Слово редакторов-составителей

Радик А. Садыков
НИУ «Высшая школа экономики», Москва, Россия

Александра С. Курленкова
Центр медицинской антропологии ИЭА РАН, Москва, Россия

Онтологии тела и медицинской практики

doi: 10.22394/2074-0492-2017-3-8-22

Человеческое тело долгое время оставалось в тени базовых концептуализаций социальных наук. Ни социология, ни антропология, ни другие смежные дисциплины до сих пор не располагают ясной теорией тела. Брайан Тернер, один из пионеров исследований тела, однажды пессимистично заметил, что к концу своей большой работы по истории и социологии тела все меньше понимает, чем все-таки тело является [Turner, 2008]. Это звучит несколько стран-

Садыков Радик Ахмедович — к.соц.н., магистр социологии. Научный сотрудник в Центре социального предпринимательства и социальных инноваций НИУ ВШЭ, старший преподаватель кафедры общей социологии факультета социальных наук НИУ ВШЭ. Научные интересы: социология медицины, социология профессий, социальная теория. E-mail: radik.a.sadykov@gmail.com
Radik A. Sadykov — PhD in sociology, MA in sociology. Researcher at the Center for Social Entrepreneurship and Social Innovation Studies, National Research University Higher School of Economics, Senior Lecturer at the Faculty of Social Sciences, National Research University Higher School of Economics. Research interests: sociology of medicine, sociology of professions, social theory. E-mail: radik.a.sadykov@gmail.com
Курленкова Александра Сергеевна — к.и.н., магистр биоэтики, магистр социологии. Научный сотрудник в Центре медицинской антропологии ИЭА РАН. Научные интересы: социальные исследования тела, инвалидности, медицины. E-mail: askurlenkova@gmail.com
Aleksandra S. Kurlenkova — PhD in history, MA in bioethics, MA in sociology. Researcher at the Center for Medical Anthropology, IEA RAS. Research interests: social studies of medicine and the body, disability studies. E-mail: askurlenkova@gmail.com

но — по-прежнему самоочевидной для нас остается доминирующая медицинская трактовка тела. В ее основе лежит классический декартовский дуализм: тело-машина является пассивным иррациональным объектом, приводимым в действие сознанием-духом, благодаря которому оно поддерживается в порядке, насколько это возможно. Если следовать признанной хронологии, с конца 1980-х годов социальные ученые начали активно пересматривать медицинскую модель тела.

Сегодня под влиянием технологического развития, в том числе в медицинской отрасли, а также благодаря новым эвристическим возможностям, открытым в исследованиях науки и технологий, проблематика тела стала все больше занимать социальных ученых, из узкоспециального интереса перерастая в предмет фундаментальной теории. Совершающийся на наших глазах поворот к телу следует рассматривать как часть *онтологического* поворота, суть которого в смещении фокуса наблюдения с сущностей объектов на их становление. Теоретики данного поворота постулируют: нет никаких предзаданных и окончательных сущностей, есть только их становление в конкретных социоматериальных практиках и принципиальная открытость изменениям.

Задача исследователя — описать практические контексты, в которых учреждаются *множественные* объекты медицинской реальности, а также разобраться в тонко скоординированной работе акторов, направленной на сведение этой множественности к сингулярности — например, созданию *единого* атеросклероза [Mol, 2002]. Но не только. Помимо медикализированного тела-объекта, которым мы «обладаем» (*a body-we-have*), есть также тело-субъект (*a body-we-are*), которое мы знаем/чувствуем/осознаем «изнутри», а также тело, которые мы «делаем» (*a body-we-do*), потребляя пищу, жидкости, лекарства, дыша, занимаясь спортом и т. д. [Мол, Ло, 2017]. Такова повестка, в разработку которой включается все больше авторов, в том числе те, чьи статьи представлены в данном номере. Но у исследований тела была своя предыстория. Попробуем окинуть ее взглядом. Итак, почему в социальных науках так долго отсутствовал интерес к телу?

Причины исключения тела из социологической проблематики относятся к ранним этапам ее становления на рубеже XIX–XX вв. Социологизм как эпистемологический базис социологической дисциплины формировался через отрицание психологизма и стоящего за ним биологизма, претендовавших на исчерпывающие объяснения человеческого поведения. Эмиль Дюркгейм отстаивал для социологии собственный регион реального, и любое мирное соглашение для молодой еще не утвердившейся науки грозило редукционизмом, а значит, и потерей самостоятельности. В социологиче-

ской реальности, открытой Э. Дюркгеймом, устанавливался запрет на объяснение социальных фактов фактами иной природы — биологическим или психическим фактам в ней не было места. Отказ от биологического детерминизма в пользу социологического повлек исключение тела из социологической проблематики [Turner, 2008, p. 34]. Можно сказать, что в этом и состояла негативная часть проекта социологии на начальном этапе ее развития. В дюркгеймовской традиции индивиды с их телами оказывались нерелевантными; способность действовать атрибутировалась коллективными субъектам; они и составляли общество.

Другой классик, Макс Вебер, в отличие от Дюркгейма считал, что именно индивиды должны быть отправной точкой социологического анализа. Однако и в его проекте социологии не нашлось места человеческим телам. Понятый неокантиански веберовский индивид представлял собой аналог трансцедентального субъекта, т. е. не был «реальным» индивидом, а лишь идеально-типической конструкцией. По Веберу, индивиды и действия, которые они совершают, принадлежат не посюстороннему миру, а трансцендентному миру смыслов и ценностей. Все, что касается проявления человеческих тел, относится не к действиям, а к поведению, а поведением социология не занимается.

Таким образом, для классиков социологии солидарность и смыслы действий были куда более реальными объектами, чем физические тела. Дальнейшее развитие социологии следовало по проложенному пути. В антропологии благодаря Марселю Моссу телу уделялось более пристальное внимание, но и здесь его статус как объекта исследования определялся в связи с организацией общества (см. например, [Дуглас, 2000]).

Парсонсовская концепция роли больного предполагала, что тело пациента «принадлежит» врачу, который распоряжается им в границах, допустимых нормативными предписаниями. Врач — единственное компетентное лицо в вопросах здоровья и болезни. Восстанавливая тела, он восстанавливает социальный порядок, ведь болезнь является девиацией в том смысле, что мешает индивидам следовать их социально предписанным обязанностям. Следовательно, роль пациента заключалась в том, чтобы принимать на веру все суждения врача относительно его состояния, во всем следовать его указаниям, в общем, демонстрировать полное доверие медицине в вопросах тела и болезней (см. [Parsons, 1950; Парсонс, 2016]). Эта позиция легитимировала ситуацию, в которой любое, кроме медицинского, высказывание о теле автоматически признавалось маргинальным.

Таким образом, если тело и привлекало внимание социальных ученых, то в основном как дериват социальных отношений: категории социального мира отражаются в (и на) теле и телесных практи-

ках индивидов. Метафора тела как проекционного экрана, вероятно, остается самой влиятельной социологической концептуализацией тела. Наиболее значимая ее версия представлена в работах Мишеля Фуко. Фуко рассматривает тело в связи с проблематикой власти и дискурса, посредством которого она осуществляется. Определяющей чертой современности он считает невиданный ранее подъем институтов социального контроля — государственной бюрократии, тюремной системы и медицины.

Причины расширения этих сил контроля лежат в практической области: с XVIII в. все острее вставали перед правителями проблемы управления населением из-за стремительного демографического роста, с одной стороны, и деградации форм традиционного господства, прежде всего ослабления власти суверенов — с другой. В эту эпоху на смену старым формам господства приходит дисциплина как средство социального контроля в индустриальном обществе. Дисциплинарная власть полагалась на микротехники знания/власти чиновников и профессионалов, способных производить послушные тела. Медицина в этой оптике выступает прежде всего как дисциплинирующая паноптическая система социального надзора, использующая методы наблюдения и регистрации болезней. Посредством этой контролирующей функции медицина выступает как совокупность практик нормализации, в которых конструировались объективные сущности (тела, болезней, здоровья, правильного поведения и т. д.).

После Фуко стало принятым считать, что «современный “пациент” в определенном смысле есть продукт “медицинского взгляда”» [Портер, 2008, с. 51]. Этот взгляд эволюционировал, продвигаясь с поверхности человеческого тела глубже под кожу, вглубь организма. Визуальное обследование и аутопсия признавались основными источниками клинической истины [Kirmayer, 1988, p. 57]. Данную тенденцию в формировании оптики современной медицины Фуко иллюстрирует знаменитым высказыванием анатома Ксавье Биша: «Вскройте несколько трупов».

Как и Парсонс, Фуко подчеркивает роль медицины в реализации социального контроля над человеческими телами. Хотя они расходятся в определении значения этого контроля и оценке его последствий, скорее всего им одинаково близко представление тела как иррационального, аффективного, инертного, неинтенционального. Поскольку социальный порядок индустриального общества устроен по рационально-нормативному образцу, тело представляет для него потенциальную угрозу, оставаясь постоянным источником риска и девиации.

На примере Парсонса мы видим, что, когда традиционная социологическая оптика встречается с телом индивида, она склонна

принять его естественно-научное определение, так что ей самой остается только описывать деструктивные последствия вторжения тела в упорядоченный мир социальных институтов и отношений. Социально-конструктивистская оптика, как в случае с подходом Фуко, делит тело на физическое и социальное/культурное и интересуется исключительно вторым — социальными значениями, передаваемыми посредством тел, но не самими телами. Переживания индивидами своей телесности, равно как и работа тела, остаются за рамками рассмотрения, потому что тела не могут обладать никакой *собственной* социальной природой. Действительно ли это так?

Именно по этому пункту радикально высказывается феноменологическая социология тела. Сторонники этого направления сознательно отходят от репрезентативистских концепций тела и пытаются концептуализировать связь между непосредственным телесным опытом, социальными структурами и идентичностью. Например, утрата части тела может иметь серьезные последствия для самоидентификации.

В отличие от конструктивистов феноменологическая социология тела рассматривает тело в терминах его интенциональной природы и неразделенности с человеческим Я. Эта позиция вырастает из критики декартовского дуализма тела и сознания и находит свое наиболее глубокое выражение в работах Мориса Мерло-Понти. В «Феноменологии восприятия» он показывает, что восприятие реальности обусловлено специфической локацией нашего тела. Это означает, что когнитивный процесс относится к работе тела, и восприятие мира, стало быть, является телесным (*embodied*). При рассмотрении тела как думающего и чувствующего исчезает необходимость придерживаться декартовского дуализма тела и сознания.

В центре рассмотрения Мерло-Понти «живое тело», помещенное в повседневный мир социальных взаимодействий. «Живое тело» (*Leib*) вводится как противоположность «мертвому», анатомическому телу (*Körper*), с которым имеет дело медицина. Отсюда следует, что современная медицина не замечает живого тела, как его трактуют последователи Мерло-Понти. Ее интересуют болезни, больное тело как сломанный механизм, требующий вмешательства эксперта, а за образец взято мертвое тело, тело трупа. Начавшееся в XVIII в. развитие анатомо-патологического взгляда в медицине выводило индивида с его эмоциями, переживаниями собственной телесности за рамки терапевтической теории и практики. Изобретения, такие как стетоскоп (см. [Лахмунд, 2008]) или анестезия (см. [Мулен, 2016, с. 34–36]), революционизировали медицинскую практику, отодвинув сознательные и телесные реакции пациента на второй план. Стетоскоп сделал показания пациента как источника информации

о состоянии организма менее значимыми, а анестезия позволила убрать последний барьер на пути контроля врача над телом пациента — сопротивление боли.

Феноменологическая социология тела получила развитие в таких направлениях, как, например, воплощенная социология эмоций[1] и социология сна (см. [Williams, 2001; Williams, Crossley, 2008]). Для теоретиков телесной социологии важно, как люди проживают и специфицируют многообразный опыт собственного тела. В теоретическом плане авторами движет стремление преодолеть разрыв между телом и социальными/культурными процессами, поместив их в рамках консистентной теории. В этом проекте предпринимается попытка прояснить отношение между биологическим, которое категорически отрицали классики социологии, и социальным.

Воспринимающее тело находится во взаимодействии с материальным и социальным окружением, постоянно изменяя свою «телесную схему». Это означает, что тело — принципиально незаконченная целостность, оно находится в непрерывном становлении, и это очевидно демонстрируют такие примеры, как развитие навыков в том или ином ремесле (в лечении болезней, в балете или в силовом спорте). Границы тела не являются навсегда фиксированными, в лучшем случае — условно фиксированы в конкретных обстоятельствах места и времени.

Влияние телесной идиомы очевидно в работах Пьера Бурдье. Используемое им понятие «габитуса» сродни «телесной схеме» Мерло-Понти. Оба понятия призваны преодолеть дуализмы. В габитусе сочетается индивидуальное и социальное, субъективное и объективное, природное и культурное. Концепция габитуса позволяет Бурдье объяснять, как статусные различия оказываются вписанными (инкорпорированными) в тела и как они воспроизводятся посредством этих тел.

В отличие от Парсонса и Фуко тело в концепции Бурдье рационально, а точнее, практически-рационально; благодаря этому качеству оно актуализирует инкорпорированные социальные категории в соответствии с логиками конкретных социальных полей. Взаимодействие индивидов внутри полей подобно командной игре. Игра структурируется правилами, ориентируясь на которые игроки вырабатывают подходящие стратегии. Стратегии не предполагают калькуляции и подсчетов как в теории рационального выбо-

1 В данном случае слово «телесная» используется как эквивалент английского «embodied» в таких словосочетаниях, как «embodied sociology», «embodied action» и т. д. В других переводах встречается «воплощенное», «телесно воплощенное». См. статью Светланы Бардиной в этом номере.

ра — тут скорее речь о продолжительном владении общей линией поведения, нежели о продуманном рациональном выборе. Умение настраиваться на определенный лад во взаимодействии с другими определяется чувством игры, или практическим чувством, запечатленным в теле в форме устойчивых диспозиций. Совокупность этих диспозиций и образует габитус.

Наряду с понятием габитуса часто упоминают понятие «техник тела», с помощью которого антрополог Марсель Мосс обобщил обширные антропологические данные о телесно воплощенных «привычках» [Мосс, 2011, с. 308]. Такими воплощенными привычками или техниками являются медицинское знание и навыки: аналогично тому, как опытный водитель, выполняя парковку или лавируя в потоке, ощущает габаритные размеры и актуальную скорость автомобиля, опытный хирург в ходе операции привычно ориентируется в размерах тела, его органов и полостей. Используемые при этом инструменты почти буквально становятся продолжением его собственных органов: когда он оперирует, он образует единое целое со скальпелем, что позволяет ему пользоваться им эффективно.

Обсуждаемые выше концепции формулируют, или имплицитно принимают некоторое представление о том, чем *являются* тела. Мы начали с вопроса Брайна Тернера — теперь можно сказать, что его вопрос вовсе необязателен. В последние годы стала популярна концепция тела, сторонники которой не задаются вопросом, чем *являются* тела, но интересуются тем, что тела *делают*, и особенно, как они *делаются* [Blackman, 2010, p. 170]. Предлагаемый подход имеет разные названия — онтология-в-практике, онтологическая этнография, праксиография, но суть одна: тело понимается как результат гетерогенных практик, в которых оно реализуется и задействуется *(is enacted*) как целое. Открытие данной перспективы связано с онтологическим поворотом — интеллектуальным течением, внутри которого рождаются, пожалуй, наиболее радикальные философские интуиции.

Типичные стратегии, которым следуют теоретики онтологического поворота, — историзация и десубстантивизация объекта и акцент на прагматике становления. Здесь кто-то мог бы спросить: причем здесь онтология? В каком смысле десубстантивизация, т. е. отказ от исследования сущностей, сочетается с понятием онтологии? По мнению Серджо Сисмондо, эти вопросы не возникли бы, если бы мы придавали «онтологии» ее изначальный неискаженный смысл. Аналогично тому, как слова «физика», «биохимия», «нейробиология» отсылают сегодня к тому, что исследуется, а не к исследованиям как таковым, «онтология» подверглась реификации, превратившись из особого типа исследования в особую вещь, которую исследуют [Sismondo, 2015, p. 442]. Онтологический поворот (или

повороты), стало быть, следует рассматривать как тип исследования, акцентирующий внимание на множествах практик, формирующих материальный мир. Практики имеют фундаментальный статус, онтологии производны от них [Ibid., p. 444].

Применительно к телу это означает, что, как и все остальное, оно конституируется посредством практик, связывающих вместе различные порядки и сущности. А поскольку этих практик множество и они могут образовывать бесчисленные комбинации, то и задействуемые в них версии тела множественны. Именно такой подход к телу развивают Аннемари Мол и Джон Ло. В исследовании пациентов с гипогликемией их не интересует, чем могла бы быть гипогликемия в социальном смысле, они исследуют, как она *делается* в разных ситуациях. Гипогликемия производится на свет с помощью операций с глюкометром, когда прокалывается кожа, делается забор крови из пальца, и прибор показывает уровень сахара. Человек также может чувствовать близость гипогликемии «изнутри»: потеть, испытывать озноб или общее недомогание. В этих ситуациях он, например, съедает заранее приготовленный снэк и, таким образом, *избегает* гипогликемии — еще один модус задействования этого объекта [Мол, Ло, 2017]. Множественность гипогликемии, создаваемая в различных практиках, в которых могут участвовать другие индивиды, а также нечеловеки, означает, что границы ее не фиксированы и открыты для изменений.

В других работах Мол [2002; 2015] обсуждает множественность атеросклероза. Врачам, рассматривающим рентгеновские снимки, графики с данными ангиографии, результаты дуплекса, записанные показания пациента как части одного случая, приходится иметь дело с разными реалиями одного и того же тела. Не всегда эти данные согласуются и неизбежно возникает ситуация выбора. Какие из этих показаний следует принять? Иначе говоря, какой реальности дать ход (*to enact*)? Мол отвечает, что выбор совершается путем реализации той или иной «онтологической политики». На примере госпиталя N она показывает, что когда данные разных диагностических процедур расходятся, приоритет отдается одной из них. Благодаря этому тело-сборка остается условно стабильной, хотя напряжение между ее частями не исчезает. Баланс поддерживается благодаря тому, что между элементами сборки устанавливаются более или менее устойчивые иерархии. Описание того, как происходит координация различных версий одного и того же тела, является целью предлагаемой Мол праксиографии. Книга «Множественное тело», как говорит сама автор, о том, как медицина вводит в действие (*enacts*) объекты, которыми сама занимается.

Концепции «живого тела» и тела-сборки позволяют пересмотреть модели медицинской практики. Современная медицинская

практика с ее особым взглядом остается приверженной дуализму сознания и тела [Crossley, 2012, p. 101]. С ростом применения медицинской техники эта приверженность становится всеобщей, поэтому Ян Хакинг называет наши тела неокартезианскими (см. перевод статьи Хакинга в данном номере). Технологическая объективация частей тела формирует односторонний взгляд на тело как что-то «другое», «чужое», скрывая то, что мы не только обладаем нашими телами, но мы и есть наши тела [Crossley, 2012, p. 96; Мол, Ло, 2017, с. 234].

Дуализм сознания и тела в медицине определяет терапевтическую практику и взаимоотношения врача и пациента. Поскольку в центре внимания врачей находятся доступные точному наблюдению факты — больные тела и проявляющиеся в них симптомы, субъективное, связанное с сознанием, считается нерелевантным и вытесняется. Таким образом, пациент как мыслящее и чувствующее существо выводится из медицинской практики; «живое тело» игнорируется — *Körper* замещает *Lieb*. Устраняя специфический опыт переживания людьми собственного тела как нерелевантный, биомедицина, по замечанию Маргарет Лок, универсализирует тела, называя любые попытки предложить более релятивистскую альтернативу новым расизмом. В результате современные здравоохранительные системы оказались неспособны учесть биосоциальное разнообразие людей и вести работу с локальными биологиями [Lock, Nguyen, 2010].

Практические выводы, вытекающие из тезисов Лок, в чем-то перекликаются с позицией Мол и Ло, выступающих за медицинскую практику, которая бы учитывала различные (локальные) способы делания тел, болезней, терапевтических отношений. Они отмечают, что важнейший прогресс в медицине случится, если она осознает, что она не просто манипулирует телами, а вторгается в жизни людей. Понимание этого могло бы сделать медицинское вмешательство если не более эффективным, то хотя бы более рефлексивным относительно принимаемых решений и их последствий. Воплощенная социология и социология множественного тела разными средствами стремятся к одной цели — взгляд медицины на живое активное тело должен преобразовать медицинскую практику и трансформировать асимметричные взаимоотношения врача и пациента.

В статьях данного номера эксплицитно или имплицитно просматриваются идеи и интуиции представленных выше авторов и направлений. В определенном смысле номер можно считать репрезентацией современного поля социальных исследований тела и медицины. Несмотря на разницу используемых подходов и рассматриваемых проблем, можно сформулировать общий теорети-

ческий фокус, разделяемый авторами номера; он определяется особым вниманием к структурированию границ тела как объекта социальных (антропологических, социологических) исследований. В центре — интуиция тела как динамической сущности.

Номер открывает статья Сергея Соколовского, в которой он пытается заполнить аналитические пробелы в исследованиях биологических (физических) антропологов, сконцентрировавшихся на влиянии «природной среды» на тело человека, и социальных антропологов, которые, за редким исключением, не видят тело в своих концептуальных схемах. В отличие от них автор концентрируется на отношениях между телом и техникой, а также вещной средой в целом, которые рассматриваются как набор специфических «техноморф». Проблематизируя различение «природной» и «искусственной» среды, С. Соколовский предлагает сделать единицей антропологического анализа гибридные системы, сочетающие живое и косное. Во второй части работы автор сталкивает концепцию техноморфизма с концепцией множественной онтологии А. Мол и ставит важный вопрос о сохранении *тождественности* тела, исполняемого в разных репертуарах практик.

Статьи Светланы Бардиной и Александра Назаренко решают проблемы, лежащие в плоскости социологии эмоций. С. Бардина находит способ говорить об эмоциях как о телесно воплощенном феномене через обращение к работам Донны Харауэй. Этот шаг дает ей возможность преодолеть традиционные бинарные оппозиции, определяющие поле социологических исследований эмоций (внутреннее–внешнее, психика–тело, природа–культура, органическое–неорганическое). В этом ключе автор переописывает явление «новой депрессии» и всплеск в потреблении антидепрессантов, наблюдавшиеся в последние десятилетия в США, как трансформацию самих эмоций, воплощенных равным образом в теле человека, в Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств, в рекламе фармкомпаний и работе СМИ. В свою очередь Александр Назаренко обращается к ресурсам феноменологии и «новой феноменологии» Г. Шмитца, чтобы решить проблему установления полного единства между Мной и Другим в ситуации взаимодействия. Автор показывает, что это возможно благодаря сильной эмоциональной вовлеченности и диалогической связи между аффектами и телами участников интеракции.

Эмпирическую часть номера открывает статья Екатерины Бороздиной, посвященная различным логикам организации медицинской помощи в российском родовспоможении. Опираясь на работу А. Мол [2008], автор противопоставляет логике выбора (т. е. модели, в которой тело роженицы делают немым, неслышимым) логику заботы — модель «естественных» родов, в которых тело активно во-

влечено в медицинские взаимодействия. Вместе с другими людьми и вещами тело роженицы «настраивается» на роды, приобретает необходимые техники, т. е. участвует в родах как активный, спонтанный, живой актор. Участницы родов делают то же, что и пациенты с гипогикемией [Мол, Ло, 2017], — целенаправленно развивают самоощущения тела.

Статьи Любови Торлоповой и Александры Курленковой обращаются к теме производства «инвалидности» в различных социоматериальных практиках. Анализируя процедуру медико-социальной экспертизы (МСЭ), Л. Торлопова показывает, что инвалидность производится в хорошо скоординированных взаимодействиях самого человека, претендующего на статус инвалида, его тела и «жизненной ситуации», экспертной группы, а также компьютера с интернетом, столов, стульев, документов и проч. А. Курленкова обращает внимание на сборки инвалидности вне стен бюро МСЭ. Инвалидность возникает как результат ситуативного несоответствия между телесными техниками, технологическими экстенсиями и материальным окружением человека. Так, человек может уметь отлично ориентироваться в дневное время суток, но становиться слепым на плохо освещенной улице. Или научиться слушать интернет-ресурсы на высокой скорости через специальную аудиопрограмму, но «спотыкаться» каждый раз, когда сайт просит его распознать графическое изображение и ввести «коды с картинок».

Сергей Шевченко, привлекая ресурсы аналитической философии и социологии знания, исследует процессы эпистемического обоснования группового решения по рекомендации препаратов от меланомы. Рассматриваются несколько «слоев» принятия решения: эксплицитно присутствующие знания, а также имплицитно вовлеченные групповые убеждения и групповые допущения. На основе анализа эпистемических феноменов автор пытается реконструировать нескольких конкурирующих онтологий тела, присутствующих в обсуждении экспертов, формы их координации и выбор одной из них в качестве приоритетной, приводящий к стабилизации факта.

Константин Глазков и Елена Соколова раскрывают проблемы телесности через концепт «присутствия», для чего используют целый ряд теоретических (микросоциология И. Гофмана, постфеноменология Д. Айди) и методологических (аутентичное движение) ресурсов. На примере анализа практик геолокационных игр (Ingress the Game и Pokémon Go) авторы показывают, как участники, вовлеченные в игру посредством различных медиаций (мобильного телефона, интернета, геопозиционирования, приложения), демонстрируют (телесную) вовлеченность в ситуации (актуального) публичного взаимодействия. Ключевой становится тема расщепления игроков

между актуальной и виртуальной плоскостями происходящего: то, в какой степени и каких конфигурациях участники «присутствуют» в этих реальностях и переживают их.

Рубрика «Переводы» включает в себя тексты философа науки Яна Хакинга (перевод Юрия Шубина) и этнометодолога Кристиана Хита (перевод Андрея Корбута). Взгляд на тело как на текучую, динамичную сущность, широко обсуждаемый в этом номере, сталкивается в тексте Хакинга с неокартезианской трактовкой тела. Автор утверждает, что за последние два-три десятилетия благодаря развитию трансплантации органов, генной инженерии, культивированию стволовых клеток мы возвращаемся к пониманию тела как машины, собранной из замещаемых, восстанавливаемых, подлежащих ремонту деталей. Медицинские технологии задают нам «инженерное» мышление, заставляя думать о теле как о чем-то отдельном, как о теле-которое-мы-имеем, подлежащем починке, редактированию, замене устаревших и приобретению новых функций и частей. Кристиан Хит предлагает подробное этнометодологическое описание взаимодействия врача и пациента в ситуации осмотра, показывая тем самым, как тело пациента конституируется в качестве «клинического объекта».

Тело как объект медицинских интервенций обсуждается также в рецензии Анны Тёмкиной на книгу Лори Эссиг «Американский пластик: пластиковая грудь, кредитные карты и наше желание совершенства» (2010). В книге Эссиг тело предстает как своеобразный «проект» своего «хозяина», способ повышения его/ее статуса на брачном рынке или рынке занятости; тело мобилизуется людьми для совпадения с существующими видами неравенства. Рецензия Елены Богомягковой и Марины Ломоносовой на книгу Маргарет Лок «Дважды мертвый: трансплантация органов и переизобретение смерти» посвящена рецепции понятия «смерть мозга» и практик трансплантации в Северной Америке и США. В рецензии Татьяны Вайзер на работу Рональда Шлайфера «Боль и страдания» обсуждаются представления и способы обращения с болью в контексте дискуссий о сознании, культурном фреймировании боли, репрезентации боли в визуальном искусстве, теологии.

Библиография

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

Дуглас М. (2000) *Чистота и опасность: Анализ представлений об осквернении и табу*, М.: Канон-пресс-Ц; Кучково поле.

Латур Б. (2015) Как говорить о теле? Нормативное измерение исследований науки. И.В. Кузин (ред.). *Метаморфозы телесности*, СПб.: Издательство РХГА: 250–287.

Лахмунд Й. (2008) Изобретение слушающей медицины. К исторической социологии стетоскопии. Ю. Шлюмбом, М. Хагнер, И. Сироткина (ред.). *Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины*, СПб.: Алетейя: 104–136.

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

Мол А. (2015) Множественное тело. *Социология власти*, 27 (1): 232–247.

Мол А., Ло Дж. (2017) Воплощенное действие, осуществленные тела: пример гипогликемии. *Логос*, 27 (2): 233–262.

Мосс М. (2011) Техники тела. М. Мосс. *Общества. Обмен. Личность. Труды по социальной антропологии*, М.: КДУ.

Мулен А.М. (2016) Тело с точки зрения медицины. А. Корбен, Ж.Ж. Куртин, Ж. Вигарело (ред.) *История тела.* Т. 3, М.: Новое литературное обозрение.

Парсонс Т. (2016) Пересматривая роли врача и пациента. *Социология власти*, 28 (1): 233–235.

Портер Р. (2008) Взгляд пациента. История медицины «снизу». Ю. Шлюмбом, М. Хагнер, И. Сироткина (ред.). *Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины*, СПб.: Алетейя: 41–72.

Blackman L. (2010) Embodying Affect: Voice-hearing, Telepathy, Suggestion and Modelling the Non-conscious. *Body & Society,* 16 (1): 163–192.

Crossley N. (2012) Merleau-Ponty, medicine and the body. G. Scambler (ed.). *Contemporary Theorists for Medical Sociology*, London: Routledge.

Ihde D. (2009) *Postphenomenology and Technoscience: The Peking University Lectures,* Albany: State University of New York Press.

Kirmayer L.J. (1988) Mind and Body as Metaphors: Hidden Values in Biomedicine. M. Lock, D. Gordon (eds). *Biomedicine Examined*, Dordrecht: Kluwer.

Lock M., Nguyen V.K. (2010). *An Anthropology of Biomedicine,* Oxford: John Wiley & Sons.

Mol A. (2002) *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Durham; London: Duke University Press.

Mol A. (2008) *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*, London: Routledge.

Moser I., Law J. (2007) Good Passages, Bad Passages. Asdal K., Brenna B., Moser I. (eds). *Technoscience. The politics of intervention*, Unipub Norway: 157–178.

Parsons T. (1950) *The Social System*, Glencoe, IL: Free Press.

Sismondo S. (2015) Ontological turns, turnoffs and roundabouts. *Social Studies of Science*, 45 (3): 441–448.

Turner B.S. (2008) *Body and Society. Explorations in Social Theory*, London: Sage.

Williams S.J. (2001) *Emotion and Social Theory: Corporeal Reflections on the (Ir) Rational*, London: Sage.

Williams S.J., Crossley N. (2008) Introduction: Sleeping Bodies. *Body & Society*, 14 (4): 1–13.

References

Bourdieu P. (2001) *Prakticheskii smysl [The logic of practice],* St. Petersburg: Aleteiia.

Crossley N. (2012) Merleau-Ponty, medicine and the body. G. Scambler (ed). *Contemporary Theorists for Medical Sociology*, London: Routledge.

Douglas M. (2000) *Chistota i opasnost': Analiz predstavlenii ob oskvernenii i tabu [Purity and danger: An analysis of concepts of pollution and taboo],* Moscow: Kanon-press-Ts; Kuchkovo pole.

Ihde D. (2009) *Postphenomenology and Technoscience: The Peking University Lectures*, Albany: State University of New York Press.

Kirmayer L.J. (1988) Mind and Body as Metaphors: Hidden Values in Biomedicine. M. Lock, D. Gordon (eds). *Biomedicine Examined*, Dordrecht: Kluwer.

Lachmund J. (2008) Izobretenie slushaiushchei meditsiny. K istoricheskoi sotsiologii stetoskopii [The invention of listening medicine. To the historical sociology of stethoscopy]. J. Schluhmbohm, M. Hagner, I. Sirotkina (eds). *Bolezn' i zdorov'e: novye podkhody k istorii meditsiny [Illness and health: new approaches to the history of medicine],* St. Petersburg: Aleteiia: 104–136.

Latour B. (2015) Kak govorit' o tele? Normativnoe izmerenie issledovanii nauki [How to Talk About the Body]. I.V. Kuzin (ed.). *Metamorfozy telesnosti [Metamorphosis of corporeality],* St. Petersburg: Izdatel'stvo RKhGA: 250–287.

Lock M., Nguyen V.K. (2010) *An Anthropology of Biomedicine,* Oxford: John Wiley & Sons.

Mauss M. (2011) Tekhniki tela [Techniques of the body]. *Obshchestva. Obmen. Lichnost'. Trudy po sotsial'noi antropologii [Societies. Exchange. Personality. Works on social anthropology*], Moscow: KDU.

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

Mol A. (2002) *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Durham, London: Duke University Press.

Mol A., Law J. (2017) Voploshchennoe deistvie, osushchestvlennye tela: primer gipoglikemii [Embodied action, enacted bodies: The example of hypoglycaemia]. *Logos* [Logos], 27(2): 233–262.

Moser I., Law J. (2007) Good Passages, Bad Passages. Asdal K., Brenna B., Moser I. (eds). *Technoscience. The politics of intervention*, Unipub Norway: 157–178.

Moulin A.M. (2016) Telo s tochki zreniia meditsiny [The body from medicine view]. J.J. Courtine (red.) *Istoriia tela [The history of the body].* T. 3, M.: Novoe literaturnoe obozrenie.

Parsons T. (2016) Peresmatrivaia roli vracha i patsienta [The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered]. *Sotsiologiia vlasti [Sociology of Power],* 28 (1): 233–235.

Parsons T. (1950) *The Social System*, Glencoe, IL: Free Press.

Porter R. (2008) Vzgliad patsienta. Istoriia meditsiny “snizu” [The patient’s view: doing medical history from below]. J. Schluhmbohm, M. Hagner, I. Sirotkina (eds). *Bolezn’ i zdorov’e: novye podkhody k istorii meditsiny [Illness and health: new approaches to the history of medicine],* St. Petersburg: Aleteiia: 41–72.

Sismondo S. (2015) Ontological turns, turnoffs and roundabouts. *Social Studies of Science*, 45 (3): 441–448.

Turner B.S. (2008) *Body and Society. Explorations in Social Theory*, London: Sage.

Williams S.J. (2001) *Emotion and Social Theory: Corporeal Reflections on the (Ir) Rational*, London: Sage.

Williams S.J., Crossley N. (2008) Introduction: Sleeping Bodies. *Body & Society*, 14 (4): 1–13.

Рекомендация для цитирования/For citations:

Садыков Р.А., Курленкова А.С. (2017) Онтологии тела и медицинской практики. *Социология власти*, 29 (3): 8–22.

Sadykov R.A. Kurlenkova A.S. (2017) Ontologies of body and medical practices. *Sociology of Power*, 29 (3): 8–22.

Поступила в редакцию: 15.09.2017; принята в печать: 18.09.2017