

Множественное тело

Эта книга рассказывает, как медицина (западная, космополитичная, аллопатическая) работает с телом и телесными заболеваниями. Поднятые здесь вопросы не касаются того, как медицина *знает* свои объекты. Они о том, как медицина приспосабливается, взаимодействует и формирует свои объекты в различных и разнообразных практиках. Иначе говоря, пользуясь техническим термином, эта книга о том, каким образом медицина *приводит в действие* (enacts)¹ объекты, которые ее интересуют и которыми она занимается.

В отличие от многих других книг о медицине и медицинских процессах здесь говорится не о различных точках зрения на тело и телесные заболевания, а о том, как они — заболевания и тело — делаются. Это означает, что в данной книге речь пойдет о сериях различных практик. О таких практиках, в которых сущность (entity) препарируется, окрашивается, исследуется, обсуждается, измеряется, рассчитывается, вырезается, предотвращается ходьбой или не допускается.

О какой сущности речь? Всякий раз она разная. Предпочитая позицию «приведения в действие» позиции «познания», мы сталкиваемся с важным последствием: то, что мы мыслим как единичный

Мол Аннмари — голландский философ и антрополог (Университет Амстердама), автор акторно-сетевых и феминистских исследований тела, технологий и медицины.

Пер. с англ. — И. Напреенко, науч. ред. — В. Вахштайн. Выполнен по «Preface», The Body Multiple, Annemarie Mol, pp. vii-xii. Copyright, 2002, Duke University Press. All rights reserved. Republished by permission of the copyright holder. www.dukeupress.edu

- 1 «Enactment» — одно из центральных понятий онтологического релятивизма Дж. Ло и А. Мол. В зависимости от контекста он переводится как «приведение в действие» или «задействование». Ло определяет его так: «Допущение, согласно которому отношения, а значит — реальности и репрезентации реальностей (в более общем виде: присутствия и отсутствия) бесконечно и неизменно „осуществляются“ в непрерывном процессе производства и воспроизводства. У них нет никакого статуса, положения или реальности в отрыве от этих процессов». А, следовательно, «приведение в действие» не следует трактовать, как включение в цепочку действий чего-то, существовавшего ранее. Для онтологического релятивизма существовать — значит, быть приведенным в действие (enacted). Ближайший синоним — «исполнение» (performance). — Прим. ред.

объект, может оказаться больше, чем одной сущностью. Все примеры, которые рассматриваются в книге, касаются атеросклероза. Но бляшка, удаленная из атеросклеротической артерии, не есть та же сущность, что и проблема, которую обсуждает пациент с врачом. Падение кровяного давления в результате стеноза не то же самое, что изменение полости кровеносного сосуда, которую радиологи фиксируют на рентгеновских снимках.

Таким образом, это шаг в сторону от эпистемологии. Эпистемологию заботит референция: она задается вопросом, насколько точно репрезентация отражает реальность. Но если рассматривать, каким образом объекты задействуются в практиках, важным становится другое. Поскольку существует множество практик приведения сущностей в действие, следует задаться вопросом: как эти практики скоординированы. На практике тело и телесные заболевания — больше, чем один объект, однако это не значит, что они приобрели множественность в результате фрагментации. Такое трудно осмыслить, но именно подобная комплексность исследуется в данной книге. Я попыталась отразить эту проблематику в названии, где существительное в единственном числе согласуется с прилагательным, имеющим значение множественности. Итак, это книга о причудливо скоординированном множестве: о *множественном теле* (*the body multiple*).

233

Текст имеет скорее рефлексивный, чем аргументативный характер. У меня нет причин критиковать или защищать медицину в целом, как если бы она *являлась* чем-то целым. Я не занимаю позицию вне медицины, чтобы иметь возможность судить ее со стороны, но пытаюсь обратиться к нормативности более интимного свойства. Если объекты медицины приводятся в действие различными способами, то одного критерия истинности недостаточно. Нужно задаться вопросом об уместности (*appropriateness*) некоторых задействований множественного тела и телесных заболеваний. Однако в этой работе я не ставлю подобных вопросов. Я не углубляюсь в исследование того, каким образом уместность представленных задействований может оцениваться или оценивается. Вместо этого я пытаюсь участвовать в создании теоретического репертуара, который позволяет думать о подобных проблемах. Я пытаюсь концептуализировать *онтологическую политику*¹ медицины: политику,

1 Онтологическая политика — ключевое понятие в теории Мол (заимствованное у нее Джоном Ло). Ло определяет его так: если реальности существуют не сами по себе, а приводятся в действие, значит, существует множество способов производства миров — эти способы мы и называем онтологическими политиками. — Прим. ред.

занятую вопросом, как фреймируются проблемы, как очерчиваются тела, каким образом жизни подгоняются под ту или иную форму.

Акцент на теоретизирование придает книге философский характер. Однако философия, к которой я обращаюсь, специфична. Она четко указывает на свой локальный источник. По всей книге рассеяны отдельные истории об одном заболевании, которое носит множественный характер, и о том, как его лечат в отдельно взятой больнице или в ее округе. Заболевание — атеросклероз, если точнее, атеросклероз нижних конечностей. Больница — это большое университетское учреждение в голландском городе средних размеров, условно назовем ее «больницей Z». С самого начала четко очертив локацию, я пытаюсь увести философию от универсалистских претензий, которые, будь они у меня, скрывали бы эту самую локальность. Однако идея вовсе не в том, чтобы возвысить локальность над универсализмом. Задача в том, чтобы с максимальной последовательностью проследить, что именно меняется, когда предметы, условия и цели перемещаются с места на место.

234

Медицинская антропология и социология — богатые дисциплины. Поэтому у меня была прочная основа, чтобы построить эмпирическое исследование в философскую работу. Основа столь прочная, что мне удалось вступить в полемику не только с эпистемологией, но и с подходом, который социальные науки применяли в прошлом к исследованиям тела и телесных заболеваний. Долгое время социологи утверждали, что есть нечто *большее*, чем физические явления, которыми занимаются врачи. Они изучали это «большее»: социальную и интерпретативную реальность. Они провели различие между болезнью (disease) и недугом (illness)¹ и сделали второе предметом исследования. Но в последнее время в некоторых исследованиях стал учитываться и медицинский взгляд на болезни. Эта книга относится к работам, которые пытаются сделать следующий шаг. Она о том, что приведение реальности в действие на практике позволяет этнографически исследовать множественное тело

1 Согласно Оксфордскому словарю, «illness» — это состояние нездоровья или недостаточного здоровья тела и духа или же тип заболевания и его продолжительность, а «disease» — это частный случай «illness», состояние нездоровья, вызванное инфекцией или расстройством внутренних органов. Для автора «disease» — это сугубо физический феномен (далее мы переводим как «болезнь» или «заболевание»), а «illness» — болезнь, взятая в своем «нефизическом» измерении. Таким образом, различия между ними аналогичны различиям между «полом» и «гендером». Впрочем, автор протестует против самого разделения «disease/illness», фокусируясь на обеих сторонах этого различия. — Прим. пер.

и его болезни во всей их телесной полноте. Каким образом? Ответу на этот вопрос и посвящены следующие страницы.

Как целое?

Заниматься этнографией/праксиографией *заболевания (disease)* возможно: для этого достаточно поместить в центр внимания практические обстоятельства «делания» болезни. Следуя этому правилу, мы обнаружим, что в разных местах приводятся в действие разные атеросклерозы. Однако это не означает, что больница распадается на идиосинкретические фрагменты. Наоборот, сингулярность объектов, столь часто предполагаемая, оказывается достижением. Это результат работы координации. Относительная редкость противоречий в повседневной практике, где так много объектов выступает под одним именем, также представляется большим достижением. Это результат дистрибуции. Она обеспечивается разделением разошедшихся объектов в случае, если их сближение может привести к излишнему трению (*frictions*). Пока несовместимые атеросклерозы не встретятся, они не могут столкнуться.

Возникает множественное тело, которое не укладывается в евклидово пространство. У тела, как оно описано в учебниках, — единичного (*single*) виртуального тела, на которое проецируются различные виды атеросклероза, — меньшие части образуют большие целостности. Клетка — часть ткани, ткани образуют орган, органы — тело, тела — группы населения, которые выступают частью экосистемы. Точный характер отношений между частями и тем, что их в себя включает, — спорный вопрос. Но какими бы ожесточенными не были дебаты по этому вопросу, все они основаны на общем убеждении: реальность сингулярна.

Друзья и недруги согласны в том, что медицина должна суммировать свои разнообразные открытия и лечить пациента как цельный организм. Более того, по-настоящему хорошая медицина должна принимать во внимание и то, что каждый пациент — часть чего-то большего: семьи (дело может касаться социальной поддержки семьи и биологического сходства ее членов) и группы населения. Круги растут, и каждый следующий круг включает в себя предыдущие.

Но как только на передний план выходят практические обстоятельства приведения реальности в действие, попытки осуществить масштабирование терпят крах. Это можно показать на примере способов репрезентации. В научных журналах изображение хромосомы имеет те же размеры, что и изображение галактики. Теперь возьмем два графика в книге, посвященной атеросклерозу. Один из них отражает соотношение между прилипанием тромбоцитов

к стенкам сосудов и содержанием кальция в тестовой жидкости. На другом графике отображается число людей, умерших от атеросклероза за последние десять лет. Каким образом мы можем понять, какой из представленных объектов *больше*? В графиках могут использоваться одни и те же шрифты, одни и те же типы прямых и кривых линий.

Если начать рассматривать объекты как часть практик, в которых они задействуются, оказывается не так уж просто разместить их размеры в иерархическом порядке. Что больше: «серьезная проблема» пациента, который страдает от неподвижности, потому что при ходьбе у него ноет нога, или лодыжечно-брахиальный индекс 0,7 другого пациента? Что меньше: атероматозная бляшка, удаленная из поверхностной бедренной артерии в операционной, или уровень липопротеинов в крови прооперированного пациента? На эти вопросы невозможно дать ответ. Что больше: снижение потребления холестерина на 10% у 100 взрослых мужчин или успешно проведенное шунтирование на сердце одного взрослого мужчины? Эти объекты не находятся в транзитивных отношениях.

236

В этой главе речь идет о нетранзитивности. На практике медицинская онтология не есть собрание (*assemblage*) объектов, расположенных в порядке возрастания значимости. Не существует «системы фреймов» пациента, способной вместить все остальные фреймы и таким образом сформировать нечто «целое». Конечно, на практике объекты могут быть частью друг друга. Когда задействуется один объект, другой может включаться в него. Однако это не вопрос масштаба, хотя бы потому, что такое включение может быть взаимным. Иногда каждый из двух объектов содержит другой. В транзитивном мире, где масштаб фиксирован и носит иерархический характер, невозможна ситуация, где А включает в себя Б, в то время как Б вмещает А. Однако в мире задействованных объектов, в котором мы живем, такое возможно. Возможно даже, что объекты взаимно включают друг друга и при этом являются несовместимыми.

Рассматриваемые в этой книге А и Б представляют собой варианты атеросклероза. При этом важно помнить, что, когда задействуется атеросклероз, на сцене появляется множество других субъектов и объектов. Они также обретают свою актуальность, форму, свою плотность в деятельности и посредством деятельности, которая определяет, что есть тот или иной вариант атеросклероза. Различные объекты, которые сходятся в одном месте, «делая» друг друга, также зависят друг от друга. Этим обусловлена сложность праксиографического анализа: ни одна сущность не может оставаться нетронутой на протяжении всей истории, не может не меняться, перемещаясь из одного места в другое. Неизменных переменных

не существует. Существуют взаимозависимость и интерференция в тех случаях, где встречаются два или три модуса упорядочивания, два или три способа задействия определенного объекта. Что происходит с объектами, когда практики вступают в отношения интерференции?

Тело вне масштаба

Приводя заболевание в действие, вы также приводите в действие нормы и стандарты. Сущность, которую поражает заболевание, отклоняется от некоей нормальности. О нормальности можно было бы сказать многое. Но здесь меня не волнуют ни нормы, сигнализирующие о том, где начинается отклонение, ни стандарты, которые позволяют измерить улучшение. (Не) транзитивность, о которой я говорю, касается «пораженной сущности». Что является субстратом заболевания? Атеросклероз у *кого-то* или *чего-то*? Давайте разберемся.

Когда ангиографический снимок размещен на световом стенде, те, кто его рассматривают, указывают на поражение того или иного *кровеносного сосуда* с помощью жестов и слов. Состояние различных артерий, видимых на одном снимке, не одинаково. Стеноз одной артерии может составлять 80%, другой — 60%, а третья вовсе не поражена. Начинают обсуждать практики лечения. Кто-то говорит, что небольшой стеноз не требует инвазивной терапии. Но раз катетер все равно будут вводить для лечения серьезного стеноза другой артерии, то почему бы не попытаться решить проблему меньшей важности? В этом случае тот факт, что разные артерии являются частями одного тела, приобретает существенное значение. Однако это не мешает оценивать их по отдельности.

Хотя все стенозы на световом столе задействуются как заболевания конкретной артерии, так происходит не всегда. Когда атеросклероз задействуется как процесс постепенного захвата сосудов, его точная локализация в артерии не имеет особого значения. Постепенный захват — это системное заболевание, которое затрагивает *сосудистую систему*. Это означает, что даже если пациент приходит к врачу с жалобой на боль в ногах, у него также заподозрят закупоривание сердечных сосудов. Между двумя посещениями клиники сосудистой хирургии у пациента с жалобой на боли в ногах может случиться инсульт или возникнуть проблема с кровоснабжением почек.

Когда решается вопрос, следует ли лечить атеросклероз инвазивно, заболевание находится не в артерии и не в кровеносной системе, а где-то еще. В таких обсуждениях «пораженной сущностью» является *пациент*. В больнице Z врачи говорят об этом совершен-

но ясно: «Мы здесь лечим не сосуды, а пациентов». И они гордятся этим. Какие же отношения связывают сосуды и пациентов? Являются ли артерии маленькими, а пациенты большими? Вмещают ли последние в себя первые? Ответ на эти вопросы звучит так: вообще говоря, нет. Состояние пациентов не следует из состояния их сосудов. Состояние пациентов может быть лучше или хуже, чем то, что можно предположить, глядя на ангиограмму артерий. Клинический атеросклероз, медицинская оценка заболевания «пациента» не основывается на том, что показывает ангиографический снимок: она не есть широкий круг, очерченный вокруг снимка. Это самостоятельная реальность.

В повседневной больничной практике артерии и пациентов не связывают транзитивные отношения. Более того, они распределены по различным местам. Пациент разговаривает с врачом в поликлинике, а в это время артерия задействуется в качестве девиантной сущности в отделении радиологии. Или же: пациент сначала говорит, а затем артерии лечат. Таким образом, реальность девиантных артерий находится не *внутри*, а *параллельно* реальности пациента. Отсюда следует, что вторжение в сосудистую систему не является низведением пациентов до уровня сосудов. Здесь имеет место нечто более комплексное. Давайте заглянем в операционную. Пациент находится под действием анестезии. Хирурги режут кожу, связки и мышцы, чтобы добраться до сосудов. Они вскрывают и зашивают артерии. На этом сконцентрировано их внимание. Однако речь вовсе не о редукционистском предпочтении части, которое мешает видеть целое. В действительности в ходе операции хирурги и ассистенты просто концентрируются на одном объекте — артериях, а не на другом — пациенте. При этом они способны быстро переключаться с одного объекта на другой.

Мы в операционной. Я отходила на полчаса выпить кофе. Чувствую себя совершенно опустошенной от вида крови и плоти. От рассечения тканей — аккуратного, но неумолимого. От невероятных объемов подкожного жира, через который приходится продираться. От поиска нужных артерий умелыми руками и внимательными глазами. От запаха, который издают мелкие сосуды, когда их прижигают, чтобы остановить кровотечение. От работы скальпеля. Но теперь уже почти все. Врач-стажер накладывает последние швы. Связки. Кожа. Он следит за работой собственных рук и в то же время говорит с младшим хирургом. Кажется, они обсуждают медсестру, общую знакомую: «А милая она, да? Мне нравится. С ней весело. Я не сразу понимаю, что они говорят о пациенте.

Переключение (switch) с артерий на пациента не может произойти в любой момент операции. В трудные минуты, когда от всех требуется максимальная концентрация внимания, таких переключений не происходит. Однако они часто случаются в спокойные

моменты, как, например, при наложении последних швов. «Позво- нишь его жене?», — может спросить хирург коллегу на этой стадии, тем самым без усилий переходя от физического существа на опера- ционном столе к существу социальному. К человеку, у которого есть жена, и она, вероятно, за него переживает.

Переключения не превращают сосуды в малую часть пациентов, это просто *переключения*. Они превращают операцию из вторжения в одну или несколько артерий — во вторжение в одну или несколь- ко жизней. Они не смещают фокус с деталей внутри на пациента в целом, а просто поворачивают камеру и фокусируют ее на другом объекте. Сцена, в которой главную роль играли артерии, окончена и теперь начинается другая сцена, где главными действующими лицами выступают люди. При этом происходит соответствующее переключение режимов мышления (reasoning) и необходимых навыков. В операционной у хирурга должны быть уверенные ловкие руки. На приеме в поликлинике от него требуется уважи- тельное и внимательное обращение, по крайней мере так учат студентов-медиков.

Врач-стажер: «Что мне нравится в хирургии, так это необходимость выполнять различные задачи. Ты должен общаться с людьми, и мне это нравится. Ни за что бы не отказался от этого. Я не хотел бы стать рен- тгенологом или анестезиологом. Я хочу быть в контакте с пациентами. С людьми. А еще мне нравится точность, технические аспекты хирургиче- ских операций. То, что связано с мастерством».

239

Хирурги могут быть неприятными людьми и допускать ошибки, проводя операции. Они могут быть мастерами своего дела или тер- петь неудачи. Однако все хирурги, хорошие и плохие, научились переключаться между репертуарами. Для случайного этнографа это не так просто. Как и многим сторонним наблюдателям, мне непросто воспринимать реальность плоти, лишенной кожного покрова, кото- рую ты наблюдаешь в операционной. Мне пришлось совершить над собой усилие, чтобы заставить себя задействовать реальность — кровавую реальность, к которой я не привыкла. Не удивительно, что я не сразу поняла: врач-стажер говорил о привлекательности и чув- стве юмора пациентки, которую в тот момент зашивал.

Хирурги, как правило, знают пациентов, которых оперируют, они знакомятся во время консультаций или обхода палат. Однако не от этого зависит искусство переключения с органа на пациента (ведь им владеют даже патологоанатомы, не знакомые с пациента- ми, которым делают вскрытие). Реальность пациента или некото- рая ее версия сохраняется даже тогда, когда лечение провалилось и от пациента остается только труп.

На высоком стальном столе лежит труп. В столе проделаны отвер- стия, чтобы могла стекать жидкость. Врач-стажер делает вскрытие.

Ей помогает лаборант, который при необходимости берется за пилу или откачивает кровь с помощью специальной машинки. Взявшись за ножницы, чтобы разрезать артерию, врач-стажер предупреждает меня: «Вот, послушайте! Слышите? Это ваш атеросклероз». Я слышу хруст. Кальциноз. Мне хочется записать: в ходе вскрытия атеросклероза слышен специфический хруст, свидетельствующий о кальцинозе стенок сосуда. В это время мимо проходит другой патологоанатом. Как дела? Стажер говорит, что у нее все в порядке и просит взглянуть на глаз пациента — тут странная синева. Коллега кивает и снимает ткань, закрывающую лицо человека на столе. Рассматривает глаз, затем возвращает ткань на место.

В секционном зале техническим инструментом для переключения между репертуарами выступает хлопковая ткань белого цвета и размером 50 на 50 сантиметров. Все. Труп с хрустящими артериями не меньше, чем целый пациент. Это не ингредиент, из которого состоят люди (добавь чуточку жизни и — человек готов). Нет, здесь мы имеем дело с двумя существами. Из одного извлекают, чтобы разрезать, органы. Другое существо наделяется человеческим достоинством и с ним обращаются уважительно. Его даже защищают от зрелища собственного вскрытия. Его личность, заключенная в лице, находится вне постоянного поля зрения патологоанатома.

Лаборант секционного зала счастлив рассказать мне о своей скрытой от глаз работе: «После вскрытия мне их нужно зашить. Затем смыть кровь с тела. Непростая задача. С кровью нужно работать аккуратно. Она липкая и ее трудно смыть. Я вкладываю органы в полость живота и грудную клетку, одеваю тело, стараюсь сделать так, чтобы родственники покойного не заметили следов. Им нужно попрощаться с матерью, сестрой, женой или кем она им там приходится. Это и так очень тяжело. Не нужно отягощать их мыслями о том, что мы делали здесь с телом».

Возможно, ткань выступает в данном случае не символическим, а практическим инструментом. Быть может, она не столько вынуждает врачей проявлять уважение к пациентам, сколько защищает лицо от крови, которая может брызнуть в ходе вскрытия. Или же выполняет обе функции. Как бы то ни было, преобразование вскрытого трупа обратно в человека, готового к похоронам, требует от лаборанта гораздо больше усилий, чем просто приподнять кусочек ткани. Он должен вложить извлеченные органы в полости, зашить кожу, вымыть и одеть тело. Позаботиться о холодном трупе, который неприятно пахнет, трудно, но очень важно. Если лаборант хорошо справится с работой, это избавит родственников покойного от задачи переключить репертуар — задачи для них куда более трудной, чем для обученного профессионала. Лаборант помогает оставить хрустящие при разрезании ножницами аорты вне социальной жизни покойного.

Напряжение и петли

В некоторых репертуарах атеросклероз — это заболевание артерий, в других — то, чем страдают пациенты. Но есть еще и третья сущность, которая может быть подвержена этому заболеванию — группы населения. Давайте внимательнее посмотрим на отношения атеросклерозов индивидов и атеросклерозов групп населения. Отношения эти, как и следовало ожидать, комплексные. В личной жизни пациента атеросклероз — лишь одна проблема из целой череды. Атеросклероз, каким бы тяжелым он ни был, — всего лишь одна из реальностей, с которой живет пациент.

Терапевт: «Нужно быть осторожным и в беседе с пациентом не концентрироваться только на атеросклерозе, пусть даже именно он вас интересует. У многих пациентов есть другие проблемы. У них может быть диабет, вы, наверное, сталкивались с такими. У людей в тяжелом состоянии, особенно у тех, кто перенес ампутацию, часто развивается диабет. Или липопротеиновое расстройство. У кого-то могут быть слабые легкие, астма, что-то еще. Это не связанные между собой вещи, но это то, с чем им приходится жить. У другого пациента могут быть серьезные проблемы просто потому, что ему только что пришлось уволиться с работы. А у третьего, представим, могут быть неврологические проблемы или нарост на стопе, который причиняет боль и мешает нормально передвигаться».

241

Атеросклероз, от которого страдает пациент, — лишь одна из составляющих его жизни. Есть и другие. Другие болезни. И другие явления — работа, внуки, сад. В истории болезни пациента эти элементы жизни не учитываются: в нее заносят, одну за другой, лишь медицинские проблемы.

Миссис Линдер. Женщина. Дата рождения 15.03.1937. Пациентка поступила с серьезной перемежающейся хромотой правой ноги. Жалобы на боли в состоянии покоя. Плохое состояние кожи. Лодыжечно-брахиальный коэффициент 0,8. Дуплекс: стеноз в правой подколенной артерии. Другие проблемы: избыточный вес, повторные грыжи, глаукома.

У миссис Линдер много проблем. Те, о которых ее спросил врач-стажер и которые он счел важными, занесены в ее историю болезни. Ее завели, когда пациентка поступила в больницу, чтобы сделать ангиограмму. Таким образом, в истории болезни проблемы собраны вместе. Поступление в больницу само по себе подразумевает вход в определенную административную систему — больничную систему. Администрация больницы считает поступления. Ей это нужно, чтобы выставлять счета страховым компаниям. И так как ей в любом случае приходится вести учет поступлений, у нее есть возможность передавать полученные данные центрам эпидемиологии. Все случаи поступления с артериальными заболеваниями

ями сосудов нижних конечностей сводятся вместе. В результате атеросклероз приводится в действие как нечто, поражающее население, в данном случае — население Нидерландов, где находится больница Z.

В 1992 году на каждые 100 тысяч жителей Нидерландов приходилось 170 мужчин и 70 женщин, поступивших в больницу с диагнозом склероз периферических артерий¹.

Поступление в больницу миссис Линдер учтено где-то в этих цифрах, так же как и случай миссис Бондер. Они обе оказались среди тех 70 женщин на 100 тысяч жителей Нидерландов, поступивших с этим диагнозом в больницу в 1992 году. Таким образом, известное эпидемиологии население не «больше», чем отдельные составляющие его пациенты. Эпидемиологи препарируют не органы, а жизни. Они суммируют поступления, оставляя неучтенным все, что имеет отношение к жизни пациентов. И не только к жизни, но и к другим заболеваниям.

Эпидемиологические таблицы не только исключают иные разнообразные проблемы, от которых страдают пациенты, они также включают только один способ приведения атеросклероза в действие. Таблица «Поступления» учитывает пациентов, поступивших в больницу. Но она не учитывает людей, которые испытывают боли при ходьбе или резкие перепады давления, но не поступают в больницу. Дуплексное сканирование не требует пребывания в стационаре, а ангиография требует, поэтому в таблице учтены те, кому делали ангиографию, но не учтены те, кто проходил сканирование. Поэтому эпидемиологические таблицы, учитывающие число поступивших в больницу, зависят от текущего состояния диагностических технологий. Замена одной ангиографической процедуры на дуплексное сканирование означает, что в больницу поступает на одного пациента меньше, а в специальной эпидемиологической таблице оказывается не учтенным еще один случай заболевания.

Подобные сложности представляют постоянный предмет беспокойства эпидемиологов: о чем на самом деле говорят цифры? На что указывают показатели? Например, какая часть населения в большей степени подвержена атеросклерозу — мужчины или женщины? Когда я проводила полевое исследование, этот вопрос активно обсуждался в Нидерландах. Ответить на него непросто. Если эпидемиологи рассматривают число случаев атеросклероза сосудов нижних конечностей (по количеству смертей от заболевания на 100 тысяч

1 Источник — отчет Нидерландского фонда сердечных и артериальных заболеваний среди женщин, Vrouwen en Hart- en Vaatziekten, Nederlandse Hartstichting, Den Haag, 1994.

жителей), то получается, что мужчины страдают от него чаще, чем женщины. Сосуды сердца также чаще закупориваются у мужчин, чем у женщин. Однако эти цифры могут не быть объективными, потому что статистика учитывает лишь число заболеваний среди мужчин и женщин младше 70 лет, а женщины умирают от атеросклероза в более преклонном возрасте. Инсульты также сравнительно чаще случаются у женщин. Поэтому картина того, кто в большей степени страдает от атеросклероза, меняется, если учитывать все сосуды и все возрастные группы, а в качестве показателя брать смертность.

Для женщин, как и для мужчин, сосудистые заболевания — самая распространенная причина смерти в Нидерландах и в большинстве других западных странах. В 1992 году 26 725 женщин и 25 478 мужчин (в Нидерландах) умерли в результате сердечно-сосудистых заболеваний. Таким образом, на долю сердечно-сосудистых заболеваний пришлось 42% всех смертей среди женщин и 38% всех смертей среди мужчин. (Источник тот же).

Результаты, которые получает эпидемиология, по той или иной группе населения зависят от того, какие индивидуальные способы приведения заболевания в действие она принимает в расчет. Если есть различные задействия атеросклероза, которые связаны с различными событиями, а статистические таблицы — агрегация этих событий, то не удивительно, что статистика по заболеванию меняется в зависимости от учтенных событий. Таким образом, данные по той или иной группе зависят от варианта индивидуального атеросклероза, который они *включают (include)*. Еще удивительней то, что это утверждение работает и в обратную сторону. События, происходящие с индивидом, зависят и меняются вместе с группой населения, которую они в свою очередь *включают*. Способ, которым задействуется индивидуальное заболевание, зависит от эпидемиологии.

243

Терапевт: «Нас этому учат. Проводить тест на заболевание не очень помогает, если имеешь дело с представителем группы, в которой это заболевание редко встречается. Возьмем этого молодого человека. Он слышал о синдроме перемежающейся хромоты от отца, дяди, соседа. И он уверен, что именно этим страдает. Я же, беседуя с ним, понимаю: нет, это что-то другое. И что же в итоге? Я могу измерить ему давление крови в ногах. Мы купили маленький доплер, и я могу им воспользоваться. Но пациенту 35 лет, и у него по ночам, когда он лежит в постели, болят ноги. Измерив давление, я имею больше шансов получить ошибочный положительный результат, чем выявить заболевание. И что же я делаю? Я не измеряю ему давление. Лучше этого не делать».

Результат диагностического исследования скорее совпадет с результатами других диагностических исследований, если случаев этого заболевания среди населения много. Если среди населения

это заболевание встречается редко, результаты тестирования менее надежны. Таким образом, технические обстоятельства установления диагноза у индивида зависят от распространенности заболевания среди населения. Индивидуальные случаи включают в себя эпидемиологические совокупные данные и другими способами. Например, сами критерии, которые используются для оценки результатов исследования, могут быть взяты из исследований групп населения.

Врач-терапевт: «Средний показатель холестерина в крови у данной группы населения в целом считался нормой. Если, скажем, средний показатель холестерина для мужчин в этой группе равен 6,3 ммоль/л лаборатории указывали его как норму на своих формах. Если ваш анализ показывал содержание холестерина 6,2 ммоль/л, все были счастливы. Необходимость лечения рассматривалась лишь для тех, у кого показатель превышал норму, например, составлял 6,7 ммоль/л. В некоторых местах такая практика существует до сих пор. Есть терапевты, которые предпочитают не говорить с пациентом об уровне холестерина в его крови, пока этот показатель не вырастет до 6,9 или даже 7,3 ммоль/л. Они чувствуют, что не нужно заострять внимание на этой проблеме».

244

Распространенная практика: средний показатель для группы населения задает индивидуальную планку. Это предполагает, что каждый индивидуальный случай, всякий клинический случай зависят от эпидемиологически установленного среднего показателя по населению. От этого среднего показателя зависит, будет ли у пациента выявлено отклонение от нормы и предложат ли ему лечение. Однако врач-терапевт, слова которого я привела выше, не согласен с таким использованием средних показателей. Он выступает за иной способ установления норм.

Тот же врач-терапевт: «Брать средний показатель за норму — плохая идея. Если рассматривать мужское население стран Запада, то у всех будет повышенный уровень холестерина в крови. Почти у всех. В странах, где люди ведут более здоровый образ жизни, уровень холестерина будет значительно ниже. Поэтому сегодня нормы по уровню холестерина в крови устанавливаются иным образом — на основании соотношения уровня холестерина и вероятности развития атеросклероза. На основании риска смерти от атеросклероза. Мы попытались установить уровень холестерина, при котором вероятность развития атеросклероза была бы действительно низкой. Сейчас мы думаем, что уровень холестерина должен быть не выше 5,5 ммоль/л, может быть, еще ниже».

Выражая недоверие к среднему показателю уровня холестерина в крови, этот информант, однако, не предлагает устанавливать нормальный уровень в индивидуальном порядке. Вместо этого он предлагает включить (include) другой тип исследования населения. Он хочет, чтобы в установлении нормы участвовало не все мужское

население, а лишь та его часть, которая не умирает от атеросклероза. Иными словами, нормальный здоровый уровень — тот, при котором атеросклероз не угрожает здоровью. Если такой уровень примут в качестве нормы, состояние пациентов будет оцениваться иначе, будут предлагаться иные методы лечения. Методы диагностики и лечения индивидов зависят от реальности населения, которое учитывается при установлении норм.

Здесь мы видим не транзитивные отношения, где маленький индивид оказывается включен в большую группу населения, а *взаимное включение*. Население — это совокупность событий, которые происходят с индивидами. Однако события, которые происходят с индивидами, в свою очередь, сформированы (informed by) особым фреймированием населения. Так называемое целое является частью индивидуальных элементов не в меньшей степени, чем индивидуальные элементы составляют части целого. Иногда это может приводить к возникновению замкнутых кругов (circularities).

Профессора эпидемиологии, сотрудничающую с больницей Z, интересуют сходства и различия между атеросклерозом у мужчин и женщин. Что, задается она вопросом, означают данные эпидемиологической статистики, согласно которым тяжесть заболевания у полов различается? Значит ли это, что женщины действительно меньше страдают от атеросклероза сосудов нижних конечностей? Он развивается у них в более преклонном возрасте, когда (считается) они уже слишком стары для лечения? Что, они иначе представляют свои жалобы? Или же врачи по какой-то причине недооценивают распространенность заболевания среди женщин?

245

«Это всегда проблема. Проблема производства данных. Взять хотя бы статистику смертности. Она охватывает все население и потому пользуется популярностью у моих коллег. Однако эти данные столь же уязвимы, как любые другие. Представьте, что происходит. Эпидемиология говорит, что у мужчин инфаркт случается чаще, чем у женщин. Об этом говорят всем практикующим врачам. Представим, кто-то внезапно умирает. Это старый человек. Врач-терапевт идет к пациенту домой. Уже поздно, врачу хочется домой. Но нужно заполнить бумаги, указать причину смерти. Допустим, умерший — мужчина. Врач проводит быстрый осмотр, задает несколько вопросов родственникам. И поскольку инфаркт — статистически вероятная причина смерти и то, что здесь произошло, более или менее похоже на инфаркт, врач пишет „инфаркт“. Никого это не удивит, никто не поставит диагноз под сомнение. Однако в случае смерти женщины, вероятность того, что врач заподозрит инфаркт, меньше. В конце концов эпидемиология говорит ему, что такая вероятность действительно меньше. Поэтому врач рассматривает случай внимательнее, задает дополнительные вопросы. И тогда в графе «причина смерти» может появиться нечто иное. Не знаю, что именно. Да это и не важно. Инсульт, приступ астмы, пищевое отравление, что угодно. И тут круг замыкается (loop). Данные

обеих форм с указанной причиной смерти заносятся в компьютер, и мы получаем статистику: у мужчин инфаркт случается чаще, чем у женщин».

Заболевания населения и индивида взаимозависимы. Со-конституирование носит взаимный характер. Элементы образуют совокупность, а совокупность формирует (inform) элементы. В результате атеросклероз индивида и группы населения, в которую он входит, могут образовать замкнутый круг. Они могут делать петлю (loop) и даже двигаться по спирали.

ОНТОЛОГИИ

Если рассматривать объекты одновременно с различных точек зрения, то объективный мир может представляться собранием (assemblage) сущностей, которые связаны между собой. Являются частями друг друга. Совпадают. Но если обратиться к праксиографическим исследованиям того, как задействуется реальность, транзитивное видение отношений между объектами теряет привлекательность. Отношения между объектами-в-практике (objects-in-practice) комплексны. Артерия, на которой проводится операция, не обязательно меньше оперируемого пациента, так же как не обязательно, что находится внутри него. Артерия может быть больше в том смысле, что она получает больше внимания в ходе операции, чем пациент. И пациент не содержит в себе артерию: он или она не есть тело на столе *плюс* нечто еще (мозг, социальная жизнь). Пациент — это тот, с кем врач в другой момент может обмениваться шутками. Тот, у кого где-то, возможно, есть жена, которая ждет звонка. Две реальности, реальность артерии и реальность пациента, не включают в себя друг друга, они, скорее, находятся *бок о бок*.

Холодный обнаженный труп на столе патологоанатома в ожидании вскрытия больше не дышит. В нем нет жизни. И ему не требуется жизнь, чтобы быть приведенным в действие в качестве человека. Для этого достаточно куска ткани, прикрывающего лицо, который можно снять и вернуть на место. И даже после того, как из брюшной полости будут удалены все органы, социальная жизнь покойного может продолжаться. Заботливые руки лаборанта способны придать ему человеческий вид, вернув органы в полости, соединив ребра и смыв кровь с тех мест, где ее могут заметить, а, самое главное, одев тело. Одежда — значимая составляющая социальности и задействования личности в публичной сфере.

По ту сторону праксиографического поворота отношения между объектами не спрятаны в порядке вещей, а приводятся в действие в комплексных практиках. Они не должны быть транзитивными. Артерия и человек размещаются *рядом* друг с другом, а не являются частью внутри целого. Труп становится человеком не в результате

добавления ему жизни, а путем аккуратного *снятия* и возвращения куска ткани. Может статься, что объект задействуется как часть другого объекта, но инклюзивное отношение действует также и в обратном направлении. Чтобы оценить тяжесть заболевания, которым страдает население, нужно учитывать индивидуальные случаи. Но чтобы оценить болезнь индивида, врачи принимают в расчет эпидемиологическое знание о распространенности заболевания. Население включает в себя индивида, но индивид в свою очередь включает в себя население. Иногда взаимная инклюзия создает петли.

Из взаимной инклюзии не следует, что трений не осталось. Онтология медицинской практики не есть онтология *единичной* практики. Существует множество трений как между приведенными в действие объектами, так и между практиками, в которых это приведение происходит. Улучшить здоровье групп населения или улучшить здоровье индивидов — это цели, которые часто друг другу противоречат. Ни одно население не способно прогрессировать хоть в каком-то масштабе, если не меняется ситуация с индивидами. И лечение может считаться хорошим лишь тогда, когда оно вызывает измеряемое изменение в состоянии достаточного числа людей, полагаемых целевой группой.

247

Таким образом, обнаруживается интерференция. Эта книга рассматривает приведение в действие одной конкретной болезни в одном конкретном месте: атеросклероза в больнице Z. Но объект, очевидно, не один. Он вступает в отношения интерференции с реальностью многих других объектов: хирургов, столов, мостовых, рентгеновских лучей, медсестер и т. п. Некоторые интерференции между реальностью атеросклероза и половых различий приведены в качестве иллюстрации. Сосуществование бок о бок, взаимная инклюзия, инклюзия в напряжении, интерференция: отношения между задействованными объектами суть комплексны. Онтология-в-практике касается объектов, которые не столько едины, сколько собраны (*assemble*).