

Воплощенное действие, осуществленные тела: пример гипогликемии

Аннмари Мол

Профессор антропологии тела, Амстердамский институт социальных исследований (AISSR), Амстердамский университет (UvA). Адрес: Amsterdam Roeterseilandcampus, B-REC B 8.01 bldg, NieuweAchtergracht 166, 1018 WV Amsterdam, Netherlands. E-mail: a.mol@uva.nl.

Джон Ло

Заслуженный профессор, Центр изучения науки, Ланкастерский университет (LU). Адрес: Department of Sociology, Bowland North, Lancaster University, LA14YN Lancaster, UK. E-mail: j.law1@lancaster.ac.uk.

Ключевые слова: этнография; современная медицина; тело; телесные практики; диабет; гипогликемия; самоощущение.

В статье переосмысливается понятие тела. Авторы совершают сдвиг от субстанциальных концепций тела к процессуальному — телу, которое мы делаем. Посредством каких практик осуществляются тела? Авторы обращаются к гипогликемии — падению уровня глюкозы при диабете ниже нормы. Диабетик не ограничивается познанием гипогликемии как состояния крови — он погружен в практики, где гипогликемия происходит: а) диабетик регистрирует гипогликемию через самоощущение; б) противодействует ей приемом углеводов; в) избегает, поддерживая целевой уровень сахара; г) сам производит ее, если рекомендованный врачом целевой уровень оказался чересчур низок (чтобы, с другой стороны, избежать гипергликемии). Эти практики протекают как в теле больного, так и вовне.

Гипогликемия включает в себя не только самоощущение, но и углеводные таблицы, глюкометр, декс-

трозу и наблюдателей, замечающих гипогликемию первыми. У тела, которое мы делаем, полупроницаемые границы — некоторые процессы оно инкорпорирует, другие экскорпорирует. Тело — это целое, но не монолитное целое, а набор напряжений: между интересами разных органов (невысокий сахар полезен, но несет риск гипогликемии, убивающей мозг); контролем сахара и непредвиденными скачками уровня сахара; жизнью инвалида и желанием жить полной жизнью. Задача тела-которое-делают — поддерживать баланс между напряжениями. Задача медицины — видеть в пациенте не пассивное, а активное тело как результат множества практик. Тогда медицинское вмешательство перестанет считаться вмешательством в ткани, исправляющим один параметр, и станет тем, чем было всегда — вмешательством в человеческую жизнь, далеко не всегда ведущим к улучшению.

Живые тела

МЫ ВСЕ знаем: живое тело — это и объект, и субъект. Мы знаем, что тело — это *объект* медицинского знания. Когда его осматривают невооруженным глазом или через микроскоп, томограф и другие приборы, тело является объектом. Оно объект, когда его измеряют различными методами: от подсчета пульса до определения уровня гемоглобина, креатинина и кальция. Кроме того, тело-объект можно почувствовать, когда врач ощупывает уплотнения или размечает точки хирургического вмешательства.

Но живое тело также и *субъект*. Оно — это мы, ибо мы — человеческие существа, коль скоро мы телесны. Таким образом, тело — плотское условие наших образов жизни, точнее, их встроенность через плоть в ситуацию. Будучи живущими телами, мы испытываем боль, голод или агонию, а также удовлетворение, экстаз или удовольствие. И в то время как тело-объект открыто и выставлено на всеобщее обозрение, тело-субъект — нечто частное и находится за пределами или до языка.

Если хотите писать о живых телах, начинать стоит именно отсюда — с *исходной данности*, что человек *имеет* публичное тело-объект и что человек *есть* частное тело-субъект. Это артикулировалось в философии, антропологии и социологии, а также в медицине¹. Снова и снова эта тема возникает в свидетельствах реаль-

Перевод с английского Станислава Нарановича и Лизы Флорентьевой по изданию: © Mol A., *Law J. Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia // Body & Society*. 2004. Vol. 10. № 2–3. P. 43–62. Публикуется с любезного разрешения авторов.

Мы благодарны больным диабетом и работающим с ними специалистам, у которых мы брали интервью и которых наблюдали в рамках данного исследования: в особенности в Нидерландах — Мириам Т., Эдит тер Брак, Ивонн де ла Бейе, Виллему Эркеленсу и Харольду де Валку; в Великобритании — сотрудникам и пациентам Регионального управления здравоохранения по Северо-Западному округу. Спасибо Клаар Парлевлит за ее работу с интервью; Алисе Столмейер — за проведенный ею анализ пищевой проблематики; Жаннетте Полс, Дику Виллемсу и Ингунн Моссер — за многочисленные обсуждения телесных состояний (*physicalities*) и субъективностей; Бернарду Крейтхофу — за комментарии к ранней вер-

ного жизненного опыта. Мы все это знаем. Но, быть может, пришло время преодолеть эту самоочевидность. Возможно, настало время узнать что-то еще — или иным способом.

Тело не всегда было объектом/субъектом. Мишель Фуко полагает, что это *труп*, изобретенный в начале XIX века². До того болезни были самостоятельными сущностями, классифицированными в нозологических таблицах. Искавшие помощи пациенты описывали недуги, от которых страдали, а врачи делали вывод, какая болезнь *обитает* в теле пациента и что может произойти дальше. Был необходим радикальный эпистемологический сдвиг, чтобы заболевания стали *состояниями* человеческого тела. После этого сдвига истину о болезни больше нельзя было устанавливать, слушая слова пациента. Вместо этого понадобился хорошо тренированный взгляд на ткани тела. Поскольку больные ткани обычно находятся под кожей, точное знание о заболевании можно было получить лишь после смерти. Так было учреждено различие тело-объект/тело-субъект, с которым мы теперь живем. Марк Салливан поясняет:

Для Биша медицинский субъект и медицинский объект были не двумя разными субстанциями в одном и том же индивидуе, а двумя разными индивидами: живым и мертвым. Познающий и познаваемое эпистемологически различны: предполагается, что терапевт занимает позицию познающего, а пациент/труп — позицию познаваемого³.

Салливан утверждает, что этот разрыв породил определяющий *дуализм*, беспокоящий современную медицину. Это не приписываемый Декарту дуализм между двумя типами субстан-

сии статьи. Последняя также обсуждалась на семинаре по теории тела в Париже. Мы благодарим всех его участников, особенно Мадлен Акрич, Марка Берга, Паскаля Брюэ, а больше всего — Лиз Кванде.

1. Во множестве классических текстов этот (ныне общераспространенный) тезис артикулировался по-разному. См., напр., исследование Мориса Мерло-Понти (*Мерло-Понти М. Феноменология восприятия*. СПб.: Наука, 1999), в котором к неврологии обращаются для обсуждения телесного образа субъекта, или работу Витгенштейна (*Витгенштейн Л. Философские исследования // Он же. Философские работы*. М.: Гнозис, 1994. Ч. I.) о сложности разговора о боли и других телесных ощущениях.
2. Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998.
3. Sullivan M. In What Sense Is Contemporary Medicine Dualistic? // Culture, Medicine and Psychiatry. 1986. Vol. 10. № 4. P. 344.

ции — телом и сознанием. Речь идет о различии между субстанцией и деятельностью:

В данном случае *деятельность* самоинтерпретации и самопознания устранена из тела, а не из сущности ментальной субстанции. Познаваемое и исцеляемое современной медициной тело лишено самоощущения (*self-aware*)⁴.

Салливан и многие другие пытаются вернуть человеческое самоощущение в современную медицину⁵. Но как? Большинство авторов предлагают дополнение: *помимо* или *сверх* патологического знания о тканях и их отклонениях врачи должны оставить место для самосознания своих пациентов. Эти авторы хотят, чтобы медицина не только смотрела, но и слушала; чтобы пациентов *не только* познавали так, словно бы они уже были мертвыми, *но и* наделяли жизнью.

Как кажется, трудно не согласиться с призывом Салливана к медицине, которая занималась бы не только органами пациентов, но и их самоощущением. Но в нем есть проблема: такой призыв не затрагивает вовлеченные в медицину *способы познания*. С одной стороны, есть объективный, публичный и научный способ познания тела снаружи. С другой — есть субъективный, частный и личный способ познания тела изнутри. Таковы виды познания и знания, изобретенные во времена Ксавье Биша. Фуко описывает, каким образом современная эпистема (частью которой они являются) связана с *рождением клиники*. Современная медицина и *взгляд* на мертвое тело и аномальные ткани возникли вместе с особым типом больницы, особой системой медицинского образования и особым набором лечебных практик. Все вместе они оставили последнее слово за патологией. В то же время был разработан широкий спектр техник (от рентгена до клинической химии), чтобы заглянуть под кожу живых тел. Именно такая орга-

4. Ibidem.

5. Философски аргументированный пример см. в: *Toombs S. K. The Meaning of Illness: a Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*. Dordrecht: Kluwer, 1999. Пример социальной антропологии см. в: *Good B. J. Medicine, Rationality and Experience: an Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994. В литературе внимание к историям людей о событиях их жизни иногда главенствует над вниманием к самоощущению их тел. В данной статье мы предпочли не спешить следовать этим путем, а напрямую ответить на обеспокоенность Салливана по поводу того, что *познаваемое современной медицинской тело лишено самоощущения*.

низация медицинского знания обусловила вытеснение самоощущения пациента в сферу частного⁶.

Поскольку с начала XIX века прошло довольно много времени, мы хотели бы использовать работы Фуко не как завершённое описание «современности», а как точку отсчета, чтобы спросить, живем ли мы до сих пор в той же эпистеме. Мы хотим узнать о видах знания, задействованных в нынешних медицинских практиках, о том, как сегодня познают тело. Однако уже такая постановка вопроса слишком узка, потому что в ней предполагается, что в центре — именно *знание*. Чтобы избежать этого допущения, перспективнее задать несколько иной вопрос: что *есть* тело в условиях возможности начала XXI века? Это рискованная формулировка. Опасность в том, что ответ просто повторит уже сказанное экспертами-биомедиками и/или пациентами. Едва ли от этого будет толк. Столь же бесплодны попытки дополнить либо исправить знание экспертов или пациентов с помощью имеющихся у нас этнографических техник. Нет, мы не «знаем лучше». Вопрос «Что *есть* тело?» заслуживает внимания в другом ключе. Речь о *смещении оснований*, на которых могут ставиться вопросы о реальности тел. Это перемещает нас туда, где сбор *знания* — объективного или субъективного — больше не боготворят как самый важный способ отношения к миру и бытия в мире.

Мы все *обладаем* телами, и мы все *есть* тела. Но из этой дихотомии есть выход. В своих повседневных практиках мы *также делаем (наши) тела*. На практике мы осуществляем их. Если тело, которым я *обладаю*, — это тело, познаваемое патологоанатомами после моей смерти, а тело, которое я *есть*, — это тело, которое я познаю сам благодаря самовосприятию, то как быть с телом, которое я *делаю*? Что можно выяснить и сказать о нем? Возможно ли исследовать тело, которое я *делаю*? И каковы последствия приоритета действия над знанием? Чтобы исследовать это, мы расска-

6. Мы по-фукиански не принимаем тезис о том, что внутреннее восприятие себя всегда имело современную форму и было «колонизировано» и/или вытеснено современной медициной. Напротив, эти два вида знания, субъективное и объективное, появились вместе. См. прекрасное исследование, позволяющее читателям не просто понять, но и «почувствовать», как люди по-разному жили в своих телах: *Duden B. The Woman Beneath the Skin: a Doctor's Patients in Eighteenth Century Germany* / T. Dunlop (trans.). Cambridge, MA: Harvard University Press, 1991.

жем вам несколько историй о *гипогликемии*, полученных из исследования жизни больных диабетом⁷.

Познание гипогликемии на практике

Итак, что *есть* гипогликемия? Вот определение из медицинского учебника⁸:

У людей без сахарного диабета уровень глюкозы в плазме варьируется от 3 до 8 ммоль/л в зависимости от времени, прошедшего после последнего приема пищи. В целом признаком гипогликемии для пациента с диабетом является уровень глюкозы в крови ниже 3,5 ммоль/л⁹.

В этом определении гипогликемия размещается *под кожей* и является характерным состоянием подвижной телесной ткани — крови. Это уровень глюкозы в крови ниже 3,5 ммоль/л. Таково определение объекта в соответствии с традицией патологии, опи-

7. Для этого исследования мы собрали и проанализировали широкий спектр «материалов»: медицинские учебники, научные журналы, дневники пациентов и информационные буклеты, рекламу, автобиографические тексты. Мы также реализовали этнографическое исследование клиник для диабетиков и провели интервью с ними и соответствующими специалистами. В данной статье мы сосредоточили внимание на лечении людей с диабетом I типа (проявляющимся в молодости и всегда делающим людей инсулинозависимыми), «управлять» которым гораздо тяжелее, чем диабетом II типа. Кроме того, диабету I типа чаще сопутствует гипогликемия. Цитаты в этой статье призваны вовсе не показать читателю особенности произнесших их *людей*. Их задача — рассказать нам о *практиках* управления диабетом, практиках настолько рассеянных, что их тяжело изучать этнографически ограниченному числу исследователей с ограниченным запасом времени, предпочитающих не вмешиваться надолго в жизни других людей, проводя с ними дни напролет. Поэтому мы относимся к специалистам и диабетикам как к (*непрофессиональным*) *этнографам*, а на себя взяли задачу по отбору, переводу, комбинированию и сопоставлению их историй.
8. Практики лечения диабета вовсе не универсальны и даже не общеприняты в западном мире. На более поздней стадии нашего исследования мы надеемся провести сравнения в международном масштабе. Поскольку задействованные в данной статье полевая работа и интервью проходили в Нидерландах, мы использовали здесь нидерландский учебник.
9. Цит. по: *Van Haeften T. W. Acute complicaties — hypoglykemische ontregeling // Diabetes Mellitus / E. van Ballegoie, R. J. Heine (eds). Utrecht: Bunge, 1995. P. 142.*

сывающее тело-которым-мы-обладаем. Но учебник размещает гипогликемию и в других местах:

Гипогликемия — это часто встречающееся потенциально серьезное осложнение в терапии сахарного диабета¹⁰.

Терапия диабета локализована не в теле, а в больницах, информационных буклетах и домах людей. Она — в *повседневной жизни* людей, страдающих диабетом. В повседневной жизни гипогликемия — это что-то, что может случиться, произойти, что может быть сделано. Она — потенциально опасное осложнение.

Похожие высказывания легко найти в медицинских учебниках и научных статьях — определения, в которых феномены представляются как часть практик, в рамках которых они случаются¹¹. Но вовсе не где угодно. Практические аспекты (*practicalities*) обычно появляются в работах в разделах, посвященных *средствам и методам*, а не в выводах. Их можно найти в клинических презентациях, но не в эпидемиологических обзорах. Знания о теле-которым-мы-обладаем и знание о теле-которое-мы-делаем чередуются. Предлагаемый нами сдвиг довольно прост, хотя и чреват далекоидущими следствиями. Он состоит в том, чтобы все время удерживать практические аспекты на переднем плане. В своем этнографическом описании мы будем избегать пути наименьшего сопротивления — понимания гипогликемии как скрытой в теле или под кожей — и будем последовательно исследовать практики, в которых она делается.

10. Ibidem.

11. Впрочем, во многих работах феноменологической традиции подчеркивается наше «бытие-в-мире» в качестве тел; такое телесное бытие (его понимание) размещается *наряду* с репрезентативным знанием тел. См.: Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self/ T. J. Csordas (ed.). Cambridge: Cambridge University Press, 1994. Опора на традицию исследований науки позволяет нам включать репрезентативные практики наряду с другими. Каждая из этих практик одинаково обыденна. Рассмотрением лаборатории как комплекса практических аспектов мы обязаны Бруно Латуру и Стивену Вулгару: Latour B., Woolgar S. Laboratory Life: the Social Construction of Scientific Facts. L.: Sage, 1979. Его самое изящное объяснение и защиту можно найти в: Латур Б. Пастер. Война и мир микробов, с приложением «Несводимого». СПб.: Издательство Европейского университета, 2015. Конечно, есть и множество исследований, объясняющих практики повседневной жизни. А некоторые перемещаются из одной области в другую, как поступаем и мы здесь. См. статьи в сборнике: Les Objects dans l'action. De la Maison au Laboratoire/ N. Dodier et al. (eds). P.: Éditions de l'EHESS, 1993.

Как же делается гипогликемия? Разумеется, первый важный способ — ее *познание*. Знание — это практика: об «уровне сахара в крови ниже 3,5 ммоль/л» становится возможным говорить, только если чью-то кожу прокололи, взяли образец крови и измерили уровень сахара. Раньше это происходило в лаборатории. Специалист прокалывал вену, собирал кровь в небольшую пробирку, вставлял в машину и прочитывал результат. Так делают до сих пор, но появилась еще одна практика измерения. Поскольку необходимые для этого устройства уменьшились, диабетики могут носить их с собой и сами измерять свой уровень сахара. Они укалывают подушечку пальца и выдавливают каплю крови на тест-полоску. Полоску вставляют в прибор, который через несколько секунд показывает цифру. Однако все это не так уж просто. Укалывать палец может быть больно, результат появляется не сразу и т. д.

Процесс измерения требователен и порой практически неосуществим. Вот что говорит терапевт:

Я прекрасно понимаю, что это не всегда легко сделать. Например, у меня есть пациент, работающий на дорогах. Вы сидите в кювете, везде грязь, руки грязные, деваться некуда. Я бы тоже не стал измерять сахар, будь я в таком положении.

Грязные кюветы — это проблема. Но измерить уровень сахара сложно и на рабочей встрече, с которой нельзя отлучиться на одну-две минуты. Или если вы гуляете по магазинам с друзьями или ведете урок. Тем не менее уровень сахара можно измерить на чистой кухне или в ванной, то есть в месте, где обстоятельства контролируются так же хорошо, как в лаборатории. В этом случае гипогликемия может *осуществляться* как уровень сахара в крови ниже 3,5 ммоль/л.

Салливан и многие другие критики считают, что познание живых тел в медицине должно быть более богатым, чем познание безмолвных трупов. Медицина должна принимать во внимание способность пациентов действовать. Но без толку просить диабетиков быть деятельными в том же смысле, в каком деятельны врачи-лаборанты: это просто превратит их в патологоанатомов самих себя. Это не избавляет от дуализма между познающим доктором и познаваемым телом пациента, а попросту смещает линию разграничения так, что она теперь проходит через каждого индивида. Обращение не только к телу, которым мы *обладаем*, но и к телу, которое мы *есть*, требует познания

изнутри. Интересно, что в ежедневном управлении гипогликемией (или ее избегании) *самоощущение* по меньшей мере так же важно, как и измерение. Дело в том, что, если диабетик внутренне чувствителен к собственному физическому состоянию, он может почувствовать надвигающуюся гипогликемию («гипу») и что-нибудь предпринять для повышения уровня сахара в крови. Однако самоощущение не самоочевидно. Это не то, на что способны все люди, пока медицина не заставляет их замолчать. У некоторых это получается хорошо, у других — плохо. Приведем фрагмент из интервью с медсестрой, ухаживающей за диабетиками:

Иногда к нам попадают люди, которые никогда ничего не ощущают. Они просто придерживаются своего расписания. Поэтому мы стараемся составить для них хорошее расписание, объяснить, что и когда делать, добавить дополнительные измерения сахара. Но когда происходит что-то неожиданное, у них начинаются проблемы. В то же время другие пациенты говорят мне, что обходятся без измерений, за исключением одного-двух контрольных дней, и они никогда не сообщают о гипах. Они каким-то образом предчувствуют их.

Медсестра полагает, что людям, которые «каким-то образом предчувствуют», лучше, потому что они могут вести более гибкий образ жизни. Например, они справятся с неожиданной гипогликемией, случившейся, если они выбились из привычного распорядка. Она с энтузиазмом описывает свое участие в программах группового обучения самоощущению для людей, у которых оно отсутствует¹². Таким образом, в терапии диабетиков самоощущение не *замалчивается* медициной, а используется как ресурс и применяется повсюду, где возможно¹³.

12. Возможность, дающая наибольшую надежду тем, кто заболел недавно, так как способность *чувствовать* приближающуюся гипогликемию со временем может ухудшиться из-за диабета.
13. Западная медицина во многом зависит от телесного самоощущения пациентов. Чтобы врачи смогли использовать диагностические приборы, пациенты сначала должны ответить на такие вопросы: что вы чувствуете? где у вас болит? в какие моменты? это ноющая или режущая боль? и т. д. Эта зависимость упускается в любой критике медицины, пренебрегающей *самоощущением* пациента. Однако см.: Strauss A. L. et al. Social Organisation of Medical Work. Chicago; L.: University of Chicago Press, 1985; в этой книге уделяется внимание *работе по артикуляции*, в которую пациенты вовлечены наравне с врачами.

Возможно, дуализм объективного знания тел снаружи и субъективного знания изнутри существует. Но если, как мы предполагаем, выдвинуть практику на первый план, то отношение между измерением и «внутренним ощущением» гипогликемии более сложное. В некоторых случаях и для некоторых людей плохое самочувствие — достаточный повод к действию. Измерение просто *излишне*. Но в других обстоятельствах внутреннее ощущение и измерение *противопоставлены*, а последнее преподносится как более точное. Потому что плохое самочувствие не обязательно связано с гипогликемией, но может быть результатом падения уровня сахара, например, с 15 до 8 ммоль/л. Следовательно, если вы плохо себя чувствуете, это может быть основанием не для повышения уровня сахара в крови, а для его измерения. А некоторые люди вообще не «чувствуют себя плохо», поэтому им необходимо *всегда* делать измерения, чтобы знать свой уровень сахара. Но с точки зрения этнографа самое интересное отношение между объективностью и субъективностью — это когда измерительный прибор применяется, чтобы *тренировать* внутреннюю чувствительность. На тренингах людей просят сначала предположить свой уровень сахара, а затем измерить его. Задача не в том, чтобы превратить их в профессиональных отгадчиков цифр, а в том, чтобы учить их ставить дела на паузу и почувствовать свое тело изнутри. Это должно склонить их к *практике* самоощущения.

Противодействие, избегание и производство гипогликемии

Но *делать* гипогликемию — это не только вопрос ее *познания* посредством измерения снаружи, чувствования изнутри или комбинации первого и второго. Когда мы спросили у Мириам Т., живущей с диабетом много лет, что такое гипогликемия, она рассказала другую историю:

Если мы, диабетики, ложимся спать с четверкой [уровнем сахара 4 ммоль/л], то хорошо понимаем, что в определенной степени рискуем словить ночью гипу, — это слишком низкий показатель. Он должен быть около шести или семи, иначе происходит вот что: ох, черт, я просыпаюсь посреди ночи, вся дрожу, дрожу, дрожу и потею. Тогда мне надо встать с постели и что-нибудь съесть. Не когда я поступаю правильно, а когда я невнимательна — тогда да, мне приходится вставать.

В этой истории есть числа (четыре, шесть, семь), дрожь, пот. Но еще Мириам Т. говорит о том, как поднимается посреди ночи, недовольная своей беспечностью. Нужно совершить одно критически важное действие — поесть.

И тогда я ругаю себя, иду к холодильнику, беру йогурт, добавляю в него сахар. Иногда сажусь прямо на пол и ем, потому что все, на что я способна в такой момент, это сидеть на холодном полу на кухне и есть свой йогурт с сахаром. Тогда мне постепенно становится лучше.

В повседневной жизни диабетиков гипогликемия — это что-то, о чем они знают, но смысл их взаимодействия с гипогликемией сводится не к сбору знаний, а к тому, чтобы помешать ей. Для Мириам Т. наиболее интересный способ отношения к гипогликемии — не чувствовать и не измерять, а *противодействовать*. Поэтому, когда у нее спрашивают, что такое гипогликемия, она описывает, как встает ночью и ест йогурт с сахаром¹⁴. Некоторые люди *делают* гипогликемию, даже не имея никакого представления о ней. Они стараются избежать ее любой ценой. Медсестра рассказывает:

Еще у нас есть пациент, пожилая женщина, недавно ставшая инсулинозависимой. Она настолько боится гипогликемии, что всякий раз, почувствовав себя нехорошо, сразу же начинает есть. Она ест и ест. И ей не нравится измерять свой уровень сахара, хотя ей может быть плохо не потому, что уровень сахара низкий, а просто потому, что он упал. Он был, скажем, 15, упал до 8, она почувствовала себя плохо и, чтобы избежать гипогликемии, начала есть, пока ее сахар опять не стал 15. А потом она еще и расстраивается, что толстеет.

Полнота не является «клиническим признаком» гипогликемии, но все же может быть частью определенного способа взаимодействия с ней — *избегания*. Медсестры не советуют избегать гипогликемии, обеспечив прием пищи сразу, как только человек почувствует себя плохо. И все же понятно, что есть веские причины для ее избегания. Мириам Т.:

14. Прием пищи, в свою очередь, связан с телом более разнообразно и сложнее, чем предполагает «противодействие гипогликемии». В одном интересном исследовании переплетений еды и памяти показано, что изучение таких повседневных социально-физических действий может пролить свет на множество аспектов жизни: *Sutton D. Remembrance of Repasts: An Anthropology of Food and Memory. Oxford: Berg, 2001.*

В конце концов, инсулин — это смертельный препарат у вас дома. Люди умирают из-за него. Если вколоть слишком много и ничего не съесть, вы умрете.

В соответствии с нынешними терапевтическими практиками диабетики учатся колоть инсулин сами, но колоть умеренно. Они учатся противодействовать гипогликемии или, лучше, полностью предотвращать ее, обходясь приемом пищи не тогда, когда почувствуют себя плохо, а только тогда, когда это действительно необходимо. Измерение и ощущение — лишь небольшая часть всех действий, обязательных для «активных пациентов», и приобретение знания — не цель их действий. Уравновешивая прием пищи, упражнения и уколы инсулина, диабетики стараются избежать гипогликемии и гипергликемии. Они должны поддерживать уровень сахара на *соответствующем целевом уровне*.

За последние несколько десятилетий эти целевые уровни в медицине изменились. Идеальный уровень сахара сегодня ниже, чем раньше, поскольку более низкий сахар позволяет отсрочить начало вторичных осложнений. А они отвратительны: когда люди с диабетом стареют, они с большей вероятностью, чем здоровые, слепнут, страдают от нейропатии или атеросклероза. В клинических исследованиях сравнивали пациентов с традиционной терапией (одна инъекция инсулина в день и один раз в три месяца — контрольное лабораторное измерение среднего уровня сахара) и тех, кто жестко регулировал уровень сахара и удерживал его низким (две небольшие инъекции инсулина и самостоятельное измерение уровня сахара столько раз, сколько потребуется). По результатам исследования у второй группы статистический шанс долгосрочного здоровья оказался выше. Терапевт объясняет:

Двенадцать–пятнадцать лет назад еще можно было провести полноценное клиническое исследование, чтобы выяснить, действительно ли жесткая регуляция улучшает в долгосрочной перспективе состояние пациентов. Но сегодня это уже не этично. Теперь так делать нельзя. Было собрано достаточно свидетельств, хотя, на мой взгляд, не все проведенные исследования придерживались хороших программ терапии.

Нынешняя политика терапии сводится к жесткому регулированию всюду, где только возможно. Статистически это положительно влияет на долгосрочное состояние здоровья пациентов, но есть недостаток: случаи гипогликемии учащаются. Если целевые показатели занижены, неудивительно, что частота *слиши-*

ком низких уровней сахара возрастает. Таким образом, хотя индивидов учат избегать гипогликемии и противодействовать ей как можно быстрее, недавние клинические испытания — и стандарты, которые они за собой повлекли, — активно *производят* гипогликемию. Это, конечно, не планировалось, но стало негативной стороной компромисса по отсрочке долгосрочных осложнений. Выходит, медицинская практика далеко не в первую очередь заинтересована в *знании* гипогликемии. На приемах в клиниках специалисты стараются улучшать способность своих пациентов избегать и противодействовать гипогликемии несмотря на то, что внедрение передовых терапевтических программ в качестве *побочного эффекта* приводит к учащению «гипогликемических инцидентов».

Инкорпорирование и эскорпорирование

Мы спросили «что *есть* гипогликемия» и обнаружили, чем она может быть: ее *измеряют* как уровень сахара ниже 3,5 ммоль/л; ее *ощущают* как потение, дрожь или общее чувство дискомфорта; ей *противодействуют* как тому, что реагирует на употребление сахара; ее *избегают* из страха комы или, хуже, смерти; в то же время ее *производят* как негативную сторону компромисса ради отсрочки осложнений. Делаемая всеми этими способами гипогликемия и есть все эти вещи¹⁵. Но что они значат для *тела*? Ответа два. Во-первых, когда они осуществляют гипогликемию, тела *делают* много всего: они *действуют*. Во-вторых, когда гипогликемию измеряют, чувствуют, противодействуют ей, избегают ее и производят, тело тоже *осуществляется*. Но нет: все еще сложнее, потому что «действовать» и «быть осуществляемым» сочетаются. Поэтому мы можем спросить: что делается из тела, когда оно действует? Этим вопросом мы и займемся.

Исучающие трупы патологоанатомы или врачи, пользующиеся инструментами, чтобы заглянуть под кожу живого пациента, в первую очередь заняты наблюдением. Во всяком случае именно так Фуко описывал «клинический взгляд», с начала XIX века господствующий медицинский способ познания. Тело врача активно в работе взгляда, но лишь отчасти. В первую очередь именно

15. Для дальнейшего исследования разнообразия объектов медицины, появляющихся из выведения на первый план практик, на примере атеросклероза, см.: Mol A. The Body Multiple: Ontology in Medical Practice. Durham, NC; L.: Duke University Press, 2002.

глаза прodelывают работу взгляда. Технологии, позволяющие терапевту «видеть сквозь» кожу живых тел, могут также относиться к ушам, к способности наблюдателя осязать и даже к обонянию — пусть доминирующая метафора познания и остается визуальной¹⁶. Когда Салливан и другие просят нас с уважением относиться к самоощущению пациента, они подчеркивают значимость другой чувственной способности — *ощущения* степени физического здоровья изнутри. Таким образом, познание тел включает все чувства¹⁷. А знание-на-практике включает еще больше тела, например руки, которые должны действовать и не должны трястись слишком сильно. Другие способы осуществления гипогликемии зависят не только от рук, но от кусающего рта, переваривающего желудка и углеводного метаболизма каждой клетки. В осуществление гипогликемии включается все тело. Но *это тело* — не четко определенное целое: оно не замкнуто, но обладает полупроницаемыми границами.

Начнем с измерения. Оно определенно зависит от глаз, читающих с экрана измерительного прибора. Но еще до глаз деятельными становятся руки. Они укалывают, их укалывают. Следует целиться хорошо, но не в самый кончик пальца, а сбоку: если случится так, что позднее вы ослепнете, кончики пальцев понадобятся вам для осязания. Одна рука выдавливает каплю крови из другой. Затем руки вставляют полоску с каплей крови в измерительный прибор. Пока все идет хорошо. Медсестра:

Иногда я не понимаю индустрию. Вот попробуйте: вы сможете открыть крышку этого флакона? У меня получается с трудом. А многим диабетикам с возрастом все сложнее действовать руками. У пожилых руки трясутся слишком сильно, чтобы вставить полоску в слот прибора. Вот посмотрите сами — это невозможно! Еще есть приборы с настолько маленькими экранами, что числа едва различимы, тем более для тех, у кого плохое зрение. А с другой стороны, большой и прочный прибор, который

16. Все практики знания и познания зависят от деятельного познающего тела, даже если много усилий было потрачено на исключение тела из некоторых практик, в особенности из тех, что зовутся наукой. Об этой истории и постоянной и разнообразной значимости познающих тел см.: Science Incarnate: Historical Embodiments of Natural Knowledge / C. Lawrence, S. Shapin (eds). Chicago; L.: Chicago University Press, 1998.
17. Как включает и другое познание, в том числе этнография. О последней см.: Stoller P. The Taste of Ethnographic Things: the Senses in Anthropology. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1989.

мог бы использовать каждый, не понравится молодежи. Они хотят что-то, что можно носить везде, что-то маленькое. С хорошим дизайном, чтобы не стыдно было показать.

Руки задействованы в измерении гипогликемии, но они не действуют одни — они взаимодействуют с механизмами. Успешность этого взаимодействия зависит от того, насколько руки и приборы адаптированы друг для друга и адаптируемы. Некоторые вещи можно сделать только при условии, что тело подготовлено и научено их делать, а другие вещи не удаются, если прибор не приспособлен к телу, которому должен служить. Приборы становятся инструментами, только если тело может управлять ими и инкорпорировать их в свои действия¹⁸. Так что измерение зависит скорее от открытого, чем замкнутого тела. Деятельное измеряющее тело сливается с измеряющими приборами. А что насчет тела, которое чувствует? Вот что сказала Мириам Т. в разгар интервью:

Так, прошу прощения, мне надо сходить на кухню съесть яблоко или что-то такое.

Мириам Т. чувствует приближающуюся гипогликемию и идет за яблоком или чем-то еще, чтобы противодействовать ей. Она не измеряет уровень сахара в крови: ей не нравится прокалывать палец, и она избегает этого всегда, когда может¹⁹. Но и ее ощущение происходит не из изолированного и четко ограниченного тела, оно включает намного больше:

Ну, я знаю свое тело довольно хорошо, и я знаю, что если бы уколола палец и померила сахар сейчас, то он точно оказался бы низким, потому что я, скажем так, чувствую, что мне надо съесть

18. В продолжение этой темы было бы интересно проанализировать медицинскую технологию с помощью теоретического репертуара, развитого в антропологии для исследования *материальной культуры*. См., напр.: African Material Culture / M. J. Arnoldi et al. (eds). Bloomington: Indiana University Press, 1996.

19. Вопрос о количестве боли, вызываемой измерением, интересен сам по себе. Некоторые из информантов сообщали, что *им* не больно при измерении. Один сказал, что ему не было больно, потому что он не возражал против такого количества измерений. По его словам, у него осталось впечатление, что боль тем больше, чем больше отвращение к процедуре. Впрочем, не чувствовать боль — нехороший симптом: он может свидетельствовать, что началась нейропатия и ухудшается чувствительность.

что-то еще, так как я впрыснула слишком много. У нас на ужин было чили с бобами, а значит, с кучей углеводов, и в таких случаях я обычно вкалываю на две-три единицы больше, чтобы уровень не поднимался слишком высоко. Но в этот раз я немного поработала в саду, так что мне бы надо съесть что-нибудь еще, иначе будет нехорошо. Но сейчас нам принесут немного орешков, их-то я и поем.

При оценке своего состояния как состояния с «низким уровнем сахара» Мириам Т. привлекает углеводные таблицы и свой опыт обращения с измерительными приборами; чили, которое она ела; введенные единицы инсулина; свое садоводство; даже перспективу орехов. Она инкорпорирует все, что окружает ее. У обладающего самоощущением тела полупроницаемые границы. Однако не только то, что снаружи тела, оказывается внутри, — есть движение и в обратном направлении. Часть деятельности тела проходит за поверхностью кожи. В частности, муж Мириам Т., Джозеф, очень хорошо определяет гипогликемию у Мириам Т.

Тогда он смотрит на меня и говорит: «Тебе не кажется, что стоит что-нибудь съесть?» Или он даже не смотрит, а понимает по тому, как я себя веду. Я становлюсь особым образом раздражительной или недружелюбной. Тогда он знает, в каком я состоянии и что со мной происходит. И обычно он прав.

Позже Джозеф зашел в комнату и с некоторой гордостью признал, что часто чувствует, когда Мириам Т. становится нехорошо. Более того, он сказал не о том, что *видит* это, а что *чувствует* это. Таким образом, практическое тело не только может инкорпорировать часть окружения, оно может также, если угодно, эскорпорировать некоторые из своих действий. Сама деятельность внутреннего чувства может протекать вне тела.

Физическая деятельность требуется для измерения и ощущения, а также для противодействия гипогликемии. Чтобы что-то сделать с ощущением «низкого» состояния, Мириам Т. должна откусывать, жевать и глотать. Она должна сделать это для себя, за нее это никто не сможет сделать. Но она не может делать это исключительно своими силами. Ей нужно яблоко или что-то другое, чтобы его съесть. Если люди противодействуют гипогликемии физически, среда вокруг них должна быть подготовлена к деятельности. Мириам Т.:

Я никогда не уйду из дома без еды в сумке. Никогда. Без инсулина в сумке, без декстрозы в сумке — никогда. Что бы ни случилось, моя сумка всегда со мной. Потому что, если я окажусь где-то, где мне надо будет перекусить, я не могу допустить, чтобы у меня ничего с собой не оказалось.

Мириам берет еду, куда бы она ни шла, и аккуратно окружает себя декстрозой и печеньем. Они в бардачке ее машины, в корзине на велосипеде, в спальне наверху.

Это стало привычкой, частью меня. Это — я.

Можно сформулировать это так: вдобавок к вашему телу должна быть готова к деятельности и ваша окружающая среда. Но мы можем вслед за Мириам Т. предположить: хорошо подготовленное окружение становится частью деятельной самости, я, которое таким образом оказывается гораздо больше, чем тело.

Осуществляя гипогликемию, тела действуют. Но эти активные тела неизолированы. Напротив, их границы расплывчаты. Они взаимодействуют и порой частично сливаются с окружением. Это даже еще очевиднее, когда об измерении и ощущении забывают, а действие приходит слишком поздно. Дело в том, что, если гипогликемия становится тяжелой, тело начинает терять способность нормально и самостоятельно действовать. С низким уровнем сахара человек начинает вести себя странно, агрессивно, будто пьяный. Мириам Т. предупредила своих коллег:

Так что я сказала им: если буду в таком состоянии, выведите меня из основного зала магазина на склад или в офис, куда угодно, хоть в туалет, неважно, но мне будет стыдно пережить сильную гипу в магазине.

Тяжелая гипогликемия приводит к серьезной недееспособности. Сначала тело начинает подводить, с ним становится трудно, потом оно может впасть в кому. В коме невозможно пить или есть, даже если сахар доступен. Вместо него требуется инъекция глюкагона — гормона, высвобождающего депонированный в теле сахар в кровеносную систему. Тело в коме еще реагирует на глюкагон, но сделать инъекцию должен кто-то другой. Джозеф и несколько коллег Мириам Т. из супермаркета научились это делать. Это они должны противодействовать ее гипогликемии, если ее руки и рот уже не действуют. Снова, как и в случаях измерения

и ощущения, границы практического тела частично проницаемы. Активное тело инкорпорирует части и детали мира вокруг себя, при этом его деятельность может быть перенесена за его пределы, экскорпорироваться.

Настойчивое выведение на первый план практики меняет наше понимание тела, тела-в-действии. Наблюдающие глаза важны (они должны прочесть цифры на экране прибора), но их дополняют манипулирующие руки (которые колют, выдавливают кровь или подносят сахар ко рту). Внутреннее ощущение тоже важно, но еда и питье оказываются даже еще более важными для выживания. Действительно, парадигмальная активность тела-в-действии — не наблюдение, а метаболизм. Это предположение хорошо согласуется с нашим предыдущим тезисом о полупроницаемости границ деятельного тела. У наблюдающего тела их нет: оно видит то, что снаружи, и ощущает то, что внутри. Наши глаза смотрят вокруг, а один из ключевых этапов обретения самоощущения — способность различать себя и другого, того, кто изнутри и кем вы являетесь, и того, что снаружи и чем вы не являетесь²⁰. Однако для метаболического тела понятия «внутри» и «снаружи» не так уж устойчивы. Впрочем, метаболизм основан на еде, питье и дыхании; на испражнении, мочеиспускании и потении. Для метаболического тела инкорпорация и экскорпорация существенны.

Не/связности

Тело активно вовлечено в осуществление гипогликемии, а гипогликемия (ее угроза), в свою очередь, помогает осуществлять тело — весьма специфическим образом. Есть много способов осуществления тел²¹. К примеру, жизнь с астмой, как и практика йоги, заставляет людей чутко воспринимать вдыхаемый воздух²². Люди, потерявшие в какой-то момент жизни зрение, дают захватыва-

20. Экспериментальное исследование того, как в раннем детстве в телесном восприятии учреждается различие между самостью и другим, см. в: *Butterworth G. An Ecological Perspective on the Origins of Self// The Body and the Self* / J. L. Bermúdez et al. (eds). Cambridge, MA: MIT Press, 1995.

21. Иначе это можно назвать «исполнением (*performing*) тел». Защиту «перформативного поворота» в языке философии и множество способов *делать* различия между полами см. в: *Butler J. Bodies that Matter: On the Discursive Limits of "Sex"*. N.Y.; L.: Routledge, 1993.

22. Об астме см.: *Willems D. Inhaling Drugs and Making Worlds: a Proliferation of Lungs and Astmas// Differences in Medicine. Unravelling Practices, Techniques and Bodies* / M. Berg, A. Mol (eds). Durham, NC; L.: Duke University Press, 1998.

ющие описания непроницаемого, полного препятствий пространства, в котором им пришлось поселиться²³. Транссексуальность сопровождается ошеломительным чувством жизни в сексуализированном теле с гениталиями — или неуместными, или желанными²⁴. В спортзале могут создаваться сильные мышцы или может появляться чувство собственной неполноценности. Пытающиеся сбросить вес переселяются в метаболическую реальность, где еда состоит из калорий, а физические нагрузки — это способ от них избавиться. Что касается повседневной реальности жизни с диабетом, то в ней тело тоже осуществляется как метаболическая система, но пища здесь оценивается посредством подсчета углеводов, а упражнения становятся способом снизить сахар. Первостепенен краткосрочный баланс сахара, а не долгосрочное накопление жира в теле.

В метаболической системе, релевантной жизни с диабетом, многие вещи связаны друг с другом: пища, инсулин, физические нагрузки, уровень сахара в крови. Уровень сахара, в свою очередь, имеет еще больше физических связей, поскольку со временем высокий уровень приводит к атеросклеротической артериальной обструкции, ухудшению зрения и потере чувствительности из-за дегенерации нейронов. Тело многообразно сцеплено с диабетом, с которым оно живет. И все же оно *не связное целое*. Скорее, это набор напряжений. Например, существует напряжение между интересами разных органов тела. Жесткое регулирование сахара полезно для артерий, глаз и нейронов, но, поскольку оно увеличивает риск гипогликемии, вредно для мозга. Терапевт заявляет:

Позвольте я скажу, это беспокоит меня, действительно беспокоит. После публикации этих исследований жесткая регуляция стала слишком популярной. Мои младшие коллеги идут на нее только так, даже не задумываясь, готовы ли к ней люди, смогут ли они сохранять низкий сахар, не скатываясь слишком часто в гипы. Конечно, ведь она описана в литературе, она «научно обоснована»! Чем меньше опыта у врачей, тем больше они любят «научную обоснованность». Но мы стали расспрашивать пациентов более систематически о случаях гипогликемии, просили вести дневники и тому подобное, и цифры, которые они

23. См., напр.: Gollidge R. G. On Reassembling One's Life: Overcoming Disability in the Academic Environment // Environment and Planning D: Society and Space. 1997. Vol. 15. № 4. P. 391–409.

24. Исследование сексуализированного тела на примере транссексуальности см. в: Hirschauer S. Die soziale Konstruktion der Transsexualität: über die Medizin und den Geschlechtswechsel. Fr.a.M.: Suhrkamp, 1993.

сообщили, шокируют — они гораздо выше наших предположений. Я поработал с литературой, потому что со временем, конечно, появляется все больше исследований гипогликемии, и одно за другим они свидетельствуют о том, что гипогликемии повреждают мозг. Только пока никто не знает, насколько сильно повреждают.

Для *тела* как целого жесткая регуляция ни хороша, ни плоха. Она полезна для некоторых частей *тела* и вредна для других. Поэтому и в теле, и в повседневной жизни людей есть напряжения. Какой вариант наименее плох? Допустить высокий уровень сахара и рискнуть получить спустя двадцать лет атеросклероз, слепоту или нейропатию? Или удерживать его пониженным, но идти на риск гипогликемии, что напрямую означает: из-за возможности комы опасно водить автомобиль или нести на руках ребенка? Какой жизнью жить и с каким телом? Сбивающимся со счета, с трясущимися руками, но сохранившим чувствительность? Или с забитыми артериями, ослепшим, не осязающим, но хотя бы в здравом уме? Перед таким выбором поставлены диабетики²⁵.

Однако же нет — разговор о вариантах вводит в заблуждение. Был бы выбор — было бы очевидно, в пользу чего выбирать: идеально сбалансированное сочетание. Жесткую регуляцию, низкий уровень сахара и быстрое отслеживание и противодействие гипогликемиям. Но этот идеал невозможно поддерживать. Он зависит от возможности узнать свой уровень сахара, рассчитать питание, следить за расходуемой при нагрузках энергией — беспрестанно, секунда за секундой, никогда не останавливаясь. Но есть еще кое-что. Самая мучительная особенность попыток сохранять стабильный уровень сахара состоит в том, что как бы вы ни старались, у вас все равно может не получиться. Иногда уровень сахара просто-напросто непредсказуем. Мириам Т.:

Никогда не знаешь, что послужило причиной. С эмоциями обычно непросто справиться, даже очень. На них тратится энергия, один момент — и пожалуйста, немного смеха или плача — вот и низкий сахар. А с другой стороны, они могут привести к выбросу запасенного сахара. Тогда, делая измерение, я ду-

25. Дальнейшее исследование сосуществования в медицине различных норм см. в: *Mol A. Lived Reality and the Multiplicity of Norms: a Critical Tribute to George Canguilhem // Economy and Society*. 1998. Vol. 27. P. 274–284.

маю: я ничего не ела несколько часов. Так почему у меня тринадцать? *Тринадцать!*

Баланс сахара — часть системы метаболизма. Термин предполагает замкнутую цепь, но некоторых переменных всегда не хватает: они либо непредсказуемы, либо неизвестны. Это означает, что за обязательным постоянным контролем таится неожиданная неудача. *И вы никогда не поймете, почему это произошло.* То же верно в отношении долгосрочных осложнений. Цель поддержания низкого сахара — предотвращение вторичных осложнений. Но даже те, кто следует строгому режиму, могут стать их жертвами. *Терапевт:*

Они говорят мне: «Доктор, я видел человека в комнате ожидания, у него ампутирована нога. Это страшно, чертовски страшно. Пообещайте мне, пожалуйста, что если я буду правильно себя контролировать, если я буду держать сахар ниже десяти, то мне не ампутируют ногу». Таких уверений они и просят. Но я не могу ничего обещать. Хотел бы, но не могу.

Статистически корреляции ясны: жестко регулируемый баланс сахара в крови приводит к меньшему числу осложнений позднее, чем более высокий и скачущий уровень сахара. Но то, что происходит с индивидами, непредсказуемо. Глаза либо слепнут, либо нет. Развитие нейропатии может быть либо задержано, либо нет. Атеросклероз может либо развиться быстро, либо нет — и если он разовьется быстро, состояние артерий в ноге может ухудшиться настолько, что унять боль, предотвратить гангрену и смерть можно будет только ампутацией. Итак, это второе напряжение, терзающее тело с диабетом, — напряжение между контролем и своеобразием. Сколько бы измерений вы ни делали, ваш уровень сахара все равно будет вести себя как попало. Сколь бы успешно жизнь ни контролировалась, она все равно будет преподносить огорчительные сюрпризы. Современная терапия диабета требует от пациентов постоянно учитывать все, что касается их тел, даже если в процессе оказывается, что за этими телами нельзя уследить.

Третье напряжение связано с тем, как разнообразные нужды и устремления должны удерживаться в единстве и воплощаться в теле, можно сказать, «в едином теле». К телу-с-диабетом прилагается набор напряжений, но люди с диабетом — не только «люди с диабетом». У них может быть астма, они могут заниматься йогой,

быть слепыми или транссексуалами, посещать спортзал, пытаться сбросить вес. Они могут работать в дорожной службе, в совете директоров или с классом детей. Они могут влюбиться или разлюбить, испытывать депрессию или болеть гриппом, ездить в отпуск, работать в саду, ходить в магазин или сдавать экзамены. Особенности других способов, которыми люди проживают свои тела, должны как-то сочетаться с особенностями жизни с диабетом. Сесилия Х.:

Я была по-настоящему спортивной. Обожала бегать, плавать, кататься на велосипеде, играла в теннис, волейбол и много чего еще. Так что именно из-за этого я и переживала больше всего, когда услышала свой диагноз: что мне придется отказаться от этой части себя. И сначала я действительно чувствовала себя настолько несчастной, что, казалось, до конца своих дней буду слабой, как тростинка. Но потом мало-помалу я отвоевала это, вернула себе спорт, на самом деле даже довольно много. Я просто хотела этого. Очень сильно хотела. И я это сделала. Но это было не просто, и до сих пор так. Дело вот в чем: можно получить гипу, когда мышцы потребляют очень много энергии, но необязательно сразу. Она может прийти спустя часы. Скажем, если вы побегали после полудня, то рискуете получить гипогликемию ночью.

Присутствует напряжение между телом спортивного человека и телом человека с диабетом. Вспышки энергии первого не очень хорошо сосуществуют с неустойчивым энергетическим балансом второго. Это сложное напряжение. Некоторые успешно справляются с непрерывной задачей жонглирования им и живут с этим напряжением долгое время. Тем, у кого не выходит, приходится отказаться от «части себя». Если справляться с ночными гипами слишком тяжело, они могут отказаться от спорта. Но если продолжают заниматься и проверять свой предел, однажды они могут просто перейти черту и умереть²⁶. Это значит, что за допущением, согласно которому мы *имеем* связанное тело или что мы *являемся* целым, скрывается много работы. Это работа, которую

26. В самом деле, одна из терапевтов, которых мы интервьюировали и наблюдали, описала своего пациента, который не желал отказываться от дайвинга — спорта по-настоящему опасного для диабетика, потому что, если во время погружения начнется гипа, никто не поможет. Для некоторых людей жизнь на грани чересчур желанна, чтобы отказываться от нее. О комбинации рискованного спорта и недугов см.: Moser I. Living After Traffic Accidents: On the Ordering of Disabled Bodies. PhD thesis. University of Oslo, 2003.

кто-то должен *делать*. Вы не обладаете и не являетесь телом, которое неким естественным образом, само собой сохраняет единство. Сохранять себя *целым* — одна из задач жизни. Это не данность, а то, что должно быть достигнуто практически как в пределах кожного покрова, так и вне его.

Что из этого следует

В западной теоретической традиции «тело» обычно приводят как пример того, что значит быть *целым*. «Органическое целое» может даже звучать как тавтология²⁷. Это соответствует представлению о теле как о чем-то, чем мы *обладаем* и что мы *есть*. Тело-которым-мы-обладаем ожидает взгляда наблюдателя на диагностическом столе, оставаясь в его границах. Оно пассивно пребывает в пределах своего кожного покрова. Задача наблюдателя — понять, как оно удерживает единство: систематическая связность тела-которым-мы-обладаем никогда не подвергалась сомнению. Но и тело-которое-мы-есть тоже целое или должно быть таковым. У людей, чьи образы тела бессвязны, не чувствующих свои тела едиными, диагностируют девиации. Современная медицина со своим множеством специализаций широко критикуется за неспособность учесть нашу целостность. Если человек *есть* целое, говорят критики, почему к нему не относятся соответствующе?

Однако если мы настойчиво выдвигаем на передний план практики взаимодействия с реальностью, то «органическая целостность» тела перестает быть самоочевидной. Это не значит, что тело, которое мы *делаем*, фрагментарно и противоположно целому. Если бы нам пришлось *делать* свои тела способами, которые бы их фрагментировали, мы бы быстро умерли. Тело, которое мы *делаем*, ни целое, ни фрагментированное. Скорее, у него сложная конфигурация²⁸. Вокруг тела-которое-мы-делаем есть грани-

27. В своей великой атаке на то, как западная мысль пытается забыть о «теле», Джордж Лакофф и Марк Джонсон изучили множество связанных с телом метафор, среди которых была и «органическая целостность». Но хотя они помещают тело в философию, так долго стремившуюся исключить его, это все равно тело, которым человек *обладает* и которое он *есть*. Его «тело» остается объектом наблюдения — это не тело, которое мы *делаем*, не тело обмена веществ. См.: *Lakoff G., Johnson M. Philosophy in the Flesh: The Embodied Mind and its Challenge to Western Thought*. N.Y.: Basic Books, 1999.

28. О многообразии исследований этой сложности см. материалы сборника: *Complexities: Social Studies of Knowledge Practices* / J. Law, A. Mol (eds). Durham, NC: Duke University Press, 2002.

цы: это Мириам Т., которая дрожит ночью из-за гипы, а не ее муж Джозеф. Но эти границы полупроницаемы: Джозеф может чувствовать гипогликемию Мириам Т. за нее, а сладкий йогурт, который она ест, останавливает ее гипогликемию. До тех пор пока оно не распадается, тело-которое-мы-делаем сохраняет единство. И все же оно полно напряжений. Напряжения между интересами разных органов. Напряжения между контролем и непредсказуемостью. Напряжения между трудностями, требованиями диабета и другими желаниями и потребностями. В ежедневной практике *делания* тел таких напряжений не избежать. Нравится это или нет, с ними просто нужно справляться.

Тело-которое-мы-делаем не *есть* целое. Сохранять единство — одна из задач жизни. Из этого следует, чего именно следует просить или ожидать от медицины. Салливан предполагал, что медицина должна добавить самоощущение пациентов к результатам работы своего патологического взгляда. Мы предлагаем другое: вместо того добавления нового слоя знания медицине следует изменить свое самопонимание. Медицина должна последовательно признать, что она предлагает не познание отдельных тел, а набор диагностических и терапевтических вмешательств в живые тела, а значит, в повседневную жизнь людей. Даже патологический взгляд — не просто *взгляд*, он включает в себя манипуляцию. Медицинская деятельность всегда касается и того, что под кожей, и того, что вне ее. Но раз все медицинские действия, даже если они, как кажется, затрагивают только тела, являются вмешательствами в жизни, то они должны восприниматься соответственно. Рефлексивного внимания заслуживает не только их *эффективность* в улучшении одного-двух параметров, но и широкий круг их *эффектов*²⁹. Не все из этих эффектов — к лучшему. Артикулируя то, *как* она действует, и учитывая эффекты своих действий, медицина сможет встать лицом к лицу с собственной трагической чертой: медицинские вмешательства едва ли приводят к чистому улучшению вдобавок к нескольким неудачным «побочным эффектам», вместо этого они привносят меняющийся набор напряжений.

29. Из этого следует, что клинической эпидемиологии уже недостаточно для оценки медицинских вмешательств. Пример, показывающий, как изучение деталей клинических вмешательств и их разнообразных последствий может помочь не только оценить, но усовершенствовать клинику, см. в: *Lettinga A., Mol A. Clinical Specificity and the Non-Generalities of Science. On Innovation Strategies for Neurological Physical Therapy // Theoretical Medicine and Bioethics. 1999. Vol. 20. P. 517–535.*

Если мы говорим так, то может показаться, будто мы предлагаем медицинской рефлексии сделать этнографический поворот. Так и есть³⁰. Любопытно, но этнографические методы, выводящие на первый план практики и сводящие несопоставимые сущности в единую историю, не новы для медицины. В разделе *средств и методов* исследовательских статей скрупулезно эксплицированы всевозможные практические аспекты (материальная среда обсуждаемого медицинского вмешательства, задействованные технологии, характеристики пациента и т. д.). О них принято забывать только в заключении. Послушайте *клиническое интервью*. Врач спрашивает: «Как вы себя чувствуете?» или «Что я могу для вас сделать?». При этом он ожидает, что пациент расскажет о событиях своей ежедневной жизни, в которых сосуществуют и вмешиваются друг в друга самые разные сущности (бобы, кровь, соседи по столу, машины, иглы, сахар). Наконец, хороший *анамнез* рассказывает о ситуации пациента языком, перемещающимся от уровня сахара к карьерным амбициям, дозам инсулина, любовной жизни, пережитым операциям, потреблению насыщенных жиров, характеру — и при необходимости обратно. Почему бы не рассказывать истории о медицине так же?

В современной медицине преобладает рефлексия эпидемиологического характера. Эпидемиология тоже сводит несопоставимые сущности, но ее метод *учета* изолирует каждую так называемую переменную от прочих и неспособен артикулировать связи и напряжения между ними. Этнографический *рассказ* в данном случае оказывается более перспективным методом: он создает яркие истории живых тел, в которых медицина выступает как часть повседневной жизни. Но гладкие нарративы, которые стремятся привнести связность, бьют мимо цели. Когда нужно описать трагические аспекты жизни-в-напряжении и вмешательства-во-благо, требуются неровные сюжетные линии. И они должны излагаться разными рассказчиками, чьи голоса могут соединяться и/или сталкиваться друг с другом. Ибо именно здесь снова появляются пациенты — осведомленные, а не просто *ощущающие себя* и в равной степени способные рассказывать истории о ме-

30. Самопонимание, в котором медицина рассматривается как набор техник, осуществляющих тело, помогает и в другом. Например, понять глубокое расхождение (равно как и возможное сосуществование) между медицинскими традициями, такими как западная и китайская. См.: Kuriyama S. The Expressiveness of the Body and the Divergence of Greek and Chinese Medicine. N.Y.: Zone Books, 1999.

дицине и последствиях ее вмешательств³¹. Конечная цель многоголосой формы исследовательского повествования необязательно сводится к тому, чтобы прийти к выводу. Ее сила и в том, как она раскрывает вопросы.

Нет, если медицина больше никогда не забудет о практических аспектах, если будет настойчиво обращаться к *телу-которое-мы-делаем*, это не решит все ее проблемы, не говоря уже о проблемах, мучающих нас, ее пациентов. Но даже если это так, попробовать стоит.

Библиография

- African Material Culture / M. J. Arnoldi, C. Geary, K. Hardin (eds). Bloomington: Indiana University Press, 1996.
- Butler J. Bodies that Matter: on the Discursive Limits of "Sex". N.Y.; L.: Routledge, 1993.
- Butterworth G. An Ecological Perspective on the Origins of Self// The Body and the Self / J. L. Bermúdez, A. Marcel, N. Eilan (eds). Cambridge, MA: MIT Press, 1995. P. 87–105.
- Complexities: Social Studies of Knowledge Practices / J. Law, A. Mol (eds). Durham, NC: Duke University Press, 2002.
- Duden B. The Woman Beneath the Skin: a Doctor's Patients in Eighteenth Century Germany. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1991.
- Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self / T. J. Csordas (ed.). Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- Frank A. The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics. Chicago; L.: University of Chicago Press, 1995.
- Golledge R. G. On Reassembling One's Life: Overcoming Disability in the Academic Environment // Environment and Planning D: Society and Space. 1997. Vol. 15. № 4. P. 391–409.
- Good B. J. Medicine, Rationality and Experience: an Anthropological Perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- Hirschauer S. Die soziale Konstruktion der Transsexualität: über die Medizin und den Geschlechtswechsel. Fr.a.M.: Suhrkamp, 1993.
- Kuriyama S. The Expressiveness of the Body and the Divergence of Greek and Chinese Medicine. N.Y.: Zone Books, 1999.

31. До сих пор это были в основном пациенты, рассказывавшие истории о своих жизнях с медицинскими вмешательствами и недугами. Другие возможные участники были гораздо менее общительны. Можно сказать, мы здесь ратуем за то, чтобы поворот к практике, воплощенный в такой литературе, был взят на вооружение и профессиональной рефлексией. См., напр.: Frank A. The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics. Chicago; L.: University of Chicago Press, 1995; Murphy R. The Body Silent. N.Y.; L.: W. W. Norton, 1990. Интригующее сочетание историй о повседневной жизни и культурального анализа см. в: Stacey J. Teratologies. A Cultural Study of Cancer. L.; N.Y.: Routledge, 1997.

- Lakoff G., Johnson M. *Philosophy in the Flesh: The Embodied Mind and its Challenge to Western Thought*. N.Y.: Basic Books, 1999.
- Latour B., Woolgar S. *Laboratory Life: the Social Construction of Scientific Facts*. L.: Sage, 1979.
- Les Objects dans l'action. De la Maison au Laboratoire / N. Dodier, B. Conein, L. Thévenot (eds). P.: Éditions de l'EHESS, 1993.
- Lettinga A., Mol A. *Clinical Specificity and the Non-Generalities of Science. On Innovation Strategies for Neurological Physical Therapy // Theoretical Medicine and Bioethics*. 1999. Vol. 20. P. 517–535.
- Mol A. *Lived Reality and the Multiplicity of Norms: a Critical Tribute to George Canguilhem // Economy and Society*. 1998. Vol. 27. P. 274–284.
- Mol A. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham, NC; L.: Duke University Press, 2002.
- Mol A., Law J. *Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia // Body & Society*. 2004. Vol. 10. № 2–3. P. 43–62.
- Moser I. *Living After Traffic Accidents: On the Ordering of Disabled Bodies*. PhD thesis. University of Oslo, 2003.
- Murphy R. *The Body Silent*. N.Y.; L.: W. W. Norton, 1990.
- Science Incarnate: Historical Embodiments of Natural Knowledge / C. Lawrence, S. Shapin (eds)*. Chicago; L.: Chicago University Press, 1998.
- Stacey J. *Teratologies. A Cultural Study of Cancer*. L.; N.Y.: Routledge, 1997.
- Stoller P. *The Taste of Ethnographic Things: the Senses in Anthropology*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1989.
- Strauss A. L. et al. *Social Organisation of Medical Work*. Chicago; L.: University of Chicago Press, 1985.
- Sullivan M. *In What Sense Is Contemporary Medicine Dualistic? // Culture, Medicine and Psychiatry*. 1986. Vol. 10. № 4. P. 331–350.
- Sutton D. *Remembrance of Repasts: An Anthropology of Food and Memory*. Oxford: Berg, 2001.
- Toombs S. K. *The Meaning of Illness: a Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*. Dordrecht: Kluwer, 1999.
- Van Haefen T. W. *Acute complicaties — hypoglykemische ontregeling // Diabetes Mellitus / E. van Ballegooie, R. J. Heine (eds)*. Utrecht: Bunge, 1995. P. 142–150.
- Willems D. *Inhaling Drugs and Making Worlds: a Proliferation of Lungs and Asthmas // Differences in Medicine. Unravelling Practices, Techniques and Bodies / M. Berg, A. Mol (eds)*. Durham, NC; L.: Duke University Press, 1998. P. 105–118.
- Витгенштейн Л. *Философские исследования // Витгенштейн Л. Философские работы*. Ч. I. М.: Гнозис, 1994. С. 75–320.
- Латур Б. *Пастер: война и мир микробов, с приложением «Несводимого»*. СПб.: Издательство Европейского университета, 2015.
- Мерло-Понти М. *Феноменология восприятия*. СПб.: Наука, 1999.
- Фуко М. *Рождение клиники*. М.: Смысл, 1998.

EMBODIED ACTION, ENACTED BODIES. THE EXAMPLE OF
HYPOGLYCAEMIA

ANNEMARIE MOL. Professor of Anthropology of the Body, a.mol@uva.nl.
Amsterdam Institute for Social Science Research (AISSR), University of Amsterdam
(UvA), Amsterdam Roeterseilandcampus, B-REC B 8.01 bldg, NieuweAchtergracht
166, 1018 WV Amsterdam, Netherlands.

JOHN LAW. Honorary Professor, j.law1@lancaster.ac.uk.
Centre for Science Studies, Lancaster University (LU), Department of Sociology,
Bowland North, Lancaster University, LA14YN Lancaster, UK.

Keywords: ethnography; modern medicine; body; body practices; diabetes; hypoglycaemia; self-awareness.

The authors of the paper reinvent the notion of the body. The authors propose a shift from substantial conceptions of the body to processual conceptions, i.e. to a body we do. Through what practices are bodies enacted? The article refers to hypoglycemia, low blood sugar level. In the case of a diabetic, knowledge of hypoglycemia is not restricted to a condition of blood, as he or she immersed in practices by which hypoglycemia is done: a diabetic a) registers hypoglycemia through self-awareness; b) counters it by taking carbohydrates; c) avoids it by maintaining a target sugar level; d) produces it if the recommended target sugar level turns out too low (to counter hyperglycemia). These practices take place in the patient's body as well as outside of it.

Hypoglycemia includes not only self-awareness, but also carb charts, a glucometer, dextrose and witnesses who notice hypoglycemia first. The body-we-do has semi-permeable boundaries, as some processes are incorporated, others excorporated. A body is a whole, but not a coherent whole, rather a range of tensions between processes: interests of different organs (low sugar is healthy, but one risks hypoglycemia, which causes brain damage); sugar level regulation and unpredictable jumps; the wish to live a full life. The aim of the body-we-do is to find a balance between tensions. The aim of medicine is to see a patient not as a passive but as an active body made through numerous practices. Then medical invasion will cease to be considered an invasion into bodily tissues, intervening in one parameter, and will become clearly what it always was — an intervention into human life, not always yielding improvement.

DOI: 10.22394/0869-5377-2017-1-233-259

References

- African Material Culture* (eds M. J. Arnoldi, C. Geary, K. Hardin), Bloomington, Indiana University Press, 1996.
- Butler J. *Bodies that Matter: on the Discursive Limits of "Sex"*, New York, London, Routledge, 1993.
- Butterworth G. An Ecological Perspective on the Origins of Self. *The Body and the Self* (eds J. L. Bermúdez, A. Marcel, N. Eilan), Cambridge, MA, MIT Press, 1995, pp. 87–105.
- Complexities: Social Studies of Knowledge Practices* (eds J. Law, A. Mol), Durham, NC, Duke University Press, 2002.
- Duden B. *The Woman Beneath the Skin: a Doctor's Patients in Eighteenth Century Germany*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1991.

- Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self* (ed. T. J. Csordas), Cambridge, Cambridge University Press, 1994.
- Foucault M. *Rozhdenie kliniki* [Naissance de la clinique], Moscow, Smysl, 1998.
- Frank A. *The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics*, Chicago, London, University of Chicago Press, 1995.
- Golledge R. G. On Reassembling One's Life: Overcoming Disability in the Academic Environment. *Environment and Planning D: Society and Space*, 1997, vol. 15, no. 4, pp. 391–409.
- Good B. J. *Medicine, Rationality and Experience: an Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994.
- Hirschauer S. *Die soziale Konstruktion der Transsexualität: über die Medizin und den Geschlechtswechsel*, Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1993.
- Kuriyama S. *The Expressiveness of the Body and the Divergence of Greek and Chinese Medicine*, New York, Zone Books, 1999.
- Lakoff G., Johnson M. *Philosophy in the Flesh: The Embodied Mind and its Challenge to Western Thought*, New York, Basic Books, 1999.
- Latour B. *Paster: voina i mir mikrobov, s prilozheniem "Nesvodimogo"* [Pasteur: Guerre et paix des microbes, suivi de "Irréductions"], Saint Petersburg, Izdatel'stvo Evropeiskogo universiteta, 2015.
- Latour B., Woolgar S. *Laboratory Life: the Social Construction of Scientific Facts*, London, Sage, 1979.
- Les Objects dans l'action. De la Maison au Laboratoire* (eds N. Dodier, B. Conein, L. Thévenot), Paris, Éditions de l'EHESS, 1993.
- Lettinga A., Mol A. Clinical Specificity and the Non-Generalities of Science. On Innovation Strategies for Neurological Physical Therapy. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 1999, vol. 20, pp. 517–535.
- Merleau-Ponty M. *Fenomenologija vospriiatia* [Phénoménologie de la perception], Saint Petersburg, Nauka, 1999.
- Mol A. Lived Reality and the Multiplicity of Norms: a Critical Tribute to George Canguilhem. *Economy and Society*, 1998, vol. 27, pp. 274–284.
- Mol A. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Durham, NC, London, Duke University Press, 2002.
- Mol A., Law J. Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia. *Body & Society*, 2004, vol. 10, no. 2–3, pp. 43–62.
- Moser I. Living After Traffic Accidents: On the Ordering of Disabled Bodies. PhD thesis. University of Oslo, 2003.
- Murphy R. *The Body Silent*, New York, London, W. W. Norton, 1990.
- Science Incarnate: Historical Embodiments of Natural Knowledge* (eds C. Lawrence, S. Shapin), Chicago, London, Chicago University Press, 1998.
- Stacey J. *Teratologies. A Cultural Study of Cancer*, London, New York, Routledge, 1997.
- Stoller P. *The Taste of Ethnographic Things: the Senses in Anthropology*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1989.
- Strauss A. L. et al. *Social Organisation of Medical Work*, Chicago, London, University of Chicago Press, 1985.
- Sullivan M. In What Sense Is Contemporary Medicine Dualistic? *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1986, vol. 10, no. 4, pp. 331–350.
- Sutton D. *Remembrance of Repasts: An Anthropology of Food and Memory*, Oxford, Berg, 2001.
- Toombs S. K. *The Meaning of Illness: a Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*, Dordrecht, Kluwer, 1999.

- Van Haefen T. W. Acute complicaties — hypoglykemische ontregeling. *Diabetes Mellitus* (eds E. van Ballegooie, R. J. Heine), Utrecht, Bunge, 1995, pp. 142–150.
- Willems D. Inhaling Drugs and Making Worlds: a Proliferation of Lungs and Asthmas. *Differences in Medicine. Unravelling Practices, Techniques and Bodies* (eds M. Berg, A. Mol), Durham, NC, London, Duke University Press, 1998, pp. 105–118.
- Wittgenstein L. Filosofskie issledovaniia [Philosophische Untersuchungen]. *Filosofskie raboty. Ch. I* [Philosophical Works. Part I], Moscow, Gnozis, 1994, pp. 75–320.