава посвящена нетранзитивности. Она показывает, что на практике медицинская онтология это не множество объектов, выстраивающихся от меньшего к большему. Для конкретного пациента не существует рамки, достаточно большой, чтобы вместить всех остальных и таким образом сформировать «целое». Конечно, на практике объекты могут быть частью друг друга. При осуществлении одного объекта, другой может включаться в него. Но это не вопрос масштаба, хотя бы потому, что подобные включения могут быть взаимными.

#### Нормальное и патологическое

Когда в центре внимания оказываются *разногласия*, разыгрываются ли они как логические противоречия или как социальные конфликты, возникает определенный образ *различия*, а именно оппозиция. В логике А исключает не-А. В социологии же речь идет о группах, внешних друг другу и связанных отношением напряженности. Однако находиться в оппозиции — это не единственный способ различаться. Существует множество *различий*, которые необяза-

тельно являются *противоположностями*. Одно из них имеет решающее значение в анализе медицинской практики, и сама медицина долгое время выстраивалась вокруг него. Это различие между *нормальным* и *патологическим*.

Анализ того, как проводится различие между нормальным и патологическим в ходе осуществления атеросклероза, развивается в нескольких главах этой книги. Поэтому я долго сомневалась, куда лучше поместить свои размышления о литературе по этой те-

Иногда два объекта содержат друг друга. В транзитивном мире, где масштаб зафиксирован и иерархичен, не может быть, чтобы А включало Б и Б включало А. Но в мире осуществляемых объектов, в котором мы живем, такое случается. Возможно даже такое, что объекты включаются друг в друга, будучи одновременно в ряде отношений несовместимыми.

А и Б, за которыми эта книга следует и которые распутывает — варианты атеросклероза. Но важно помнить, что когда осуществляется атеросклероз, на сцене присутствует множество других субъектов и объектов. Они тоже обретают актуальность, форму и плотность посредством тех самых активностей и в тех самых активностях, которые создают тот или иной вариант атеросклероза. И разные объекты, объединяющиеся в конкретном месте, «делая» друг друга, также и зависят друг от друга. Вот что делает праксиологический анализ таким сложным: ни одна сущность не может невинно оставаться одной и той же в течение своей истории — неизменной от места к месту. Не существует неизменяющихся переменных. Существует взаимозависимость и место, где встречаются два или три способа упорядочивания, два или три способа осуществления конкретного объекта. Есть также интерференция. Что случается с объектами, когда практики интерферируют друг с другом?

### *Демонстрируя тело*

Осуществлять заболевание значит также осуществлять нормы и стандарты, потому что пораженная болезнью сущность отклоняется от некоторой нормальности. О нормальности можно сказать многое. Здесь меня прежде всего интересуют вовсе не нормы, предупреждающие о том, где начинается отклонение, и не стандарты для измерения улуч-

ме. Необходимость *где-то* разместить их не соответствует вездесущности поднимаемых вопросов в пределах книги. Но ничего не поделаешь: текстам на бумаге может быть непросто справляться с линейностью, но они не в силах избежать ее на практике. Помещая заметки о различии нормальное/патологическое именно здесь, я смогу дополнить эту главу параллельным обсуждением способов и моделей концептуализации различия.

Понятию «заболевание» посвяще-

на обширная литература (ряд классических текстов см. в: Caplan, Engelhardt and McCartney 1981). Я вынуждена быть краткой и сослаться на литературу очень избирательно. Поэтому ключевой текст, к которому здесь нужно обратиться, — это «Нормальное и патологическое» Жоржа Кангилама (Canguilhem [1943], 1966). Он посвящен медицинским исследованиям XIX века, в которых различие между нормальным и патологическим понималось как количественное. Благодаря

нения. (Не)транзитивность, о которой я говорю, касается «пораженной сущности». Что является субстратом заболевания: у кого атеросклероз или у чего? Давайте смотреть. Когда на негатоскопе висит ангиограмма, то стоящие вокруг него врачи показывают пальцами и обсуждают заболевание того или иного конкретного *кровеносного сосуда*. Различные артерии, видимые на изображении, не находятся в одинаково плохом состоянии. В одной артерии стеноз может составлять 80 %, в другой — 60 %, а в третьей его может не быть вовсе. Начинается дискуссия о лечении. Кто-то может сказать, что небольшой стеноз на самом деле не требует инвазивного вмешательства, но раз уж катетер ввели в артериальную систему, чтобы лечить большой стеноз, то стоит попытаться вылечить и стеноз поменьше. В этот момент становится значимым тот факт, что разные сосуды — части одного тела. Но это не мешает оценивать их отдельно.

Не все атеросклерозы осуществляются как заболевания конкретных артерий, подобно стенозам на ангиограмме. Если атеросклероз осуществляется как процесс постепенной закупорки сосудов, то его точная локализация в отдельной артерии не имеет особого значения. Постепенная закупорка — системное заболевание *сосудистой системы*. Это значит, что даже если пациенты приходят к врачу из-за больных ног, подозревать в закупоривании будут и их коронарные сосуды. И между двумя посещениями амбулаторного отделения сосудистой хирургии из-за проблем с ногами у пациентов может случиться инсульт или нарушение кровоснабжения почек.

Когда дело доходит до принятия решения об инвазивном лечении, атеросклероз не находится ни в артерии, ни в сосудистой системе, но где-то в другом месте. Во время таких обсуждений именно *пациент* является «пораженной сущностью». Хирурги больницы Z говорят об

этому патологические состояния можно было изучать одновременно с исследованием нормальных состояний, так как первые понимались как чрезмерно усиленная или ослабленная форма последних. В других случаях соотношение было противоположным: изучая нормальное функционирование органа, можно было выяснить, что он перестал выполнять, когда стал патологическим. Но, как утверждает Кангилем (вместе с некоторыми мыслителями начала XX века, работы которых

он обсуждает), количественные различия в функционировании могут быть совместимы с хорошей жизнью. Способность бегать быстрее других, к примеру, является отклонением, но не заболеванием. Если же мы хотим определить как *патологические* те состояния, которые досаждают и мучают человека, тогда нам придется признать, что различие между нормой и патологией является *качественным*. Дело не в степени. Это не изменение внутри континуума. Это прыжок, пропасть, разрыв.



этом прямо: «Мы здесь не лечим сосуды, мы лечим пациентов». И они гордятся этим. Но какое отношение связывает артерии и пациентов? Артерии маленькие, сами пациенты большие. Включают ли в себя последние первые? В общем случае нет. Состояние пациентов не следует из состояния их артерий. Пациентам может быть хуже или лучше, чем можно было бы ожидать исходя из ангиограммы. Клинический атеросклероз, медицинская оценка заболевания «пациента», не основывается на том, что можно увидеть на ангиографическом изображении артерий; это не просто более широкая область вокруг видимого на снимке — напротив, это самостоятельная реальность.

В повседневной больничной практике артерии и пациенты не находятся в транзитивном отношении, а распределены по разным местам. Пациент говорит в поликлинике, а артерия осуществляется в качестве отклоняющейся сущности в отделении рентгенологии. Или: сначала пациент говорит, потом лечатся артерии. Таким образом, реальность отклоняющихся артерий находится не *внутри*, а *рядом* с больными пациентами. Из этого следует, что вмешательства в сосуды — это не вопрос «редукции» пациентов к сосудам. Происходит что-то более сложное. Давайте отправимся в операционную. Пациент под наркозом. Хирурги рассекали кожу, фасции и мышцы, чтобы получить доступ к артериям. Они разрезали и сшили артерии. Они сосредоточены именно на этом. Но это не редукционистское наделение привилегией части, заслоняющей от взгляда целое. Во время операции происходит следующее: хирурги и персонал сосредоточивают внимание на одном объекте, а не на другом — на артериях, а не на пациенте. Но иногда они внезапно переключаются между ними.

*Мы в операционной. Где-то посреди операции я на полчаса отошла вытить кофе: устала от вида крови и плоти. От рассечения тканей*

Таким образом, у нас есть уже два образа различия между нормой и патологией: в первом случае это различие в *степени*, нахождение в той или иной точке континуума; во втором случае это различие *по существу*, что предполагает, что при переходе с одной стороны границы на другую совершается решающий прыжок, преодолевается пропасть. Кангилем подчеркивает важность именно второго различия, чтобы защитить *клинику* от *лаборатории*. Лабораторные измерения, технологии визуализации и прочее позволяют лишь распознать необычное, отклоняющееся. Но Кангилем утверждает, что выяснить, мучают ли пациентов таким образом распознанные состояния, можно лишь в клинике, где они рассказывают свои индивидуальные истории. Нормативность, которая имеет значение, является клинической; лаборатории же могут устанавливать факты, а не нормы. Исторически, как добавляет Кангилем, клиника тоже появилась первой. Лаборатории бы ни-

тела — осторожного, но безжалостного. От невероятного количества разрезанного жира. От поисков — чуткими руками и внимательными глазами — нужных артерий. От запаха малых сосудов, которые прижигают, чтобы перекрыть их. От разрезов. Но теперь уже почти все закончено. Ординатор накладывает последние швы. Фасции. Кожа. Не отрывая взгляда от движений своих рук, он продолжает разговор с младшим хирургом. Кажется, они сплетничают о медсестре, какой-то общей знакомой: «Разве она не милая? Мне она нравится, с ней можно посмеяться». Проходит несколько секунд, прежде чем я понимаю, что они говорят о пациентке.

Далеко не в каждый момент операции можно переключить внимание с артерий на пациента. Когда ситуация серьезная и все должно сосредоточиться, переключений не происходит. Другое дело спокойные моменты, когда накладываются последние швы. «Ты позвонишь его жене?» — может спросить один хирург другого, когда такой момент наступил, тем самым играючи превратив телесное существо на столе в социальное. В того, у кого, оказывается, есть жена, которая, скорее всего, заботится о нем.

Такие переключения не превращают кровеносные сосуды в маленькую часть пациентов. Напротив, это и в самом деле *переключения*. Они превращают операцию из вмешательства в одну или несколько артерий во вмешательство в одну или несколько жизней. Они не меняют масштаб, переходя от деталей под кожей к пациенту в целом, а сменяют камеру в сторону и фокусируют ее на другом объекте. Одна сцена, где артерии выступают на первый план, сменяется другой, где ведущую роль играют люди. В соответствии с этим переключаются способы мышления и необходимые умения. В операционной у хирургов

когда не построили, если бы не было консультационных кабинетов, куда пациенты приходили на прием к врачу, рассказывали о своих жалобах и просили о помощи.

В работе Кангилема аргументы в пользу клиники нормативны: клиника не должна подчиняться лаборатории — напротив, она должна играть ведущую роль. В настоящей книге я подошла к этому вопросу эмпирически. Я ходила по коридорам больницы и спрашивала: как соотносятся между собой клини-

ческий диагноз и лабораторный диагноз в случае атеросклероза сосудов ног? Я не покидала больницу или скорее медицинскую сеть, важной частью которой она является. Другие так поступали. Они вняли призыву Кангилема выдвинуть на первый план личные страдания пациентов в качестве критерия для анализа разных способов, которыми *патология* использовалась/используется как суждение, негативно маркирующее индивидов. Это суждение отличает одних людей, девиантов,

должны быть уверенные ловкие руки. В поликлинике они должны быть вежливыми и чуткими — по крайней мере, так они учат своих студентов.

*Ординатор: «Это я и люблю в хирургии. Надо делать разные вещи. Разговаривать с людьми, мне нравится это, я бы не хотел этого лишиться. Не хотел бы быть рентгенологом или анестезиологом. Мне нравится общаться с пациентами. С людьми. Но еще я люблю точность, технический аспект операций. Ремесленную сторону всего этого».*

Хирурги могут быть грубоватыми или делать ошибки во время операции. Они могут преуспевать или терпеть неудачу, когда дело доходит до разговора или ремесленной стороны дела. Но все хирурги, хорошие или плохие, привыкли переключаться между репертуарами. Для забредшего сюда этнографа это гораздо сложнее. Как и у большинства неспециалистов, у меня были трудности при столкновении с реальностью плоти без кожи, обнажающейся в операционной. Я должна была прикладывать усилия при столкновении лицом к лицу с осуществлением реальности, к которой я не привыкла, — и притом такой кровавой. Неудивительно, что мне понадобилось некоторое время, чтобы понять, что ординатор говорит о привлекательности и чувстве юмора той самой пациентки, которую в тот момент зашивал.

Хирурги обычно знают оперируемого пациента по консультации в поликлинике и палатному обходу. Но искусство переключения с органа на пациента не зависит от этого: такая способность есть даже у патологоанатомов, которые никогда не знали препарируемого пациента. Реальность пациента — или, по крайней мере, некоторая ее версия —

от других, которые тем самым принимают за стандарт. Тому, как это работало в XIX веке, посвящена обширная литература. Это было время, когда женщин маркировали как болезненные отклонения от стандартного мужчины; когда чернокожих наделяли статусом неспособных и неполноценных человеческих особей, не соответствующих стандартам, установленным белыми; когда была изобретена категория «гомосексуалист», очертившая круг людей, отмеченных дефектами в разви-

тии и неспособных вступить в период гетеросексуальной взрослости. Все эти полярности, опиравшиеся на различие между *нормальным* и *патологическим*, были связаны между собой. Они влияли друг на друга и определяли друг друга (см., например: Gilman 1985; Stepan 1987; Showalter 1985). Описание этих тропов — часть попыток избежать их продолжающегося влияния на современный концептуальный аппарат.

Важнейший шаг в анализе навязывания статуса патологии различным

поддерживается даже после того, как лечение не удалось и остался лишь труп.

*Тело лежит на высоком стальном столе с маленькими отверстиями, через которые могут стекать жидкости. Ординатор проводит вскрытие. Ей ассистирует лаборант, который, когда необходимо, держит пилу и отсасывает кровь небольшой машиной. Когда ординатор подносит ножницы к аорте, чтобы разрезать ее, она предупреждает меня: «Послушайте! Вот, слышите? Это ваш атеросклероз». Я слышу его. Хруст. Кальцификация. Я собираюсь сделать заметку: во время вскрытия атеросклероза слышен звук, свидетельствующий о кальцификации стенки сосуда. Прежде чем мне удастся записать это, мимо проходит другой патологоанатом. Как дела? Ординатор говорит, что у нее все хорошо, но не мог бы ее коллега взглянуть на глаз пациента? Вокруг него странное голубоватое пятно. Коллега кивает и отодвигает ткань, покрывающую голову. Он внимательно осматривает глаз и возвращает ткань на место.*

В секционном зале техническим инструментом, используемым для переключения между репертуарами, служит всего лишь хлопчатобумажная ткань размытого грязно-белого цвета пятьдесят сантиметров в длину и пятьдесят сантиметров в ширину. И все. Труп с хрустящими артериями не меньше, чем пациент-как-целое. Это не ингредиент, из которого сделаны люди (все, что нужно сделать — добавить немного жизни к нему, и готово). Вместо этого есть два существа. У одного вынуты внутренности, а органы разрезаны на пласты. Другое наделяется человеческим достоинством и получает уважительное обращение. Оно даже оберегается от зрелища его собственного вскрытия. Его личность, воплощаемая в лице, остается вне постоянного поля зрения патологоанатома.

видам инаковости был сделан в уже упоминавшихся мной работах Мишеля Фуко (особенно: Foucault 1973; Фуко 1998). Он показал, что диаметрально противоположность между «нормальным» и «патологическим», какой бы вездесущей она ни была в XIX веке, не так уж стара. На деле она ровесница XIX века. До этого времени *болезнь* не понималась, как *состояние* тела, противоположное другому его состоянию, здоровью. Существовали *болезни*, и они, случалось, *поселялись* в телах. Ключе-

вым было различие не между одним телом (нормальным) и другим (патологическим), а между одним заболеванием и другим. Проведение различий, таким образом, было делом классификаций. Классификаций, в которых болезни перечислялись в нозологических таблицах, в точности как Линней перечислял растения. Болезни были подобны биологическим видам, и задачей врачей было распознать их в прозрачном, но порой вводящем в заблуждение теле. Оно перестало быть прозрач-

*Лаборант морга рад рассказать мне о своей невидимой работе: «После вскрытия я должен снова все зашить. Я смываю кровь с кожи, это трудно. Лучше быть осторожным с кровью: она липкая, тяжело смывается. И я заполняю брюшную полость и грудную клетку, одеваю тело и стараюсь сделать это так, чтобы семья не заметила. Она должна попрощаться со своей матерью, сестрой, женой и так далее. Это довольно сложно. Их не должно потревожить то, что мы делали с телом».*

Быть может, эта ткань — элемент практический, а не символический. Вместо того, чтобы принуждать врачей проявлять уважение к пациентам, ткань оберегает голову от попадания крови, которая может брызнуть в сложные моменты вскрытия. А возможно, она делает и то, и другое. Как бы то ни было, превращение вскрытого трупа обратно в человека, готового к похоронам, требует от лаборанта гораздо большего, нежели простого приподнятия куска ткани. Лаборант должен заполнить полости, где находились извлеченные органы, зашить кожу, вымыть ее, одеть обнаженное тело. Заботиться о холодном и вовсе не благоухающем трупе трудно, но это важно. Если лаборант делает это хорошо, он избавляет семью от задачи (гораздо более тяжелой для них, чем для хорошо обученных профессионалов) переключения репертуаров. Он не впускает в социальную жизнь покойного хрустящие при разрезании ножницами аорты.

### *Напряжение и петля*

В одних репертуарах атеросклероз — заболевание артерий, в других — от него страдают пациенты. И есть еще третья сущность, которая может страдать от этого заболевания: население. Давайте поближе рас-

ным в начале XIX века, когда болезнь стала восприниматься как патологическое состояние (живых) тканей. Состояние, которое было трудно различимо в живом теле и могло быть обнаружено лишь благодаря вскрытию ряда тел.

Подход Фуко здесь заключался в том, чтобы лишить различие между нормальным и патологическим его предположительно естественного характера. Это различие развилось только с возникновением *клиники* — теперь этим словом обозначается способ органи-

зации больниц и обучения молодых врачей. Клиника не говорит исходя из тела самого по себе. Но она — особый, практически и материально организованный способ заставить тело говорить, а это значит, что однажды клиника может утратить свой авторитет. Возможно, это уже произошло или происходит сейчас. Фуко способствует этому процессу, показывая временность разделения между нормальным и патологическим и его практическую основу. Таким образом, он предпола-

смотрим отношение между атеросклерозом индивидов и атеросклерозом населения. Оно ожидаемо довольно сложное. В жизни отдельного пациента атеросклероз обычно только одна из многих проблем. Атеросклероз, как бы плох он ни был, не единственная реальность, с которой живут пациенты.

*Терапевт: «Будьте осторожны, рассуждая только об „атеросклерозе“, раз уж вы интересуетесь исключительно им. У большинства этих людей много болячек. У них может быть диабет. Как я понимаю, вы уже с этим сталкивались. Люди в действительно тяжелом состоянии, особенно после ампутации, склонны к диабету. Или к нарушению уровня липопротеина. Еще могут быть плохие легкие, астма, что угодно. Это не связано [с атеросклерозом], но им с этим приходится жить. У другого пациента могут быть большие проблемы, потому что он буквально на днях потерял работу. У третьего — неврологические проблемы или огромная ноющая бородавка на ноге, из-за которой невозможно ходить».*

Атеросклероз, мучающий пациента, только один из множества элементов его жизни. Есть и другие. Другие болезни. Но и другие вещи, такие как работа, или внуки, или сад. В медицинской карте пациента эта жизнь не учитывается: сплошь так называемые медицинские проблемы, одна за другой.

*Миссис Линдер. Пол: женский. Дата рождения: 15.03.1937. Поступила с перемежающейся хромотой правой ноги. Есть боль в состоянии покоя. Плохая кожа. Лодыжечно-плечевой индекс 0,8 Дуплекс: стеноз в правой подколенной артерии. Другие проблемы: избыточный вес, повторные грыжи, глаукома.*

гает, как все, классифицированные в качестве ненормальных (*abnormals*), могли бы покинуть эту категорию, но не для того, чтобы войти в категорию нормальных, а чтобы оказаться где-то еще, без любой из этих идентичностей.

Какова роль этой литературы в контексте настоящей книги? Один из ответов заключается в том, что она заставляет задуматься, нужно ли понимать то, что происходит сегодня, в терминах напряжения между клиникой и лабораторией (как я делала это выше),

где под клиникой имеется в виду клинический способ установления ненормальности. То, что сегодня имеет место в клиниках, вполне может немного, но все же принципиальным образом от этого отличаться. Главный медицинский вопрос уже не звучит так, как его сформулировал Фуко, «где у вас болит?». Теперь он превратился в вопрос «какая у вас проблема?». Здесь спрашивается о том, способны ли вы, пациент, жить хорошей жизнью, или у вас с этим проблема. Проблемы, с ко-

Проблемы миссис Линдер различны. Те, о которых спросил ординатор и которые он посчитал значимыми, были записаны в медицинской карте миссис Линдер, когда ее госпитализировали для проведения ангиографического обследования. Таким образом, в медицинской карте сведены вместе проблемы пациентки. Сама госпитализация входит в еще одну административную систему — больничную. Администрация больницы ведет учет госпитализаций. Это нужно делать, чтобы выписывать счета страховым компаниям. И поскольку госпитализации подсчитываются в любом случае, эти данные можно отправлять в центры исследований эпидемиологии. Там все цифры поступлений с артериальным заболеванием сосудов ног сводятся вместе, чтобы осуществить атеросклероз как то, что поражает население, например, население Нидерландов — страны, где расположена больница Z.

*В 1992 году в Нидерландах в среднем 170 мужчин и 70 женщин на 100 000 жителей поступили в больницу с заболеванием периферических артерий. (Данные взяты из отчета Нидерландского кардиологического фонда по сердечным и артериальным заболеваниям среди женщин: Vrouwen en Hart-en Vaatziekten, Nederlandse Hartstichting, Den Haag, 1994.)*

Госпитализация миссис Линдер одна из них. Она включена в подсчеты. Другие проблемы миссис Линдер при этом стираются. Поэтому как бы велико ни было различие между нахождением в больнице миссис Линдер и, скажем, миссис Бондер, они обе оказываются среди семидесяти женщин, выделенных на каждые сто тысяч жителей в Нидерландах в 1992 году. Таким образом, изучаемое эпидемиологией на-

торыми имеют дело, — это не состояния тела. Они имеют отношение к телу человека, но находятся в другом месте: в чьей-то жизни. В связи с этим происходит и другой сдвиг: изменение субъекта нормативности. Профессиональный медик или профессиональное медицинское знание больше не являются бесспорным авторитетом, способным различать, что является проблемой в жизни человека, а что нет. *Это является для вас проблемой, мистер Сангерс?* Вот он, новый троп: от

пациентов добиваются, чтобы они сами формулировали для себя нормы.

Этот сдвиг описывался в литературе и раньше (см.: Armstrong 1983; Arney and Bergen 1984, а если вам нравится читать на голландском, то: Mol and Van Lieshout 1989). Но основной акцент настоящей книги иной, потому что она не рассказывает историю, в которой что-то происходило в прошлом, а что-то происходит сейчас. В ней нет сдвига. В данной книге показано, как интерферируют упомянутые здесь

селение не «больше», чем отдельные составляющие его пациенты. Демиологи делают разрезы, но не органов, а жизней. Они суммируют госпитализации, оставляя в стороне все остальное, значимое для жизни исследуемых индивидов. Но не только для их жизней — для их болезней тоже.

Эпидемиологические таблицы не только стирают другие проблемы людей. Еще они включают в себя только один из возможных способов осуществления атеросклероза. Таблица «госпитализаций» учитывает пациентов, поступивших в больницу. Негоспитализированные пациенты с болью при ходьбе или значительным снижением давления не учитываются. Так как дуплекс в отличие от ангиографии не требует госпитализации, пациенты с дуплексом, показывающим отклонение, тоже не включаются в статистику — в отличие от тех, кто прошел ангиографию. Это показывает, что эпидемиологическая таблица, учитывающая «госпитализации», зависит от текущего состояния диагностической технологии. Каждая отдельная ангиографическая процедура, замененная дуплексным сканированием, означает минус одну госпитализацию — следовательно, и одним случаем заболевания в этой конкретной эпидемиологической таблице становится меньше.

Подобные сложности — предмет постоянной озабоченности эпидемиологов: какие цифры о чем говорят? Что показывают «показатели»? К примеру, по какой части населения атеросклероз бьет сильнее: по мужской или по женской? В период моих полевых исследований в Нидерландах этот вопрос оказался в центре дискуссий. Все не так просто. Если эпидемиологи подсчитывают случаи атеросклероза сосудов ног (считая количество тех, кто умер от этой болезни, на каждые сто тысяч жителей), то мужчины страдают от атеросклероза больше, чем женщины. Коронарные сосуды тоже чаще закупориваются у мужчин.

паттерны различия. Различия между нормальным и патологическим не ушло в прошлое. Оно *существует* с адресуемыми пациенту вопросами о том, как он себя чувствует и есть ли у него проблемы. Эти сложные интерференции заслуживают дополнительного внимания.

#### Самость и Другое

Одна из стопок книг, которые я годами собирала, изучая различия, состоит из текстов, посвященных способам про-

ведения границ между тем, что сводится к *самости* (*self*), и тем, что от нее отличается, будучи *другим*. Это разграничение имело решающее значение для многих дисциплин в XX веке. (Обзор биологии и биомедицины см. в: Barreauet et al 1986.) Среди них особо выделяется направление науки, исследующее, как *организм* распознает, что является его частью, а что ему чуждо, — иммунология. Неочевидность вопроса о том, где начинается и где заканчивается организм, уже обсужда-



Но эти показатели, возможно, сильно искажены, потому что зачастую берутся только мужчины и женщины до семидесяти лет: женщины умирают от атеросклероза в более преклонном возрасте. Инсульты тоже относительно часты среди женщин. Так что картина того, кто больше страдает от атеросклероза, сильно изменится, если принять во внимание все сосуды и все возрасты, а смерть взять в качестве показателя.

*«В Нидерландах и почти во всех западных странах для женщин, как и для мужчин, сердечные и сосудистые заболевания — основная причина смертей. [В Нидерландах] в 1992 году 26725 женщин и 25478 мужчин умерли от последствий сердечнососудистых заболеваний. Вклад этих заболеваний в общую смертность 42 % у женщин и 38 % у мужчин» (источник данных — тот же отчет Нидерландского кардиологического фонда по сердечным и артериальным заболеваниям среди женщин: Vrouwen en Hart-en Vaatziekten, Nederlandse Hartstichting, Den Haag, 1994).*

То, какие выводы делает эпидемиология из болезней разных групп населения, зависит от индивидуальных осуществлений этих болезней, которые принимаются во внимание. Это вполне ожидаемо. Если есть разные осуществления атеросклероза, сопровождаемые разными событиями, и если эпидемиологические таблицы — совокупность событий, то совершенно не удивительно, что таблицы по конкретному заболеванию меняются в зависимости от подсчитываемых событий. Таким образом, атеросклероз населения зависит от *включаемого* в него варианта атеросклероза индивида. Но более удивительно вот что: бывает и наоборот. Да, по-другому. События, происходящие с индивидами, зависят от «населения», которое сами эти индивиды, в свою очередь,

лась в одном из давних, но широко известных исследований медицинского знания — в работе Людвиг Флека (Fleck [1935] 1980; Флек 1999). Если организм — это жизнеспособная целостность, как отмечает Флек, то можно задаться вопросом, является ли мирно живущая в человеческом кишечнике бактерия частью организма. Но если самость бактерии объединяется с самостью человека, в организме которого она живет, то всю экосистему, частью которой является человек, мож-

но, в свою очередь, назвать жизнеспособной целостностью — организмом. Размыкание границ того, что казалось самоочевидным целым, организма, сопровождается в тексте Флека размыканием границ *науки*. Самость науки, как показывает Флек, тоже не является непроницаемо замкнутой. Ее границы протекают. Идеи перетекают в нее из других мест, объединяются в научных дисциплинах и в процессе постепенно адаптируются. Закрытые границы не нужны, чтобы защитить

включают, и меняются вместе с ним. То, как осуществляется болезнь индивида, зависит от эпидемиологии.

*Врач общей практики: «И вот они продолжают поучать, что не особенно целесообразно проводить обследование на предмет заболевания, если среди населения оно встречается редко. Возьмем, к примеру, этого пациента, молодого мужчину, он слышал о перемежающейся хромоте от отца, дяди, соседа. И он уверен, что у него именно она. Но я разговариваю с ним и думаю: нет, здесь что-то другое. А дальше что происходит? Я могу измерить ему давление, еще мы купили небольшой доплеровский аппарат, могу использовать его. Но, скажем, ему тридцать пять, и по ночам, когда он в постели, у него болят ноги. В таких случаях мое измерение кровяного давления с гораздо большей вероятностью даст ложноположительный результат, вместо того чтобы помочь обнаружить реальное заболевание. И что мне делать? Я не измеряю давление в области лодыжки. Лучше не делать этого».*

Диагностическое обследование с большей вероятностью будет соответствовать результатам других тестов, если проводится среди населения, часто подверженного этому заболеванию. Если количество случаев заболевания у населения невелико, то обследование внушает меньше доверия. Так что технические аспекты диагностики индивидов зависят от распространенности заболевания среди населения. Индивидуальные случаи включают в себя эпидемиологическую совокупность и другими способами. К примеру, сами критерии, используемые для оценки результатов обследования часто выводятся из демографических исследований.

себя и быть собой. Или чтобы получить хорошее медицинское знание.

Однако в то самое время, когда писал Флек, усиливалась идея о том, что организм может оставаться здоровым, только если ему удастся отгородиться или как-то иначе защитить себя от всевозможных вторжений. Нужно избегать заражения. Мойте руки, не целуйтесь и не плюйтесь, если у вас туберкулез. Эта идея не только породила обширные программы гигиены, целью которых было поддержание здо-

ровья всех людей. Ее применили и к конкретному народу, к населению, как если бы оно само, подобно индивиду, было самостоятельным организмом. Население или раса — эти слова могли использоваться как взаимозаменяемые — не должны быть заражены чужой кровью. По аналогии с телесной гигиеной важным понятием стала расовая гигиена. Флеку, польскому еврею, пришлось напрямую столкнуться с расовой гигиеной в ее откровенно антиеврейской нацистской форме. В мире же она при-

*Терапевт: «За норму обычно принимался средний уровень холестерина среди населения. Скажем, если у мужчин определенной части населения средний показатель равнялся 6,3 ммоль/л, то лаборатории печатали это значение на своих бланках как нормальное. Тогда если у кого-то уровень холестерина 6,2 ммоль/л, то все довольны. Потому что это ниже нормы. Лечение предусматривалось только для мужчин с показателем холестерина выше нормы, скажем, 6,7 ммоль/л. В некоторых местах до сих пор так. Есть врачи общей практики, которые даже откладывают разговор о холестерине с пациентами, пока у последних уровень холестерина в крови не поднимется до 6,9 или 7,3 ммоль/л. Они считают, что на это не нужно обращать слишком много внимания».*

Это общая процедура. Средние показатели по населению становятся целевыми для индивида. Это означает, что каждый отдельный случай, каждая встреча в клинике зависят от эпидемиологически установленного среднего показателя по населению. Именно это среднее значение определяет, будет ли человеку диагностировано отклонение и назначено лечение. Но только что процитированный терапевт не согласен с таким использованием средних показателей по населению. Он поддерживает другой метод установления норм.

*Тот же терапевт: «Брать среднее значение как норму — плохая идея. Если взять среднестатистическое западное мужское население, то там, да, у всех мужчин уровень холестерина слишком высокий. Или почти. А вот там, где люди живут более здоровой жизнью, показатели падают. Так что сейчас целевые показатели устанавливаются по-другому. То есть путем анализа отношения между уровнем холестерина и развитием атеросклероза или риском смерти от атеро-*

нимала разные формы, в том числе это южно-африканские законы о запрете так называемых смешанных браков, которые все еще действовали в 1980-х годах. (Концептуальные аспекты этой темы см., например, в: Stocking 1968.)

Идея о том, что существует или должна существовать — как на уровне индивида, так и на уровне населения — единая стабильная граница между *самостью* и *другим*, в последние десятилетия оказалась подорванной. Эти два

разноуровневых движения сходятся в интересной книге, приглянувшейся мне в книжном магазине своим названием и оглавлением, хотя тема ее казалась далекой от атеросклероза и сосудов ног. Дело в том, что она представлялась важной для понимания различия. И она действительно была таковой. Жан-Люп Амсель в книге «Смешанные логики» проводит исторический анализ формирования идентичности, в частности этнической идентичности в Западной Африке. Он пишет, что во вре-

*склероза. Мы пытались найти уровень холестерина, коррелирующий с реально низким риском. Сейчас мы принимаем за таковой уровень холестерина ниже 5,5 ммоль/л. Может быть, даже еще меньше».*

При своем недоверии к среднему значению уровня холестерина у населения, этот информант не предлагает работать с индивидами по отдельности. Вместо этого он предлагает привлечь другой вид демографических исследований. С его точки зрения, задавать норму должно не все мужское население, а лишь та ее часть, которая не умирает от атеросклероза. Таким образом, хорошим и здоровым уровнем холестерина он предлагает считать уровень, низкий настолько, чтобы атеросклероз не становился тяжелым. Если он будет принят за норму, то это приведет к другим оценкам индивидов и другим стратегиям лечения. То, как индивиды диагностируются и лечатся, зависит от реальности населения, которое учитывается, когда устанавливаются нормы.

Вместо транзитивного отношения, когда маленький индивид содержится в большом населении мы находим здесь *взаимное включение*. Население — это совокупность событий, случающихся с индивидами. Но события, случающиеся с индивидами, в свою очередь, определяют структурой населения, которому они принадлежат. Так называемое целое является частью своих индивидуальных элементов не меньше, чем индивидуальные элементы составляют часть целого. Иногда это может вести к цикличностям.

*Профессор-эпидемиолог университета, связанного с больницей Z, заинтригована сходствами и различиями между атеросклерозами женщин и мужчин. Она задается вопросом: что означает разрыв между разными эпидемиологическими статистиками тяжести заболевания? Что женщины действительно меньше, чем мужчины, страдают от*

мена до колониального правления была возможна не только смена имени, но и смена «этнической» группы, к которой принадлежал человек. «Таким образом, представление о „личности“ или „идентичности“ не является частью невыблемой метафизики... Представление о „личности“ постоянно обсуждается и оспаривается группами, участвующими в одном и том же политическом объединении, а также соседствующими политическими объединениями. С появлением института гражданства и вы-

текающей из этого письменной регистрацией идентичностей представление о личности стало более стабильным. Теперь значительно сложнее сменить идентичность или даже написание собственного имени» (Amselle 1990, 203).

Французы хотели, чтобы люди сообщали им свои имена и этническую принадлежность, которые затем можно было бы записать в документах. Их политическая система была системой фиксированных идентичностей. До ус-

атеросклероза в ногах? Что у них это случается в более преклонном возрасте, когда (как считается) они слишком стары, чтобы лечиться? Что они говорят о своих жалобах по-другому? Или что врачи по какой-то причине недооценивают распространение этой болезни среди женщин? В нашем интервью она объясняет трудности, с которыми сталкиваются эпидемиологи, когда пытаются ответить на эти вопросы.

«Видите ли, это всегда проблема, то есть проблема производства данных. Возьмем статистику смертности. Она охватывает все население и поэтому популярна среди моих коллег. Но она шатка, как и все остальное. Представим, что происходит. Согласно данным эпидемиологии у мужчин случается больше сердечных приступов, чем у женщин. Хорошо, всех лечащих врачей так учили. Потом внезапная смерть. Кто-то пожилой. И вот врач общей практики приходит к пациенту домой поздно ночью, он сам хочет домой. Но нужно заполнить документы, указать причину смерти. Предположим, пациент мужчина. Врач делает быстрый физикальный осмотр, задает несколько вопросов семье. И так как „сердечный приступ“ статистически вероятная причина смерти, а все более или менее указывает на сердечный приступ, он пишет: „Сердечный приступ“. Никто не удивится и не заинтересуется. Но если это женщина, он вполне может посчитать сердечный приступ менее вероятной причиной. В конце концов, эпидемиология его научила, что это менее вероятно. Поэтому он осматривает более внимательно, задает несколько дополнительных вопросов. И тогда „причиной смерти“ может стать что-то другое. Не знаю что, это неважно. Инсульт, приступ астмы или даже пищевое отравление. Что угодно. Получается петля. Данные о причине смерти из обеих форм вводятся в компьютер, и мы получаем: мужчины умирают от сердечных приступов чаще, чем женщины!»

тановления в Западной Африке современной бюрократии человек мог пересекать границы, становиться немного другим, меняя этническую идентичность. Но после — уже нет. Таким образом, французские реестры помогли создать, на практике, жесткие границы между этническими группами, на которые потом можно было указывать как на культурно предзаданные.

Таким образом, разделение между *самостью* и *другим* существует, потому что его *сделали* таким. Доринн Кондо,

исследуя в Японии *самость* в контексте рабочего места, старается не подчиняться этому производству, а обнажить его (Kondo 1990). Соглашаясь с Батлер, Кондо пишет: «Конвенциональный троп противопоставляет „самость“ как замкнутую сущность, наполненную „реальными ощущениями“ и идентичностью, „миру“ или „обществу“, которые пространственно и онтологически отличаются от нее. Более того, академическое разделение труда повторяет это различие в дисциплинарной струк-

Заболевания населения и пациента взаимозависимы. Они конституируют друг друга. Элементы составляют совокупность, а совокупность определяет элементы, и именно так атеросклероз индивидов и атеросклероз населения, в который включается первый атеросклероз, попадают в ловушку замкнутого круга. Они замыкаются в петлю. Или спираль.

### *Взаимные трения*

Атеросклероз населения и атеросклероз индивидов взаимно включают друг друга. Но между ними есть и трения. Трения между двумя возможными целями здравоохранения: улучшением состояния отдельных пациентов или, напротив, улучшением здоровья населения. Эти трения, однако, не препятствуют взаимному включению индивидуально-ориентированного здравоохранения и популяционно-ориентированного здравоохранения. Чтобы начать распутывать это, важно сразу же отметить, что «улучшение» не такой уж простой вопрос. Возьмем случай миссис Зока. Ее уже много раз госпитализировали в отделение сосудистой хирургии. Несколько дней назад ей сделали ЧТКА (ангиопластику). Улучшилось ли ее состояние? Чтобы ответить на этот вопрос, нам нужна точка отсчета для сравнения. Шкала или масштаб, относительно которых имеет смысл «лучше» или «хуже». Существуют разные шкалы или критерии сравнения.

*Миссис Зока: «Нога снова теплая. Я снова чувствую, что она теплая, это такое приятное чувство. Ну да, швы еще болят. Но я все равно начала потихоньку ходить, и это было потрясюще. До операции я почти сдалась после столько курсов лечения, поэтому я по-настоящему рада, что они попробовали это».*

туре, отделяя „психологию“ от „социологии“» (Kondo 1990, 33–34). Сама практика академического исследования, фокусируется ли она на психологических или же социологических явлениях, вновь и вновь подтверждает, что самости и другие — это разные и отдельные объекты. Кондо полагает, что мы можем выбраться из постоянного утверждения и тем самым усиления этой границы, «задав вопрос, как самости во множественном числе по-разному конструируются в разных си-

туациях, как эти конструирования можно усложнить и оживить множественностью и многозначностью, как они формируют властные отношения и сами формируются ими» (Kondo 1990, 43). Возможно, существует множество самостей, включенных во множество отношений. Они не противостоят одному-единственному внешнему миру, которому они принадлежат и для которого одновременно являются чужими. Вместо этого они включены в различные практики.

Когда миссис Зока сравнивает свое состояние сейчас с тем, каким оно было на прошлой неделе, она отмечает улучшение. Но когда масштаб сравнения меняется, этой оценки придерживаться уже необязательно. Посмотрим на историю болезней миссис Зока.

*Мой информант, хирург-ординатор, просматривает для меня карту миссис Зока. Она толстая, но не самая толстая в стопке документов других пациентов. На обложке мы находим основную информацию. Имя: Зока. Пол: женский. Дата рождения: 07.05.28. Ординатор открывает карту. В ней история пациентки, миссис Зока. Отмечено, что в 1948 году ей удалили аппендицит. В 1967 году сделали гистерэктомию, удалили матку. В 1975 году нашли диабет. Посадили на инсулин. Кроме того, с 1982 года лечили высокое кровяное давление. Первая операция на сосудах была в 1986 году. Бедренно-подколенный шунт в правой ноге. В 1988 году второй такой же, только уже в левой ноге. В 1989 году у нее был небольшой сердечный приступ. В 1990 году стеноз в правой ноге растянули с помощью ангиопластики. В 1991 году новая операция. На этот раз хирурги поставили в левой ноге бедренно-большеберцовый шунт, поскольку предыдущий шунт закупорился. И она снова в больнице, когда мы просматриваем ее карту. Идет 1992 год. На прошлой неделе один из ее шунтов расширили с помощью ангиопластики.*

В истории миссис Зока полно проблем. Некоторые в прошлом, а то и забыты; другие остаются; третьи только подступают. Сильная боль и постоянное кровотечение, которые были показаниями для гистерэктомии, исчезли. Диабет будет всегда. И состояние артерий миссис Зока все хуже. Операции на сосудах в ногах идут одна за другой. Первый сердечный приступ указывает на то, что болезнь затронула коронар-

Множество самостей и различные другие. Очень похоже на то, о чем эта книга: разные, называемые атеросклерозом сущности, производящие индивидов, способные по-разному суммироваться и образовывать разные атеросклерозы, порождающие группы населения. Работа Кондо о самостях в японском рабочем пространстве, как бы далеко оно ни было от больницы Z, схожа с настоящим исследованием в следующем: она также утверждает, что умножение может, помимо прочего,

вывести нас из этой бинарной оппозиции, являющейся переплетением: *самость versus другое*.

#### Границы

Ссылки на литературу позволяют связать исследование атеросклероза в голландской больнице с исторической антропологией обширного региона Западной Африки или этнографией района крупного японского города. Тем самым пересекаются границы, границы между регионами объектов. В этом

ные сосуды. И ни один доктор не удивится, если вскоре случился второй сердечный приступ. Или инсульт.

Итак, ей лучше, чем неделю назад. Но хуже, чем пять лет назад, так как все больше сосудов постепенно закупориваются. А вот третья оценка.

*Врач общей практики миссис Зока думает, что ей лучше, чем пять лет назад. Тогда он заносил в свои документы посещения из-за кашля. Бессонницы. Проблемы с контролем уровня сахара в крови и адаптацией к медикаментозному лечению диабета. Проблемы с высоким кровяным давлением. Переживания из-за больного мужа, за которым она долгие годы ухаживала. Под конец у него развилась деменция, он часто вел себя агрессивно. Не давал ей никуда пойти; посещение врача было единственным способом выйти из дома. Врач миссис Зока считает, что ей стало лучше с тех пор, как умер муж. Даже если она говорит, что скучает по нему, теперь она меньше жалуется. Сейчас только артерии вызывают жалобы.*

История пациента обретает свою форму в документах: разные документы формируют разные истории. В документах врача общей практики «сосудистая система» одна из многих причин, в силу которых пациент может прийти на прием. Поэтому, даже если сосуды миссис Зоки продолжают закупориваться, а диабет уже никуда не денется, ее врач может видеть улучшение, — улучшение, связанное с совокупностью других проблем, ибо они уменьшаются.

Улучшение благодаря лечению. Ухудшение, несмотря на много курсов лечения. Улучшение, которое не имеет ничего общего с лечением ее сосудистого заболевания. История миссис Зока неоднозначна. Слож-

нет ничего экстраординарного: это общепринятый академический способ пересечения границ, в котором теории (то есть понятия, мобилизованные для осмысления или объяснения мира) вынуждены путешествовать между различными исследовательскими полями. В этом смысле теории похожи на сети, которые также пересекают границы. Как бы это объяснить? Господствующие на Западе способы определения того, что принадлежит, а что не принадлежит [какой-либо категории], что

схоже, а что различно, по своему характеру являются *региональными*. Они объединяют в совокупность то, что имеет нечто общее, и воображают или создают вокруг этой совокупности границы. В таком случае все отличающееся находится где-то по ту сторону границы. Эта логика воплощается, например, в процессе формирования современных государств в Европе. В ходе этого формирования национальные государства совпали с географически ограниченными территориями. Их пре-



но оценить ее в общем и целом. Она допускает разные оценки. Таким образом, на индивидуальном уровне «улучшение» не однозначно. Очевидно, совокупная оценка медицинских вмешательств будет варьироваться в зависимости от масштаба и критерия, используемых на индивидуальном уровне. Из этого, однако, не следует, что положительная оценка оказанной индивиду медицинской помощи означает и улучшение здоровья населения. Вот, например, ангиопластика миссис Зока, проведенная на прошлой неделе. На вопрос о том, улучшилось ли состояние миссис Зока, хирурги и сама миссис Зока отвечают утвердительно. И они бы снова сделали эту ангиопластику, если бы пришлось принимать решение еще раз. Для пациентки это важно, даже если тем самым не уменьшается риск довольно скорой смерти от атеросклероза. Но эта ангиопластика, так помогшая миссис Зока, не улучшает совокупный уровень здоровья населения Нидерландов. Здесь есть напряжение.

*«Индивидуальный подход важен для пациента, его семьи и друзей, но мало что меняет в распределении заболевания среди населения» (Syme SL, Guralnik JM: Epidemiology and health policy: Coronary disease. In Levine S, Lilienfeld A, eds., Epidemiology and health policy. New York, Tavistock, 1987, p. 106).*

Если «распределение заболевания среди населения» оценивается в терминах, например, общей смертности, то ангиопластика миссис Зока не дает положительного эффекта. Другие действия могли бы его дать. За те же деньги — как утверждают чиновники, занимающиеся вопросами здравоохранения, — можно значительно снизить общую смертность. Если бы только эти деньги тратились на другие процеду-

ды были размечены границами, пограничными заставами и таможенными службами. (Следует упомянуть классический текст по этой теме: Poulanzas 1978.) Социальная теория долгое время молчаливо принимала эту работу по разделению. Когда упоминалось общество, предполагалось, что оно проживает внутри определенных государственных границ.

В последние десятилетия исследователи предложили несколько способов нарушения этого ограничения. Гра-

ницу стали оспаривать. Во-первых, нересечение границ превратилось в широко распространенный идеал. Линия, отделяющая то, что схоже, от того, что отличается, была поставлена под вопрос. Донна Харауэй — один из глашатаев этого трансгрессивного устремления. Я не исследовала здесь границу или рубеж, находящиеся в центре ее внимания, хотя в этой теме есть много интересных работ, на которые можно было бы сослаться. У Харауэй речь идет о границе между телом, ор-

ры. Если бы только усилия всех этих медицинских специалистов были направлены не на то, чтобы корпеть над ногами и вводить катетеры в артерии.

*«Забота о благосостоянии индивидов может быть хороша для этих конкретных людей, но забота о здоровье населения в целом указывает нам на другое направление. Следует рассмотреть следствия ситуации, когда малому риску подвержено большое количество людей, которые в высокорисковой стратегии определялись бы как нормальные. Результатом для населения может быть меньшее количество случаев, несмотря даже на то, что никто не был подвержен явному риску» (Rose G: The strategy of preventive medicine. Oxford, Oxford Medical Publications, 1992, p. 14).*

Что делать? Можно лечить людей с заболеванием; предупреждать ухудшение состояния людей из группы риска; или — и это лучший способ уменьшить общую смертность — попробовать улучшить здоровье большой группы практически нормальных людей. Эти вмешательства принципиально не противоречат друг другу: в принципе, их все можно совершить одновременно или одно за другим. Но на практике бюджет на здравоохранение можно потратить только на что-то одно, поэтому весь труд по необходимости ограниченного количества специалистов здравоохранения, ушедший на индивидуальное лечение, для вмешательств на уровне населения оказывается потерян.

Чтобы уменьшить смертность от атеросклероза среди населения, все должны перестать курить, чаще делать зарядку и перейти на более здоровую диету. Такие ответы вытекают из демографических исследований. Должны ли тогда демографические исследования получить гла-

ганизмом и машиной. «В традициях западной науки и политики — традиции расистского, маскулино-центрированного капитализма, традиции прогресса, традиции освоения природы как ресурса для продуктов культуры, традиции воспроизводства самости из отражений другого — отношение между организмом и машиной было пограничной войной. Ставками в этой войне были территории производства, воспроизводства и воображения. Этот текст — обоснование удовольствия от

размывания границ и ответственности при их возведении» (Haraway 1991b, 150; Харауэй 2017, 10–11 — перевод изменен). Выступая и за удовольствие, и за ответственность, Харауэй предложила смешивающий границы образ — образ *киборга*. Киборги живут в двух странах: в стране машины и в стране организма. «Конец XX века, наше время — это мифическое время, мы все — химеры, пронизанные теорией и сфабрикованные гибриды машины и организма; короче, мы —

венство в медицине и направлять все усилия? Здесь есть проблема. Она состоит в том, что улучшение здоровья населения необязательно полезно для индивидов — независимо от того, являются они пациентами или нет. Возьмем холестерин. В течение долгого времени западное население убеждали в необходимости изменить свою диету ради уменьшения потребления холестерина. Более того, в последнее время были разработаны специальные препараты для уменьшения уровня холестерина в крови. Но дает ли что-то индивидам уменьшение уровня холестерина в масштабе населения?

Один из профессоров терапии больницы Z утверждает, что мы все должны снизить свой уровень холестерина. Он говорит об этом в интервью в газете. Профессор выступает против голландских врачей общей практики. По его словам, они ответственны за тысячи смертей ежегодно, потому что в своих протоколах установили в качестве целевого слишком высокий уровень холестерина. Журналист заинтересовался этим вопросом и встретился с врачом общей практики из комиссии, проектировавшей протокол. Тот объясняет, что означает снижение риска смертности среди населения для индивидов. Цитирует недавнее исследование. В нем изучены эффекты снижения высокого уровня холестерина у мужчин среднего возраста. Среди 3302 пациентов, принимавших препарат, только у 143 были сердечные приступы. В контрольной группе из 3293 человек сердечных приступов было больше: 204. Прием препарата дал снижение на 31 %. На 31 % меньше сердечных приступов среди населения — это хороший результат.

Но что этот «хороший результат» значит для индивидов, участвовавших в этом исследовании? Во-первых, 3159 из них принимали препарат и ходили на проверку к врачу без какой-либо пользы для се-

киборги» (Харауэй 150; 10 — перевод изменен).

«Киборг» стало активно используемым словом и образом. Откройте любой продвинутый в культурном плане журнал, и вы обязательно его там найдете. Другой термин, также (но в то же время по-другому) обыгрывающий размывание границ, — это *пограничный объект*. Этот термин происходит из одной-единственной скромной статьи, которую благодаря этому замечательному слову цитировали везде, где

только можно (Star and Giesemer 1989). Понятие пограничного объекта вырастает из идеи о том, что существуют разные социальные миры. У каждого из них есть собственные коды, обычаи, инструменты и способы создания смыслов. Но есть у них и кое-что *общее*: пограничный объект. Разные миры наделяют его разными значениями. Но пока никто не акцентирует внимание на этих различиях, пограничный объект не кажется двумя или тремя разными объектами. Он остается дос-

бя. Во-вторых, для каждого индивида, принимавшего препарат, вероятность не умереть от сердечного приступа в течение пяти лет исследования увеличилась всего лишь с 93,5 % до 95,4 %. Для индивида такое улучшение вряд ли стоило потраченных усилий. И затем есть еще третий момент. Ирония конкретно этого исследования заключается в том, что общая вероятность пережить пятилетний срок исследования составляла 95,9 % в группе, принимавшей препарат для снижения холестерина, и 96,8 % в контрольной группе. Смотрите, что это значит: даже если у них было меньше сердечных приступов, риск смерти для тех, кто принимал препарат, был не ниже, а выше! Флюкто не знает, как эта более высокая смертность соотносится с низким уровнем холестерина. Вот так. (*"Drie ton om een hartinfarct te vermijden," Volkskrant, 25 November 1995, p. 17*)

Снижение сердечных приступов на 31 % это хороший результат. Для населения. Но врач общей практики, у которого брали интервью, сомневается, что этот результат означает, что его пациентам, мужчинам среднего возраста, теперь следует принимать препарат для снижения холестерина, приходить на проверки и начать беспокоиться о своем здоровье. Их жизни не улучшатся — по иронии, их общая смертность может даже вырасти.

Что хорошо для индивидов, может быть незначительно полезно или бесполезно для населения, частью которого они являются, тогда как то, что хорошо для населения, может быть малоценно или вообще не представлять никакой ценности для образующих его индивидов. Вмешательства, улучшающие состояние больных атеросклерозом, не обязательно улучшают состояние населения — и наоборот. Это может

точно неопределенным, чтобы поглощать возможные конфликты. Это общий объект, разделяемый разными социальными группами. Тем самым он способствует трансграничному сотрудничеству и делает эти границы менее безусловными. Он их размывает.

Размывание границ — это способ их оспаривания. Тем не менее в этом тезисе поддерживается идея существования разных регионов. Смежных друг с другом. Между ними много расплывчатости, но все же они остаются обособляемыми и обособленными. Этот

образ, в свою очередь, тоже оспаривался. Здесь я хотела бы обратиться к другому корпусу текстов (но только мимоходом), посвященному пространственным явлениям в географии. В этой дисциплине уже довольно давно в рамках мышления пространственных образований модель региона дополнили моделью *сети*. (Одну из первых четких формулировок этого дополнения см. в: Lacoste 1976, более позднюю см. в: Harvey 1990.) Если последовать за людьми в их повседневных передвижениях, мы обнаружим, что они живут не в отдель-

быть всего лишь практическим расхождением, выражаемым в терминах экономических приоритетов или в виде вопроса о том, как потратить ограниченные ресурсы умений и энергии специалистов. Но иногда это расхождение становится принципиальным вопросом. Только что процитированный врач общей практики не считает назначение препарата для снижения холестерина всем мужчинам среднего возраста «слишком дорогим» или «лишней работой». Оно попросту вредно для его пациентов.

И тем не менее улучшение состояния здоровья индивида и улучшение состояния здоровья населения тоже включают друг друга. Они расходятся, *но также* включают друг друга. Возьмем для примера вопрос о том, улучшает ли ангиопластика состояние пациентов. Когда речь идет об оценке ангиопластики, перенесенной отдельной пациенткой (снова миссис Зока), лично ее спрашивают о самочувствии или в ходе обследования измеряют несколько показателей состояния ее организма. Но когда мы хотим ответить на вопрос, может ли ангиопластика быть хороша как метод лечения для индивидов вообще, то организуем для этого демографические исследования.

*В больнице есть кабинет клинического эпидемиолога. Коллектив из троих молодых исследователей. На входе секретарь. Она внесла мое посещение в расписание. В том, что исследователь посещает клинического эпидемиолога, нет ничего необычного. Люди, ведущие исследования, часто приходят к ней за консультацией. И они ее получают. «Некоторые врачи сейчас и правда знают, как правильно спланировать исследование. И тем не менее наша помощь еще нужна. Должна сказать: иногда они удивляют. Иногда проекты просто никуда не го-*

ном ограниченном регионе, а в ряде сетей. Сеть, которой принадлежит их телефонный номер, намного обширнее сети нескольких магазинов, в которых они покупают хлеб. Места, куда они отправляются, чтобы навестить своих родных, образуют иную сеть, чем места, где они учатся, занимаются спортом или проводят отпуск. И чаще всего для перемещения по сети неважно, существуют ли региональные границы, которые нужно пересекать, или нет.

Термин «сеть» также использовался в начале восьмидесятых годов для

изучения географического распределения науки. Научные практики не привязаны к одному месту, однако и старая идея универсальности науки тоже несостоятельна, так как в ней упускается тот факт, что мы имеем дело с *практиками*. Практики не осуществляются везде: они всегда где-то. Где же? Одна из версий этого аргумента принадлежит Бруно Латуру. Он предлагает обратить внимание на другие сети, чтобы понять, как работает научная сеть. Возьмем, например, сеть сыра камамбер. Камамбер в супермаркетах

дятся. Нужно какое-то время, чтобы это исчезло как явление. Мышление случаями».

В конкретном «случае» лечение может или сработать, или не сработать. Но вопрос о том, где именно это лечение действенно, а где нет, изменился. На него уже нельзя ответить указанием на отдельные случаи (уникальные или типичные). Лечение одобряется, только если оно продемонстрировало улучшение состояния достаточно большого процента изучаемой совокупности. Так, демографические исследования включаются в решения по индивидуальному лечению.

Но какие демографические исследования? Это сложный вопрос, учитывая потенциальные трения между улучшением здоровья населения и улучшением здоровья индивидов. Испытания — по крайней мере, это подчеркивает клинический эпидемиолог — должны быть «организованы правильно». В них должны быть контрольные группы, они должны охватывать достаточно большую часть населения. Не все население на данный момент, а четко очерченную целевую группу. Еще здесь важно то, какие «показатели», «пороговые точки» и «цели» позволяют индивидуальным улучшениям (которые лечащие врачи могут наблюдать у своих пациентов) стать видимыми в масштабах (эпидемиологической оценки) населения.

*Терапевт: «Быть может, вас это заинтересует. Мы сейчас решаем, что взять в качестве показателя для наших исследований. Мы думаем, что риск развития атеросклероза у пациента с диабетом связан не только с уровнем сахара, но и с уровнем липопротеина. Возможно, даже в большей степени именно с ним. Поэтому мы пытаемся от-*

Калифорнии находится очень далеко от камамбера из супермаркетов Парижа, но ничем от него не отличается. Их доставляют с одной и той же фабрики в Нормандии по транспортным и торговым сетям, способным преодолевать государственные границы. Схожим образом научные эксперименты могут приводить к одинаковым результатам в Гане и Лондоне, но лишь в том случае, если лаборатории Ганы оснащены тем же оборудованием и сотрудниками той же подготовки, что и в Лондоне. Но как только в одном из этих мест

отключается электрическое питание (а в Гане это происходит чаще), сеть больше не способна поддерживать это сходство. Она дает сбой. Таким образом, вопрос, верны ли законы Ньютона в Гане, зависит не от степени удаленности от Лондона, а от постоянства подачи электричества и других критически важных узлов сети (Latour 1988; Латур 2015).

Таким образом, здесь мы сталкиваемся с другим жанром установления различия и сходства. Пока сеть работает, сходство есть. Когда она дает сбой

слеживать различные уровни липопротеина. Но как определить, снижает ли это риск? В большинстве исследований профилактики атеросклероза у людей с диабетом руководствуются показателем смертности от сердечных приступов. Так делается уже долгое время. Но ситуация изменилась. Дело в том, что профилактика была относительно успешной. У людей, постоянно посещающих доктора — то есть у тех, кого мы можем исследовать, — риск снизился. Снизился, скажем, с 20 % в определенный период [жизни] до 5 % в том же периоде. Но мы думаем, что можем еще больше улучшить общее артериальное состояние этих пациентов. Если мы правы, у них будет меньше инсультов, меньше хромоты, реже почечная недостаточность. Однако маловероятно, что все это так уж сильно повлияет на статистику смертности. Смертность от сердечного приступа — в течение сходного периода — могла бы измениться с 5 % до 4 %. Но получить статистически значимые данные о таком маленьком сдвиге почти невозможно. Нужны сотни и сотни пациентов. Поэтому мы ищем какой-то другой показатель, что-то, с чем можно работать в больнице с тем количеством пациентов, которое у нас есть. Может быть, один из биохимических параметров крови. Какой-то показатель, достаточно чувствительный, чтобы продемонстрировать на уровне населения, что происходит с нашими пациентами».

Эффекты нормализации уровня липопротеинов у пациентов с диабетом могли оказаться слишком трудноуловимыми, чтобы быть заметными в статистике смертности. Поэтому расчет показателя смертности уже не является хорошим посредником между индивидами и населением. Вместо него в демографические исследования лучше включить какой-то другой способ осуществления атеросклероза. Вместо ко-

(что происходит при разрыве в одном из союзов между узлами или при разрушении одного из узлов) имеет место различие. Решающий переход от сходства к различию связан не с границей, а со стабильностью элементов сети и соответствующих функций. Это предположение, которое позже тоже подверглось размыванию. Вот пример: диагноз анемии. В Нидерландах он устанавливается путем измерения уровня гемоглобина. Клинические симптомы (головокружение, утомляемость, побеление век) могут стать основанием

прибегнуть к услугам лаборатории, но не заменяют ее. В Африке сеть лабораторий иногда не работает. Осмотр, показывающий усталый вид, белые веки пациента и жалобы на головокружение, может быть единственной доступной практикой для постановки диагноза анемии. Превращаются ли тем самым эти диагностированные разными способами «анемии» в две разные анемии? Или же практика клинического диагноза, способная путешествовать, будучи инкорпорированной в тело врача, является надежным средством под-

личества предотвращенных смертей надо привлечь другой стандарт улучшения. Сокращение количества людей со стенокардией, или инсультами, или перемежающейся хромотой. Или какие-то биохимические параметры. Чтобы мониторинг уровня липопротеинов у индивидов прочно утвердился, он должен быть подкреплен подходящим демографическим исследованием. Но, чтобы это демографическое исследование действительно показывало улучшение, к которому приводит лечение индивидов, надо найти подходящие параметры. Индивидуальное лечение и демографические исследования включают друг друга. Поэтому, чтобы практика осуществлялась гладко, они должны быть хорошо согласованы между собой.

### *Интерференция*

До сих пор в этой книге я следовала за единичным множественным объектом: *атеросклерозом*. Есть много версий атеросклероза. Утолщение стенки сосуда, происходящее с артериями, и причина смерти, угрожающая населению. Бляшка, которую нужно отслоить и удалить, и процесс, который, если он обнаружен на ранней стадии, можно замедлить или даже прекратить. И так далее. Но атеросклерозы не просто связаны друг с другом. В медицинской практике *заболевание* может быть основным предметом интереса, но не только оно имеет значение. Я исследовала здесь заболевание именно потому, что оно занимает центральное место в здравоохранении и при этом социологами и антропологами ему уделяется недостаточно внимания. Но для практикографа одинаково возможно следовать и за другими осуществляющимися объектами. Возьмем хирургов. В операционной со всей ее стерильностью, тщательно вымытыми руками и изощренными инстру-

держания сходства в разных местах? Поддержания сходства «анемии», которую, несмотря на нарушение работы лабораторий, все же можно диагностировать? Чтобы говорить о таких переходных ситуациях, в которых есть *как* различие, *так* и сходство, в которых невозможно указать конкретный момент, когда сходство превращается в различие, в которых переходы нечетки. в ряде работ был предложен термин *текучий*. Текущее пространство не похоже на региональное. Различие внутри текущего пространства не обяза-

тельно маркировано границами. Оно не всегда четкое. Оно подвижно. Однако текучее пространство не похоже и на сеть. Элементы текучего пространства влияют друг друга. Но то, как они это делают, постоянно меняется. Связи внутри текучих пространств нестабильны. Ни один элемент (если его можно выделить) не является абсолютно необходимым. Целое прекращает свое существование, только если *все* элементы выходят из строя. (Здесь можно применить еще один способ ссылаться на литературу. Пресловутое «см. также мою



ментами хирург *есть* тот, кому позволено резать плоть других людей, как если бы это было не насилие, а простое решение технического вопроса. В других местах все иначе. Хирург, вынимающий скальпель на встрече с пациентом, нарушает некоторые границы. Таким образом, *хирург* не более единичен, чем атеросклероз. *Здесь* (в операционной) он освобожден от запрета нарушать целостность человеческой кожи, но *в каком-нибудь другом месте* (фактически в любом другом месте) этот запрет касается его так же, как и всех остальных.

Следующий пример поможет пояснить, почему то, что термин *осуществление* оставляет открытым вопрос о том, *кто* или *что* является актором, — не проблема, а преимущество. Где берет свое начало действие, когда осуществляется атеросклероз? В него вовлечено множество сущностей: скальпели, вопросы, телефоны, формы для заполнения, документы пациентов, изображения, брюки, лаборанты и так далее. Но ни одна из них не является монолитным персонажем: небольшого исследования достаточно, чтобы все они, как и хирург, обнаружили свою *множественность*. Хирург, осуществляющий атеросклероз как «боль при ходьбе» может иметь те же лицо, голос и имя, что и хирург, который «выскабливает утолщенную интиму из артерии». Но они отличаются. Если один разговаривает, то другой — режет. Один человек может быть способен переключаться с одного репертуара (общение) на другой (разрезание). Репертуары, в свою очередь, со всеми вовлеченными в них материальными аспектами, способны переключать осуществляемую в конкретном месте идентичность хирурга.

Как только мы начинаем распутывать онтологию-в-практике, не остается никаких устойчивых переменных. Все переменные от места к месту меняются. Чудо, которое нужно объяснить: как, несмотря на это,

работу...». Но она «наша»! Как бы то ни было, более подробно о понятии текущей см.: Mol and Law 1994; De Laet and Mol 2000; Де Лаэт, Мол 2017.)

#### Включения

В подтексте этой главы я ссылаюсь на несколько текстов из обширной литературы о сходстве и различии. В частности, до сих пор я ссылалась на работы, в которых рассказывается о том, как могут оспариваться границы, маркирующие различия. Граница между нормальным и патологическим была

размыта понятием «проблемы», — проблемы, которая никогда не имеет законченного решения, а в лучшем случае предполагает несколько способов справиться с ней. Так же размываются и границы между самостью и другим. Самость уже не резко обособлена от своего другого, разными путями перетекает в него. Границы превратились в размытые зоны. В потоки превратились и сети. Однако один из ключевых аргументов этой главы касается не размывания границ, а сосуществования того, что маркируется как разное. Здесь

практики сохраняют связность, тем более, когда изменения переменных связаны друг с другом. У осуществления хирурга (как собеседника или как режущего) и осуществления атеросклероза (как боли или как стеноза) есть что-то общее. Они не полностью зависимы: хирург может говорить о «стенозе» или, разрезая плоть, выразить надежду, что боль у пациента благодаря операции пройдет. И все же есть значительные *интерференции* одного осуществления с другим. Именно во время операции атеросклероз материально осуществляется как закупорка артерии в результате стеноза, в то время как разговор в кабинете врача необходим, чтобы превратить боль из проблемы, мучающей пациента, в значимый с медицинской точки зрения факт. Интерференции заслуживают дальнейшего активного исследования. Я приведу небольшой пример, чтобы в общих чертах наметить, к чему могут привести нас такие исследования.

Это пример интерференции осуществления атеросклероза и осуществления *полового различия*. До сих пор в этом тексте я приписывала гендер людям, фигурировавшим в моих историях. Они были *мистер* или *миссис* такие-то. Они были *он* или *она*. Но я не тематизировала значение этих качеств для реальности атеросклероза — или наоборот. Это упущение свидетельствует не об их малозначительности, а о чрезвычайной сложности темы. В больнице половое различие встречается даже в большем количестве вариантов, чем атеросклероз, так как оно почти везде. Должности, стили работы, профессиональные роли, методы хранения, цветовые схемы, высота скамеек, эпидемиологические таблицы, исследовательские вопросы, время приема и так далее — все они интерферируют с реальностью того, каково это быть *мужчиной* или *женщиной*. Таким образом, если я выберу из получающегося пере-

представлена особая форма сосуществования: форма инкорпорации, форма процесса жизни как части того, что является другим, или форма удержания того, что является другим, внутри самости. Это форма *включения*. Тексты, к которым я обращалась, важны для этой темы как фон, поскольку они позволяют определить место артикуляции «включения» среди других способов обращения к практикам бытия другим. Но пока кое-чего не хватает. Литературы о включении.

Она существует. Однако этот образ,

в котором *противоположные* друг другу вещи могут также *зависеть друг от друга*, рисуют редко. Дело в том, что он напрямую противостоит распространенному представлению о том, что значит быть другим, опирающемуся на аристотелевскую логику и евклидову концепцию пространства, где вещи могут занимать *позиции*. Литература, порывающая с этим представлением, действительно предпринимает обходной маневр для того, чтобы исследовать аристотелевскую логику и теорию Евклида. Я приведу два примера. Первый

плетения один или два показательных примера интерференции между половым различием и атеросклерозом, это неизбежно будет грубым уменьшением этой сложности. И все же я попробую.

В приемной больницы Z легко найти следы всех клише, выявленных исследованиями полового различия в других местах (плюс некоторые исключения). Хирурги, желающие выяснить, насколько болезнь беспокоит людей в их повседневной жизни, могут задавать разные вопросы. Но мужчин трудоспособного возраста неизменно спрашивают об их работе, а женщин всех возрастов — о работе по дому. Пожилой хирург грубовато шутит с молодыми людьми из рабочего класса. Молодой хирург, принимая хорошо одетую пожилую даму, обращается к ней вежливо, но все-таки заботливо, что заставляет меня думать, что он говорит с подругой матери. Дочерей, сопровождающих родителей, о недомоганиях последних расспрашивают подробнее, чем сыновей (то есть предполагается, что дочери знают больше). И так далее. Эти различия касаются того, что исследователи социального называют *гендером*. Они осуществляют социальные различия между мужчинами и женщинами, которые напрямую не зависят от их биологического пола. Однако вместе с возможностью праксиографии заболевания приходит возможность праксиографии полов — исследования осуществляемых различий между мужскими и женскими телами. Медицина осуществляет тела в качестве имеющих или один, или другой пол. Или нет? Это необходимо исследовать.

*Ординатор-патологоанатом закончила вскрытие и переходит в маленькую комнату с большим столом. Извлекает из карманов небольшие листочки, на которых делала заметки, и пробует заполнить про-*

пример — это работа Мишеля Серра (см., например: Serres 1980; Serres 1994). Представляя себя как философа, сведущего в математике, Серр отваживается взять за отправную точку обоих — Аристотеля и Евклида. Для этого он создает истории. Стиль Серра не аргументативный, он питает воображение. Но, в конце концов, сами аргументы по своей форме всегда аристотелевские. Они основаны на оппозиции между А и не-А. Но кто больше всех выигрывает, когда бьются два боксера, спрашивает Серр? Ответ: тот, кто продает билеты.

Не отвлекайтесь на шум, на схватку, взгляните пошире и попробуйте увидеть, частью чего является весь этот шум. Противопоставление А и не-А, например, предполагает, что А и не-А являются важными, значимыми выражениями. Оно вводит в эпистемическое поле, в котором оба эти выражения имеют смысл, и закрывает выход в мир, состоящий из совершенно других сущностей. (Пример: дискуссия о том, оперировать или делать ангиопластику, если поврежденный участок артерии длиннее пяти, но короче десяти

тупоконечный. Это большой бланк, на котором напечатан длинный список анатомических структур, каждой из них она дает оценку. Кожа: ... Печень: ... Легкие: ... И так далее. «Смотри, — говорит она мне, обращаясь ко мне как к еще одной женщине, которая будет скандализирована, но также смущена, потому что сегодня она не без гордости представляет мне свою профессию, — вот тут воспроизведены гениталии. Пенис со всеми деталями, головка и прочее. Здесь же матка, но не указаны ни малые половые губы, ни клитор. Поэтому каждый раз, сделав вскрытие женщине, я дорисовываю их ручкой. Этот бланк в такой форме используется уже очень давно».

Спустя тридцать лет после первой феминистской критики в адрес медицинских учебников, замалчивающих особенности женских тел, это кажется слишком невежественным, чтобы быть правдой. Что делать с таким открытием, что тут можно сказать? Все уже было сказано.

Вот еще одна коротенькая история, по меньшей мере подводящая нас к дальнейшему анализу.

Один день я провела в больнице Q. Она так сильно отличается от Z, что я отказалась от первоначальной идеи расширить свое поле до двух или трех больниц. Одна больница уже достаточно сложна для моего философского замысла задать рамку для исследования онтологии-в-практике. Еще большая сложность просто запутала бы мою историю. Но среди моих заметок об этом дне есть одна маленькая находка, которую я не хотела бы от вас скрывать. Итак, совещание. На негатоскопе закреплены ангиограммы. Рентгенологи пальцами указывают на детали изображений: «Вот тут у него серьезный стеноз, я бы сказал процентов девяносто». И так далее. Они продолжают говорить «он». Снимок за снимком. Только он. После завершения

сантиметров, может быть очень жесткой: либо A, либо не-A. Но при этом и биерация, и ангиопластика считаются хорошими вмешательствами, и никто не спрашивает о возможных показаниях к назначению терапии ходьбой.) Противоположности могут также затрудняться. Но это еще не образ взаимного включения. Добраться до него нам поможет история о мешках.

Серр любит обращаться к простым объектам, к вещам, подразумеваемым нашим мышлением. Они подразумеваются не как объекты, на которые мы

указываем, а как модели, определяющие концептуальный аппарат, при помощи которого мы мыслим. Один из таких объектов, упоминаемых Серром, это коробка. Чаще всего мы воспринимаем объекты как твердые коробки, находящиеся друг с другом в отношении транзитивности. Одна коробка либо больше, либо меньше, чем другая коробка. Если она больше, то может вмещать в себя меньшую по размеру коробку, а если меньше, то сама помещается в большую коробку. Но если бы мы, как говорит Серр, так сильно

обсуждения я подошла к документам и проверила. Некоторые из них помечены литерой F — женщины.

Здесь половое различие нейтрализовано в пользу маскулинности. Это можно счесть свидетельством еще большей безразличности к женскому. Но в данном случае происходит нечто большее или что-то еще. На встречах с пациентами в больнице Z рентгенологи, работая с изображениями, различают «он» и «она». Однако здесь эта атрибуция тоже не имеет значения для оценки ангиографических снимков. В связи с просветом артерии, видимым на ангиограмме, имеет значение то, насколько процентов, семьдесят или девяносто, он сужен в месте стеноза по сравнению с просветом участка той же артерии выше или ниже. Стеноз артерии имеет отношение только к этой артерии: пол пациента, которому она принадлежит, остается чем-то несущественным. У этого есть следствия не только для артерий и стеноза (у них нет пола), но и для полов: половое различие не наполняется и не конкретизируется ангиографическими снимками артерий.

В больнице Z (где я гораздо чаще проводила наблюдения) во время обсуждения кто-то может ввести пол пациента в качестве значимого факта. Могут сказать: *для женщины* эта артерия в довольно плохом состоянии. У этого «для женщины» нет никакого значения для ангиографии. Оно отсылает к эпидемиологической мудрости о том, что женское население меньше предрасположено к атеросклерозу, чем мужское. Поэтому в отличие от *стенозов* показатели заболеваемости могут характеризовать пол. Это превращает атеросклероз в явление, которое имеет половые аспекты (болезнь, которая чаще встречается у мужчин, чем у женщин), а также особым образом осуществляет реальность по-

не цеплялись за твердость коробки, то могли бы подумать о материале, о ткани. О мешках вместо коробок. Если синий мешок сложить, он поместится в желтый. Но если его оттуда достать, то в него может поместиться сложенный желтый мешок. Один может вместить другой. И наоборот. Они в самом деле могут включать друг друга. Они находятся в *нетранзитивных* отношениях.

Есть еще один пример, который поможет представить себе взаимное включение. Это фрактал, в котором разделены два цвета, скажем, красный и

зеленый. Но всякий раз при увеличении красной области внутри нее обнаруживаются зеленые пятнышки, а при увеличении зеленой области — красные. Этот образ (из текста Серра) мобилизуется Диком Виллемсом, когда тот пишет об отношении между пациентом и врачом. Он приводит пример пациентки-астматика и ее терапевта. Вместо того чтобы принимать первую за профана, а второго за эксперта, он проводит между ними более сложную границу. Врач и пациент различаются. Но как? Врач знает, какие дозировки

лов. (Что есть мужчина? Мужчины более подвержены атеросклерозу, чем женщины.) Осуществление полов, которое оспаривается. Как я говорила ранее, профессор эпидемиологии из медицинской школы, связанной с больницей Z, был участником рабочей группы, установившей *возраст* в качестве еще одной переменной. Группа утверждала, что у мужчин младше шестидесяти лет атеросклероз встречается чаще, чем у женщин того же возраста. Если же взять продолжительность всей жизни, утверждают они, то процент тех, кто умирает от атеросклероза, у женщин *выше*, чем у мужчин.

Эпидемиологические половые различия могут быть оспорены. И оспаривание здесь помимо прочего может случаться, когда эпидемиологические половые различия, что-то говорящие о *населении*, мобилизуются для того, чтобы что-то сказать обо всем классе индивидов.

*Правая нога, смазанная йодом, желтая. Гениталии скрыты от взгляда зеленой тканью. Правая нога, которую оперируют сегодня утром, толстая. Это проблема для хирургов. Чтобы найти нужную артерию, им приходится отодвигать жир. Прокладывать путь через жир к артерии по всей длине шунта, который они вставляют. В какой-то момент этой сложной работы старший ординатор громко говорит (обращаясь к другим присутствующим врачам-мужчинам): «Вот не люблю оперировать женщин. Не нравится мне весь этот жир. Я боюсь нарваться на что-то неожиданное, нерв или что-то такое». Медсестры ничего не говорят. Но я замечаю краем глаза, что у одной из них взлетели вверх брови, она возмущенно смотрит на остальных.*

Оспаривание скромное: поднятые брови и возмущенный взгляд. Но оно достаточно реальное. Хирург переходит от эпидемиологического

лекарств нужно принимать в зависимости от степени тяжести заболевания, а пациентка не знает, так как она не следит за медицинскими публикациями на эту тему. Зато пациентка, в свою очередь, эксперт в пользовании пневматометром, что позволяет ей выяснять текущую степень тяжести заболевания, в то время как врач не обладает навыками, необходимыми, чтобы манипулировать этим прибором диагностики и правильно выдыхать в него. Таким образом, в области экспертизы врача существуют зоны, где он оказывается профаном, в то время как па-

циент, каким бы профаном в определенных вопросах он ни был, в области своей профанности обладает зонами, в которых является экспертом по некоторым вопросам (Willems 1992).

Вторая группа текстов, в которых можно найти инструменты для мышления за пределами аристотелевской логики и евклидовой пространственности, это работы Мэрилин Стратерн. Стратерн проводила полевые исследования в Меланезии. В настоящем контексте наиболее интригующим аспектом ее работы является не то, что она *рассказывает* об усвоенном ею там, а то, как она

факта, что у *женщин как группы населения* больше подкожного жира в ногах, чем у *мужчин как группы населения*, к комментарию обо *всех женщинах*: он не любит их оперировать. Очевидно, что некоторые женщины, попадающие на операционный стол, худые, некоторые мужчины полные. Но только что процитированный хирург не говорит, что сложно оперировать *полных людей*. Он не говорит, что *жир* заставляет его нервничать. Раздражают *женщины*. Он осуществляет различие между полами как различие в количестве подкожного жира. Возможность так сделать зависит не только от эпидемиологических таблиц, но и от локальной реальности атеросклероза. Если бы атеросклероз не осуществлялся как стеноз, нуждающийся в шунтировании, подкожный жир отдельного индивида был бы менее значимым для врачебных усилий. Поэтому хирург был бы менее склонен жаловаться на это. И видеть в сложности сегодняшней операции *женщин*.

Осуществление атеросклероза как стеноза артерии на ангиографическом снимке не имеет *никакого* пола, что предполагает, что ангиограммы не попадают в массив изображений, маркирующих различие между *мужчинами и женщинами*. В эпидемиологических таблицах у атеросклероза есть пол — по крайней мере, среди людей в возрасте до шестидесяти лет атеросклероз чаще встречается у мужчин, чем у женщин. В то же время реальность того, что значит быть *мужчиной*, маркирована более высоким шансом получить атеросклероз до шестидесяти. В контексте ремесленной стороны операций у атеросклероза снова появляется пол, на этот раз другой: в женской части населения больше людей с большим количеством подкожного жира, чем в мужской части — что может быть слишком опрометчиво превращено в неприязнь оперирования «женщин». Таким образом, женщины марки-

мобилизует это усвоенное в своем мышлении. Как она опирается на него, как привлекает. При этом Стратерн *практикует* включение: ее предполагаемый объект, культура Меланезии, оказался размещенным *внутри* ее антропологической самости. Понятия этой культуры стали частью интеллектуального аппарата Стратерн. Поэтому воображать и анализировать включение — важная часть этого аппарата. Стратерн говорит о различиях, которые не являются исключаящими. Она рисует образ того, как сын, находящийся внутри отца, может одновременно содержать своего

отца. Образ женской и мужской форм, которые включают друг друга. Она объясняет, что другой не обязательно находится где-то в другом месте. Он в равной степени может быть инкорпорирован *внутри* самости. Но это инкорпорирование без ассимиляции. Он одновременно свой и чужой. Внутри и одновременно отличающийся. Используя ее образ, можно сказать, что другой — это часть, даже если она не является куском, состоящим из той же ткани (Strathern 1992a).

Появляются в текстах Стратерн и фракталы. Она предлагает еще один

руются как обладающие ногами с большим количеством подкожного жира. Эти несколько примеров иллюстрируют утверждение о том, что реальность атеросклероза и реальность полов *интерферируют*: каждая версия одной может придавать специфическую форму некоторой версии другой.

### Биологи

Когда объекты рассматриваются как находящиеся в центре множества точек зрения, то с миром объектов склонны обращаться так, как если бы он был собранием сущностей, удерживающих свою связность. Сущностей, являющихся частями друг друга. Которые согласуются, связны. Но если мы начинаем заниматься праксиографическим исследованием того, как осуществляется реальность, этот транзитивный образ отношений между объектами теряет свою привлекательность. Между объектами-в-практике сложные отношения. Оперлируемая артерия не обязательно меньше, чем оперлируемый пациент, и не расположена внутри него или нее. Артерия может быть больше в том смысле, что во время операции ей уделяется больше внимания, чем пациенту. И пациент не содержит артерию; он или она не является телом на операционном столе *плюс* что-то еще (сознание или социальная жизнь). Напротив, пациент — это тот, с кем хирург в какой-то другой момент может обмениваться шутками. Тот, у кого где-то есть жена, ждущая телефонного звонка. Две реальности — реальность артерии и реальность пациента — не включают друг друга, но, скорее, находятся *рядом друг с другом*.

Обнаженное и окоченевшее тело на металлическом столе патологоанатомического отделения ждет вскрытия. Оно больше не дышит. В нем нет жизни. Но к нему не нужно добавлять жизнь, чтобы оно

фрактальный образ: фрактал, основанный на выделении частей из целого. Разделите тонкую полоску на две черные и одну белую [между ними]. Тогда две трети исходной полоски черные, одна треть — белая. Теперь разделите каждую из получившихся полосок на листе бумаге (или на экране) следующим образом: каждую черную разделите на две черные и одну белую, а белую — на две белые и одну черную. Прodelайте это еще раз. И так далее. Черные и белые полоски становятся меньше и меньше. Но как бы далеко

вы ни зашли, количество черного и белого останется тем же. С каждым шагом они лишь будут становиться все интенсивнее включенными друг в друга. Это образ все интенсивнее прорастающего *взаимного включения* (Strathern 1991).

Это ход, который, так или иначе, делают и академические тексты, ссылающиеся друг на друга. Тексты, составляющие *литературу* [по теме], разные, но при этом они взаимозависимы. Они *включают* друг друга. Так, только что процитированная Стратерн,



осуществлялось как личность. Достаточно куска ткани на голове, который можно убрать и вернуть обратно. И даже после того, как все органы извлечены из брюшной полости трупа, его социальная жизнь все еще может возобновиться. Заботливые руки ассистента патологоанатома могут вернуть телу личную индивидуальность, наполняя его полости, сшивая края разрезов, протирая кожу на видимых участках, и — ключевое действие — одевая тело. Одежда, как правило, является существенной частью социальности и публичного осуществления личности.

Для праксиографического поворота отношения между объектами не скрыты в порядке вещей, а осуществляются в сложных практиках. Поэтому им не нужно быть транзитивными. Артерия и личность находятся *рядом* друг с другом, а не связаны отношением части и целого. Труп становится личностью не путем *добавления* к нему жизни, а благодаря *снятию* и возвращению куска ткани. Может быть и так, что один объект *осуществляется* как часть другого объекта, но это отношение включения может работать и в обратную сторону. Чтобы оценить тяжесть заболевания в населении, подсчитываются отдельные случаи. Но чтобы оценить заболевание индивида, врачи учитывают свои эпидемиологические знания о частоте и распространении заболевания. Население *включает* индивида, но индивид, в свою очередь, также *включает* население. Иногда это взаимное включение может даже вести к петлям.

Взаимное включение не означает, что не остается трений. Онтология медицинской практики — это не *конкретная* онтология *единичной* практики: между осуществляемыми объектами трений так же много, как и между практиками, в которых разворачивается их осуществление. Улучшить здоровье населения или, наоборот, индивидов — это

в свою очередь, цитирует тот самый текст Харауэй, который я цитировала выше: «Я надеюсь на то, что киборги реализуют различие скорее как частичную связь, чем как антагонизм, функциональную регуляцию или мистическую функцию» (цит. по: Strathern 1991, 37). Но, инкорпорируя другие работы, текст меняет их. Включаясь куда-то еще, слова приобретают иную смысловую нагрузку, даже если при этом сами они остаются неизменными. Стратерн говорит об этом откровенно: «Политический киборг Харауэй нужен мне

для собственных целей» (Strathern 1991, 38). Из всех смыслов, которыми Харауэй наделила своих киборгов, лишь некоторые, будучи измененными, мобилизуются в работе Стратерн. Точно так же все мои ссылки на литературу — это идиосинкратические включения частей других текстов в этот (новый) текст. Они делают его одновременно паразитирующим и содержащим как паразитов то, что было написано где-то еще.

цели, часто конфликтующие друг с другом. И все же ни одна группа населения ни по какой из шкал не прогрессирует, если ни одна индивидуальная ситуация не изменилась. Лечение может быть признано хорошим, только если оно приводит к измеримому изменению у достаточно большого числа людей в изучаемой совокупности.

Кроме того, есть интерференция. В этой книге распутывается осуществление одного заболевания в одном месте: атеросклероза в больнице Z. Но этот объект, очевидно, не один. Он интерферирует с реальностью многих других: хирургов, столов, одежды, рентгена, медсестер и так далее. В качестве иллюстраций здесь были мобилизованы несколько интерференций между реальностью атеросклероза и реальностью полового различия. Сосуществование бок о бок, взаимное включение, включение в напряжение, интерференция — словом, отношения между осуществляемыми объектами сложны. Онтология-в-практике возникает вместе с объектами, которые не столько согласовываются, сколько собираются.

Это можно сделать. Можно написать этнографию *заболевания*. Эта книга — тому подтверждение. В ней представлен мозаичный образ атеросклероза артерий нижних конечностей: отдельной болезни, которая на практике оказывается больше, чем одной, но при этом не распадается на множество фрагментов. Таким образом, тело может быть множественным и без всякого плюрализма. Вместо того чтобы проследивать парадигматические разрывы, в этой этнографии *заболевания* мы исследуем сосуществование множества сущностей, носящих одно и то же имя. Это сосуществование, в свою очередь, бывает разным и принимает разные формы. Здесь мы изучили дополнение, перевод, распределение (по разным местам больницы, разным слоям тела и разным моментам времени) и включение. Если начать изучать интерференцию осуществлений двух или трех множественных объектов (таких как атеросклероз и половое различие), то сложности возрастут экспоненциально — впрочем, эти сложности достойны отдельного исследования, мое же на этом закончено. Я сделала то, что планировала. Единичное/множественное *заболевание* описано как часть практик, в которых оно осуществляется.

Но что значит сделать это? Что наряду с этим делается? Истории этой книги в конечном счете не открывают никаких истин о медицинских практиках. Да и я не хотела бы выступать как член узкого круга авангардных теоретиков, знающих, что такое онтология *на самом деле*. Нет. Заметьте, собранные в этой книге истории правдивы, а если нет, то их стоит поправить. И я считаю мобилизованный и/или развитый здесь теоретический аппарат работоспособным. Но дело не в правдивости, а в интерференции. Как и любая другая репрезентация, эта книга является частью практики или набора практик. Можно обратиться к множественности тела и его заболеваний или не делать этого. Это действие. Поэтому в последней главе я не буду делать никаких заключительных выводов. Вместо этого я кратко рассмотрю те действия, в которые эта книга включена, и укажу на те, что она оставляет несовершенными.

### Как соотносятся науки

Переход от рассмотрения объектов как фокусов разных точек зрения к следованию за ними в процессе их осуществления в разнообразных практиках подразумевает переход от вопроса о том, как науки репрезентируют нечто, к вопросу о том, как они осуществляют вмешательство (*intervene*). В последние несколько десятилетий многие философы отмечали важность вмешательства как преобладающего в современную эпоху способа приобретения знания: эпистемология давным-давно потеряла пиетет к созерцанию. Но, даже если при этом вмешательство, интерференция, и считалось важным, его процессу не отводилась ведущая роль. Эта книга — часть недавней волны исследований, делающих следующий шаг прочь от бесплотного созерцания. Это значит, что она не следует за взглядом, который пытается увидеть объекты, но вместо этого следует за объектами, осуществляющимися на практике. Акцент смещается. В центре внимания теоретика теперь вместо глаз наблюдателя — руки практика.

Таким образом, эта книга вносит вклад в философский сдвиг, вследствие которого знание рассматривается уже не как нечто, прежде всего, референциальное, не как набор высказываний о реальности, но как практика, пересекающаяся с другими практиками. Следовательно, знание принимает участие в реальности. И из этого сдвига следует множество других. Один из них состоит в том, что нам нужно пересмот-

### Метод

Теме метода посвящена обширная литература. Точнее, три жанра литературы.

Литература первого жанра носит законодательный характер. В ней обсуждается, как должен быть устроен метод, чтобы производимое с его помощью знание было обоснованным. Такое знание не должно содержать в себе ни следов познающих субъектов, ни следов ситуаций, в которых это знание формулируется. Оно должно быть чистым. Ни предубеждения, ни помехи не должны искажать отражение объекта в чистом зеркале науки. Согласно этой законодательной традиции научное знание действительно должно быть отражением объекта. На вопрос, как можно получить такое зна-

ние, есть много разных ответов: о методе написано превеликое множество законодательствующих текстов. Эту литературу объединяет поиск метода, который производил бы зависящее от своего объекта незагрязненное знание. (На что бы сослаться? Текстов слишком много. Ни один не является репрезентативным. Но посмотрите, например, Suppe 1977.)

Второй жанр подобной литературы — критический. Он подрывает первый жанр и утверждает, что те, кто занялись поисками надежного метода, до сих пор его не обнаружили. Главным результатом их законодательных усилий всегда была демаркация науки от остальных типов знания. Проведение этой границы помогало защитить от

реть характер отношений между науками. Начиная с XIX века считалось, что разные ветви науки (физика, химия, биология, психология, социология) различаются не методами (как предполагалось ранее), а исследуемыми объектами. Последние же мыслились как данные от природы. Объекты в реальности были связными, а онтология была той ветвью философии, которая делала эту связность эксплицитной, — при этом часто использовался образ пирамиды. Каждая область объектов уподоблялась уровню пирамиды, в которой объекты упорядоченно располагались в континууме от маленьких и относительно простых до больших и самых сложных. И каждая наука должна была изучать объекты одного из этих уровней. Так, в основании пирамиды находились самые маленькие частицы и силовые поля между ними — они составляли предметную область физики, а на вершине располагались сложные социальные отношения между группами людей, которые изучались социологией. Одна из грез этого онтологического монизма заключалась в том, что исчерпывающее знание о поведении самых маленьких частиц, в конце концов, объяснит все остальное. Физика объяснит химические законы, химия определит, что происходит с живыми телами, биология сможет объяснить психологическое устройство и социальные отношения. Не все были согласны с этой картиной. В течение XX века значительные силы были потрачены на установление существования водоразделов в этой онтологической пирамиде.

внешних сил определенные сообщества, которым удалось объявить себя «научными». В литературе этого жанра представлено много примеров — но не метода, а того, как ему не удается избегать *предвзятости*, даже несмотря на то, что он социально эффективен в сдерживании чужаков. Так, мы узнали об откровенном сексизме медицинских учебников XX века (см., например: Dreifus 1978). А также о неявном сексизме (Jacobus, Fox Keller and Shuttleworth 1990). Было рассказано и много историй о том, как в XIX веке оказались маргинализированными акушерки и повивальные бабки, так как их навыки и знания не были получены в университете и потому не могли быть названы научными (см., напри-

мер: Böhme 1980).

Третий жанр литературы о методе отходит не только от поиска идеального метода, но и от его критики. Вместо этого сам «метод» превращается в предмет исследования. О нем задается множество вопросов в эмпирическом ключе. Есть исторические исследования, посвященные вопросу о том, как сформировался все еще используемый нами экспериментальный метод и как получилось, что в него так поверили (Shapin and Schaffer 1985). Другие исследования выясняют, почему из всего остального именно *метод* стал способом отличить науку от фальшивого знания (Dehue 1995). Есть и этнографические исследования научных способов работы: навыков отбора

Границ между мертвой материей и живыми организмами, способными в отличие от мертвой материи заболеть и умирать. Границ между биологическими фактами различия полов, цвета кожи или заболевания и социальными событиями, которые *не* вытекают из этих фактов и потому требуют для собственного описания социальных терминов: гендера, культуры, недуга.

При таком порядке вещей познание и обсуждение *заболеваний* оказывается задачей и привилегией биомедицины. Химики, даже если они знают все о молекулах, из которых состоят клетки, не могут рассчитывать на то, что им удастся объяснить организм и его заболевания. Для этого требуется *биохимия*, и она должна включать в себя патофизиологический раздел. При этом медицинская практика также требует некоторых дополнений, ведь для того, чтобы заботиться о пациенте как о *целом*, биомедицинского знания заболевания недостаточно. Нужно принимать во внимание и то, как люди живут с заболеваниями. При таком образе мысли «жизнь с заболеванием» понималась как психосоциальный феномен *недуга*. Призывы уделить внимание недугу часто формулировались критически. Медицину обвиняли в приоритизации физических аспектов заболевания и пренебрежении психосоциальными. Но какой бы жесткой ни была эта критика, она основывалась на общем понимании знания и отношений между науками, согласно которому знание должно классифицироваться в тер-

образцов, практик маркировки и подсчета, стилей письма, которые применяются в современных лабораториях, офисах и на научных конференциях. Знание, которое производится подобными способами работы, не является зеркальным отражением своих объектов. Из-за того ли, что ему это не удается? Совсем нет. Просто отражение — это неправильный термин. Пассивное представление объекта — это не то, что *делают* систематические научные практики. Напротив, они активно конституируют прослеживаемую связь между исследуемым объектом и его начинающими циркулировать артикуляциями. Перемещаясь от объекта к статье о нем, мы не покидаем мир материального, чтобы перейти в мир теоре-

тического и мыслимого. Наоборот, мы двигаемся от одной социоматериальной практики (наблюдение, эксперимент) к другой (изображение, описание) (см.: Lynch and Woolgar 1990).

Таким образом, я выделяю здесь три типа отношения к методу. Они охватывают не все написанные об этом книги и исключают некоторые книги, затрагивающие другие темы и вопросы. Кроме того, эти три типа не отделены друг от друга столь же четко в библиотечных каталогах, на конференциях или в университетских департаментах. Существуют смешения, серые зоны, интерференции. Так, критика существующих методологических легитимаций (2 тип) может использоваться для проектирования новых методов с

минах того, о чем это знание говорит, а его объекты ему самому предшествуют. Тело или ум. Заболевание или недуг. Кровеносные сосуды или проблемы с передвижением. Биология или социология.

Однако если мы приходим к пониманию, что знание в первую очередь является участием в реальности, то наше представление об отношениях между науками также начинает меняться. Какими бы ни были отношения между объектами, скрытыми внутри тела — атеросклеротическая бляшка, пиковая скорость кровотока, повышенный уровень холестерина, — практики, в которых эти объекты существуют, связаны с гораздо большим количеством вещей: дешевыми или дорогими аппаратами, кровью или плотью, бланками или беседами, рабочими часами, самооценкой или схемами страхования. Решения по поводу лечения зависят от длины стенозированный участка сосуда и длительности госпитализации. На практике такие разнообразные феномены не принадлежат разным порядкам. Нет смысла распределять их по разным уровням реальности. Они все значимы и каким-то образом должны рассматриваться вместе. Разные науки должны давать практике разные точки приложения усилий, разные техники вмешательства и, конечно, разные методы. У одной специальности в распоряжении могут быть красители, у другой — скальпели, у третьей — сложная техника, но в больничной практике они должны как-то объединять и координировать свои объекты.

целью превратить их в лучшие методы (1 тип). Этот процесс связан с надеждой на то, что если, к примеру, дополнить взгляд белого мужчины оптиками женщины и других рас, то это откроет путь к непредвзятому знанию и в конечном счете к достижению объективности (см., например: Harding 1986). Аналогичным образом эмпирические исследования того, как наука осуществляется на практике (3 тип), мобилизуются в качестве ресурса в работах, критикующих методологические притязания (2 тип). Если «метод» — это лишь локальное, практическое достижение, то он не может гарантировать истинность полученного с его помощью знания. Но это бьет и по самим эмпирическим исследованиям науки:

их собственные методы тоже ничего не гарантируют. Чем же тогда *исследования науки* лучше, чем самоинтерпретации ученых или мнение обывателей? На чем основаны их претензии на экспертизу (Ashmore 1989)?

Это важный вопрос, но его не стоит ставить в таком парализующем ключе. Превращение метода в объект эмпирического исследования показало нам, что любое знание может быть подвергнуто критике. Другой метод мог бы привести к другим результатам. Поэтому больше нет никакого формального основания придерживаться этого, того или иного результата науки, каким бы надежным ни был ее метод. Но с этим связан еще один сдвиг: знание не должно пониматься

Каким бы физическим ни было вмешательство, в нем всегда и неизбежно есть практические аспекты, принадлежащие так называемому социальному. Это не значит, что с ними хорошо справляются. Предметом данной книги не было качество работы с заболеванием/недугом, как и всего остального в медицинской практике. Но если врачи критикуются за то, что мало внимания уделяют, скажем, переживаниям пациентов, то представленный здесь анализ предлагает другой способ формулировки подобной критики. Дело не в том, что какой-то объект остается за пределами внимания медиков. Скорее, дело в том, что при оценке самих медицинских действий некоторому вмешательству не уделяется должного внимания. В больнице Z в случае перемежающейся хромоты вопрос об операции ставится, только если пациент утверждает, что это заболевание сильно осложняет его повседневную жизнь. Это подразумевает, что в подобных случаях операция понимается в первую очередь как *социальное* вмешательство. Но это не так в случае исследований, оценивающих проведенные операции. Возьмите типичное клиническое исследование, в котором сравниваются операции и терапия ходьбой при атеросклерозе артерий ног. В список параметров оценки включают «дистанцию безболевого ходьбы», но, скорее всего, не «фактическое количество прогулок в неделю», не «изменения в повседневной жизни» и не «оценку вмешательства» с точки зрения самого пациента.

как зеркальное отражение объектов, которые только и ждут того, что о них расскажут. Метод — это не то, что открывает окно в мир, это способ взаимодействия с ним. Методы действуют, они выступают в качестве *медиатора* между объектом и его репрезентациями. Тем или иным способом. Неизбежно. Поэтому не удивительно, что поиск надежного метода создания достоверных репрезентаций занял так много времени и что каждый раз находилась критика, способная обнаружить в методе ошибки, мешающие добиться объективности результатов.

Таким образом, эмпирическое изучение методов открывает другое понимание того, чем они *являются*. Не формальными гарантиями, а специфически-

ми медиаторами и интерференциями. Вопрос теперь в том, *как* они посредничают и интерферируют. Донна Харрауэй описала поучительный в своем преувеличении пример. Речь велась о клетке — аппарате нуклеарной семьи, — построенной для изучения отцовской любви у приматов. Она разрабатывалась в шестидесятые и семидесятые годы в лаборатории Гарри Харлоу в Висконсинском университете в Мэдисоне. Сначала Харлоу создал тряпичные манекены матерей и проводочные манекены кормящих матерей, чтобы выяснить, какой из них дает больше материнской любви детенышам (которые, столкнувшись с этим странным выбором, предпочли теплые ткани соскам с пищей). Затем пришел черед



Как должным образом проработать сложный список вмешательств, предполагаемых любой медицинской деятельностью? Здесь этот вопрос остается открытым. Но первый шаг, конечно, заключается в том, чтобы последовательно признать, сколь многое вплетено в каждое действие. Не заключать в скобки практические аспекты. Рассматривать все в медицине как практику. Заниматься праксиографией. Праксиографические истории повествуют о составных объектах. Типологически заболевание не отличается от пребывания в больнице или от повседневной жизни. Одно перетекает в другое. Это значит, что истории в этой книге — настолько же о самом заболевании, насколько и о практиках в больнице Z, направленных на излечение, облегчение, предупреждение и изучение заболевания. О заболевании *в той же степени, в какой и о* медицинских практиках, вмешивающихся в него: они неотделимы друг от друга. Микроскоп используется, чтобы рассматривать бляшку, в то время как бляшке, если она практически значима в больнице, нужен микроскоп (а также препарирование, нарезание на слои и окрашивание), чтобы стать видимой. Точно так же друг от друга зависят навыки общения (и врача, и пациента) и жалоба «болит при ходьбе». А также скорость кровотока и измеряющий ее дуплексный аппарат. А еще без статистических расчетов, экстраполирующих данные с небольших выборок, не было бы никаких групп риска на национальном уровне.

отцов. «Каждый детеныш в аппарате нуклеарной семьи — искусственной социальной среде, достойной миров Уолта Диснея — имел доступ ко всем своим соседям, включая своего отца. Их родители при этом всегда оставались в клетке» (Hagaway 1989, 240).

Аппарат нуклеарной семьи позволил выделить изменчивую «отцовскую любовь» как специфическое поведение обезьян-самцов. До создания подобного аппарата этот феномен был недоступен для изучения. Объект не лежал где-то, терпеливо дожидаясь своего часа. Аппарат очертил его. Но если бы обезьяны не реагировали на него так хорошо, от аппарата бы вскоре отказались. «Самцы отлично общались со своими детенышами и демонстри-

ровали свою функцию в семейной жизни: отпугивать внешних врагов (по большей части самих ученых, как признавался Харлоу в своих всегда честных шутках)» (Hagaway 1989, 241). Клетка нуклеарной семьи помогала различным наблюдателям («экспериментаторам») делать сравнимые друг с другом отчеты. Для этого она и предназначалась. Но она сделала нечто большее. Этот аппарат буквально сконструировал обезьянью версию американской нуклеарной семьи из пригорода образца пятидесятых годов.

Смысл сказанного не в том, что наблюдатели *не* должны оказывать воздействия. Они делают это всегда. В той же книге Харауэй прекрасно показывает, как отправившиеся изучать при-

Вот почему в этнографическом исследовании речь может идти о заболевании. В традиционной иерархии дисциплин говорящий о заболевании этнограф пересекает границы, разделяющие уровни реальности в пирамиде объектов. Но ход, который я здесь делаю, состоит в другом. Дело не в том, чтобы все перевернуть, представив здесь вместо естественнонаучного объяснения социальных феноменов социальное объяснение молекул, клеток или тел. Вместо этого мы ввели новую ось, использовали другой подход: мы изучали практику. Такой подход разом охватывает молекулы и деньги, клетки и переживания, гена, скальпели, улыбки и разговоры обо всем этом. Таким образом, он находится в косвенном отношении к объяснительному знанию и статичной пирамиде объектов, к которой такое знание отсылает. Этот подход рассматривает знание и объект как части жизни — элементы той или иной истории, происшествия в цепочках взаимосвязанных событий. Но нет. Говорить о *косвенном* отношении тоже не совсем верно, поскольку может показаться, что это подразумевает неизменность онтологической пирамиды, пускай мы и отнеслись к ней по-другому. Но это не так. Если практика становится для нас входом в мир, онтология перестает быть монистической. Онтология-в-практике множественна. Объекты, которые осуществляются, не могут быть выстроены в ряд от малого к большому, от простого к сложному. Отношения между ними — это те самые сложные отношения, которые мы

матов в Африку этологи точно так же оказывали воздействие. Они претендовали на то, чтобы быть скромными внешними наблюдателями, которые, не строя клеток, оставляли реальность «своих» приматов нетронутой. И все же они делали животных *своими*. Они обустроивали лагерь, присваивали приматов, давая им имена, чтобы различать их и обсуждать их между собой, старались приучить их к присутствию этологов-наблюдателей и так далее. То, что это воздействие, интерференция, не делает все это *плохим*. И все же это воздействие. Вопрос о том, как его оценивать, превращается в вопрос о содержании. *Как* происходит это вмешательство — и что мы должны о нем думать?

Этот вопрос открывает четвертый и сравнительно новый тип отношения к методу. Это снова нормативный тип и он нацеливается на поиск *блага* (*the good*): что такое хороший способ проведения исследования, а также сборки и упорядочивания материала? Но на этот раз под *благом* подразумевается нечто другое. Знание уже не становится хорошим оттого, что достоверно представляет некий объект *таким, как он есть*. Объекты больше не проскальзывают бесшумно и нетронутыми из реальности в текст, ни с чем и ни с кем не соприкасаясь. Вместо этого — воздействия: клетки или кафедры, прикосновения, задавание вопросов, расчленяемые непрерывности, отдельные элементы, извлекаемые из целого, а

обнаруживаем между практиками. Вместо того чтобы образовывать пирамиду, они, скорее, соотносятся как страницы в альбоме для рисования. Каждая новая страница — это, возможно, новое изображение, выполненное в другой технике, и если масштаб определим, то он, опять же, может быть каждый раз разным. Нет никакой фиксированной системы отсчета для сравнения.

Практикографический подход позволяет и требует при попытке понять мир рассматривать объекты и события всех типов. Ни один феномен не может быть оставлен без внимания на том основании, что он принадлежит другой дисциплине. Это не делает описание легче. И так как не все можно уместить на одной или двух страницах, необходимо найти другие способы разграничивать мир. Конечно, есть много претендующих на эту роль традиций. В данной книге я опиралась главным образом на этнографические техники наблюдения и письма. Но события описывались во всех их социоматериальных хитросплетениях и в ряде традиций написания истории. Вовсе не случайно, что история не вписывается в иерархию наук, каждой из которых отводится свой уровень в онтологической пирамиде. История всегда пользовалась иным входом в реальность. Другим, весьма отличающимся, но тоже интересным ресурсом практикографии могут быть разделы «материалы и методы» в научных статьях. В теории эти разделы посвящены в большей степени практикам исследования. Они вопло-

также смешивание сущностей. Поэтому новый нормативный вопрос состоит в том, какие из этих воздействий являются хорошими. И в том, когда, где, в каком контексте и для кого они таковыми являются. Из этого следует, что хорошее знание приобретает свою ценность не потому, что *соответствует (living up to)* реальности. Вместо этого мы должны искать подходящие способы *существования (living with)* с реальным.

Рефлексивное безрассудство по поводу оснований нашего (чьего?) знания больше не требуется. Нам стоит потратить энергию на то, чтобы постараться понять, что же мы делаем, когда создаем научное знание. Что мы делаем, когда выходим в поле, наблюдаем, де-

лаем заметки, считаем, пересчитываем, разрезаем, склеиваем, окрашиваем, измеряем, разделяем, категоризируем и так далее. Что мы делаем, когда приручаем материал, когда публикуемся, выступаем с докладами, инсценируем истории для разных аудиторий. Постановка подобных вопросов означает, что мы должны уйти из библиотечного отдела, посвященного методам, и направиться к стеллажам, рассказывающим о политике научной работы. Я не буду ссылаться здесь на такую литературу в целом, а ограничусь тем, что стоит на отдельной полке. Это полка с книгами об эффектах разных стилей письма. (На этой полке много книг! Но посмотрите, например: Bazerman 1988; Trinh Minh-ha 1989; Clifford and Mar-

вдают собой признание решающего значения практик, заставляющих объект говорить, для того, что может быть об этом объекте сказано. Это признание существует не только в письменной форме, но и по-разному отражается в ежедневной саморефлексии медицинских работников — еще одном ресурсе прaksiографии. В больнице Z за смертью пациента всегда следовало обсуждение этого случая на встрече сотрудников. От ответственного врача требовалось описать последовательность событий, которая привела к смерти пациента. В этой истории ни одному уровню реальности не отдавали предпочтение перед другими. Патологические клетки соседствовали с патологическими жидкостями, непредвиденные аллергии — с их неудавшимся отслеживанием, проблемы сердца обсуждались вместе с наименованиями и дозами назначенных лекарств. Если какой-либо актер и был в центре всех этих историй, то им было не больное тело, а говоривший врач, поскольку главным вопросом неизменно был вопрос о том, могли ли врач и его коллеги сделать что-либо лучше.

Различие между знанием *в* медицине (о заболеваниях) и знанием *о* медицине (то есть о ее практике) размывается не только в прaksiографических исследованиях, таких как это, но и в исторических исследованиях, в разделах «материалы и методы», а также в самой больнице. Осуществляемые объекты и практики медицинской диагностики и вмешательства принадлежат друг другу. Они переплетены. Вместе они

cus 1986.) Каждая из трех этих книг по-своему показывает нам, что то, что мы делаем, когда пишем научные тексты, зависит не только от того, как собран материал. По меньшей мере так же важно и то, как он обрабатывается, описывается, мобилизуется. Как он пишется.

Создана ли природа для того, чтобы говорить, или важную роль играет раздел «материалы и методы»? Является ли отдельная «культура», представляемая существующей где-то во вне, независимой от этнографа, которому довелось ее исследовать? Или же из написанного [этнографом] становится ясно, что рассказываемые им истории зависят от сцен, частью которых он был, даже если выступал всего лишь наблюдателем? Разыгрывает-

ся ли *субъект* письма как наблюдающий аутсайдер, присутствующий в сценах, которые он превращает в «материал», или скорее как кто-то, вступающий в поле со своими увлечениями, страстями и теоретическим багажом, которые, заслуживают гораздо большего внимания, чем уделяется им в методологических попытках исключить их? (Для случая антропологической работы в целом эти вопросы обсуждаются, например, в: Okeley and Callaway 1992. Хорошим примером того, что они могут значить для исследований науки и технологии, служит статья Ло: Law 2000.) И что изменится, если исследование преподносится как детективная история не только при помощи таких метафор как «открытие» и «поиск

отличаются от других констелляций объект/практика. Тогда соответствующая релевантная ось различия в науках проходит уже не между социальными и естественными науками или, точнее, не между *классами объектов* и отсылающих к ним наук. Вместо этого ось различия, требующая дальнейшей разработки, проходит между *версиями объектов* и (связанными с наукой) практиками, в которых они осуществляются. Если такое заболевание, как атеросклероз, больше, чем одно, то релевантным становится вопрос о том, какое именно «одно» реализовано. Какая из разных его версий осуществляется в каждом конкретном месте и каждой отдельной ситуации? Может быть, это рентгеновский снимок и атеросклероз, закрывающий просвет артерии, или же это история пациента и атеросклероз, вызывающий боль при ходьбе? Может быть, это хирурги, оперирующие закупоренные сосуды, или пациенты, занимающиеся терапевтической ходьбой по рекомендации своего физиотерапевта? Ключевой вопрос в мире, где принимается множественная онтология, таков: что делается и какова в этом деятельности реальность, осуществляемая на практике?

### Сомнение

Когда я показывала черновики своих статей или наброски глав этой книги своим информантам, им было приятно узнавать себя и друг друга в этих историях. Иногда они предлагали небольшие правки в тех

улик», но и более продуманно, путем выведения этого повествовательного сюжета на первый план и игры с ним (как это сделал Латур в: Latour 1996)?

Тексты активны. И они делают очень многое. Вероятно, невозможно ясно и артикулированно, а также во всех подробностях обсудить все эти действия в одном тексте, каким бы он ни был, тем более если это не его главная тема. Поэтому здесь я обсуждала только одну стилистическую характеристику: все научные тексты тем или иным образом ссылаются на литературу. Вопрос, который я задавала себе и вам на протяжении этой книги, состоит в том, как это делать. *Как ссылаться на литературу?* Вставляя заглавие. Приводя цитату. Воспроизводя историю. Разме-

щая чей-либо текст среди других текстов.

### Рациональность

Когда говорят, что исследованию требуется *метод*, чтобы привести к обоснованному знанию, то аналогичная рекомендация для практики гласит, что она должна стать более *рациональной*. В последние десятилетия по-разному провозглашалось и распространялось следующее требование: медицинская практика слишком беспорядочна и нуждается в очищении. Иррациональное должно быть удалено из нее. Существует обширная литература о том, как это сделать. Ее стремление к рационализации связано с надеждой на то, что научный порядок сможет управлять

местах, где я не очень хорошо поняла какие-то технические аспекты. Иногда кивали: да, так все и есть. Но еще они говорили, что чувствовали отчуждение. Каким-то образом я сделала так, что знакомое стало звучать для них незнакомо. Так странно. И тем не менее можно сказать, что больница Z была не только местом, где я собирала свой материал, но и местом, где я многое узнала о представленных в этой книге теоретических идеях. Например, самый лаконичный способ выражения идеи, что осуществляемые объекты зависят от практических аспектов, был предложен ординатором, который был моим информантом в патологоанатомическом отделении. Это он, а не я дополнил свою фразу «вот он, ваш атеросклероз» важным уточнением: «*Под микроскопом*».

В больнице Z регулярно делается акцент на практических аспектах осуществления конкретных версий атеросклероза. Например, на проходящих здесь исследовательских семинарах много внимания уделяется техническим аспектам из разделов «*материалы и методы*» научных статей. «Но у скольких пациентов вы это обнаружили?», или «почему вы измеряли давление только во время отдыха, а не после упражнений?», или «напомните, что вы использовали в качестве антагониста кальция?». Для участников подобных встреч является трюизмом, что результат исследовательского проекта зависит от таких деталей. Они формируют конкретные факты. Пока есть причина для со-

практикой. Есть и литература другого типа, в которой утверждается, что не следует добиваться рациональности. Тщательное упорядочивание практики невозможно, поскольку она имеет свои особенности, отличающие ее от науки. Литература третьего типа исследует, что именно изменяется, когда стратегии рационализации активно применяются на практике. «Наука» в ней понимается как набор практик, а также как «практика», а предметом интереса выступает то, что происходит при интерференции разных стилей работы.

Данное исследование переплетено третьим типом литературы или может быть прочитано как его часть. Оно позволяет подорвать допущения первых двух типов, каждый из которых

различает научный порядок, с одной стороны, и обыденную практику, с другой. Праксиографический способ заниматься этими проблемами состоит не в том, чтобы распространять стратегии рационализации в общем виде, и не в том, чтобы в столь же общем виде предостерегать от них. Вместо этого он исследует, что они привносят с собой. Что они делают. Праксиографический путь поднимает вопрос о том, как стратегии рационализации изменяют то, на что они воздействуют. Есть много способов работы с этим вопросом. Здесь я приведу лишь несколько примеров этого третьего подхода. Они взяты из разных мест, каждый со своим набором проблем, но все обращаются к вопросу улучшения здравоохранения.

мнения, технические аспекты исследования удерживаются во внимании. Пока есть необходимость выбора среди разных путей, в поле зрения удерживается вся траектория в целом. Только когда результаты принимаются как факты, методы, с помощью которых они были достигнуты, по крайней мере на какое-то время, представляются в сокращенной форме, им позволяют отступить, их забывают. Два сцепленных движения: затвердевание факта и заключение в скобки средств его производства.

Нечто подобное происходит и в процессе постановки диагноза. Если врач сомневается в диагнозе, поставленном его коллегой, он спрашивает о технических аспектах: «но как именно вы спросили пациента о том, когда появилась эта боль?», или «эти показатели давления необычны: вы уверены, что артерии не кальцинированы?», или «кто, черт возьми, решил сделать ангиографию этому пациенту?». Однако как только лечение назначено и сделана соответствующая запись в документах, как только разговор об этом с пациентом состоялся, как только лечение распланировано, подобные сомнения, как правило, улетучиваются. Переходят к следующей задаче. Критическая точка бифуркации пройдена, прошлое запечатано, практические аспекты диагностики стираются — от них остаются только их результаты и план лечения. «Обстр. бедр. арт. лев.; шунт. под колено» или что-то вроде того. Однако если позднее дело вдруг принимает плохой оборот, то

Первая книга в моем маленьком списке — это «Здоровье и эффективность: социология экономики здравоохранения» (Ashmore, Mulkey and Pinch 1989). В ней много внимания уделяется тому, как экономике здравоохранения удастся представить себя в качестве преимущественно рациональной. Как она инсценирует свою способность улучшать процессы принятия решений в сфере здравоохранения? Как она представляет себя способной увеличить (рыночное) качество здравоохранения и сократить его (финансовые) издержки — и все это одновременно? Авторы утверждают, что притязания экономистов на экспертизу подкрепляются лавированием между двумя версиями: сильной (которая дает большие

обещания и предполагает, что если бы их экономической рациональности подчинялись, все было бы лучше) и слабой (к которой можно прибегнуть в случае сопротивления: мы знаем, что нужно учесть и другие факторы). Авторы также анализируют содержание экономической экспертизы. Они рассматривают особенности оценки стоимости возможностей, формирование бюджета медицинских учреждений и оценку клинических вмешательств путем анализа их (положительного или отрицательного) влияния на качество жизни людей.

При этом авторы рефлексивно подходят и к своим собственным притязаниям на право считаться экспертом. Что это значит — представлять свои истории как *знание об* экономике здра-

почти всегда есть возможность вернуться назад во времени. Достать фотографии и еще раз на них посмотреть. Поискать в карте больного едва заметные зацепки, упущенные ранее. Лечащий врач, отслеживающий историю болезни после того, как кто-то умер, скорее всего, будет рассматривать прошлое именно так. Был ли момент, когда мы были в чем-то уверены, но нам стоило посомневаться в этом подольше?

К практическим аспектам также обращаются, когда сомневаются в лечении. Это позволяет создать пространство для других возможностей. Терапевт, критически настроенный по отношению к операциям на артериях ног, сказал мне в интервью: «Они [хирурги] смотрят на ангиографические снимки и думают, что могут увидеть атеросклероз. Вот он: засорившаяся труба, которую им нужно прочистить». А потом он добавил: «Но, всматриваясь в ангиографические снимки, никто бы никогда не изобрел терапию ходьбой». Образ трубы, которую нужно прочистить, превращает атеросклероз во что-то, вряд ли исправимое при помощи терапии ходьбой. В конце концов, прогулка не откупорит трубу, которая выглядит такой стенозированной на ангиографическом снимке. Пытаясь вызвать сомнение в необходимости хирургического вмешательства, этот терапевт старается подорвать эффект реальности, производимый ангиографическими снимками. Не думайте, что то, что вы на них видите, и есть *атеросклероз*, но держите в уме особенности этой техники производства изображений.

воохранения? Стремясь установить симметрию между экономической экспертизой и своей собственной социологической экспертизой, Эшмор, Малкей и Пинч написали книгу, полную иронии. (Здесь я должна сделать ремарку. Хотя «письмо» и стало темой теоретических дискуссий, до сих пор написано не так уж много книг, в которых бы действительно что-то *делалось* для обогащения, усложнения и изменения практик академического письма. Методы письма все еще не воспринимаются так же серьезно, как методы сбора и анализа материала. «Здоровье и эффективность» — одно из немногих исключений. Книга полна диалогов, неожиданных переходов между сценами, альтернативных способов подачи

материала, рефлексивных замечаний и шуток. Как к этому относиться? С изумлением или просто с восхищением?) Вот так вот. Из-под претензий на экспертизу выбита почва.

Дело не в том, что отныне экономика здравоохранения должна искать основания получше: «Нас беспокоит вовсе не эпистемологический статус прикладной экономики в каком-либо абстрактном смысле, а специфические моральные и политические следствия лежащих в ее основе допущений» (Ashmore, Mulkey and Pinch 1989, 187). Если авторы и видят в экономике здравоохранения проблемы, то недостаток рациональности к ним точно не относится. Дело в том, что во многих случаях осуществляются воздействия, ко-



В этой книге я доказывала, что разные практические аспекты исследования, диагностики и/или лечения обращаются к немного разным «атеросклерозам». Эта идея не чужда больнице: быть может, там я ее и усвоила. Но существует и различие. В больнице Z есть другой репертуар: заключение практических аспектов в скобки. Это репертуар, при котором об атеросклерозе говорят *tout court* без упоминания микроскопов, техник ведения беседы, ангиографий и любых других методов осуществления заболевания. Атеросклероз сам по себе. В такие моменты то, о чем можно было бы думать как об общем виртуальном объекте, проецируется внутрь тела — объект, скрытый под кожей. Объект, к которому можно подступиться разными способами, который многообразно проявляет себя, но который в конечном счете один. Вот он, и внезапно он уже не кажется частью практики, но становится референтом в существовавшей и ранее реальности: всецело реальный. В такие моменты сомнения подавляются, и создается очевидность: «Мы все, конечно же, боремся с одним и тем же заболеванием? У нас одна цель, не так ли? Очевидно, что все мы хотим улучшить здоровье и жизни наших пациентов». В такие моменты можно возразить (например, мне в ответ на этот текст): «Но послушайте, люди умирают, люди страдают. Там есть *реальное* заболевание». Как будто бы несомненность факта смерти и страданий с необходимостью ведет к единичности реального.

торые можно было бы осуществить по-другому. В таком случае результаты были бы другими. Есть проблемы, связанные с *содержанием*. Вот пример. QALY — это добавленный *год жизни с налаженным здоровьем с поправкой на качество* (*quality-adjusted life year*). Этот показатель добавляется к существовавшим ранее эпидемиологическим критериям, оценивавшим лишь выживание как таковое. Суть добавления в том, что теперь принимается во внимание *качество* лет, прибавляемых к жизни пациента врачебным вмешательством. Но как? QALY, очевидно, делает это особым образом. Так, что позволяет производить подсчеты и вписывается в формат количественных исследований. Он предполагает, что

«сводные данные по предпочтениям корректно отображают индивидуальные оценки, на которых они основываются» (Ashmore, Mulkey and Pinch 1989, 192). Эшмор, Малкей и Пинч подчеркивают, что социологические исследования высокой оценки людьми их жизни тоже могут проводиться по-разному.

Впрочем, эти авторы не разрабатывают альтернативную экономику здравоохранения. Они производят сомнение, поскольку первостепенной проблемой для них является то высокомерие, с которым экономический анализ преподносится как не подлежащий никакому сомнению. Предикат научности используется, чтобы блокировать дискуссию. Экономисты ставят себя *выше*

Таким образом, в больнице есть, по крайней мере, два репертуара. Удерживать практические аспекты осуществления заболевания в поле зрения, чтобы в случае чего подвергнуть происходящее сомнению, и заключать практические аспекты в скобки, одновременно работая и сохраняя уверенность в своих действиях. Освободить место другим осуществлениям реальности, другим версиям заболевания для их диагностирования и лечения, или перекрыть альтернативы, чтобы двигаться вперед по заданному пути. Сомнение и уверенность: в больнице они чередуются. Мои информанты знают, как переключаться между ними; я же воздерживаюсь от этого. Поэтому упомянутая странность этой книги связана не с ее новизной, а с той настойчивостью, с которой она никогда не останавливается на бесспорном единичном смертном теле, но продолжает указывать на практические аспекты жизни. Быть столь упрямой все равно что оставаться в сомнении. Такой анализ открывает и удерживает открытой возможность того, что что-то могло бы быть сделано иначе. Смотрите, это *делается* по-другому, там, чуть дальше. Если что-то здесь самоочевидно, то в другом месте и другой ситуации оно таковым не будет. Если атеросклероз здесь (под микроскопом) — это толстая стенка сосуда, то там (в приемной врача) — боль во время прогулки, а еще чуть дальше (в компьютерах отделения эпидемиологии) — важная причина смертности населения в Нидерландах. Реальность разнообразна.

практики, которую стремятся улучшить. Здесь напрашивается обширная цитата: Эшмор, Малкей и Пинч сформулировали свою мысль так, что ее просто необходимо процитировать. (Ссылаясь на литературу, сталкиваются с этой стилистической особенностью: некоторые тексты *цитируемы*, в то время как другие, пусть даже хорошо написанные, — нет.) «Попытки реформировать и менять [сферу здравоохранения] должны продолжаться и будут продолжены. Специалисты всевозможных прикладных социальных наук продолжают играть решающую роль в этих попытках. При этом они будут, подобно специалистам по экономике здравоохранения, сталкиваться с фундаментальной проблемой: те самые практики, кото-

рые они пытаются изменить, будут, как правило, препятствовать этим усилиям. Мы хотим подчеркнуть здесь, что работа с этой „проблемой“, если понимать ее так, как мы предлагаем в этой книге, является первым необходимым шагом на пути к лучшей форме практики (если нам будет позволена столь дерзкая оценка). Форме, предполагающей готовность работать с актерами в данной прикладной области, а не бороться с ними, — форме сотрудничества, а не господства, скромной, а не страдающей манией величия, желающей чему-то научиться, а не пытающейся поучать» (Ashmore, Mulkay and Pinch 1989, 195).

Между этой книгой и моей работой есть сильная связь. В моей книге пред-

Подчеркивая онтологическую множественность, эта книга выявляет постоянную возможность альтернативных конфигураций. Сомнение, способное привести к ним, практикуется не всегда, но все-таки *может практиковаться*. Медицинская практика никогда не бывает настолько бесспорной, чтобы она не могла быть другой; реальность никогда не бывает настолько монолитной, чтобы быть единичной. Всегда есть альтернативы. Нет никакого тела-самого-по-себе, которое бы вывело нас за пределы сомнения. Но это значит, что никакая версия атеросклероза не должна воплощаться на практике с необходимостью, «поскольку само тело не оставляет нам никаких альтернатив». Осуществляемые тела делаются, а это значит, что они не могут дать ответ на вопрос о том, *что делать*. Как бы неприятно это ни было, но с вопросом о том, что делать, должны разбираться *мы*. Не в обстоятельствах, в которых все возможно, но тем не менее. Реальность была стандартом, согласно которому мы жили, но в условиях быстрого распространения технонауки настоящим стал вопрос: «С какой реальностью нам следует жить?» Это значит, что реальность меняется. Она больше не может играть ту роль, которую философия отвела ей несколько веков назад, — роль того, с чем вступают в контакт. Роль того, что нужно схватить. Удержать. В чем нужно удостовериться. Решающий философский вопрос относительно реальности звучал так: «*Как нам удостовериться?*» Теперь же после поворота к практике, мы

ставлено совсем другое исследование, но оно приходит к тому же заключению (или же оно было одной из его движущих сил, убеждением, которое на протяжении всего исследования питало его?). Если в практике существует так много *рациональностей*, — рациональностей во множественном числе, смешивающихся и интерферирующих друг с другом, — то зачем представлять себя аутсайдером, способным изменить все с помощью одного-единственного модуса упорядочивания? Зачем делать это как рационалист, как радикал, как революционер или как реакционер? Упорство подобных устремлений удивляет еще больше при взгляде на то, что происходит на практике с рационалистическими схемами,

когда они внедряются в конкретное место или ситуацию. Не бывает так, что все суммируется под новейшим заголовком. Вместо этого к уже имеющимся модусам упорядочивания добавляется еще один. Об этом можно прочесть в следующей книге из моего списка: «Рационализируя медицину: техники поддержки принятия решения и медицинские практики» (Berg 1997). Это книга рассказывает несколько историй. Первая из них о том, что стратегии рационализации могут претендовать на *улучшение* медицинских практик, но стандарты, по которым оценивается хорошее, плохое и, следовательно, «улучшение», не предшествуют им. Они формируются в процессе развития и внедрения самих

сталкиваемся с другим вопросом: «Как жить с сомнением?» Это нелегко. Но мы как-то должны примириться с тем фактом, что живем в недоопределенном мире, где всегда есть место для сомнения. Каким-то образом мы должны понять, как при этом всем мы все равно можем действовать.

Это еще один вопрос — «как жить с сомнением?», или «как жить в недоопределенном мире?», — который в этой книге остается открытым. Впрочем, часть ответа на него заключается в переключении между репертуарами при рассмотрении действия. Если вопрос «что делать?» больше не зависит от вопроса «что реально?», то с чем еще он может быть связан? Я полагаю, если мы больше не можем достичь достоверности, спрашивая, соответствует ли данное знание своему объекту, то тем более ценным становится вопрос «хороша ли эта практика для вовлеченных в нее субъектов (человеческих или иных)?». Если верные [реальности] репрезентации уже не в силах служить нам опорой, мы тем не менее можем стремиться к позитивным вмешательствам. Так, вместо истины на сцену выходит благо. Или скорее не благо, как если бы была всего одна его версия, а *блага*. Если мы принимаем, что онтология множественна, а реальность оставляет нас с сомнениями, то тем более настоятельным становится внимание к модусам и методам поиска, пренебрежения, прославления, борьбы и прочего проживания *блага* в том или ином его облики.

стратегий рационализации, с которыми неразрывно связаны. Вторая история рассказывает о том, что оппозиция между беспорядочной практикой и единой рациональностью, которая приходит ей на помощь, не выдерживает критики, поскольку между различными задействованными рациональностями есть серьезные нестыковки. В компьютерные инструменты диагностики заложена рациональность, отличающаяся от рациональности анализа клинических решений. У протоколов тоже другая рациональность, как и у экспертных систем.

Третья история этой книги о том, что внедряемое в практику устройство упорядочивания не *устраняет* беспорядок, а видоизменяет его. Смещает

его. Например, экспертная система может решать некоторые проблемы, но создает другие. Она может предлагать полезные взаимодействия между вводимыми в нее данными и диагнозом, но она же и обязывает работающих с ней людей загружать в нее данные, а затем адаптировать их в случае, если они ей не подходят. Что если система, например, хочет локализовать боль в задней или передней части органа, в то время как пациент говорит, что боль блуждает из одного места в другое? Врачи, работающие с системами, которые требуют дискретной информации, вынуждены постоянно «договариваться» с ними о своих текущих результатах. С этим связана, наконец, четвертая история, рассказывающая о

*Политика-кто*

Признание связи медицины с *благом* привело к призыву к тому, что иногда называют «автономией пациентов». Решать, что для них хорошо, должны «сами люди», «пациенты», а не медики. Следует признать важность их норм. Принимать решения должны они, а роль медиков заключается только в том, чтобы обрисовать пациентам имеющиеся у них альтернативы. Но выбирают пациенты. Огромная индустрия (литература, конференции, комиссии) выросла из проблемы определения того, как выполнять это требование. Что, если медицинский идеал помощи людям противоречит идеалу, наделяющему их автономией? Бывают ли случаи, когда врач должен вмешаться и принять решение за пациента? Что делать с пациентами, которые не способны четко выразить свою волю? Оставив все сложности таких проблем в стороне, я хочу отметить, что растущий интерес к медицинской нормативности прежде всего фокусируется на вопросах о *кто*. Это вопросы о том, *кто* решает или должен решать, что считать благом.

В целом есть два варианта, при которых «пациенты» могут принимать предположительно ключевые нормативные решения, два способа реализации права на выбор. Первый способ рыночный. В этом случае медицинские вмешательства выставляются, как на прилавке. Профессиналы превращаются в продавцов, предлагающих продукт, а также информацию, которая позволяет пациентам-покупателям выбирать

том, что хотя инструменты поддержки принятия решений предположительно должны упрощать практики, в действительности они этого не делают. Они внедряют и тем самым *добавляют* еще одну логику к уже имеющимся. Они, скорее, еще больше усложняют практику. Это не аргумент против инструментов поддержки принятия решений. Молоток тоже может усложнять строительные практики и быть в то же время желанным дополнительным инструментом. Однако следует поставить следующий вопрос: что это может означать для проектирования инструментов? Как создать, спросим мы вслед за Бергом, инструменты, которые улучшают практику, не навязывая иллюзию устранения ее сложности? Это еще

один вопрос, резонирующий с историями, которые я здесь рассказываю. Усовершенствование и рационализация — это не совсем одно и то же.

Третья книга в моем списке — это социально-историческое исследование *клинических испытаний*, предназначенных для оценки лекарств против вируса иммунодефицита человека в Соединенных Штатах. Она называется *«Нечистая наука: СПИД, активизм и политика знания»* (Epstein 1996). В ней подчеркивается тот факт, что клинические испытания зависят от сотрудничества многих людей — и не в последнюю очередь пациентов. В испытаниях лекарств против ВИЧ некоторые требования, встроенные в локальные определения хорошей универсальной на-

между предложенными товарами. Пациент, как предполагается, выносит оценочные суждения, даже если в какой-то степени все, предлагаемое рынком, по определению является товаром, или [экономическим] благом. На рынке абсолютно бесполезные товары должны исчезать; на них нет спроса. И все же рынок здравоохранения в значительной степени контролируется. Медицинские работники должны лицензироваться и проверять качество своих продуктов и продуктов коллег. Хотя на обычных рынках центральное значение имеют деньги, вся соль метафоры рынка в контексте медицины состоит в том, что отдельный пациент, будучи покупателем медицинских услуг, является актором индивидуализированного выбора «за или против» определенных «защитных действий» или отдельных «вмешательств». Идеальный пациент-покупатель способен найти блага, подходящие его или ее специфическим потребностям и ситуации.

Второй способ организации выбора — гражданский по своему характеру. В данном случае медицинские вмешательства уже не товары на рынке, а политические меры. Эти меры — вмешательства в режимы жизни, превращающие медиков скорее в хозяев положения, нежели торговцев. Гражданская метафора превращает пациента в гражданина, который заслуживает контроля над вмешательствами в его или ее тело и жизнь. Варианты решений должны быть указаны, а пациент должен иметь возможность как гражданин выступать за тот или иной курс или

уки, оказались несовместимы с тем, как большинство пациентов понимали свои интересы. В Соединенных Штатах пациенты могут быть напрямую заинтересованы в участии в испытаниях, потому что это дает им доступ к бесплатному лечению. Более того, участие в испытаниях часто было *единственной* возможностью получить противовирусное лечение. Но пациентов обязывали воздерживаться от употребления всех лекарств, кроме тех, что тестировались в ходе исследования. Для больных СПИДом с оппортунистическими инфекциями это неприемлемое требование. Эпштейн описывает, как эту и схожие с ней проблемы подняли активисты из ACT UP, движения юристов, отстаивающих права пациентов.

Сначала они открыто выразили протест против того, как проектировались испытания. А затем их пригласили присутствовать на заседаниях комитетов, разрабатывавших эти испытания.

Порядок организации испытаний изменили. Было выявлено множество спорных моментов. В том числе и вопрос о *кто*: первоначально круг участников ограничивался (преимущественно белыми) мужчинами, заразившимися через анальный секс. Только после протестов ACT UP в исследования впервые включили женщин и наркозависимых (чаще цветных). Изменены были и правила, регулирующие прием других лекарств. Это стало возможным благодаря незначительной коррекции статистики. Был еще один

действие. Но гражданская метафора не обязательно утверждает индивидуальный выбор. Вмешательство в жизнь одного в конечном счете влияет и на других. Это влечет за собой требование, чтобы решения индивидов не причиняли вреда другим. Но где начинается вред? Если кто-то решает завести детей с помощью искусственного оплодотворения, это изменяет значение бездетности для других; если потенциальный родитель решается на аборт, поскольку у плода обнаружен синдром Дауна, это затрагивает то, что значит для других воспитывать ребенка с синдромом Дауна. В ходе дальнейшего развития гражданской метафоры было учтено влияние применения политических мер к ситуации одного пациента на ситуации других. Вмешательства понимаются как способ организации не только индивидуальной жизни, но жизни всего *полиса, политического тела*. Они касаются всех нас как пациентов-граждан. Следовательно, в гражданской версии *политики-кто* (*politics of who*) «пациенты» должны представлять себя всякий раз, когда принимаются решения (по поводу организации здравоохранения, распределения средств, исследований и так далее).

Рыночный и гражданский подходы объединяет внимание к вопросу о том, *кто* решает. В обоих подходах заложено подозрение к медикам, которые патерналистски решают, что будет благом для остальных. Специалисты по этике совместно с социальными учеными, исследующими здравоохранение, внесли большой вклад в формулировку этого

интригующий вопрос: что считать критерием при оценке успешности лечения? Первоначально эпидемиологи считали количество смертей в группе людей, подвергнувшихся лечению, и в контрольной группе. Но, когда срок выживания стал чуть более долгим, такой способ оценки сочли слишком медленным. Был выбран промежуточный критерий, количество Т-лимфоцитов, но впоследствии и он был отвергнут. Найти подходящий критерий оказалось сложно. В контексте настоящей книги интересно, что в данном конкретном случае всем заинтересованным сторонам стало понятно, что вопрос о *подходящем* критерии является комплексным. Проблемы статистики, работа иммунной системы, надежды и ожидания па-

циентов, финансирование здравоохранения, исследовательские методы фармакологической индустрии, государственное регулирование — все здесь было переплетено. Разным элементам может уделяться большее или меньшее внимание в зависимости от особенностей ситуации. В данном случае решающее значение имело движение пациентов и их юристов, желающих и способных вникать в детали задействованной здесь науки.

О подобных взаимодействиях предстоит узнать еще многое. Например, они требуют, чтобы вовлеченные в них специалисты позволяли к себе обращаться и чтобы они прислушивались к тому, что хотят сказать другие, и включали это как аргумент в свои расчеты.

подозрения и указали на важность вопроса о том, кто принимает решение в медицине. Они внесли вклад в политику-кто. Но у такой политики-кто есть ряд проблем. Во-первых, несмотря на то, что покупатель и гражданин могут быть защищены от таких явлений как монополии поставщиков или власть государства, предполагается, что их воля и желания установлены, предопределены и прозрачны. Аналитик занимает позицию адвоката пациентов, стремящегося создать пространство, где могли бы прозвучать их заглушенные голоса. Но позиция адвоката не единственная возможность. Что если аналитик займет позицию самого пациента или пациентки? Весьма вероятно, что тогда важными станут другие вещи. Например, вопрос «как нам добиться права решать?» может смениться другим, по меньшей мере столь же настоящим вопросом «что следует сделать?». Что было бы хорошо сделать? Что могло бы *быть* благом здесь и сейчас, в том или в другом случае? Проблема, таким образом, заключается в том, что, стремясь дать слово «пациенту», политика-кто хранит молчание по поводу того, что человек, если он пациент, мог бы на самом деле сказать в решающий момент.

Во-вторых, политика-кто изолирует моменты совершения выбора. Она отделяет моменты принятия решений от ряда длительных, многоуровневых и тесно переплетенных историй, производящих эти моменты, как если бы нормативные вопросы можно было изолировать, и

Также они требуют, чтобы те самые «другие» были способны мобилизовать аргументы в ходе таких «обращений» к специалистам. Эпштейн подчеркивает, что в движении *ACT UP* участвовали высоко образованные люди из разных сфер. Им не потребовалось много времени на то, чтобы разобраться в клинической эпидемиологии. Это не история о том, как собранным в комитеты экспертам противостояли отдельные обыватели, знание которых ограничивалось их собственными случаями. Активисты *ACT UP* формулировали свою позицию с помощью многих вовлеченных людей. Они использовали и свое собственное экспертное знание, например, о повседневной жизни пациентов. Благодаря этому они

помогли выстроить связи между повседневной жизнью пациентов и требованиями клинических эпидемиологических исследований.

Таким образом, хотя история Эпштейна отправлялась от социологического интереса к тому, как неспециалисты начали высказываться на *территории науки*, линии различия, как правило, оказываются сложнее, чем деление обыватели/специалисты. Например, для эпидемиологов, участвовавших в исследованиях рака, позиция активистов *ACT UP* была менее чужда, чем для тех, кто занимался острыми инфекционными заболеваниями. Комитеты, проектировавшие испытания препаратов, приветствовали предлагавшееся активистами *ACT UP* экс-



они бы содержались в этих критических точках. Как если бы они и в самом деле были критическими точками. Возьмем для примера ситуацию в кабинете врача, где принимается решение о том, будет ли операция благом для пациента, обратившегося за помощью. Порядочный врач объяснит пациенту, что не так с его артериями, и изложит аргументы за и против операции. Но сосредоточиться на *этой* ситуации — значит упустить из виду многие другие. Например, можно забыть о том, что пациенту — по крайней мере, в Нидерландах — не нужно думать о стоимости разных способов диагностики и лечения. Или: что в качестве варианта лечения никогда не предлагали организованную терапию ходьбой, и что до сих пор, несмотря на большие инвестиции, нет достаточно хорошего препарата (возможно, заявка на грант, который позволил бы разработать такой препарат, была отклонена — что насчет *этого* решения?). Или: что какой-то другой скрытый фактор способствовал развитию атеросклеротического процесса вплоть до появления боли при ходьбе — почему же тогда в этот процесс никогда не вмешивались? Или: как получилось, что пациент не отнесся к своей боли как к простому проявлению старения (как могли бы отнестись другие)? Каждый отдельный момент всегда скрывает бесконечный ряд случайных обстоятельств, которые, если мы к ним присмотримся, скорее всего, не являются простыми случайностями. Это значит, что большинство элементов, которые важны для создания или демонтажа

пертное знание о том, что беспокоит пациентов в их повседневной жизни. Они понимали, что иначе рискуют остаться с исследованиями, в которых никто не захочет участвовать. А члены АСТ УР оказались в итоге настолько вовлечены в клиническую эпидемиологию, что сами, в свою очередь, столкнулись с сопротивлением аутсайдеров своего движения, выступавших за повышение значимости повседневной жизни. Так что вопрос о том, *кто участвует*, очень важен в социально-историческом исследовании Эпштейна. Он постоянно задается вопросом о том, кто говорит, а кто нет. Но, кроме того, Эпштейн наглядно показывает, что, будучи услышанными, все вовлеченные — и специалисты, и обыватели — в пер-

вую очередь занимались другим вопросом: *что*. Что важно и что нужно делать? Актеры, завоевавшие право говорить, больше не беспокоятся о том, чтобы быть услышанными, теперь они думают о том, *что* говорить. Возможно, дело во времени: один вопрос не находится в напряженном отношении с другим, а следует после него. Если это так, то я хотела бы мобилизовать книгу Эпштейна в поддержку следующего тезиса: в здравоохранении пришло время собрать и разработать теоретические репертуары, необходимые для политики-*что*.

#### *Локальность*

Откуда тексты появляются и куда они отправляются? Какое место или места

*близ жизни*, вовлеченных в принятие решения, ускользают из самого момента принятия этого решения.

В-третьих, политика-кто устроена так, что, отвоевывая все больше и больше возможностей для выбора пациентов-покупателей или пациентов-граждан, она ограничивает власть профессиональных медиков. Но у той же самой политики-кто возникают трудности в понимании профессиональной практики. В конечном счете она закрепляет за врачами факты. Она требует от них предоставления информации, как если бы существовала нейтральная совокупность данных, которую можно было бы предъявить. Но ее не существует. Мои информанты в больнице Z подчеркнули бы, что, как бы они ни пытались предоставить «нейтральную информацию», они всегда сталкивались с тем, что на оценку фактов сильно влияет способ их представления. Но и это еще не все. Какие факты следует представлять? Какие факты имеют отношение к реальности атеросклероза: патологоанатомические или клинические, эпидемиологические или гематологические, дуплексные графики или ангиографические снимки? Вопрос не просто в том, из какой страницы учебника сделать хорошо иллюстрированную и понятную брошюру. Это еще и практическая проблема. Какой аппарат использовать и какими деньгами за него платить? Какой ущерб нанести и чем рисковать? Информация, представляющая определенную версию реальности, не следует за практикой, но и не предшествует ей. Они переплетены.

они несут с собой или внутри себя? Если взять данную книгу, то ответы на этот вопрос могут быть разными. Первый ответ предполагает, что мобилизованный здесь материал можно локализовать как проистекающий из того, что до сих пор, несмотря на интенсивные дискуссии, называется в *антропологии* культурой. Например, манеру поведения описанных здесь медиков и пациентов, спокойно ведущих разговоры, можно было бы назвать *голландской*. Как и преимущественно клиническую ориентацию «моих» сосудистых хирургов, имеющую большое значение для того, что я говорю о характере медицины. Второй ответ — *социологическое* определение источника исследованного мной материала — будет

уже другим: многие социологи сказали бы, что описываемый мной объект относится к миру микросоциального. Он локален в том смысле, что происходит из какого-то малого места. Здесь не рисуется большая картина. Социальная организация здравоохранения, долгосрочные разработки в биомедицинских науках, распределение власти, поток капитала и так далее — все эти макрофеномены не вписываются в микросоциологическую рамку этой книги. Но есть еще и третий ответ. В *философской* традиции тексты располагаются опять же по-своему. Здесь они связываются, не с местами происхождения, а с их назначением. Подлинная философия, как предполагает господствующая традиция, имеет дело с *универ-*

Это книга не пытается показать, что *социальное* больше, чем мы считали, а *техническое* меньше. Напротив, она предполагает, что технические аспекты в самых своих сокровенных деталях технически недоопределены. Они зависят от социальных факторов: практических аспектов, обстоятельств, игр сил, традиций. Итак, нельзя оставлять технические аспекты профессионалам. Эти аспекты воздействуют на всех нас, поскольку они затрагивают *наши* способы жить. Но это не значит, что от этого они перестают быть техническими аспектами. Вот почему эта книга вовсе не пытается еще больше ограничить роль или власть медиков, открывая все новые зоны медицинской сферы, в которых ценности существует наряду с фактами, и где, следовательно, решения должны принимать обычные люди. Что если ценности содержатся в самих фактах? Тогда, возможно, лучше прекратить перемещать границу между сферами компетенции медиков и пациентов и вместо этого искать новые способы совместного управления этой территорией. Но это предполагает, что антропологам, философам и социологам медицины, как и пациентам (или: в качестве пациентов), нужно изучать профессиональную практику и общаться с медиками. В больнице вопрос о *кто* связывается с вопросами о *что* и даже отодвигается ими на задний план. Непрестанно возникающий и общий для всех вопрос таков: *что делать?* Это вопрос, с которым сталкиваемся *мы*, и это «мы» — я на этом настаиваю — должно быть понято как

сально действительными теориями. Они превосходят частности любого конкретного места и перемещаются повсюду без транспортных издержек. А так как эта книга не произвела никаких универсалий, в качестве философии она провальна. Если ее вообще стоит воспринимать всерьез, это *всего лишь* книга по социальной науке.

Итак, у нас есть три разных способа локализации. Давайте рассмотрим их чуть подробнее. Первый — это культура. С ним связан вопрос о так называемых культурных особенностях событий, происходящих в госпитале. Являются ли они выраженно местными, голландскими? Одна из рецензенток этой книги, родом из Северной Америки, настаивала именно на этом.

Учтите разделяющий нас океан: с ее точки зрения голландскость пронизывала каждую страницу, — и она подталкивала меня признать это. Что тут можно сказать? Во-первых, да, что-то такое есть. Однако же, во-вторых, это что-то заслуживает отдельного исследования. Чем могла бы быть эта *голландскость*? В местном книжном магазине я нашла одну книгу на эту тему. В ней собрано множество полевых антропологических исследований, проведенных в Нидерландах. Неслучайно это книга на голландском (van Ginkel 1997).

В ней начало антропологического исследования Нидерландов (имейте в виду: *Голландия* — только провинция этой страны!) связывается с американским текстом. Это текст, написанный

можно шире. Но какого типа ресурсы «нам» нужны, коль скоро мы должны ответить на этот вопрос? Разработка языков и формирование практик для работы с вопросом «что делать?» — часть *политики-что* (*politics of what*).

#### *Политика-что*

Для медиков всегда был важен вопрос «что делать?», за ним даже признавалось нормативное измерение. Однако соответствующие нормы натурализировались. Спасение жизней и улучшение здоровья были задачами — для этого была предназначена медицина. Считалось, что ценность жизни и здоровья дается вместе с физическим существованием и не подлежит обсуждению. Когда пациенты могут умереть от пневмонии, если их не лечат, и выжить, если им выписан антибиотик, кажется, нет необходимости ставить под вопрос нормативность такого лечения. И если инсулин отсрочивает неизбежную смерть больного диабетом на десятки лет, то то, что он является *благом*, принимается как очевидное. Когда ясно, что общее здоровье населения улучшается, если люди не курят, то на пачках сигарет печатают предупреждения, а врачи рекомендуют нам не курить. Медицина никогда не скрывала свой нормативный характер. Но ее саморефлексия не направлялась на ее главные цели: отсрочивать смерть и улучшать здоровье. Вместо этого главной заботой медиков стало отслеживание того, действительно

Рут Бенедикт в 1944 году, когда она работала в Управлении военной информации в Вашингтоне. Голландские антропологи десятилетиями активно работали в голландских колониях, исследуя деревни на Яве, ирригацию на Бали, ритуалы в Новой Гвинее и так далее. Целью данных исследований было сделать эти места более понятными для администраторов, торговцев и фермеров. Однако никакой необходимости сделать понятнее саму родину не было, поскольку Нидерланды не были ничьей колонией. Но во время Второй мировой войны в Нидерландах оказалось много американских солдат. Чтобы уменьшить конфликты между солдатами и голландским населением, каждой из этих групп нужно было

больше узнать друг о друге. Поэтому Бенедикт собрала имевшийся у нее письменный материал о стране и отправила студентов опрашивать голландских иммигрантов. Основываясь на полученных данных, она составила отчет о *голландском характере*, уделив особое внимание не столько нашей одержимости чистотой в доме (что на протяжении столетий отмечалось путешественниками), сколько самоуверенности голландцев. В частности, кальвинистское большинство, как писала Бенедикт, убеждено, что Право на его стороне. Цитата: «Можно с уверенностью сказать, что типичный голландец настолько уверен в себе, что не станет подчиняться распоряжениям. Он будет бороться за свои права.

ли осуществляемые вмешательства помогают достичь этих целей. Приблизительно с 1950-х годов все больше и больше *клинических исследований* посвящались оценке медицинских вмешательств — тому, какие из них приводят к улучшениям, а какие — нет. Клинические исследования стали для медиков преобладающим способом определения ценности вмешательств.

Однако клинических исследований, какими бы первоклассными инструментами они ни были, недостаточно, если мы хотим перейти к *политике-что*. Они были придуманы во времена, когда считалось, что цели медицинского вмешательства даны вместе с природными характеристиками тела. Выживание и здоровье. В какой-то момент эти цели оказались недостаточно конкретными. Первые сложности возникли в исследованиях рака. Пока целью считается «выживание», лечение может быть успешно, если получившие его живут, скажем, в среднем на шесть месяцев дольше, чем те, кто его не получили. Однако пациенты, а также врачи и медсестры, участвующие в повседневном уходе, не всегда были убеждены в том, что такое «выживание» означает улучшение. Шесть месяцев, проведенные в больнице и вне больницы — с разрушающимся телом, с болью, причиняемой и болезнью, и лечением — вполне могут вести к увеличению страдания, а не к его облегчению. Это вызвало дискуссию, в ходе которой «выживание» как цель потеряло свою самоочевидность. Возможно, в конечном счете оно и не

Он ненавидит предложения, которые начинаются со слов «ты должен...». Следующая, якобы имевшая место история, иллюстрирует голландский характер: почтмейстер в окошечке, где продают марки, спрашивает маленького мальчика: «Сколько ты мне должен?» (разговорная фраза). Маленький мальчик отвечает: «Я вам ничего не должен. Это вы должны дать мне марку за два цента» (Benedict 1997, 226).

Так что, может быть, нет ничего удивительного в том, что я сопротивляюсь требованию рецензента признать голландскость своего текста. Должна ли я писать о голландскости? О нет! Я не должна! (Моя голландская натура может найти аргументы и в

пользу этого. В конце концов, только от представителей экзотических народов требуют культурно локализовать себя. И можно было бы спросить, что за империалистическая сила [доброжелательная или нет] таится в таком интересе на этот раз?) Но здесь речь идет не только об этом. *Как* описать голландскость, как ее проиллюстрировать? Приписать характер «типичному голландцу» могло быть полезно для авторов памфлета, сбрасываемого с самолетов с целью рассказать местному населению об иностранных солдатах. Это могло даже привести к составлению поучительных брошюр для солдат, которым нужно было понять, что они отличаются от местных. (Главным тезисом было бы то, что благора-

было естественным благом. Возможно, жизнь, продленная лечением, стала бы благом, только если бы ее можно было прожить хорошо, если бы эти завоеванные месяцы действительно стоило прожить. Термин *качество жизни* был предложен, чтобы заполнить пустоту, оставленную разочарованием множества людей в выживании как единственной цели.

Таким образом, в текущей практике медицинские действия оцениваются посредством клинических испытаний не только по физическим параметрам, но и по влиянию лечения на качество жизни пациентов. Это был еще один шаг в сторону политики-что, но предстоит совершить и многие другие. Например, в традиции количественных исследований вопрос о том, что обеспечивает качество жизни, а что — нет, ставится квазинатуралистически. Или, скажем так, социологизирующе. Вопрос о том, что может предполагать *хорошая жизнь*, не признается по своей сути дискуссионным, а потому политическим. Исследования устроены так, что объективируют это благо. Опросы регистрируют индивидуальные мнения, им приписываются веса и они включаются в статистически изолированные расчеты. Таким образом, качество становится количеством, а ценности превращаются в факты, социальные факты. Все разногласия по поводу того, чем могла бы быть *хорошая жизнь*, подавляются. То, что для разных людей в их жизни важны разные вещи, что мы конфликтуем, когда дело доходит до

зумные голландские девушки едва ли захотят заняться с ними сексом.) Но в большинстве других контекстов это мало уместно. Большую часть второй половины XX века, антропологи уже не пытались определить национальные культурные характеры. Антропология перешла к изучению структур разделяемых смыслов, а затем — к новым способам артикуляции сходств и различий.

В книгу «Заметки о жителях Нидерландов» Роба ван Гинкеля включены разные исследования, проведенные в Нидерландах (van Ginkel 1997). Одни распутывают хитросплетения рыбацкой торговли, другие опираются на полевое исследование в ортодоксальных протестантских деревнях, третьи

следуют за героиновыми наркоманами в Утрехте или мальчиками, занимающимися проституцией в Амстердаме. Все они изучают особенности различных мест и ситуаций [в Нидерландах]. Однако если мы сопоставим их, то станет не проще, а сложнее ответить на вопросы о *голландскости*. Что может быть общего между собой у этих мест и ситуаций? Что у них общего с госпиталем Z? Некоторые представленные в книге работы содержат отчеты о практиках медицинского ухода. Наиболее интересные из них сделаны приезжими антропологами из Индии, которые в ужасе изучали, как живут пожилые люди в Нидерландах: если им требуется уход, их изолируют в специальных заведениях вдали от их се-

стремления к благу, превращается в задачу на вычисление. Каждому из нас даруется собственное мнение. Вот, заполните эту анкету, разумеется, ваше мнение будет учтено. Но не как политический акт, а как социальная данность. В статистических таблицах различия сглаживаются, вместо того чтобы предстать на арене разногласий.

Отстаивая здесь политику-что, я вовсе не предполагаю, что государство должно участвовать во всех деталях происходящего в больнице, умножая законы. Моя задача — обратить внимание на то, что каждая из этих деталей включает в себя «хорошую жизнь». Применительно к клиническим исследованиям можно было бы сказать, что «больше, чем естественными», являются не только вещи, сейчас считающиеся значимыми для *качества нашей жизни*, но и вообще все, затрагиваемое этими исследованиями. Сами цели медицинских вмешательств по своей сути дискуссионны. Возьмите, к примеру, вопрос о том, как сравнить шунтирование и терапию ходьбой для пациентов с атеросклерозом артерий ног. Какой показатель должен улучшиться в результате каждого из этих лечений? Если бы ангиограммы использовались для оценки обоих способов, то у терапии ходьбой не было бы ни единого шанса стать успешным вмешательством: она не меняет ширину просвета стенозированного сосуда. Если измерять разницу в давлении, то успешнее снова окажется хирургия. То же самое будет, если показателем успешности считать «дистанцию безболевого ходьбы через три

мей, — и они даже не хотят, чтобы их дочери заботились о них. Это уж точно очень по-голландски. Но опять же этот специфический порядок мало отличается от порядков в Германии, Швеции, Дании и ряде других европейских стран.

Границы государства Нидерланды не совпадают с границами культурного региона. Это не значит, что культурный регион просто больше — например, что это вся *Европа*. Между разными европейскими странами есть поразительные различия. Например, Мадлен Акрич и Бернике Пасвер сравнили практики родов во Франции и Нидерландах — странах, между которыми всего несколько часов езды на машине или на поезде и одновременно це-

лые миры (Akrich and Pasveer 2001). Если во Франции стремятся, насколько это возможно, устранить боль со сцены рождения, то голландские женщины учатся *погружаться* в свою боль, терпеть ее и использовать для того, чтобы настроиться — нет, не только на то, что с ними происходит, но и на то, что они сами активно делают. Если во Франции женщин подключают к аппарату, измеряющему их физические показатели, то в Нидерландах им рекомендуют двигаться, чтобы найти наиболее удобное для их тела положение. Во Франции отцу едва ли позволяют присутствовать при родах, в Нидерландах же от партнера или партнерши ожидают, что он или она будет помогать своей женщине правильно ды-

недели». Терапия ходьбой улучшает другие показатели, у нее другие сильные стороны. Она с большей вероятностью будет названа успешным вмешательством, если оценивать общие способности пациента к ходьбе после шести месяцев ее применения. Или если принимать во внимание обретение пациентом уверенности в себе.

Политика-что предполагает, что конечные цели клинических исследований по своему характеру политические. Но это еще не все. У вмешательств есть и другие последствия. Они делают больше того, чего стремятся достичь. В современной практике исследования посвящаются некоторым из этих так называемых побочных эффектов. Как правило, они берут для изучения один или два негативных эффекта, например, риск смерти из-за вмешательства (более вероятный при пунтировании, чем при терапии ходьбой, хотя и при ней, разумеется, всякое может случиться). Наряду с побочными эффектами оценке подвергается экономическая стоимость: низкие затраты считаются важным благом. Что же до большинства других аспектов *режима жизни*, возникающих вместе с осуществлением заболевания, то они могут так или иначе фигурировать в клинической дискуссии, но едва ли представлены в оценочных исследованиях. Чтобы дважды в день совершать долгие прогулки, нужна серьезная самодисциплина: является ли она благом? Забота усердной команды хирургов может приносить радость — но может и не приносить. А неожиданно узнать цвет тканей под своей кожей, — это богатый опыт или опыт крайне отчуждающий?

шать, чтобы контролировать схватки. Таким образом, здесь есть различия, контрасты. Это и есть, наконец, национальные культуры? Нет, Акрич и Пасвер не решаются резюмировать результаты своего исследования простой формулой «французское *versus* голландское». Что это за сущности? Где пролегает граница между ними? А как быть с теми историями французских женщин, которые больше перекликаются с тем, что происходило в Нидерландах, чем у них по соседству, — и наоборот?

Так что различия могут быть велики, пусть их и непросто *национализировать*. Впрочем, сходства между тем, что происходит по разные стороны государственных границ, зачастую на-

столько же впечатляющи. Но это вызывает новые вопросы, а не ведет нас к «культурным общностям». Возьмем, к примеру, «Политическую анатомию тела» Дэвида Армстронга (Armstrong 1983). Эта книга потрясла меня. Я читала ее, когда участвовала в совместном исследовательском проекте о голландском медицинском знании (второй половины) XX века. Весь *наш* материал был голландским: профессиональные медицинские журналы на голландском языке, в которых публиковались голландские авторы. При этом в книге Армстронга я находила почти дословно такие же пассажи, как в этих журналах. Он пытался уловить тонкие изменения в понимании медиками «пациента» и следствия, вытекающие из



Политика-что изучает различия, но не между врачами и пациентами, а между разными осуществлениями конкретного заболевания. В этой книге я попыталась доказать, что разные осуществления заболевания приводят к разным онтологиям. Каждое из них по-своему *делает* тело. Но еще они разными способами *делают* благо. В каждой версии *атеросклероза* болезненность заболевания немного разная. Также различны и идеалы, которые, замещая недостижимое «здоровье», направляют лечение. Эти и другие *блага*, которые стремится учредить медицина, требуют дальнейшего изучения. Представленное здесь исследование онтологии в медицинской практике заслуживает того, чтобы за ним последовало исследование сосуществующих и расходящихся осуществлений *блага*. К каким благам стремятся, с какими несчастьями борются? И какими способами разные блага учреждаются в качестве таковых — ведь есть большие различия между, скажем, убеждением при помощи разговора, научными исследованиями, этическими аргументами и экономическим давлением? Или вот еще одно измерение такого возможного исследования: как мы живем в нужде и болезненности и как мы практически обращаемся с ограниченностью блага?

Здесь нет ответов на эти вопросы. Изучение *множественного тела* лишь помогает наметить к ним подступы. Однако за предложением поставить эти вопросы скрывается сильное допущение (или мне следует сказать: убеждение), что нет такой вещи, как единый градиент

характеристик этой фигуры, для того, как следует слушать пациента. Мы тоже занимались этой темой. Для меня стало почти игрой сравнивать даты возникновения новых конфигураций. Процессы шли не совсем параллельно, но и не было такого, чтобы одна страна постоянно опережала другую. Иногда британцы вырывались вперед на год или два. Иногда голландцы (если хотите сравнить сами, см.: Mol and Van Lieshout 1989).

Но какой вывод можно сделать из этого удивительного сходства? Кажется, более перспективным будет взглянуть на *деньги*, а не ссылаться тем или иным образом на *культуру*. Благодаря тому, как финансировалось здравоохранение начиная с сороковых го-

дов, врачи общей практики были относительно сильны как в Британии, так и в Нидерландах. Чтобы упрочить свое положение, они стремились подчеркнуть те свои преимущества, которые выделяли их среди растущего числа медицинских специалистов. Эти преимущества, с их точки зрения, заключались в том, что они долгие годы наблюдали не отдельных пациентов, а целые семьи; в том, что они уделяли внимание не только больным телам, но и трудным жизненным обстоятельствам; и, наконец, в том, что они использовали техники беседы, позволявшие им быть чуткими к точкам зрения своих пациентов (техники, заимствованные ими у социальных работников, с которыми они сотрудничали при

блага, по поводу которого «мы» (кем бы мы ни были) могли бы достичь согласия (убежденные фактами или в ходе открытой и честной дискуссии). Как и онтология, благо неизбежно множественно: благ больше, чем одно. Вот почему для политики-что термин «политика» и в самом деле подходит. Долгое время и во множестве мест наука обещала (или обещает до сих пор) прекратить разногласия, устанавливая факты. В этике же широко принято обещание прекратить разногласия или, по крайней мере, достичь временного консенсуса при помощи аргументации. В попытке подорвать эти обещания может помочь объявление вопроса «что делать?» политическим. В термине «политика» слышны открытость и неопределенность. Он помогает подчеркнуть, что разногласия по поводу вопроса «что делать?» не могут быть прекращены ни фактами, ни аргументами, что он всегда связан с напряжениями или сомнением. В политической космологии ответ на вопрос «что делать?» не дан в самом порядке вещей, его следует учредить. Делание блага не зависит от установления фактов о благе — это и в самом деле лишь вопрос того, чтобы делать. Пробовать, возиться, бороться, терпеть неудачи и пробовать снова.

### *По ту сторону выбора*

Благо, укорененное в разных версиях любого заболевания, неизбежно оспаривается. Но это не значит, что политика-что может зависеть от

осуществлении первичного ухода и которые, в свою очередь, заимствовали их у американских социальных работников и гуманистических психологов).

А, закрепившись в медицинских школах, врачи общей практики начали обучать своим техникам собеседования всех будущих докторов. И именно это делает посещение врача в Нидерландах более похожим на посещение его британского коллеги, чем на визит к немецкому врачу, — пусть во многих других отношениях различия между голландской и немецкой «культурами» гораздо меньше.

Таким образом, вопросы о том, откуда происходит текст и как определить его локальное происхождение,

совсем не тривиальны. Эта проблема широко обсуждается в современной литературе по антропологии, отчасти потому, что описание места помогает, в свою очередь, определить, какой сделана «культура» (см., например, подборку текстов в: Fog Olwin and Hastrup 1997). Является ли особенностью содержания этой книги ее голландскость? Или же такой особенностью является высокий уровень образования населения в стране? Или же все дело в организации системы здравоохранения, в которой относительно велика роль врачей общей практики? Или в местах, где большинству пациентов покрывают все расходы на медицинское обслуживание? Или эту ис-

того, что традиционно считается иным по отношению к знанию и аргументации: от выбора. В конце концов, множественность — это не совсем плюрализм. Заболевания могут осуществляться в разных местах по-разному, но эти *места (sites)* вовсе не являются *противоположными сторонами (sides)*. Напротив, разные осуществления любого заболевания взаимозависимы. Они могут суммироваться, пациенты могут распределяться между ними, и они могут включать друг друга. В медицине бессчетное множество напряжений, но столкновения между полноценными парадигмами происходят редко. Даже у терапевта, ругающего хирургов за пренебрежение атеросклеротическим процессом в пользу закупоренных просветов, *не остается выбора*, когда к нему обращается пациент с ранами, уже не заживающими из-за недостатка кислорода. Он направляет пациента (приветствуя коллег) на операцию.

Взаимозависимость разных версий любого заболевания делает «выбор» неподходящим термином для выражения квинтэссенции политики-что. Другая причина этого — интерференция между осуществлением заболевания (заболеваний) и осуществлениями других реалий. В конце концов, заболевания не единственные феномены, осуществляемые в больнице. Есть множество других: половое различие, возраст и старение, свойство быть голландцем и свойство быть иностранцем, профессионализм, эмоциональная мудрость и нестабильность и т.д. Таким образом, когда два варианта заболевания выделяются как аль-

торию можно понять, только как специфичную для академической больницы в небольшом городке, который не располагается ни на католическом юге Нидерландов, ни на строго протестантском севере? Вариантов бесчисленное множество. Можно перебирать их до тех пор, пока не придется сказать, что анализируемый здесь материал происходит из больницы Z и только из больницы Z.

Давайте теперь обратимся к социологии. Так как полевая работа для этого исследования велась в больнице Z — и только в больнице Z, — многие социологи будут склонны назвать его *микроисследованием*. Исследованием чего-то маленького. Но так ли это?

В своей «Географии постмодерна» Эдвард Сойя пишет о Лос-Анджелесе (Soja 1989). Совершенно другое место, нежели больница Z. Такое же маленькое? Если измерять в квадратных километрах, то оно несколько больше, но те, кто противопоставляет *микро* и *макро*, все равно могут сказать, что оно довольно маленькое. Однако Сойя избегает подобных попыток масштабирования. Он хорошо показывает, что исследуемый им город включает «все». «Все собирается в Лос-Анджелесе», — гласит название одной из глав книги. Одна из причин этого заключается в том, что сюда приехали жить люди буквально со всего мира. И они принесли с собой свою одежду, еду, брач-

тернативные, на кону оказывается гораздо больше, чем только эти варианты. Возьмите, например, реальность «полов». Она вписана в осуществление атеросклероза. Чем больше операций делают хирурги, тем важнее становятся слои жира под человеческой кожей для того, что значит *быть* или *не быть* женщиной или мужчиной. Но является ли это аргументом в пользу или аргументом против операций? С каждым новым статистическим отчетом в области здравоохранения различие между полами становится все труднее распутать, поскольку анкеты требуют от респондента выбрать либо «М», либо «Ж», и тем самым, как правило, добавляют еще одно различие, М/Ж, к уже имеющимся. Установление же нормы индивидуально для каждого человека, напротив, выхолащивает значимость различения двух половых групп. И так далее. Между «атеросклерозом» и «половым различием» существует множество интерференций. Но как могли бы они оказывать влияние на «выборы», которые необходимо сделать, как часть политики-что? Сложно понять, как можно принять во внимание значимость другой версии, не говоря уже обо всех осуществляемых реальностях: просто не получится составить общее представление. Причем оценка осуществления *одного* объекта с легкостью может противоречить оценке осуществления другого.

С термином «выбор» связана еще одна, третья сложность. Если практики осуществляют не одну-единственную сущность, а порождают целый мир, то во множестве версий появляются не только заболе-

ные традиции, язык — всё. Но Лос-Анджелес является большим вместилищем и по другой причине. В этом городе можно найти все, что Сояя считает чрезвычайно важным для эпохи постмодерна: все сдвиги и изменения, связанные с городами, их (отсутствующая) планировка, их дистанции, структуры торговли, транспортные системы — все, что географы считают важным, есть в Лос-Анджелесе. И так как все это здесь есть, аналитику не нужно путешествовать везде и всюду. Нет необходимости искать *большой* объект. Хватит этого города. В нем есть все.

То же самое справедливо и в отношении больницы Z. Нет смысла говорить о ее размерах, не говоря уже о том, чтобы считать ее маленьким ме-

стом. Опять же, дело не просто в том, что реальные физические объекты в этом здании происходят из разных мест. Здесь есть американские научные журналы, немецкие измерительные аппараты, японские телевизоры, компьютеры, сделанные на Филиппинах, кофе из Южной Америки и так далее — все, как во всех современных больницах. Люди, работающие в Z, тоже путешествовали. Раньше я упоминала, что среди них есть как приезжие (из Китая, Португалии, Швейцарии, Британии), так и те, кто родился в Нидерландах, но прожил какое-то время за границей, занимаясь исследованиями в Париже, Сиэтле, Торонто или работая врачом в каком-нибудь маленьком африканском городке. Но есть кое-что

вания, но и люди. Они или, может быть, лучше сказать, *мы* — медики, пациенты или кто-то еще — охвачены этим. Мы не управляем осуществляемыми там-вовне реальностями, а вовлечены в них. Следовательно, нет никаких независимых акторов, которые бы находились вне реальности и могли выбирать или не выбирать ее. Возьмите, к примеру, хирурга. Эта фигура меняется вместе с остальной реальностью. Если атеросклероз осуществляется как ненормальное состояние, которое наступает случайно и непредвиденно, то хирург осуществляется как желанный спаситель несчастного пациента. Однако если атеросклероз осуществляется как медленный процесс, который нужно пресечь на ранней стадии, то хирург оказывается тем, кто всегда опаздывает, — тем, кто только смягчает симптомы, но совершенно не способен добраться до реального заболевания. Идентичность самих хирургов, которые могли бы хотеть «выбирать» между режимами осуществления атеросклероза, интерферирует с «выборами», которые надлежит сделать.

Точно так же на кону стоит и идентичность пациента. «Что *есть* пациент?» не дано раз и навсегда и не учреждается вне больницы настолько твердо, чтобы можно было перенести в приемную врача, палату, операционную или исследовательскую лабораторию. С каждым осуществлением атеросклероза появляется новый пациент. Вот пример. Если атеросклероз осуществляется как генетически обусловленное отклонение, то, если вам не повезло с генами, вы просто несете

еще. Если бы кто-то захотел исследовать, к примеру, ангиографию, то какое большое место он попытался бы найти? Конечно, бывают больницы побольше, чем Z, но нельзя изучать работу и практики использования рентгеновских аппаратов на «макроуровне». Они всегда «микро», разворачиваются в конкретном месте. То же самое верно и для хирургической операции: всякий раз она проводится на одном-единственном теле. Или для разговора с пациентом. Или для принятия решения о способе лечения. Результат суммирования показателей, полученных из десятков или сотен больниц, не дает *большей* картины — он просто отражает что-то другое. Он сообщает скорее эпидемиологические, нежели,

скажем, индивидуальные факты; передает скорее числовую, нежели повествовательную реальность; говорит скорее об агрегированных данных, нежели о событиях. (Почему все еще нужно спорить с идеями о том, что возможна некая большая картина? Аргумент против нее был выдвинут в *литературе* уже достаточно давно. Как в 1984 году по-французски объяснил Бруно Латур, ученый, работающий с бумагами за столом, оперирует не *большим* количеством переменных, чем вооруженный стрелами охотник в чистом поле, а обычно наоборот — *меньшим*. Числовые данные ученого — это лишь упрощения обширной территории, искусно сведенные вместе. И находятся они не в каком-то «макро» месте, а на

это бремя в себе. Однако в случае, если развитие заболевания осуществляется как следствие образа жизни, то страдающего от атеросклероза можно обвинить в ведении дурной, нездоровой жизни. Тогда пациент считается безответственным. Дело не только в том, что странно при наличии выбора выбирать такую оценку, — она еще и дисквалифицирует саму способность делать выбор.

Итак, между тем, что подразумевается понятием выбора, и описанными в этой книге сосуществованиями и интерференциями разных версий реальности есть определенные несоответствия. В конечном счете «выбор», возможно, не лучший термин для описания того, что нужно делать и что происходит в политике — что, — политике, в которую мы вовлечены или можем быть вовлечены как медики, этнографы, социологи, философы и, конечно, как пациенты. Нам нужны другие термины. И они у нас есть: расхождение, напряжение, противоположность, множественность, сосуществование, распределение, включение, осуществление, практика, исследование — но мы могли бы ввести и другие. Какие? Это еще один вопрос, который в этой книге только ставится, ответа на него в ней нет. Пока же идея состоит в следующем. В противоположность универалистским грезам, преследующим академическую философскую традицию, мир, в котором мы живем, не единственен: есть много способов жить, возникающих вместе с разными онтологиями и разными способами ранжирования блага. Все они — политические, поскольку различия между ними нередуцируе-

его рабочем столе. Англиязычную версию этого аргумента см. в: Latour 1988 [Русскоязычную версию см. в: Латур 2015 — прим. ред.]

События с необходимостью локальны. Они происходят где-то. В какой-то ситуации. И, поскольку в этой книге говорится о событиях, ее объект тоже с неизбежностью оказывается локальным. Но главный объект этой книги даже не события, а, опять же, что-то другое. *Сосуществование*. С теоретической точки зрения, это книга о способах координации, или согласования, распределения и включения, которые позволяют сосуществовать разным версиям «одного» объекта. Но где, в каком месте, можно было бы изучать сосуществование? Между сущностями, сосущест-

вующими под одним именем, могут быть большие дистанции. Возьмите Макдональдс. Это удивительный множественный объект, между его ресторанами по всему миру бесконечные сходства и различия (с идеей, что есть такая вещь, как один-единственный успешно глобализованный Макдональдс, покончено, см.: Watson 1997). Но, опять же, если вы обратитесь к режимам сосуществования, то вполне может оказаться, что госпиталь *Z всех их содержит*. Как минимум три режима — координацию, распределение и включение — точно можно обнаружить в больнице Z. Чтобы понять это, не нужно даже бегать по всему зданию, поскольку есть много мест и ситуаций в больнице Z, не упомянутых в этой кни-

мы. Но они не исключительны. Над ними или за их пределами нет никаких *мы*, способных управлять ими или выбирать между ними: мы — их часть. Действие, как и все остальное, тоже осуществляется.

### *Клиническая медицина*

То, что у каждой конкретной практики есть альтернативы, не превращает больницу или здравоохранение в сплошную неразбериху. Напряжения кристаллизуются в паттерны сосуществования, которые, как правило, растворяются только постепенно. Несмотря на то, что нет ничего определенного или достоверного, неустранимая возможность сомнения не приводит к столь же неустранимой угрозе хаоса. Даже если стабильности никогда не достичь, напряжения все же можно обуздать. Между разными осуществлениями любого заболевания есть повторяющиеся паттерны сосуществования. Суммирование, перевод, распределение, включение — они поддерживают единство больницы, так же как собирают тело и его болезни.

Описывать здравоохранение таким образом — это действие. Как далеко распространится влияние этого действия и изменит ли этот текст практики, мы узнаем в будущем. Это зависит от того, куда эта книга доберется, кто ею увлечется, зависит от количества проданных копий, от (не)случайных пересечений между поднимаемыми в ней вопросами и интересами ее потенциальных читателей. Что ты, читатель, собираешься делать с моими словами? Для меня это загадка —

ге. Несколько практик, связанных с атеросклерозом сосудов нижних конечностей, образуют поле, *достаточно большое*, чтобы вмещать столько паттернов сосуществования, сколько может быть рассмотрено в одной книге.

Все это предполагает, что точный *размер* поля мало что значит для теоретика, который пытается не картографировать это поле, а распознать в нем паттерны, модусы и модальности, к примеру, сосуществования (но, может быть, и что-то еще). Однако, если размер поля неважен — он даже неизмерим, — это не значит, что неважен сам факт того, что есть поле. Паттерны сосуществования, описанные здесь, существуют *где-то*. Как бы ни называлось это место: больница Z, осуществ-

ления атеросклероза, здравоохранение, Нидерланды, последнее десятилетие XX века, благоприятная среда, медицинская практика. Можно много чего еще сказать об этих способах именования, локализации. Сейчас же я хочу подчеркнуть только одну вещь: мое теоретическое исследование сосуществования разных версий множественного объекта действительно было *привязано к конкретному месту*. Философский интерес к онтологии смыкался здесь с эмпирическим исследованием поля. Это идет вразрез с господствующей в философии традицией. Долгое время проекты, объединяемые под титулом *философии*, представлялись как имеющие особое отношение к месту. Они были *универсальны*: действитель-

все зависит от тебя. Но я могу попытаться (и я уже попыталась) четко сформулировать, что этот текст делает в интеллектуальном плане. В области теории, так сказать. Он не критикует. Я не указывала в нем ни на недостатки медицины в целом, ни на недостатки в лечении атеросклероза в больнице Z в частности. Я не хочу сказать, что все хорошо, вместо этого я доказывала, что отделить правильное от ошибочного получится только при наличии стандарта. Я не вывела здесь подобный стандарт, но проанализировала сосуществования разных осуществлений реальности и выдвинула тезис, что как бы много ни было стандартов, вместе с ними возникают разные способы градации *блага*.

Однако это и не нейтральная книга. Совсем нет. Анализировать медицину как осуществление разных реальностей и разных способов оценки блага — значит не только говорить о медицине, но и говорить, находясь на ее территории. Внутри медицинского мира эта книга — один из многих голосов, сопротивляющихся идее, что рационализация — это наилучший способ повышения качества здравоохранения. Рационализация как идеал начинается с идеи, что проблема качества здравоохранения коренится в беспорядочности (*messiness*) его практики. Однако, даже если она может быть беспорядочной, практика это и что-то еще: она сложна. Соприкосновение разных способов работы порождает сложность, которую рационализация устранить не может — а там, где может, это вряд ли становится улучшением. В тех местах и ситуациях, где так называемое научное обоснование (будь то обоснование патологией, патопсихологией или, что на данный момент наи-

ные везде и не укорененные ни в каком конкретном месте. Философские понятия должны были быть универсально значимыми. Нормы должны были обосновываться универсально применимыми аргументами. Но ведь все это делалось здесь и сейчас. Считалось, что верное в теории должно быть транспортируемо в любое место — настолько легко транспортируемо, что тому, что значит транспортировать «верность», не уделялось никакого внимания. Универсальностям не нужны взлетно-посадочные полосы, телефонные линии или даже спутники. Вопрос их транспортировки просто не ставится (явно более сложную историю отношений между философией и местом см. в: Casey 1997).

Некоторые философы нашли способы уйти от этой мечты об универсальности. Изумительно радикальным примером оказывается Вальтер Беньямин. Его проект «Пассажи» (Benjamin 1999) одновременно располагался в философии и в особенном *приземленном* месте. Париж. Современный город. Его архитектура. Пассажи. Случайные встречи с незнакомцами. Именно это явное внимание к *ситуативной обусловленности* (*situatedness*) мышления (его объектов, возможностей, осуществления, перформативных эффектов) характеризует философские тексты, составляющие фон этой книги и являющиеся ее почтенными предшественниками. В заключение стоит обратиться к Мишелю



более вероятно, клинической эпидемиологией) привносится в практику, при достаточных усилиях оно вполне может начать доминировать над другими уже задействованными режимами работы. Но это не столько улучшает медицину, сколько истощает ее. И этот убыток ложится на плечи клиники.

Обращая внимание на множественность, эта книга оказывает поддержку клинической медицине. Клиническая медицина — это традиция, которая отталкивается скорее от историй пациентов и представления симптомов, чем от физических аспектов, выделенных в условиях, подобных лабораторным. Традиция, которая в первую очередь учитывает субъективную оценку, а не требует объективированных данных. Традиция скорее историй болезни, чем подсчетов. Эта книга поддерживает клиническую традицию не путем критического указания, где та уступила или уступает позиции. Вместо этого она обращает внимание на ее недооцененную важность в настоящем. В конце концов, хирурги больницы Z оперируют артерии, только если повседневная жизнь их пациентов от этого, скорее всего, выиграет. Клинические соображения играют решающую роль, когда принимается решение о лечении. И только те пациенты, которые [на приеме в поликлинике] высказывают жалобы, вообще попадают в больницу.

Умножение медицинских техник может дать повод для страха перед тем, что к власти приходит лаборатория, но одинаково возможно и нечто совершенно другое. То, что результаты разных диагностик расходятся, скорее подрывает, чем укрепляет идею *золотых стандар-*

Фуко. В его работах именно острое чувство ситуативной обусловленности превращает философию во что-то, заслуживающее внимания. Во что-то постояннодвигающееся, меняющееся. Этот способ заниматься философией преподносит себя как укорененный в здесь-и-сейчас, в *нас самих*. Он не может быть *универсальным* и не может надеяться таковым стать. Он всегда соотношен с определенным местом. Фуко изучал эмпирические материи главным образом как историк, но легко представить себе этнографическое или, скорее, праксиографическое продолжение его работ. Пожалуйста, добавьте «топографическое» к «исторической» ситуативной обусловленности, фигуриру-

ющей в приведенной ниже цитате. Лучший способ закончить этот подтекст, посвященный ссылкам на литературу, — привести слова, *взятые из литературы*: «...критическую онтологию нас самих, разумеется, надо рассматривать не как какую-то теорию, не как некое учение, ни даже как постоянную и важную часть накапливающегося знания, ее нужно понимать как установку, как этос, как философскую жизнь, в которой критика того, что мы есть, является сразу и историческим выявлением пределов, которые нам поставлены, и попыткой их возможного преодоления» (Foucault 1984, 50; Фуко 2002, 357–358).

тов. И если разные терапевтические вмешательства приводят к разному, то точно так же становится все менее очевидным то, что считается улучшением. Вопрос «эффективно ли вмешательство?» перетекает в вопрос «какие у него последствия?». Клинические соображения, какими бы нечеткими они ни были, как бы плохо они ни вписывались в формы и системы отчетности, вполне могут быть упрямыми и сильными. В конце концов, они касаются повседневных жизней. А повседневная жизнь, когда дело касается нее, это то, что наиболее значимо для людей. Именно в ней пациентам, *нам*, приходится жить со всеми нашими сомнениями и заболеваниями. Нет, *не* все хорошо. Но там, где рационализация грозит подавить клиническую традицию еще большим количеством статистики, систем отчетности, чисел и других носителей научности, эта книга встает на сторону тех голосов, которые стремятся улучшить клинику на ее собственных условиях. Какие это условия? Как *делать* клиническое благо лучше? Это еще одни вопросы, которые я оставляю здесь открытыми.

Итак, даже если это не критическое исследование, оно все же не нейтрально. Помимо осуждения есть другие способы проявить неравнодушие. Подрыв традиционной иерархии наук — это путь к усилению дисциплин, занимающих низшие места в этой иерархии. Указание на неустранимую возможность сомнения ослабляет самоуверенность (и силу убеждения) техник, претендующих на то, что они наконец-то способны принести свет и науку беспорядочным практикам. Вместо того чтобы сравнивать разные вмешательства в рамках одного измерения, открытие разных измерений сравнения освобождает место для измерений, сейчас привлекающих меньше всего внимания, и делает их видимыми. Не увлечение политикой-*кто*, а подчеркивание необходимости политики-*что* помогает разомкнуть профессиональную область, вместо того чтобы противостоять ей. Сомнение же в том, является ли «выбор» наилучшим термином для политики-*что* (политики, включающей в себя онтологию, а не предполагающей ее), действует против рационалистических фантазий о том, что значит стремиться к благу. Представление *множественного тела* как реальности, с которой мы живем, это не решение проблемы, а способ изменения множества интеллектуальных рефлексов. Это исследование стремится не развеять, а, наоборот, пробудить сомнения. Без завершающего заключения все же можно остаться равнодушными: открытые концовки не означают иммобилизацию.

## БИБЛИОГРАФИЯ

- (Akrich and Pasveer 2001) — Akrich, M., and D. Pasveer. 2001. Obstetrical trajectories. On training women/bodies for (home) birth. In *Birth by design*. Edited by R. DeVries, C. Benoit, E. van Teijlingen, and S. Wrede. London: Routledge.
- (Andersen and Mooney 1990) — Andersen, T. F., and G. Mooney, eds. 1990. *The challenges of medical practice variations*. Houndmills, UK: Macmillan.
- (Amselle 1990) — Amselle, J.-L. 1990. *Logiques métisses: Anthropologie de l'identité en Afrique et ailleurs*. Paris: Payot.
- (Armstrong 1983) — Armstrong, D. 1983. *Political anatomy of the body: Medical knowledge in Britain in the twentieth century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- (Armstrong 1988) — Armstrong, D. 1988. Space and time in British general practice. In *Biomedicine examined*. Edited by Margaret Lock and Deborah Gordon. Dordrecht: Kluwer.
- (Arney and Bergen 1984) — Arney, W., and B. Bergen. 1984. *Medicine and the management of living: Taming the last great beast*. Chicago: University of Chicago Press.
- (Ashmore 1989) — Ashmore, M. 1989. *The reflexive thesis: Wrihting sociology of scientific knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- (Ashmore, Mulkay and Pinch 1989) — Ashmore, M., M. Mulkay, and T. Pinch. 1989. *Health and efficiency: A sociology of health economics*. Milton Keynes: Open University Press.
- (Barker 1982) — Barker, M. 1982. *The new racism*. London: Junction Books.
- (Barreau 1986) — Barreau, H., ed. 1986. *Le mèmeet l'autre: Recherches sur l'individualité dans les sciences de la vie*. Paris: Editions du CNRS.
- (Bazerman 1988) — Bazerman, C. 1988. *Shaping written knowledge*. Madison: University of Wisconsin Press.
- (Benedict 1997) — Benedict, R. 1997. A note on Dutch behaviour. In *Notifies over Nederlanders*. Edited by R. van Ginkel. Amsterdam: Boom.

- (Benhabib 1996) — Benhabib, S., ed. 1996. *Democracy and difference: Contesting the boundaries of the political*. Princeton: Princeton University Press.
- (Benjamin 1999) — Benjamin, W. 1999. *The Arcades project*. Translated by Howard Eiland and Kevin McLaughlin. Cambridge: Harvard University Press.
- (Berg 1997) — Berg, M. 1997. *Rationalizing medicine: Decision-support techniques and medical practices*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- (Bohme 1980) — Bohme, G. 1980. *Alternative der Wissenschaft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- (Butler 1990) — Butler, J. 1990. *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. London: Routledge.
- (Canguilhem [1966] 1991) — Canguilhem, G. [1966] 1991. *The normal and the pathological*. New York: Zone Books.
- (Caplan, Engelhardt, and McCartney. 1981) — Caplan, A. L., H. T. Engelhardt, Jr., and J. J. McCartney. 1981. *Concepts of health and disease: Interdisciplinary perspectives*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- (Casey 1997) — Casey, E. 1997. *The fate of place: A philosophical history*. Berkeley: University of California Press.
- (Chauvenet 1978) — Chauvenet, A. 1978. *Medecine au choix, medecine de classes*. Paris: PUF.
- (Clifford 1988) — Clifford, J. 1988. *The predicament of culture: Twentieth-century ethnography, literature, and art*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- (Clifford and Marcus 1986) — Clifford, J., and G. E. Marcus, eds. 1986. *Writing culture*. Berkeley: University of California Press.
- (Cussins 1996) — Cussins, C. 1996. Ontological choreography. *Social Studies of Science* 26:575–610.
- (De Laet and Mol 2000; Де Лаэт, Мол 2017) — De Laet, M., and A. Mol. 2000. The Zimbabwe bush pump: Mechanics of a fluid technology. *Social Studies of Science* 30:225–63. (Русский перевод: Де Лаэт М., Мол А. Зимбабвийский втулочный насос: механика текучей технологии / пер. с англ. Е. Быкова и А. Салина // Логос. № 2 (117). 2017. С. 171–252.)
- (Dehue 1995) — Dehue, T. 1995. *Changing the rules*. Cambridge: Cambridge University Press.
- (Dodier 1993) — Dodier, N. 1993. *L'expertise médicale*. Paris: Metailie.

- (Dodier 1994) — Dodier, N. 1994. Expert medical decisions in occupational medicine: A sociological analysis of medical judgement. *Sociology of Health and Illness* 16(4):489–514.
- (Doyal and Pennel 1979) — Doyal, L., and I. Pennel. 1979. *The political economy of health*. London: Pluto Press.
- (Dreifus 1978) — Dreifus, C, ed. 1978. *Seizing our bodies: The politics of women's health*. New York: Vintage House.
- (Duden 1991) — Duden, B. 1991. *The women beneath the skin: A doctor's patients in eighteenth-century Germany*. Translated by Thomas Dunlop. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- (Duyvendak 1994) — Duyvendak, J. W., ed. 1994. *De verzuiling van de homo-beweging*. Amsterdam: Sua.
- (Engel 1981) — Engel, G. 1981. The need for a new medical model. In *Concepts of health and disease*. Edited by A. Caplan, H. T. Engelhardt, Jr., and J. McCartney. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- (Engelhardt 1975) — Engelhardt, H. T, Jr. 1975. The concepts of health and disease. In *Evaluation and explanation in the biomedical sciences*. Edited by H. T. Engelhardt, Jr. and S. Spicker. Dordrecht: Reidel.
- (Engelhardt and Caplan 1987) — Engelhardt, H. T, Jr., and A. Caplan. 1987. *Scientific controversies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- (Epstein 1996) — Epstein, S. 1996. *Impure science: AIDS, activism, and the politics of knowledge*. Berkeley: University of California Press.
- (Fleck [1935] 1980; Флек 1999) — Fleck, L. [1935] 1980. *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache*. Frankfurt: Suhrkamp. (Русский перевод: Флек Л. Возникновение и развитие научного факта / пер. с англ., нем., польск., общ. ред. В. Н. Поруса. М.: Идея-Пресс : Дом интеллектуальной книги, 1999.)
- (Fog and Hastrup 1997) — Fog Olwin, K., and K. Hastrup, eds. 1997. *Siting culture: The shifting anthropological object*. London: Routledge.
- (Foucault 1973; Фуко 1998) — Foucault, M. 1973. *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. London: Tavistock. (Русский перевод: Фуко М. Рождение клиники / пер. с фр. А. Ш. Тхостова. М.: Смысл, 1998.)
- (Foucault 1979; Фуко 1999) — Foucault, M. 1979. *Discipline and punish*. Translated by Alan Sheridan. New York: Vintage. (Русский перевод: Фуко М. Надзирать и наказывать : Рождение тюрьмы / пер. с фр. В. Наумова. М.: Ad Marginem, 1999.)

- (Foucault 1981; Фуко 1996) — Foucault, M. 1981. *The history of sexuality, vol I: An introduction*. Harmondsworth, U.K.: Penguin. (Русский перевод: Фуко М. История сексуальности : том 1 // Воля к истине : По ту сторону знания, власти и сексуальности : Работы разных лет / пер. с фр. С. Табачниковой. М. : Касталь, 1996. С. 97–268)
- (Foucault 1984; Фуко 2002) — Foucault, M. 1984. What is enlightenment? In *The Foucault Reader*, Edited by P. Rabinow. New York: Pantheon. (Русский перевод: Фуко М. Что такое просвещение? // Интеллектуалы и власть : часть 1 / пер. с фр. С. Ч. Офертаса. М. : Праксис, 2002. С. 335–359.)
- (Fox 1994) — Fox, N. 1994. Anaesthetists, the discourse on patient fitness, and the organization of surgery. *Sociology of Health and Illness* 16:1–18.
- (Freidson 1970) — Freidson, E. 1970. *The profession of medicine*. New York: Harper and Row.
- (Gilman 1985) — Gilman, S. 1985. *Difference and pathology: Stereotypes of sexuality, race, and madness*. Ithaca: Cornell University Press.
- (Ginkel 1997) — Ginkel, R., van. 1997. *Notities over Nederlanders*. Amsterdam: Boom.
- (Goffman [1959] 1971; Гофман 2002) — Goffman, E. [1959] 1971. *The social presentation of self in everyday life*. Harmondsworth, U.K.: Penguin. (Русский перевод: Гофман И. Представление себя другим в повседневной жизни / пер. с англ. А. Д. Ковалева. М. : Канон-пресс-ц : Кучково поле, 2000.)
- (Goodman 1978; Гудмен 2001) — Goodman, N. 1978. *Ways of world making*. Indianapolis: Hackett Publishing Company. (Русский перевод: Гудмен Н. Способы создания миров / пер. с англ. А. Л. Никифорова, Е. Е. Ледникова, М. В. Лебедева, Т. А. Дмитриева. М. : Праксис, 2001.)
- (Hacking 1992) — Hacking, I. 1992. The self-vindication of the laboratory sciences. In *Science as practice and culture*. Edited by A. Pickering. Chicago: University of Chicago Press.
- (Hahn 1985) — Hahn, R. 1985. A world of internal medicine: Portrait of an internist. In *Physicians of Western Medicine*. Edited by R. Hahn and A. Gaines. Dordrecht: Reidel.
- (Haraway 1989.) — Haraway, D. 1989. *Primate visions*. New York: Routledge.
- (Haraway 1991a) — Haraway, D. 1991a. Gender for a Marxist dictionary: The sexual politics of a word. In *Simians, cyborgs, and women: The reinvention of nature*. London: Free Association Press.

- (Haraway 1991b; Хараяуэй 2017) — Haraway, D. 1991b. A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century. In *Simians, cyborgs, and women: The reinvention of nature*. London: Free Association Press. (Русский перевод: Хараяуэй Д. Манифест киборгов: наука, технология и социалистический феминизм 1980-х / пер. с англ. А. Гараджи. М. : Ад Маргинем Пресс, 2017.)
- (Haraway 1997) — Haraway, D. 1997. *Modest\_Witness@Second\_Millennium. FemaleMan© Meets\_Onco-Mouse™*. New York: Routledge.
- (Harding 1986) — Harding, S. 1986. *The science question in feminism*. Ithaca: Cornell University Press.
- (Harvey 1990) — Harvey, D. 1990. *The condition of postmodernity*. Oxford: Basil Blackwell.
- (Helman 1988) — Helman, Cecil. 1988. Psyche, soma, and society: The social construction of psychosomatic disorders. In *Biomedicine examined*. Edited by Margaret Lock and Deborah Gordon. Dordrecht: Kluwer.
- (Henderson 1935) — Henderson, L. J. 1935. Physician and patient as a social system. *New England Journal of Medicine* 212:819–23.
- (Hirschauer 1993) — Hirschauer, S. 1993. *Die soziale Konstruktion der Transsexualität: Über die Medizin und den Geschlechtswechsel*. Frankfurt: Suhrkamp.
- (Jacobus, Fox Keller and Shuttleworth 1990) — Jacobus, M., E. Fox Keller, S. Shuttleworth, eds. 1990. *Body/politics: Women and the discourses of science*. New York: Routledge.
- (Kondo 1990) — Kondo, D. 1990. *Crafting selves: Power, gender, and discourses of identity in a Japanese workplace*. Chicago: University of Chicago Press.
- (Kuhn 1962; Кун 1997) — Kuhn, T. 1962. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press. (Русский перевод: Кун Т. Структура научных революций / пер. с англ. И. З. Налетова. М. : Прогресс, 1977.)
- (Lacoste 1976) — Lacoste, Y. 1976. *La géographie, ça sert, d'abord, à faire la guerre*. Paris: Maspéro.
- (Lakatos and Musgrave 1970) — Lakatos, I., and A. Musgrave. 1970. *Criticism and the growth of knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press.
- (Lakoff and Johnson 1979; Лакофф, Джонсон 2004) — Lakoff, G., and M. Johnson. 1979. *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press. (Русский перевод: Лакофф Д., Джонсон М. Метафоры, которыми мы живем / пер. с англ. А. Н. Баранова и А. В. Морозовой. М. : Едиториал УРСС, 2004.)

- (Latour 1987; Латур 2013) — Latour, B. 1987. *Science in action*. Milton Keynes: Open University Press (Русский перевод: Латур Б. Наука в действии : Следуя за учеными и инженерами внутри сообщества / пер. с англ. К. Фёдоровой. СПб. : Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2013.)
- (Latour 1988; Латур 2015) — Latour, B. 1988. *The pasteurization of France*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press. (Русский перевод: Латур Б. Пастер : Война и мир микробов, с приложением «Несводимого» / пер. с фр. А. В. Дьякова. СПб. : Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2015.)
- (Latour 1993; Латур 2006) — Latour, B. 1993. *We have never been modern*. New York: Harvester Wheatsheaf. (Русский перевод: Латур Б. Нового времени не было : Эссе по симметричной антропологии / пер. с фр. Д. Я. Калугина. СПб. : Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2006.)
- (Latour 1996) — Latour, B. 1996. *Aramis: Or the love of technology*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- (Latour and Woolgar 1979) — Latour, B., and S. Woolgar. 1979. *Laboratory life*. London: Sage.
- (Law 1994) — Law, J. 1994. *Organizing modernity*. Oxford: Blackwell.
- (Law 2000) — Law, J. 2000. On the subject of the object: Narrative, technology, and interpellation. *Configurations* 8:1–29.
- (Law 2002) — Law, J. 2002. *Aircraft stories. Decentering the objects in technoscience*. Durham: Duke University Press.
- (Law and Mol 1995) — Law, J., and A. Mol. 1995. Notes on materiality and sociality. *Sociological Review* 43:274–94.
- (Lecourt 1976) — Lecourt, D. 1976. *Lyssenko*. Paris: Maspero.
- (Lijphart 1968) — Lijphart, A. 1968. *The politics of accommodation: Pluralism and democracy in the Netherlands*. Berkeley: University of California Press.
- (Lynch and Woolgar 1990) — Lynch, M., and S. Woolgar, eds. 1990. *Representation in scientific practice*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- (MacKenzie and Barnes 1979) — MacKenzie, C, and B. Barnes. 1979. Scientific judgement: The biometry-mendelism controversy. In *Natural order*. Edited by B. Barnes and S. Shapin. London: Sage.
- (McCrea and Markle 1984) — McCrea, F., and G. Markle. 1984. The estrogen replacement controversy in the USA and the UK: Different answers to the same question? *Social Studies of Science* 14:1–26.



- (Mol and Law 1994) — Mol, A., and J. Law. 1994. Regions, networks, and fluids: Anaemia and social topology. *Social Studies of Science* 24:641–71.
- (Mol and Berg 1998) — Mol, A., and M. Berg. 1998. Introduction. In *Differences in medicine: Unravelling practices, techniques, and bodies*. Edited by Marc Berg and Annemarie Mol. Durham: Duke University Press.
- (Mol and Lieshout 1989) — Mol, A., and P. van Lieshout. 1989. *Ziek is het woord niet: Medicalisering en normalisering in de Nederlandse huisarts-geneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945–1985*. Nijmegen: SUN.
- (Moore 1966) — Moore, B. 1966. *Social origins of dictatorship and democracy*. Harmondsworth, U.K.: Penguin.
- (Mouffe 1993) — Mouffe, C. 1993. *The return of the political*. London: Verso.
- (Okeley and Callaway 1992) — Okeley, J., and H. Callaway, eds. 1992. *Anthropology and autobiography*. London: Routledge.
- (Parsons 1951) — Parsons, T. 1951. *The social system*. New York: Free Press.
- (Pickering 1991) — Pickering, A., ed. 1991. *Science as practice and culture*. Chicago: University of Chicago Press.
- (Pool 1989.) — Pool, R. 1989. Gesprekken over ziekte in een Kameroenees dorp: Een kritische reflectie op medisch-antropologisch onderzoek. In *Ziekte, gezondheidszorg, en cultuur*. Edited by S. van der Geest and G. Nijhof. Amsterdam: Het Spinhuis.
- (Pool 1994.) — Pool, R. 1994. *Dialogue and the interpretation of illness: Conversations in a Cameroon village*. Oxford: Berg Publishers.
- (Poulanzas 1978) — Poulanzas, N. 1978. *L'Etat, le pouvoir, le socialisme*. Paris: PUF.
- (Rose 1982) — Rose, S., ed. 1982. *Against biological determinism*. London: Allison and Busby.
- (Serres 1980) — Serres, M. 1980. *Le passage du nord-ouest*. Paris: Editions de Minuit.
- (Serres 1994) — Serres, M. 1994. *Atlas*. Paris: Julliard.
- (Shapin and Schaffer 1985) — Shapin, S., and S. Schaffer. 1985. *Leviathan and the air-pump: Hobbes, Boyle, and the experimental life*. Princeton: Princeton University Press.
- (Showalter 1985) — Showalter, E. 1985. *The female malady: Women, madness, and English culture, 1830–1980*. London: Virago Press.

- (Soja 1989) — Soja, E. 1989. *Postmodern geographies: The reassertion of space in critical theory*. London: Verso.
- (Star and Giesemer 1989) — Star, S. L., and J. Giesemer. 1989. Institutional ecology, translations, and boundary objects: Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907–1939. *Social Studies of Science* 19:387–420.
- (Stepan 1987) — Stepan, N. 1987. Race and gender: The role of analogy in science. *Isis* 77:261–77.
- (Stocking 1968) — Stocking, G. 1968. *Race, culture, and evolution*. New York: Free Press.
- (Strathern 1991) — Strathern, M. 1991. *Partial connections*. Savage, Md.: Rowman and Littlefield.
- (Strathern 1992a) — Strathern, M. 1992a. *After nature: English kinship in the late twentieth century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- (Strathern 1992b) — Strathern, M. 1992b. *Reproducing the future: Anthropology, kinship, and the new reproductive technologies*. Manchester: Manchester University Press.
- (Strauss 1978) — Strauss, A. 1978. *Negotiations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- (Suppe 1977) — Suppe, F., ed. 1977. *The structure of scientific theories*. Urbana: University of Illinois Press.
- (Sullivan 1986) — Sullivan, Mark. 1986. In what sense is contemporary medicine dualistic? *Culture, Medicine, and Psychiatry* 10:331–50.
- (Trinh Minh-ha 1989) — Trinh Minh-ha. 1989. *Women native other*. Bloomington: Indiana University Press.
- (Watson 1997) — Watson, J., ed. 1997. *Golden arches east: McDonalds in East Asia*. Stanford: Stanford University Press.
- (Willems 1992) — Willems, D. 1992. Susan's breathlessness: The construction of professionals and laypersons. In *The social construction of illness*. Edited by Jens Lachmund and Gunnar Stollberg. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- (Young 1981) — Young, A. 1981. When rational men fall sick: An inquiry into some assumptions made by medical anthropologists. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 5:317–35.
- (Yoxen 1982) — Yoxen, Edward. 1982. Constructing genetic diseases. In *The problem of medical knowledge: Examining the social construction of medicine*. Edited by P. Wright and A. Treacher. Edinburgh: Edinburgh University Press.

Книга «Множественное тело» нидерландского антрополога Аннмари Мол — это этнографическое и философское исследование, посвященное дисциплинарному, онтологическому и политическому устройству медицины. Мишенью автора становится дисциплинарное разделение, опирающееся на фундаментальное разграничение между культурным и природным: истина о самом заболевании как состоянии человеческого тела монополизирована естественными науками, а на откуп социальным наукам отдано изучение недуга как болезни, рассматриваемой исключительно в контексте ее интерпретации и жизненных обстоятельств пациента. Проблематизировать это различие позволяет внимание к практическим и техническим аспектам осуществления заболевания и человеческого тела. Этнографически исследуя практики диагностики и лечения пациентов с атеросклерозом в больнице Z, Аннмари Мол показывает, что единое связанное заболевание, как и единое связанное тело — это результат усилий. Исходна же множественность их версий, осуществляемых в разных практиках в разных местах больницы — от поликлиники до патологоанатомического отделения, — и соответствующих им реальностей. Заболевание, различаясь в зависимости от практик, в которых оно осуществляется, все же не распадается на изолированные фрагменты (плюрализм), но оказывается «частично связанным». Формула такой «частичной связности», или множественности: заболевание всегда больше чем одно, но меньше, чем много. Тем самым исследование выявляет напряженные отношения между версиями заболевания и тела, а также способы обращения с ними. Множественность версий ставит проблему их сосуществования и выбора между ними, а значит, вопрос о благе, лежащем в основе такого выбора. Это открывает политическое измерение совершаемого автором переворота в области социальной онтологии. Вторая, нижняя часть текста книги представляет собой детальный разбор того, как можно ссылаться на литературу и что это значит, а также вписывает книгу в контекст ключевых дискуссий в области социальных, антропологических и гендерных исследований.

**Аннмари Мол** — профессор антропологии тела в Амстердамском университете, лауреат Премии Спинозы (2012). Ее книга «Множественное тело» получила Премию Людвига Флека 2004 года (Society for the Social Studies of Science) и Книжную премию по социологии здоровья и заболеваний (British Sociological Association's Medical Sociology work group).

ISBN 978-5-9906611-7-2

