Радик Садыков

Быть классическим гомеопатом: неявное знание, биомедицина и гомеопатическая практика

В данной статье представлены результаты исследования, опирающегося на материалы интервью с классическими гомеопатами. В фокусе внимания — напряжение между высказываниями классических гомеопатов и их практикой. С одной стороны, классические гомеопаты декларируют разрыв с биомедициной, с другой — статус этого разрыва не подтверждается обстоятельствами их опыта и деятельности. Данный парадокс проблематизируется с помощью теории практик. Автор доказывает, что практика классических гомеопатов включает в себя биомедицинские предпосылки в качестве неявного знания (М. Полани).

На пути к этому выводу рассматривается концептуальный вопрос связи неконсистентных практик и их трансмиссии. Обращение к райловской критике ментализма и идеям теоретиков практик позволяет обосновать наглядный характер практик и неявного знания как того, что является видимым, но не замечаемым; тем самым преодолевается скептицизм С. Тернера относительно реальности практик как коллективных феноменов, способных к трансмиссии. В противовес каузалистской интерпретации теории практик Тернера отношение между биомедицинскими предпосылками и гомеопатической практикой предлагается рассматривать как отношения фигуры и фона. Эта концепция уточняется с помощью витгенштейнианской идеи смены аспекта, в рамках которой гомеопатия и биомедицина выступают не как различные практики, а как разные аспекты одной неделимой медицинской практики.

В качестве критерия видимости биомедицинских предпосылок указываются риторические стратегии классических гомеопатов, в которых акцентируются различия и противоречия между гомеопатией и биомедициной, а также способность данных врачей осуществлять

Садыков Радик Ахмедович — кандидат социологических наук, научный сотрудник отдела прикладных исследований труда и профессий Центра социального предпринимательства и социальных инноваций НИУ ВШЭ, старший преподаватель кафедры общей социологии НИУ ВШЭ. Научные интересы: социальная теория, теория практик, социология профессий, антропология профессий, социальная политика. E-mail: radik.a.sadykov@gmail.com

Radik Sadykov — Candidate of Sciences (PhD) in Sociology. Research fellow, Department of Applied Studies of Work and Professions, Center for Social Entrepreneurship and Social Innovation Studies, NRU HSE, Senior Lecturer, Department of General Sociology, School of Sociology, NRU HSE. Research interests: social theory, theory of practice, sociology of professions, anthropology of professions, social policy. E-mail: radik.a.sadykov@gmail.com

перевод (смену аспекта) между концептами двух систем. С этой точки зрения высказывания классических гомеопатов должны соответствовать не целям конкретной медицинской практики, которую они осуществляют, а целям идентификации и профессионализации конкретного сообщества. Таким образом, парадокс неявного знания решается за счет отделения стратегий профессионализации от стратегий сугубо медицинских.

Ключевые слова: гомеопатия, биомедицина, альтернативная медицина, теория практик, неявное знание, профессионализация

Radik Sadykov
Being a Classical Homeopath: Tacit Knowledge, Biomedicine and Homeopathic Practice

This article presents results of the study, based on interviews with classical homoeopaths. We focus on the apparent tension between the statements of classical homeopathy and practices. On the one hand, classical homeopathy declares a gap with biomedicine, but on the other — the status of this break is not confirmed by their practice. This paradox problematize with the practice theory proved that the practice of classical homeopathy includes a biomedical preposition as tacit knowledge (M. Polany). On the way to this conclusion we considered conceptual question of relations of inconsistent practices and their transmission. Accessing G. Ryle's critique of mentalism and ideas of practice theorists we justify vivid character of practices and tacit knowledge as visible, but does not noticed; thus we overcome S. Turner's skepticism about the reality of practices as a collective phenomenon, capable of transmission. In contrast to the Turner's causal interpretation of practice theory, the relationship between biomedical assumptions and homeopathic practice is proposed as the ratio of figure and ground. This conception is refined with the help of L. Wittgenstein's idea of change aspect, in which homeopathy and biomedicine are not acting different practices but particular aspects of one indivisible medical practice.

As a criterion of visibility biomedical prepositions called the fact of classical homeopathy emphasizing the differences and contradictions of homeopathy and biomedicine, as well as their ability to transfer (change of aspect) between concepts of the two systems. From this point of view, classical homeopathy statements should not comply with the specific targets of a particular medical practice in which they engage, rather then the purposes of identification and professionalization. Thus the tacit knowledge paradox is achieved by separating professionalized strategies from a purely medical ones.

Keywords: homeopathy, biomedicine, alternative medicine, theory of practices, tacit knowledge, professionalization

В 1982 г. на конгрессе Французской ассоциации социологии религии П. Бурдье представил доклад, в котором объяснял, что «инвестиции в поле религии могут пережить утрату веры и даже более или менее декларированный разрыв с церковью» [Бурдье, 1994, с. 135]. Хотя поп-расстрига (пример, к которому обращается автор доклада) может считать себя покинувшим поле религии, в действительности же он остается в нем, поскольку самой борьбой против институции он свидетельствует о сохранившемся к ней (негативном и критическом) интересе. Вопреки новым убеждениям поп-расстрига продолжает быть захваченным тем, против чего выступает. Этим примером Бурдье хочет показать, что там, где между практиками обычно постулируется разрыв, следует искать преемственность. Эта особенность характеризует логику практик, которая носит консервативный, а не революционно-прогрессистский характер [см. Блур, 2002]. Поэтому переход индивидов от одних правил к другим невозможен по модели разрыва. Правильнее тогда сказать, что новые модели поведения наследуют *прошлому*, которое они предполагают отбросить; более того, они становятся осмысленными в значительной степени благодаря старым ви́дениям/действиям. Данная статья будет посвящена прояснению характера перехода второго типа. Мы обратимся к примеру, близкому примеру Бурдье, и рассмотрим роль предпосылок биомедицины в идентификации классической гомеопатии и классических гомеопатов.

Гомеопаты, классические, в частности, предстают в глазах обычного наблюдателя как ренегаты от биомедицины. Классические гомеопаты отрицают возможности конвергенции биомедицины и гомеопатии, защищая свой метод как оригинальный, верный учению его основателя Самуила Ганемана. Они подчеркивают противоположность и несводимость принципов гомеопатии к принципам биомедицины/аллопатии[1], а отклонения от ортодоксии метода (на языке Бурдье «доксы») трактуются ими как предательство, сепаратный мир и дискредитация гомеопатического лечения. Проводя различия, классические гомеопаты критикуют сложившийся в биомедицине терапевтический подход как агрессивный по отношению к пациентам, невнимательный к личностным особенностям последних, и потому противоестественный. Отсюда любое комбинирование гомеопатии и биомедицины расценивается как противоречащее гомеопатической теории и практики.

1 Термином «биомедицина» обозначают господствующую в западных странах модель медицины. Примерно то же значение имеет термин «аллопатия». Хотя последний термин распространен среди российских гомеопатов, в данной статье мы будем использовать более распространенный в литературе термин «биомедицина».

«Гомеопатия и обычная медицина — это как масло и вода. Это не смешивается. Либо у человека поворачиваются мозги, либо нет. И в этом все дело. В отличие от гомеопатии аллопатические врачи работают по закону противоположного и закон этот такой: если температура, надо дать жаропонижающий, если давление, надо дать гипотензивный, если воспаление, надо дать противовоспалительный. Это понятно, хотя это неправильно. Почему? Потому, что это не имеет отношения к тому, что есть человек» (интервью 10).

В связи с данным дискурсом обращает на себя внимание тот факт, что в России применение гомеопатии разрешено специалистам с высшим медицинским образованием; классические гомеопаты не составляют здесь исключения, поэтому к моменту принятия решения заниматься гомеопатией они социализированы и профессионализированы в институтах (био) медицины. За их плечами несколько лет подготовки в медвузе, обучение в ординатуре или интернатуре, накопленный стаж/опыт врачебной практики по специальности[1]. Обычно врачи обращаются к гомеопатии, столкнувшись с ограничениями конвенциональной терапии; среди доступных альтернативных вариантов они выбирают метод, который подходит им лично и достигает наилучшего терапевтического эффекта. Сказанное ранее по поводу логики практик подсказывает, что бэкграунд гомеопатов нельзя легко списывать со счетов при анализе их деятельности.

Классические гомеопаты не являются исключительно российским явлением, но для более предметного рассмотрения мы ограничимся отечественным контекстом. Основу эмпирического исследования составляют данные полуструктурированных интервью с врачами-гомеопатами (*N*=12), проведенные в период с февраля по ноябрь 2013 г. в Москве. Все информанты — дипломированные врачи разных специальностей, практикующие как классические гомеопаты. Среди них мужчины и женщины с медицинским стажем от 5 до 30 лет (к моменту интервью).

Гомеопатия и биомедицина

Терапевтические принципы, лежащие в основе гомеопатии, сформировались задолго до того, как медицинское сообщество заговорило о новом подходе к лечению. Систематический вид гомеопатия приобрела благодаря усилиям немецкого доктора Самуила Ганема-

1 Что касается гомеопатии, Минздрав РФ признает ее в качестве терапевтического метода, но не в качестве отдельной специальности [Приказ Минздравмедпрома № 335, 1995].

на на рубеже XVIII-XIX вв. С. Ганеман был среди тех, кто признавал слабость современной ему медицины и обратился к поискам новых способов лечения болезней. Результаты его поисков оформились в виде терапевтической системы, которую сам немецкий ученый называл «рациональной медициной» и изложил в своем главном труде «Органон врачебного искусства».

Два ключевых принципа гомеопатии, принцип подобия и принцип потенцирования, противостоят редукционистскому подходу биомедицины. Согласно принципу подобия (similis similibus), лечить следует средствам, которые вызывают у здоровых людей симптомы схожие с симптомами болезни. Симптомы болезни рассматривают как реакция на рассогласование «жизненной силы» организма, задача гомеопата в этом случае — способствовать выравниванию жизненной силы, т. е. самовосстановлению организма. Принцип потенцирования (от лат. potentia — сила, возможность) относится к приготовлению лекарственных средств. Применение этого принципа предполагает многоразовое разведение лекарства в той степени, в которой химический анализ не обнаруживает в препарате молекулы действующего вещества. Гомеопаты объясняют, что и после таких высоких разведений лекарства сохраняют биологическую активность благодаря «памяти воды». Это противоречит научным данным современных фармакологии и биохимии [Keshet, 2010, p. 512] и является одной из главных мишеней критиков гомеопатии. Оба принципа можно рассматривать как часть метафизической картины, разделяемой не только гомеопатами, но и сторонниками других методов альтернативной медицины, определяемой в терминах индивидуализма или холизма. Холизм уже предполагает индивидуальный подход, поскольку разделяет пациентов не на основании универсальных симптомов, а на основании совокупности данных о личности пациента и его физическом и социальном окружении [Ibid, p. 504]. Иными словами, пациенты с идентичными жалобами получат от гомеопата разные назначения.

В мире существует большое число гомеопатических направлений и школ. Основные отличия касаются понимания того, как следует применять гомеопатию; это касается выбора препарата и его потенции, определения частоты приема лекарств и т. д. В литературе выделяют три основных способа назначения гомеопатических препаратов: уницизм, плюрализм, комплексизм. Уницизм в гомеопатии предполагает назначение пациенту одного простого (однокомпонентного) препарата за один раз. При плюрализме пациенту за один раз назначается несколько препаратов, которые могут приниматься одновременно или по очередности. Комплексизм подразумевает, что пациенту назначаются смеси гомеопатических средств разной степени разведения — «комплексы» [Kayne, 2009, p. 216]. Классиче-

ские гомеопаты, для которых только уницистский подход является собственно гомеопатическим, критикуют за использование «комплексов», так как при таком подходе отсутствует индивидуальное сопоставление симптома с лекарственным средством.

«Полипрагмазический или комплексный подход в гомеопатии чудовищен, <...> он вызывает подавление заболеваний неизлечимых, как в обычной медицине; то от чего мы пытаемся уйти в гомеопатии, расцветает в клинической гомеопатии. Там индивидуальные черты не учитываются, используется общепринятый шаблон — пятнадцать минут на одного больного, записать и выдать готовую рецептуру — все! «До свидания, приходите через месяц». Через месяц не пошел первый рецепт — рецепт номер два. «До свидания, приходите через месяц». В лучшем случае это не помогает, в худшем это приводит к подавлению и прогрессированию заболевания» (интервью 5)

Классические гомеопаты утверждают, что попытки интеграции гомеопатии и биомедицины предполагают отказ следовать правилам гомеопатии, прежде всего основному принципу «лечить подобное подобным», заменяя его полностью противоположным биомедицинским принципом contraria contrarius.

Между тем интеграция гомеопатии и биомедицины давно развивается в разных странах [Cant, Sharma, 1996; Degele, 2005; Frank, 2002]. В условиях господства биомедицины неконвенциональные виды терапии имеют мало власти и ресурсов, испытывают нехватку признания/легитимности и потому вынуждены искать пути преодоления их подчиненного положения. Стремление к легитимации подталкивает часть гомеопатов осуществлять подгонку гомеопатии к требованиям биомедицины. Такое сближение порождает разные формы *гибридного знания,* объединяющего противоречивые концепты альтернативной медицины и биомедицины. Реакцией на такое сближение являются акты пурификации, т. е. попытки очистить знание от амбивалентности составляющих его концептов [Keshet, 2010, p. 512]. Я. Кешет показывает, что пурификация как стремление противостоять гибридизации знания инициируется представителями господствующей парадигмы и направлена против угрозы со стороны противоречивого знания альтернативной медицины. Однако пурификация может побуждаться и специалистами альтернативной медицины как движение против «ереси» и «заблуждений». Так, в рассматриваемом здесь кейсе классические гомеопаты противостоят гибридизации гомеопатии и биомедицины и защищают «чистый» метод гомеопатии.

Гомеопатия в России

Вплоть до революции 1917 г. гомеопатия, хотя и имела наряду со сторонниками также и убежденных противников, пользовалась опре-

деленным признанием среди высших слоев населения [Kotok, 2001]. Ее дальнейшая профессионализация была затруднена с приходом советской власти. Индивидуалистический подход гомеопатии не соответствовал курсу советского здравоохранения на быстрое и доступное лечение огромных масс населения. Это привело к тому, что в 1938 г. Наркомздрав СССР распорядился распустить Всероссийское (а вместе с ним и Ленинградское) общество гомеопатов из-за несоответствия «требованиям, предъявляемым к научно-медицинским обществам». Гомеопатам с врачебной квалификацией предлагалось вступать в медицинские общества в соответствии с их специальностью по диплому (педиатрия, терапия, хирургия), а на использование самого метода накладывались значительные ограничения [Приказ Наркомздрава СССР от 11.02.1938 № 152; Приказ Наркомздрава СССР от 16.04.1938 № 500; Приказ Наркомздрава СССР от 27.04.1938 № 566].

Последующие два десятилетия прошли в острой полемике между защитниками гомеопатии и ее противниками по поводу эффективности метода, в том числе и на страницах центральных изданий («Известия» от 8 и 14 апреля 1960 г.). За этим последовал фактически полный запрет гомеопатии в стране [Приказ министра здравоохранения СССР от 07.08.1968 № 610]. С 1968 по 1991 г. ее положение оказывалось полулегальным. Тем не менее гомеопаты продолжали практиковать во многих медучреждениях страны, стараясь не афишировать свою деятельность; кроме того, работали гомеопатические поликлиники и аптеки [Карпеев, Киселева, 2004]. Основные центры отечественной гомеопатии были в Москве, Санкт-Петербурге, Киеве.

К концу 1980-х годов гомеопатия стала восстанавливать позиции. Либерализация социальной жизни способствовала смягчению отношения Минздрава к альтернативной медицине в целом: формируется нормативно-законодательная база и создаются специальные подразделения, призванные осуществлять регуляцию альтернативной (традиционной) медицины в России. Дело в том, что в условиях кризиса доверие населения к официальной медицине резко упало, что привело к росту популярности непрофессиональных (lay) народных целителей [Brown, Rusinova, 2002, p. 160-161]. Государство решило способствовать институционализации известных альтернативных практик, организовав подготовку и регистрацию соответствующих специалистов. Эти меры расширяли варианты выбора пациентами институциональных средств лечения и должны были отвлечь от чрезмерного увлечения целительством.

Главным шагом в развитии отечественной гомеопатии стал приказ Минздравмедпрома № 335 от 29 ноября 1995 г., согласно которому гомеопатия в качестве метода получила официальное признание.

В приказе прописаны требования к врачу-гомеопату и правила отпуска гомеопатических средств. Гомеопат обязан иметь диплом о высшем медицинском образовании и сертификат о соответствующей подготовке в области гомеопатии; не менее одного раза в пять лет врач должен проходить переподготовку по основной специальности и также в области гомеопатии [Приказ Минздравмедпрома № 335, 1995]. В соответствие с данным приказом в следующем году при Минздравмедпроме были организованы Научно-организационный гомеопатический центр (в дальнейшем реорганизован в Научно-практический центр традиционной медицины и гомеопатии) и Координационный совет по гомеопатии. Таким образом, в первой половине 1990-х годов в статусе гомеопатии произошли значительные изменения, позволившие гомеопатам приобрести черты профессиональной группы: решением Минздрава устанавливались формальные критерии допуска к занятию гомеопатией, учреждены профессиональные ассоциации и общества гомеопатов. При этом важно отметить, что установленные критерии допуска к использованию гомеопатического метода ограничивались указанием на обязательность высшего медицинского образования, и поэтому в структуру группы гомеопатов входили специалисты разных специальностей с разным уровнем квалификации.

Эти и другие начинания, направленные на развитие гомеопатии в России, с началом второй волны социальных реформ в 2000-е годы постепенно стали отходить на второй план. Содействующая позиция Минздрава по отношению к гомеопатии сменилась более сдержанной, даже негативной: Координационный совет по гомеопатии был ликвидирован, а позднее и Федеральный научный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения, в составе которого функционировал Институт натуротерапии и гомеопатии. Статус гомеопатии остается недостаточно определенным в официальных документах: так, гомеопатия отсутствует в Номенклатуре медицинских специальностей (в отличие от рефлексотерапии, мануальной терапии и физиотерапии), в Общероссийском классификаторе занятий применение гомеопатических методов в полном противоречии с требованиями к квалификации гомеопатов из вышеуказанного Приказа № 335 отнесено к обязанностям среднего медицинского персонала. В Номенклатуре работ и услуг по оказанию соответствующей медицинской помощи она присутствует косвенно под общим названием «традиционная медицина» в разделе «Прочие работы и услуги». В Государственном реестре профессий рабочих и должностей служащих профессия «гомеопат» не значится. Последние тенденции в отношениях между гомеопатией и Минздравом указывают на то, что в настоящий момент государство занимает индифферентную позицию по вопросу

о развитии гомеопатического метода[1] и включению его в процессы модернизации российского здравоохранения. Тем не менее очевидно, что с начала 1990-х годов гомеопатия прошла значительный путь институционализации в системе российского здравоохранения. На сегодняшний день гомеопаты имеют несколько крупных профессиональных ассоциаций, регулярно проводятся гомеопатические конгрессы, конференции, семинары, широко распространены различные курсы подготовки специалистов по гомеопатии, появляются диссертационные работы, посвященные гомеопатическому лечению [История гомеопатии в России, 2004].

Неявное знание и логика практик

Неявное знание, разделяемые предпосылки, практики — понятия, которые мы здесь используем, — востребованы и развиваются в рамках теории практик. Попробуем кратко эксплицировать базовые интуиции этого направления. Практикоориентированные теории обращаются к понятию практики[2] как элементарной единице анализа, которая обладает приоритетным статусом в отношении к любым различениям [Вахштайн, 2011], так что другие концепты являются аспектами или производными от нее. Иными словами, «практика» выступает как тотальный концепт. Интуиция теории практик не ограничивается конкретным списком авторов и жестко ограниченным периодом — многие концепты заимствуются из самых разных проектов философии, социальных наук, семиотики, лингвистического анализа и т. д.

Практики рассматриваются как рутинные способы поведения, включающие формы телесной и ментальной активности, «вещи» и их использование, неявные/фоновые знания или знания-как [Reckwitz, 2002, p. 249]. В отношении тех, кого мы называем носителями практик или навыков, корректнее было бы сказать, что практика или навык обладают своими носителями. Овладеть практикой значит быть захваченным ею, погрузиться в практику с головой, иными словами, полностью находиться в ее владении. По выражению Бурдье, «собственность присваивает собственника» [Бурдье, 2001].

---

1 Впрочем, это касается и других методов альтернативной медицины.

2 Использование терминов «практика» в единственном числе и «практики» во множественном числе, по мнению некоторых авторов [Reckwitz, 2002; Волков, Хархордин, 2008], отражает различия в походах разных теоретиков практик. Поскольку для нашего обсуждения эти различия не являются принципиальными, мы будем использовать оба термина как взаимозаменяемые.

Вместе с тем практика не является еще одним синонимом принуждающей структуры; на самом деле индивиды сами выбирают практики, но этот выбор предполагает самоотдачу. Это значит, что врач, признающий теорию и практику гомеопатии, утверждает тем самым не просто соблюдение определенных технических правил, но образ действия или форму жизни. Быть гомеопатом — значит не только соблюдать предписываемые технические правила, но и разделять стандарты совершенства, заключенные в гомеопатической практике. Таким образом, практика обязательно включает этический компонент или стандарт совершенства, стремясь к которому исполнители обретают идентичность [Волков, Хархордин, 2008, с. 98].

Различие между теорией и практикой, дискурсивным/пропозиционным и неявным знанием устанавливается *практически*. Эксплицитные верования, кодексы, предписания, инструкции по применению являются выражениями определенной практики, и в отрыве от нее они не имеют смысла. Отсюда убежденность теоретиков практик, что мы знаем больше, чем можем сказать, что знаем. Практическое или неявное знание является неосознаваемым, непроблематичным и едва ли может быть выражено в виде пропозиций. Поскольку неявное знание не является пропозиционным и остается незамеченным для тех, кто его разделяет, наблюдатель может судить о нем, фиксируя практики, посредством которых оно себя манифестирует. Так как мы ничего не знаем об ином существовании неявного знания, кроме как в форме определенных практик, оба понятия (практика и неявное знание) оказываются тождественными друг другу. Соответственно попытки предложить каузальное объяснение связи между практиками и неявным знанием терпят неудачу, поскольку практики логически не могут быть сведены к неявному знанию, находящемуся по ту сторону деятельности людей.

Одна из ранних концептуализаций неявного знания принадлежит М. Полани. Отправной точкой его исследования является утверждение, что цель искусного действия достигается путем следования ряду норм или правил, неизвестных человеку, совершающему действие [Полани, 1985, с. 82]. Полани интересуют вопросы, как пловец держится на поверхности воды, и благодаря чему велосипедист сохраняет равновесие во время езды на велосипеде? В обоих случаях можно провести необходимые вычисления и предложить на их основе подробные инструкции, но много ли это добавит к навыку того, кто обучается плаванию или езде на велосипеде? В действительности такие умения не поддаются аналитическому объяснению. Трудно объяснить, как удерживать равновесие на велосипеде — лучше показать. Это значит, что неявное знание передается посредством

интеракций от учителя к ученику. Хотя Полани называет неявное знание личностным, он не считает его исключительным достоянием отдельного индивида, а скорее указывает на особый способ освоения и передачи. Личностное знание (симптома, гребли, управления аппаратом) достигается в результате постоянных тренировок (learning), а обучение (teaching) строится на личном примере: «наблюдая учителя и стремясь превзойти его, ученик бессознательно осваивает нормы искусства, включая и те, которые неизвестны самому учителю» [Там же, с. 87]. Согласно Полани, неявное знание существует в рамках определенной локальной традиции, т. е. является результатом совместной работы. Так, мастерство врача-диагноста требует накопления практического опыта, который включает выслушивание большого числа пациентов, распознавание симптомов, сопоставление случаев [Там же, с. 90].

Длительный период врачебной подготовки, обставленный всевозможными ритуалами и обрядами, призван сформировать эзотерический взгляд или, по выражению М. Фуко, «глаз», раскрывающий природу человеческого тела, здоровья и болезни [Фуко, 2014]. Этот взгляд играет роль своего рода матрицы или рамки, посредством которой мир медицины получает свои очертания. В практическом смысле это предполагает, что цель медицинского образования состоит в формировании способности видеть медицинские объекты определенным образом. Медицинский «глаз» стремится стать глазом отдельных индивидов, и длительная профессиональная социализация врачей служит именно этому. И у Полани, и у Фуко моделью передачи практики является обучение посредством имитации. Медицинское образование продолжается на протяжении всей карьеры врача, постоянная переподготовка (в России официально не реже одного раза в пять лет) является и формальным, и моральным требованием врачебного профессионализма. Разумно предположить, что все этапы медицинской подготовки и переподготовки оказывают серьезное влияние на профессиональный и личностный опыт врачей.

Стандартизация терапевтического знания

С фундаментальной медицинской подготовкой клинических специалистов не могут сравниться требования, предъявляемые к подготовке российских гомеопатов. Объем первичной специализации по гомеопатии составляет 216 часов; к этому часто добавляются ежегодные курсы, семинары, стажировки. Минздрав ограничивает использование гомеопатии в практическом здравоохранении для специалистов с высшим медицинским образованием [Приказ Минздравмедпрома № 335, 1995]. Таким образом, все российские го-

меопаты имеют длительную медицинскую подготовку и обладают правом вести медицинскую деятельность по основной специальности. Стандартные программы первичной подготовки по гомеопатии являются краткосрочными, поэтому гомеопаты считают их не достаточными для освоения своего метода и указывают на необходимость постоянного обучения.

> *«Двести шестнадцать часов — первичное обучение, и семьдесят часов — повышение квалификации. Я считаю, что это очень мало, и моя убежденная позиция в том, что гомеопатию надо переводить из разряда методов лечения в разряд специальностей. Тогда будет нормальная переподготовка, а не так, как это сейчас происходит»* (интервью 10).

> *«Для того чтобы нормально этим* (классической гомеопатией. — *Р. С.) заниматься, мне пришлось пять лет провести в отпуске, изучая все и набираясь опыта»* (интервью 8).

С позиции классических гомеопатов, чтобы овладеть практикой требуется значительно более длительное и глубокое обучение, чем то, что предусмотрено институционально. Классические гомеопаты убеждены, что из-за недостаточной теоретической и практической подготовки большая часть «выпускников» первичных курсов не готовы практиковать гомеопатию *правильно*. Скорее они вынуждены наблюдать отход от оригинального метода гомеопатии, его модификации, прагматическое упрощение, сведение к хорошо знакомым принципам биомедицины.

> *«Что же делать, если гомеопатом слыть модно, а быть трудно, и надо всю жизнь учиться? Вот тут и начинается разлом: после пары месяцев обучения некоторые доктора начинает придумывать свою гомеопатию, несложную, обставленную всякими приборчиками, экранами, огоньками, цветными картинками, они увлекают своей мишурой и обещаниями скорого выздоровления. Они прикрываются именем гомеопата, а вся вина ложится на нас — истинных представителей высокой гомеопатии. Чтобы помочь несведущим, мы называем себя представителями классической гомеопатии, т. е. единственно верной и незыблемой гомеопатии Ганемана»* (интервью 9).

Здесь возникает вопрос: если существующие формальные критерии квалификации неудовлетворительны, а другие универсальные критерии не представлены, то, когда можно считать врача, применяющего гомеопатический метод, *правильным* гомеопатом? Ответ, судя по всему, таков: единственный способ стать нормальным (читай, классическим) гомеопатом — это практиковать гомеопатию. Можно сказать, что в практике и посредством практики проводится разграничение между классической гомеопатией и практиками, которые мимикрируют под нее. В ходе постоянной практики до-

стигается нужный уровень мастерства. Гомеопатия, таким образом, имеет форму знания, в которой неартикулируемые и неопределимые (indeterminate) элементы преобладают над технически определенными [Hirschkorn, 2006]. Индивидуальный подход в гомеопатии предполагает работу с множеством переменных, что требует тонкой врачебной интуиции для диагностики и построения терапии [Givati, 2015, p. 43]. В применении интуиции проявляется личностный характер используемого знания, акцентируемый Полани. В классической гомеопатии выбор необходимого в каждом случае препарата в значительной степени зависит от субъективного взгляда врача-гомеопата, от его искусности в применении метода, от навыков, которые приобретаются исключительно с опытом [Cant, Sharma, 1996, p. 582].

> *«В голове приходится держать разнообразные признаки конкретного человека, соединять их воедино, и, конечно, на определенном этапе возникает уже ощущение... Так что мы можем сказать о характере заболевания по первым словам, по первым жалобам. Хороший гомеопат интуитивно чувствует больного и знает заранее, чем и как его лечить. Раньше было тяжело... это, опять же, определенный опыт... двенадцать лет работы — это достаточно большой стаж»* (интервью 13).

Следование индивидуальному подходу, выражающемуся, в частности, во внимании к особенностям биографии пациента и его жизненной ситуации, накладывает ограничения на формализацию или стандартизацию гомеопатической практики.

> *«Гомеопатия не стандартизируется вообще. Ведь для каждого человека, для каждой ситуации подбирается один единственный препарат, а через неделю он может быть уже не показан»* (интервью 15).

Противоречия между требованиями индивидуального и холистического подхода, с одной стороны, и требованиями формализации/стандартизации терапевтического знания, с другой стороны, побуждают представителей альтернативной медицины действовать стратегически и прагматически. В системах здравоохранения, где медицинская власть распределена в пользу биомедицины, многочисленные альтернативные практики, оказываясь на периферии, ищут возможности для легитимации. Формализация и стандартизация являются одной из таких возможностей. С развитием в последние десятилетия концепции доказательной медицины (evidence-based medicine) и распространением научных технологий в биомедицине, легитимация посредством формализации/стандартизации стала магистральным путем достижения легитимного статуса и профессионализации для большого числа альтернатив-

ных методов. Фактически эта стратегия означает *подгонку* альтернативного медицинского знания под рамки господствующей научной парадигмы, инъекцию биомедицинского знания методам альтернативной медицины [Givati, 2015, p. 37]. Дискурсивные стратегии и тактики, применяемые представителями альтернативной медицины, суть наглядное воплощение этой работы по легитимации. Специалисты прагматически сочетают противоречивые риторики биомедицины и альтернативной медицины [Givati, 2015; Hirschkorn, 2006; Keshet, 2009], отбирая подходящие концепты и выстраивая лингвистические мосты между разными типами знания [Keshet, 2010].

В господствующей научной парадигме биомедицине и альтернативным методам предъявляются единые критерии оценки эффективности и доказательности. Как инструмент этой оценки, рандомизированные контролируемые двойные слепые исследования являются самым мощным источником легитимности для любого вида терапии. Опираясь на результаты данных исследований, медицинские специалисты демаркируют границы медицинской профессии исключая из нее «недостойных» [Givati, 2015, p. 37-38].

Проблема методов альтернативной медицины в связи с экспериментальным подтверждением действия терапии заключается в том, что эти методы разделяют метафизические предпосылки, отличные от тех, что лежат в основании научной парадигмы биомедицины, а, значит, не могут быть подвергнуты испытаниям, опирающимся на силу физического или химического закона. Сторонники альтернативной медицины называют терапевтический процесс «черным ящиком»: мы можем знать только то, чт. е. на входе и на выходе [Keshet, 2009, p. 140]. С этой сточки зрения смоделировать в рамках клинических испытаний терапевтический процесс, полагающийся на тот или иной метод альтернативной медицины, не представляется возможным. Противоречивое сведение альтернативной терапии к стандартам биомедицины угрожает размыванием ее «эзотерического» знания [Cant, Sharma, 1996, p. 585], утратой уникальных конститутивных черт, которые не схватываются в форме пропозиций. Как отмечает К. Хиршкорн, текущая ориентация на концепцию доказательной медицины оборачивается технизацией и рутинизацией знания альтернативной медицины, уменьшением числа его неопределимых (indeterminate) элементов [Hirschkorn, 2006, p. 547].

Исследования в разных странах показывают, что все больше гомеопатов прибегают к подобной стратегии легитимации практики, обеспечивающей им более высокий персональный и групповой статус [Cant, Sharma, 1996; Degele, 2005; Frank, 2002]. Как реакция на эти тенденции возникает обратное стремление сохранить оригинальную практику. В условиях расширения медицинского плюрализма

[Cant, Sharma, 1999] и развития медицинских контркультур [Saks, 2003] среди населения возрастает недоверие к деиндивидуализированной конвенциональной медицине и одновременно растет интерес к более гуманистическим формам альтернативной медицины. Таким образом, поддержание уникального знания можно рассматривать не только как попытку остаться верным совершенному выбору и избежать противоречия, но и как другую стратегию легитимации, в центре которой лежит сохранение собственной исключительности как ресурса для признания. Ясно, что классические гомеопаты придерживаются этой второй стратегии.

Противоречиво на фоне двух выделенных стратегий выглядит следующий факт. Хотя классические гомеопаты критикуют биомедицину и противопоставляют ей свои терапевтические предпосылки, они в то же время согласны с тем, что гомеопатию должны практиковать врачи с медицинским образованием, т. е. они должны обладать знаниями и навыками, которые признаны в биомедицинской парадигме.

> *«Я всегда повторяю: только хорошо подготовленный доктор с хорошим клиническим мышлением может быть хорошим гомеопатом. Других вариантов нет»* (интервью 5).

В терминах легитимации это объясняется стремлением сохранить границы своей группы и идентичности. Классические гомеопаты жестко демаркируют свое знание и знание биомедицины, но при этом они вполне осознают, что именно биомедицинское знание прежде всего обеспечивает им имеющийся статус и идентичность врача. Здесь акцент следует сделать прежде всего на профессиональном статусе, а не на знании как таковом. Ситуация, в которой практика гомеопатии была бы доступна также и не-врачам (например, целителям), кажется им бóльшим злом, чем прокрустово ложе научной парадигмы биомедицины.

Проблема трансмиссии

Рассмотрение проблемы отношений между разными медицинскими практиками следует начать с прояснения механизма трансмиссии практик. На первый взгляд проблема трансмиссии и проблема связи между практиками выглядят как две разные проблемы. В первом случае вопрос касается того, как одни и те же практики могут разделяться разными индивидами, во втором — вопрос относится к взаимодействию между отдельными практиками, обусловливающему их взаимный переход. В действительности оба вопроса можно преобразовать в один, поскольку в обоих случаях речь идет

о континуальности или протяженности/расширении (extension) практик. Например, если ученик перенял у своего учителя навык, это означает и то, что некоторая практика обеспечила себе продолжение, увеличила свою протяженность в сообществе. Рассмотрение трансмиссии практик позволяет прояснить отношения между практиками биомедицины и гомеопатии, т. е. то, как предпосылки биомедицины связаны с гомеопатической практикой.

Наиболее радикальная постановка вопроса трансмиссии принадлежит С. Тернеру [Turner, 1994]. Он исходит из того, что неявные предпосылки (или неявное знание) локализуются в сознании людей и являются причинами их внешнего поведения. Вопрос, который его волнует в связи с этим, следующий: как возможно, что одни и те же *неявные* предпосылки разделяются людьми и, переходя от одного индивида к другому, сохраняют неизменный вид? Ответить на этот двойной вопрос — означает выявить и объяснить механизм трансмиссии неявных предпосылок [Barnes, 2001, p. 30]. Самые распространенные интерпретации того, как поддерживаются разделяемые практики, используют либо модель социализации, посредством которой индивидами усваиваются общественно значимые нормы, либо модель научения, где в ходе повторяющихся упражнений вырабатываются навыки и усваиваются предрасположенности к определенным способам действия.

Из проблемы трансмиссии вытекают две частные проблемы: проблема локализации и проблема тождественности. Полагая возможность перемещения практических предпосылок, мы должны спросить о пунктах отправления и назначения, о том, где предпосылки локализуются до и после трансмиссии. Мы также должны ответить на вопрос, является ли это перемещение полным; иными словами, в какой мере перенимаемые предпосылки соответствуют тому, что в действительности должно было быть передано? Идея разделяемых членами коллектива предпосылок предполагает их тождественность. В этом смысле разделяемая практика понимается как целостный единичный объект. В противном случае, если бы разделяемая практика рассматривалась как простая совокупность индивидуальных элементов, обращение к практике как коллективному феномену не имело бы смысла [Barnes, 2001, p. 30].

Проблематика локации хорошо известна теоретикам практик. Бурдье [2001] опирается в этом вопросе на концепцию техник тела М. Мосса [1996] и феноменологию тела М. Мерло-Понти [1999]. Бурдье считает, что практики подобны телесным автоматизмам и локализованы в человеческом теле: «Практическое верование — это не «состояние души» (état dame) и еще меньше какое-то сознательно принятое решение верить в некий корпус догм и учрежденных доктрин («верований»); это, если можно так выразиться, «состояние

тела» (état de corps). Исходной доксой является это устанавливаемое в практике отношение непосредственного согласия между габитусом и конкретным полем; тот немой опыт мира (разумеющегося само собой), который дает нам практическое чувство. Верование в действии, затверженное в процессе первичного научения, трактующего тело как запоминающее устройство, или (в типично паскалевской логике) как некий автомат, который «сам того не желая, увлекает за собой дух», но вместе с тем как кладовую, где хранятся самые большие ценности» [Бурдье, 2002, с. 134].

Концепция трансмиссии по Бурдье или, как он предпочитает говорить, «воспроизводства» — это концепция постепенного обучения способам действия, укореняемым в форме телесных диспозиций. По мнению Тернера, если даже мы и признаем такой ответ на вопрос о локации удовлетворительным, это никак не продвинет нас в решении проблемы, поскольку трансмиссия по-прежнему не защищена от индивидуальных «интерпретаций» [Turner, 1994, p. 62]. Иными словами, сохраняется проблема тождественности. Возможный встречный аргумент Бурдье мог бы состоять в утверждении, что интерпретативные способности сами являются практическими навыками, которые передаются от индивида к индивиду. Однако при таком ответе проблема лишь откладывается, но не исчезает, поскольку мы вынуждены указать, как эти интерпретативные способности передаются без изменений. Подобная аргументация приводит к бесконечному регрессу [Lizardo, 2007, p. 6]. Следующая цитата из работы Тернера раскрывает его позицию относительно вопросов локации, тождественности и проблемы трансмиссии в целом: «Аргумент в пользу разделяемых индивидами предпосылок и их тождественности требует, чтобы мы представили некоторый механизм, посредством которого некоторые правила, предпосылки или практики проникают в головы индивидов. Рассмотрение возможных стратегий решения проблемы трансмиссии убеждает в том, что эта проблема непреодолима» [Turner, 2002, p. 45].

Тернер считает, что предпосылки не могут передаваться от индивида к индивиду ни непосредственно, например, через имитацию, ни опосредованно через медиума, выраженного в понятиях *социального* или *дискурса* [Turner, 1994, p. 44]. Модель объяснения на основе имитации не подходит, поскольку невозможно имитировать такие внутренние явления как идеи или диспозиции [Ibid, p. 61]. Только открытое внешнему наблюдению поведение может быть освоено путем имитации. Поэтому необходимо найти замену имитации для описания процесса, посредством которого такие внутренние явления как диспозиции будут разделяться членами некоторого сообщества [Ibid, p. 63]. Однако замена идеи имитации идеей о существовании надындивидуальных коллективных объектов не пред-

ставляется удовлетворительным вариантом. Такие объекты, по мысли Тернера, должны быть открыты прямому наблюдению, только тогда их можно рассматривать как что-то имеющее место в реальности. Поскольку эти объекты таковыми не являются, мы не можем обнаружить, как они передаются от индивида к индивиду в ходе коммуникации и каков механизм этой передачи/трансмиссии.

Согласно Тернеру, не существует никаких оснований для веры в существование совместно разделяемых индивидами практик как целостного единичного объекта. Также не существует подходящей теории совместно разделяемых практик и их трансмиссии, позволяющей понять, как подобный объект может передаваться от индивида к индивиду в неизменном виде. То, что мы относим к совместно разделяемой практике, является в действительности составным явлением: она конституируется множеством отдельных индивидуальных привычек, которые достаточно схожи для нас, чтобы мы могли понимать друг друга, но они все же индивидуальные, а не коллективные целостности. Следовательно, обращение к практике, согласно Тернеру, не имеет смысла, вместо этого социальная теория должна рассматривать в качестве своего нового объекта привычки и процесс хабитуации [Barnes, 2001, p. 30].

Более того, поскольку усвоение неявных предпосылок выглядит как процесс обучения или передачи знаний и навыков от одного индивида к другому, нельзя застраховаться от ошибок в трансмиссии. Действительно, обучение на чужом опыте скорее может создать различия между индивидами в каждом отдельном случае, а не привести к совместному разделению общих идей, верований или диспозиций. С. Тернер приходит к скептическому выводу и предлагает индивидуалистское решение проблемы: единственно возможной теорией практик может быть только та, которая в качестве объекта рассматривает индивидуальные привычки [Turner, 1994]. Таким образом, Тернер отрицает коллективный характер практик.

Если следовать Тернеру, навыки, которыми располагают классические гомеопаты, включая те, которые они усвоили в период обучения в медвузе, составляют ни что иное, как индивидуальные привычки. Если разные привычки противоречат друг другу, то переход между ними возможен только путем отказа от одних привычек и приобретения новых. Например, приобретение привычки следовать принципу подобия возможно только после отказа следовать противоположному принципу contraria contrarius. В этой ситуации мы уже не можем говорить о неявном знании биомедицины, лежащем в основе описания и применения гомеопатии. Следование некоторой привычке не таит никакого секрета в виде неявного знания или предпосылок, а, значит, нет смысла говорить о влиянии предыдущего образования и институциональных условий практики

на то, как врачи применяют гомеопатию. Концепт неявного знания оказывается бесполезным.

Неявное знание: видимое, но не замечаемое

Справедливость тернеровской проблемы безусловна, однако индивидуалистское решение не является безальтернативным. Теория практик содержит разные ответы на радикальную критику Тернера [Barnes, 2001; Rouse, 2007; Gulick, 1998; Lizardo, 2007]. Нас интересуют прежде всего два момента. Во-первых, неявные предпосылки (неявное знание) не локализуются в сознании, а, во-вторых, они не являются скрытыми от непосредственного наблюдения.

Рассмотрение идей Г. Райла позволяет установить ошибочность противопоставления сознания и тела, из которого вытекает представление неявного знания как чего-то скрытого в сознании и оттуда определяющеего внешнее поведение индивида [Райл, 1999]. В концепции Райла неявное знание предстает как «знание-как» и противопоставляется «знанию-что». Вопрос, который можно приписать Райлу: как мы можем судить об объектах, которых не можем наблюдать (например, неявное знание)? Выстраивая свою точку зрения по данному вопросу, Райл критикует менталистский предрассудок или, как он сам говорит, интеллектуалистскую легенду классической философии, которая представляет практическое поведение как результат работы «духа в машине». Дух (сознание) обладает преимуществом, позволяющим ему управлять машиной (телом) как инструментом.

При этом сознание получает локализацию в определенном месте — «в голове» индивида и выступает причиной внешнего поведения. Из этого логически следует, что понимание возможно лишь тогда, когда есть возможность заглянуть внутрь другого. Г. Райл выступает против такого определения и предлагает не заниматься отысканием невидимой сущности сознания, а понять, как сознание открывается нам иначе, проявляя себя в наблюдаемом мире. Мы ничего не можем сказать об объектах в сознании другого, следовательно, мы должны отказаться от дуализма внешнего и внутреннего и признать, что вопрос об осмысленности и разумности чьих-либо действий не решается путем апелляции к скрытым мотивам, планам или схемам, т. е. к источнику. Решение об осмысленности/разумности относится к определению того, *как* действия осуществляются[1] [Там же, с. 40].

1 Это утверждение подводит к пересмотру классической теории действия, поскольку теперь нерефлексивные действия (традиционные, по привыч-

Принципиальная видимость и наглядность практик подчеркивается многими авторами [Barnes, 2001; Swidler, 2001; Pickering, 1997; Rouse, 2007]. Например, для Барнса утверждать, что краеугольным камнем порядка и согласия является согласие в практиках — значит ссылаться на публичное и видимое, на то, что индивиды делают [Barnes, 2001, p. 25]. В схожей манере высказывается Свидлер; по ее мнению, исследовать практики не значит исследовать нечто скрытое в сознаниях людей. Напротив, это значит исследовать то, что нам дано наглядно [Swidler, 2001, p. 84-85]. Действительно, в теории практик особый акцент ставится на том, что является видимым, но не замечаемым.

Наконец, аргументы Райла можно противопоставить тернеровскому стремлению каузально выводить практики из скрытых предпосылок: когда мы делаем что-либо разумно, наши действия имеют не особые антецеденты, а особую манеру или методику осуществления [Райл, 1999, с. 41]. Скрытые предпосылки, правила, телесные схемы или неявное знание выступают не как причины практик, а, скорее, как их свойства. Поэтому любые попытки увидеть что-то позади практик(и) должны быть признаны несостоятельными.

У. Гулик иронично замечает, что неудовлетворенность Тернера понятием «практики» порождено социологической практикой, в рамках которой он обращается к данному понятию [Gulick, 1998-99, p. 7]. По его мнению, в основе тернеровской аргументации лежит традиционное представление о социальной науке как науке, призванной обнаруживать причинно-следственные связи человеческого поведения [Ibid, p. 8]. Естественнонаучный идеал, которому следует Тернер, проявляется, в частности, когда он прямо критикует теорию практик за неспособность дать каузальные объяснения. Гулик согласен, что достоверные каузальные объяснения — это не то, что может предложить теория практик, ведь ее потенциал связан с ее интерпретативными возможностями. Вопреки тернеровскому атомизму, сводящему практики к индивидуальным привычкам, Полани утверждает социальные характеристики практик, поскольку практики осуществляются в соответствии с разделяемыми сообществом правилами [Ibid, p. 10]. Эти правила (или неявное знание) действительно передаются индивидуально, но сводить их к индивидуальным привычкам нельзя, поскольку правила функционируют независимо от конкретных индивидов.

Из предложенной критики тернеровской позиции ясно, что разные практики относятся друг к другу не как причины и следствия,

---

ке) могут быть не менее осмысленными (не значит артикулированными), чем целерациональные действия.

а как условия осмысленности друг друга. Здесь следует обратить внимание, что в социальных науках в качестве эквивалента понятия причины часто используется понятие контекста, однако в теории практики контекст заменяется понятием фона или фоновых практик: строго говоря, понимание контекста как чего-то, что скрывается за фасадом наблюдаемой практики, не имеет смысла; свойственный практике характер *тотального* концепта предполагает, что контекстом всякой практики может служить только другая практика [Вахштайн, 2011, с. 30].

Отношения гомеопатии и биомедицины в практике классических гомеопатов удобно изобразить с помощью метафоры фигуры и фона, концептуальной пары, используемой в гештальтпсихологии для объяснения смыслообразования. Фигура представляет собой то, что на переднем плане, и обязательно предполагает некий задний план — фон. Отношения между фигурой и фоном рекурсивные — объекты фигуры и фона могут меняться местами в зависимости от переключений внимания. Предпосылки биомедицины в практике классических гомеопатов следует понимать как элементы фона; на этом фоне разворачивается работа гомеопатического метода. Осмысленность гомеопатии для российских врачей определяется этими предпосылками. Это отчетливо просматривается в приводившихся в начале статьи высказываниях классических гомеопатов. В описаниях гомеопатии, которые они дают, в качестве фигуры отрицания неизменно присутствует биомедицина. Момент противопоставления биомедицины/аллопатии и гомеопатии важен как часть определения последней; описание гомеопатии невозможно в данном случае без этого противопоставления. Медицинское знание и опыт, полученные прежде, служат своеобразной схемой референции, которая помогает врачам осмысливать гомеопатический взгляд на вопросы здоровья, болезни и лечения. Рекурсивность этого отношения гомеопатии и биомедицины проявляется в ситуациях, когда врачи в дискурсе сочетают элементы разных описаний: свободно переходят от терминов с гомеопатическим значением к терминам биомедицины, осуществляют перевод с языка гомеопатии на язык биомедицины и наоборот.

> *«Все это можно интерпретировать. Например, у нас всего три основных миазма, как известно, псора, сикоз, люэс; туберкулиновый миазм как сочетание псоры и люэса. Гипофункция соответствует туберкулиновому типу, гиперфункция — сикотическому, дисфункция — люэтическому. Т. е. можно, опираясь на гистологию, физиологию, патофизиологию, наполнить этот старинный термин смыслом»* (интервью 10).

Витгенштейнианская идея смены аспекта кажется вариантом развития метафоры фигуры и фона. Л. Витгенштейн формулирует эту

идею следующим образом: «Я смотрю на лицо и вдруг замечаю его сходство с другим. Я вижу, что оно не изменилось; и все же я вижу его иначе. Я назову этот опыт: „заметить аспект“» [Витгенштейн, 2011, с. 280]. И далее: «Выражение смены аспекта — это одновременное выражение нового восприятия вместе с неизменным восприятием» [Там же, с. 284]. Это действительно близко к отношениям фигуры и фона, представляющим одновременное соприсутствие при распределенном внимании в пользу фигуры. «„Теперь он видит в этом то-то“, „а теперь то-то“ — так можно сказать лишь о том, кто способен свободно применять определенную фигуру. Основа этого опыта — овладение техникой» [Там же, с. 304]. Факт обучения, как видим, очень важен: опыт как сформировавшийся набор навыков и ви́дение нельзя просто устранить или заменить; привычке, о которой говорит Тернер, можно противостоять, от нее можно избавиться, но нельзя перестать что-то *уметь*.

П. М. Степанцов вводит идею смены аспекта Витгенштейна в контекст теории событий, чтобы рассмотреть проблему противопоставления каузального и интенционалистского подходов в социальных науках [Степанцов, 2015]. Степанцов заключает, что ментальные события нельзя рассматривать как причины события действия, поскольку они не могут быть непосредственно наблюдаемы. Этот вывод схож с выводом, к которому приходит С. Тернер, но в данном случае из него следует другое решение.

Введение фигуры наблюдателя позволяет утверждать, что не существует общего и единственно правильного представления об объекте наблюдения — представлений будет столько, сколько и наблюдателей, поскольку наблюдение события предполагает коммуникацию, в рамках которой это событие только и может быть различено [Там же, с. 41]. Если разные события наблюдения одного и того же относятся к разным пространственно-временным положениям и осмысляются по-разному, значит, «различные наблюдатели всегда указывают на различные аспекты одного и того же события» [Там же, с. 38]. Фрагмент реальности, определяемый как событие, сам по себе не является осмысленным, но становится таковым в рамках конкретного описания, которое зависит от того, какой аспект высветился. Таким событием нам представляется практика гомеопатов. Всякий гомеопат может обратиться к разным аспектам — гомеопатическому и биомедицинскому как к двум аспектам *того же самого*. Описывая гомеопатию в терминах различия, классические гомеопаты тем самым каждый раз «утверждают» биомедицину как условие осмысленности их практики. Эти две стороны одной практики нельзя увидеть одновременно, но их нельзя разделить, как нельзя разделить событие наблюдения и наблюдаемое событие; они едины как две стороны одной монеты. Применяя это решение

к вопросу о трансмиссии практики, отметим, что отношения между предпосылками биомедицины и применением гомеопатии следует понимать как переключение практик или высвечивание то одного, то другого аспекта. Кроме того, классические гомеопаты признаются, что им приходится прибегать к биомедицинскому лечению в их практике. Этот факт уже указывает на способность и даже предрасположенность видеть двояким образом, как бы в разных аспектах.

> *«Бывают разные ситуации. Если пациент получает от аллопата длительное лечение, я не имею право рисковать и снимать это лечение сразу. Я должна продолжить его, пока не улучшится его самочувствие, только после этого [возможны] какие-то изменения. Сначала аккуратно дозирую, а потом отменяю эти препараты»* (интервью 7).

Таким образом, гомеопаты «обречены» видеть элементы своей практики в двух аспектах (гомеопатическом и биомедицинском) и описывать ее как своего рода гибридное знание. Например, Я. Кешет рассматривает концепт «энергия» как лингвистический мост между сциентистской метафизикой биомедицины и холистической метафизикой альтернативной медицины [Keshet, 2010]. Этот концепт имеет как естественнонаучную, так и спиритуалистическую интерпретации. Представители различных методов альтернативной медицины, в которых используется данный концепт или аналогичные ему (инь-ян, аура, чакры, жизненная сила), разделяют его спиритуалистическую интерпретацию, но часто прибегают и к естественнонаучной для легитимации своего метода лечения. Такой прагматический подход порождает формы гибридного знания, в которых противоречивые концепты сосуществуют посредством различных риторических стратегий. Высвечивание разных аспектов практики, относящихся к биомедицине или, напротив, к гомеопатии, в описаниях классических гомеопатов является важной частью стратегии легитимации.

Действительно, как мы могли увидеть, классические гомеопаты не порывают с биомедициной полностью, но полагаются на ее легитимный статус, риторически приближая к ней гомеопатические концепты, используют ее знание как схему для интерпретации и описания гомеопатии. В терминах теории профессионализации легитимация гомеопатии означает закрепление особой юрисдикции как контроля доступа к данному «эзотерическому» знанию [Abbott, 1988]. Демаркируя границу между гомеопатией, с одной стороны, и биомедициной и «неправильной» гомеопатией — с другой, классические гомеопаты стремятся установить монополию гомеопатической практики и закрывают границы группы для «недостойных», чтобы поддержать свою уникальную идентичность. Возни-

кающее в дискурсе классических гомеопатов противоречие между отрицанием предпосылок биомедицины и признанием ее знания как обязательного для применения гомеопатии легко объясняется логикой профессионализации как процесса монополизации знания и социального закрытия. Обращение к тезису о легитимации позволяет подчеркнуть осмысленный характер обращения классических гомеопатов к биомедицинским предпосылкам и выявить социальные аспекты этих отношений.

* * *

Вернемся к тому, с чего мы начали. Мы обратились к тезису Бурдье, из которого следовало, что сам факт сохранившегося отношения между попом-расстригой и институцией, к которой он прежде принадлежал, состоит в различении двух позиций (прежней и нынешней) и их взаимного противопоставления. Фактически новый образ действий и связанная с ним новая идентичность получают осмысленность в связи с тем жизненным опытом, которому ренегат решил себя противопоставить. По выражению Бурдье, «наиболее парадоксальные формы принадлежности, как, например, негативные или критические, часто обусловливаются прошлой принадлежностью к значимым институциям» [Бурдье, 1994, с. 138]. Резюмируя, Бурдье отмечает, что эпистемологический разрыв совершается через разрыв социальный. Как и в случае попа-расстриги, для классических гомеопатов биомедицина остается объектом постоянной референции. Положение российского гомеопата оказывается на пересечении двух полей — гомеопатии и биомедицины, тем самым он вступает в «двойную игру, которая социально и психологически выгодна и позволяет сочетать выгоды» [Там же, с. 138] из принадлежности к обеим медицинским направлениям.

Утверждать, что практика классической гомеопатии включает биомедицинские предпосылки не значит признавать существование скрытого в сознаниях «неявного знания биомедицины», изнутри воздействующего на поведение гомеопатов. На самом деле то, что мы называем биомедицинскими предпосылками гомеопатической практики, является наглядным, но в силу рутинности может оставаться незаметным как для действующего, так и для наблюдателя. Присутствие этих предпосылок раскрывается в дискурсе классических гомеопатов. Чтобы их обнаружить, нам не пришлось разыскивать действительный смысл за словами информантов, вместо этого мы присмотрелись к тому, *как* они выстраивают описания гомеопатии.

Библиография

Блур Д. (2002) Витгенштейн как консервативный мыслитель. *Логос,* 35 (5/6): 162-185.

Бурдье П. (1994) *Начала*, М.: Socio-Logos.

Бурдье П. (2001) *Практический смысл*, СПб.: Алетейя.

Волков В. В., Хархордин О. В. (2008) *Теория практик*, СПб: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге.

Вахштайн В. С. (2009) Между «практикой» и «поступком»: невыносимая легкость теорий повседневности. *Социологическое обозрение*, 8 (1): 61-70.

Вахштайн В. С. (2011) *Теория фреймов и социология повседневности*, СПб: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге.

Витгенштейн Л. (2011) *Философские исследования,* М.: АСТ: Астрель.

Карпеев А. А., Киселева Т. Л. (2004) Новая и новейшая история отечественной гомеопатии (с 1991 года до настоящего времени). *Традиционная медицина*, 2: 5-9.

Ковалева О. Б., Песонина С. П., Микиртичан Г. Л., Лихтшангоф А. З., Васильев Ю. В. (2004) *История гомеопатии в России*. СПб: Центр гомеопатии.

Мерло-Понти М. (1999) *Феноменология восприятия*, М.: Наука; Ювента.

Мосс М. (1996) Техники тела. А. Б. Гофман (ред.) *Общества, обмен, личность,* М.: Наука: 242-263.

Полани М. (1985) *Личностное знание. На пути к посткритической философии*, М.: Прогресс.

Приказ Минздравмедпрома от 29 ноября 1995 г. №335 «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении» (http://base.consultant.ru/cons/cgi/online. cgi? req=doc; base=EXP; n=299960).

Приказ Министра здравоохранения СССР «Об усилении контроля за работой и регламентацией дальнейшей деятельности врачей-гомеопатов и применением в лечебной практике гомеопатических лекарственных средств» от 7 августа 1968 г. №610. ГАРФ, ф. 8009, опись 50, дело 750, с 371.

Приказ по Народному комиссариату здравоохранения СССР от 11 февраля 1938 г. №152. ГАРФ, ф. 8009, оп. 1, д. 137, л. 182, 183.

Приказ по Народному комиссариату здравоохранения СССР от 16 апреля 1938 г. №500. ГАРФ, ф. 8009, оп. 1, д. 141, л. 34.

Приказ по Народному комиссариату здравоохранения СССР от 27 апреля 1938 г. 566. ГАРФ, ф. 8009, оп. 1, д. 141, л. 180, 181, 182.

Райл Г. (1999) *Понятие сознания*, М.: Идея-Пресс, Дом интеллектуальной книги.

Степанцов П. М. (2015) Теоретические стратегии исследования социального действия: каузальное объяснение vs понимание смысла. *Социология власти*, 27 (4): 15-50.

Фуко М. (2014) *Рождение клиники*, М.: Академический проект.

Abbott A. (1988) *The System of Professions: an Essay on the Division of Expert Labour*, Chicago, London: University Chicago Press.

Barnes B. (2001) Practice as collective action. E. Savigny, K. Knorr-Cetina, T. Schatzki (eds) *The Practice Turn in Contemporary Theory*, London: Routledge: 25-36.

Brown J. V., Rusinova N. L. (2002) «Curing and Crippling»: Biomedical and Alternative Healing in Post-Soviet Russia. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 583 (1): 160-172.

Cant S., Sharma U. (1996) Demarcation and transformation within homoeopathic knowledge: A strategy of professionalization. *Social Science & Medicine*, 42 (4): 579-588.

Cant S., Sharma U. (1999) *A new medical pluralism?* London: UCL Press. Degele N. (2005) On the Margins of Everything: Doing, Performing, and Staging Science in Homeopathy. *Science Technology Human Values*, 30 (1): 111-136.

Frank R. (2002) Integrating homeopathy and biomedicine: Medical practice and knowledge production among German homeopathic physicians. *Sociology of Health & Illness,* 24 (6): 796-819.

Givati A. (2015) Performing 'pragmatic holism': Professionalisation and the holistic discourse of non-medically qualified acupuncturists and homeopaths in the United Kingdom. *Health*, 19 (1): 34-50.

Gulick W. B. (1998–99) Prolegomena to a Polanyian Theory of Practice: A Critique of Stephen Turner's Account. *Tradition & Discovery: The Polanyi Society Periodical*, 25: 6-11.

Hirschkorn K. A. (2006) Exclusive versus everyday forms of professional knowledge: legitimacy claims in conventional and alternative medicine. *Sociology of Health and Illness*, 28 (5): 533-557.

Kayne S. B. (ed) (2009) *Complementary and alternative medicine*. London: Pharmaceutical Press.

Keshet Y. (2009) Untenable boundaries of biomedical knowledge: epistemologies and rhetoric strategies in the debate over evaluating complementary and alternative medicine. *Health*, 13 (2): 131-135.

Keshet Y. (2010) Energy Medicine and Hybrid Knowledge Construction: The Formation of New Ciltural-Epistemological Rules of Discourse. *Cultural Sociology*, 5 (4): 501-518.

Kotok A. (2001) *The History of Homeopathy in the Russian Empire until World War I, as Compared with other European Countries and the USA: Similarities and Discrepancies*, Unpublished PhD thesis, the Hebrew University of Jerusalem (http://www.homeoint.org/books4/kotok/).

Lizardo O. (2007) 'Mirror neurons', collective objects and the problem of transmission: reconsidering Stephen Turner's critique of practice theory. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 37: 319-350.

Lynch M. (1997) Theorizing Practice. *Human Studies,* 20 (3): 335-344.

Pickering A. (1997) Time and a Theory of the Visible. *Human Studies,* 20 (3): 325-333.

Rouse J. (2007) Practice Theory. *Division I Faculty Publication. Papers*, 43: 449-450.

Reckwitz A. (2002) Toward a Theory of Social Practices A Development in Culturalist Theorizing. *European Journal of Social Theory*, 5 (2): 243-263.

Saks M. (1994) The Alternatives to Medicine. J. Gabe, D. Kelleher, G. Williams (eds) *Challenging Medicine*, London: Routledge: 84-103.

Saks M. (2003) *Orthodox and Alternative Medicine: Politics, Professionalization and Health Care*, London: Sage.

Swidler A. (2001) What Anchors Cultural Practices. E. Savigny, K. Knorr-Cetina, T. Schatzki (eds) *The Practice Turn in Contemporary Theory*, London: Routledge: 83-101.

Turner S. (1994) The Social Theory of Practices. Tradition, Tacit Knowledge and Presupposition, Cambridge: Polity Press.

Turner S. (2002) Brains/Practices/Relativism: Social Theory After Cognitive Science, Chicago: University of Chicago Press.

References

Bloor D. (2002) Vitgenshtein kak konservativnyi myslitel' [Wittgenstein as a Conservative Thinker]. *Logos*, 35 (5/6): 162-185.

Barnes B. (2001) Practice as collective action. E. Savigny, K. Knorr-Cetina, T. Schatzki (eds) *The Practice Turn in Contemporary Theory*, London: Routledge: 25-36.

Bourdieu P. (1994) *Nachala* [Elements], M.: Sotsio-logos.

Bourdieu P. (2001) *Prakticheskii smysl* [Practical reason], SPb: Aleteiia.

Brown J. V., Rusinova N. L. (2002) «Curing and Crippling»: Biomedical and Alternative Healing in Post-Soviet Russia. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 583 (1): 160-172.

Cant S., Sharma U. (1996) Demarcation and transformation within homoeopathic knowledge: A strategy of professionalization. *Social Science & Medicine*, 42 (4): 579-588.

Cant S., Sharma U. (1999) *A new medical pluralism?* London: UCL Press.

Degele N. (2005) On the Margins of Everything: Doing, Performing, and Staging Science in Homeopathy. *Science Technology Human Values*, 30 (1): 111-136.

Frank R. (2002) Integrating homeopathy and biomedicine: Medical practice and knowledge production among German homeopathic physicians. *Sociology of Health & Illness*, 24 (6): 796-819.

Foucault M. (2014) *Rozhdenie kliniki* [The birth of the clinic], M.: Akademicheskii proekt.

Givati A. (2015) Performing 'pragmatic holism': Professionalisation and the holistic discourse of non-medically qualified acupuncturists and homeopaths in the United Kingdom. *Health*, 19 (1): 34-50.

Gulick W. B. (1998-99) Prolegomena to a Polanyian Theory of Practice: A Critique of Stephen Turner's Account. *Tradition & Discovery: The Polanyi Society Periodical*, 25: 6-11.

Hirschkorn K. A. (2006) Exclusive versus everyday forms of professional knowledge: legitimacy claims in conventional and alternative medicine. *Sociology of Health and Illness*, 28 (5): 533-557.

Karpeev A. A., Kiseleva T. L. (2004) Novaia i noveishaia istoriia otechestvennoi gomeopatii (s 1991 goda do nastoiashchego vremeni) [Modern and contemporary history of national homeopathy (from 1991 to the present)]. *Traditsionnaia meditsina [Traditional medicine]*, 2: 5-9.

Kayne S. B. (ed) (2009) *Complementary and alternative medicine*. London: Pharmaceutical Press.

Keshet Y. (2009) Untenable boundaries of biomedical knowledge: epistemologies and rhetoric strategies in the debate over evaluating complementary and alternative medicine. *Health*, 13 (2): 131-135.

Keshet Y. (2010) Energy Medicine and Hybrid Knowledge Construction: The Formation of New Ciltural-Epistemological Rules of Discourse. *Cultural Sociology*, 5 (4): 501-518.

Kotok A. (2001) *The History of Homeopathy in the Russian Empire until World War I, as Compared with other European Countries and the USA: Similarities and Discrepancies*, Unpublished PhD thesis, the Hebrew University of Jerusalem (http://www.homeoint.org/books4/kotok/).

Kovaleva O. B., Pesonina S. P., Mikirtichan G. L., Likhtshangof A. Z., Vasil'ev Iu. V. (2004) Istoriia gomeopatii v Rossii [History of homeopathy in Russia]. Saint-Petersburg: Tsentr gomeopatii.

Lizardo O. (2007) 'Mirror neurons', collective objects and the problem of transmission: reconsidering Stephen Turner's critique of practice theory. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 37: 319-350.

Lynch M. (1997) Theorizing Practice. *Human Studies,* 20 (3): 335-344.

Merleau-Ponty M. (1999) *Fenomenologiia vospriiatiia* [Phenomenology of perception], M.: Nauka, Iuventa.

Mauss M. (1996) Tekhniki tela [The body techniques]. A. B. Gofman (ed.) *Obshchestva, obmen, lichnost'* [Societies, exchange, personality], M.: Nauka: 242-263.

Ministry of Public Health and Medical Industry of the Russian Federation (1995) *Edict № 335 from the 29th of November 1995 «Ob ispol'zovanii metoda gomeopatii v prakticheskom zdravookhranenii»* [«On the use of the homeopathic method in practical public health»]. (http://base.consultant.ru/cons/cgi/online. cgi? req=doc; base=EXP; n=299960).

Ministry of Health of the USSR (1968) Edict № 610 from the 7th of August 1968 'Ob usilenii kontrolia za rabotoi i reglamentatsiei dal'neishei deiatel'nosti vrachei-gomeopatov i primeneniem v lechebnoi praktike gomeopaticheskikh lekarstvennykh sredstv' ['On strengthening monitoring and regulation for work and future activities of homoeopaths and application in medical practice of homeopathic medicines']. The State Archive of the Russian Federation, f. 8009, op. 50, d. 750, s. 371. (http://www.privivkam.net/info. php. s=3&id_1=003&id_2=062&id_3=000326).

Narkomzdrav (1838a) Edict, 11 February 1938, № 152. The State Archive of the Russian Federation, f. 8009, op. 1, d. 137, l. 182, 183.

Narkomzdrav (1938b) Edict, 16 April 1938 № 500. The State Archive of the Russian Federation. f. 8009, op. 1, d. 141, l. 34.

Narkomzdrav (1938c) Edict, 27 April 1938, № 566. The State Archive of the Russian Federation. f. 8009, op. 1, d. 141, l. 180, 181, 182.

Pickering A. (1997) Time and a Theory of the Visible. *Human Studies,* 20 (3): 325-333.

Polanyi M. (1985) *Lichnostnoe znanie. Na puti k postkriticheskoi filosofii* [Personal knowledge. On the way to the post-critical philosophy], M.: Progress.

Ryle G. (1999) *Poniatie soznaniia* [The concep. of consciousness], M.: Ideia-Press, Dom intellektual'noi knigi.

Reckwitz A. (2002) Toward a Theory of Social Practices A Development in Culturalist Theorizing. *European Journal of Social Theory*, 5 (2): 243-263.

Rouse J. (2007) Practice Theory. *Division I Faculty Publication. Papers*, 43: 449-450.

Saks M. (1994) The Alternatives to Medicine. J. Gabe, D. Kelleher, G. Williams (eds) *Challenging Medicine*, London: Routledge: 84-103.

Saks M. (2003) *Orthodox and Alternative Medicine: Politics, Professionalisation and Health Care*, London: Sage.

Stepantsov P. M. (2015) Teoreticheskie strategii issledovaniia sotsial'nogo deistviia: kauzal'noe ob» iasnenie vs ponimanie smysla [Theoretical strategies of studying social action: Causal Explanation vs Meaning Understanding]. *Sotsiologiia vlasti*, 27 (4): 15-50.

Swidler A. (2001) What Anchors Cultural Practices. E. Savigny, K. Knorr-Cetina, T. Schatzki (eds.) *The Practice Turn in Contemporary Theory*, London: Routledge: 83-101.

Turner S. (1994) The Social Theory of Practices. Tradition, Tacit Knowledge and Presupposition, Cambridge: Polity Press.

Turner S. (2002) Brains/Practices/Relativism: Social Theory After Cognitive Science, Chicago: University of Chicago Press.

Vakhshtayn V. S. (2009) Mezhdu «praktikoi» i «postupkom»: nevynosimaia legkost' teorii povsednevnosti [Between «practice» and «deed»: The unbearable lightness of theories of everyday life]. *Sotsiologicheskoe obozrenie* [The Sociological Review], 8 (1): 61-70.

Vakhshtayn V. S. (2011) *Teoriia freimov i sotsiologiia povsednevnosti* [Framing theory and sociology of everyday life], SPb: Izdatel'stvo Evropeiskogo universiteta v Sankt-Peterburge.

Volkov V. V., Kharkhordin O. V. (2008) *Teoriia praktik* [Theory of practices], SPb.: Izdatel'stvo Evropeiskogo universiteta v Sankt-Peterburge.

Wittgenstein L. (2011) *Filosofskie issledovaniia* [Philosophical investigations], M.: AST: Astrel'.