

УДК 316.25, 316.422

О.О. Мельникова**ТЕОРИЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССОВ: ОБЪЯСНИТЕЛЬНАЯ
МОДЕЛЬ ИННОВАЦИЙ В МЕДИЦИНЕ (НЕКОТОРЫЕ
КРИТИЧЕСКИЕ ЗАМЕЧАНИЯ)**

Представлена попытка понять суть теории нормализации процессов (Normalization Process Theory, далее ТНП), основанной на социологических подходах и предлагающей свою объяснительную модель процессов включения новых технологий в сферу здравоохранения. Центральным понятием теории нормализации процессов является «нормализация», которое может быть инструментальным для исследований. В тексте ставится цель критического анализа теории нормализации процессов.

Ключевые слова: инновации в медицине, социология техники, теория нормализации процессов.

В ряде работ можно найти заявление о сформировавшейся теории нормализации процессов (Normalization Process Theory, далее ТНП) [12, 15, 14, 19 и др.]. Данная теория затрагивает актуальную для России тематику технологических инноваций. Особенную значимость данному подходу придает его применение в сфере медицины, в которой в рамках Национального проекта «Здоровье», а также ряда «пилотных» региональных проектов были внедрены технологические и организационные инновации. Теория нормализации процессов предлагает инструментарий для оценки эффективности и анализа прохождения адаптации такого рода инноваций в здравоохранении.

ТНП базируется на исследованиях науки и технологий в новом для российской науки ключе. Социологический подход к технологиям позволяет включить в анализ технологию не только как некоторый само собой разумеющийся фон, но осуществить «возврат к материальному» в социологическом анализе и понять воздействие технологий на социальные отношения и, наоборот, зависимость работы технологии от социального.

В сфере здравоохранения в целом и в российском контексте, в частности, значимым является вопрос о возможности преобразований сферы без резких и болезненных изменений старых принципов работы. В российском контексте одной из значимых проблем является сосуществование старых и новых технологий, которое представляет одно из наиболее значимых противоречий. В этой связи теория, объясняющая, каким образом происходит рутинизация технологии и совмещение старой и новой технологических систем, представляется очень значимой в контексте современных изменений в медицинских учреждениях. Модернизация технологий «сверху», а также введение новейших аппаратов в секторе платных услуг требуют обоснованного инструментария оценки. Теория нормализации процессов заявлена как оптимальная для применения именно для такого рода исследовательских задач, и если она действительно позволяет реализовать их, значит, она является важным исследовательским инструментом.

Однако же представляется необходимым не просто следовать авторам теории, но внимательнее рассмотреть основания, на которые они опираются. В данной работе осуществляется попытка критически взглянуть на основные принципы «теории нормализации процессов». Теоретики нормализации процессов скорее дистанцируются от теоретических подходов и формируют свой собственный объяснительный аппарат, чем присоединяются к каким-либо существующим разработкам. Но именно помещение новой теории в контекст устоявшихся традиций позволит получить более четкое понимание сути ТНП и ее возможностей. В этой связи данная статья будет сфокусирована на возможностях, которые дает новая теория, и на некоторой критической позиции, которую предоставляют теории Фуко, этнометодологическая традиция и некоторые идеи в сфере исследований науки и техники (Science and Technology Studies – в дальнейшем STS).

Основной инструментальный аппарат теории нормализации процессов

Поскольку теория нормализации процессов мало известна российским исследователям, то стоит назвать основные идеи данной концепции и описать контекст ее возникновения. Основателями теории, прежде всего, являются К. Мэй и Т. Финч, на работы которых в первую очередь будет опираться данный анализ, однако они не являются единственными авторами ТНП.

ТНП развивается преимущественно в отношении инноваций в сфере медицины [17. Р. 535], и сейчас она используется для исследования новых методов лечения, способов организации медицинской помощи и внедрения новых технологий в процессы оказания медицинских услуг. Она «объясняет, как новые технологии, способы действия и способы работы становятся рутинно включены в повседневную практику, и имеет приложение в изучении процессов реализации» [15]. Однако, по заявлению авторов, теория также предоставляет возможности для сравнения данных процессов нормализации с аналогичными процессами в других сферах технологических инноваций (при условии, что процессы эти протекают в определенных организационных условиях).

Спецификой теории является рассмотрение процесса рутинизации новых практик, возникающих в ситуации существенных изменений. Основной фокус ТНП – это нормализация – «работа, которую выполняют акторы, когда они вступают во взаимодействие (действуют) в рамках **ансамбля активностей**, и посредством которой (работы) эти ансамбли встраиваются в матрицы уже существующих социально паттернализованных знаний и практик» [17. Р. 540] (реализация, встраивание), т.е. основной задачей исследователей является изучение механизмов обеспечения мягкого встраивания новых технологий в уже сложившуюся повседневную работу.

На развитие теории нормализации процессов оказали влияние ряд парадигм. Прежде всего, это парадигма Фуко, в рамках которой Мэй писал свои ранние работы в сфере социологии медицины. Существенным является влияние теорий, разработанных в STS, особенно заметны отсылки к акторно-сетевой теории Вулгару, заметно влияние некоторых парсонсианских идей [14]. Авторы позиционируют ТНП как теорию среднего уровня, позво-

ляющую работать с крупными организациями и сложными процессами, но вместе с тем оставаться достаточно гибкой и чувствительной к социальным контекстам.

Появляющиеся новые методы и технологии невозможно, по заявлению авторов ТНП, считать достаточно обоснованными для применения на практике (в частности, речь идет о возможности проверки гипотез в сфере внедрения технологических инноваций в сферу медицины) без создания удобной схемы для анализа и оценки внедряемых программ [15. Р. 2]. Собственно, данная теория и предполагает цель создания базы для такого рода исследований и оценок.

Одной из задач является понимание того, как устроена телемедицина (в частности, теледерматология) и какие эффекты она несет. Под телемедициной понимаются различные технологии, позволяющие оказывать медицинскую помощь дистанционно, используя современные технические возможности. Авторы апробируют свои идеи на базе исследования теледерматологии, которая является примером неуспешной нормализации.

В работе К. Мэя, Т. Финча и др. рассматривается такой пример технологической, технической и организационной инновации, как теледерматология [19]. Телемедицина в целом является сферой, направленной на гуманизацию медицины, позволяющей вести достаточно обычный образ жизни больным людям, но в то же время требующей значительной ответственности пациентов за собственное здоровье, а также навыков работы с измерительными приборами, фотокамерами и т.п. В теледерматологии, например, такого рода инновации связаны с тем, что диагноз и ход болезни отслеживаются врачом не лицом к лицу с пациентом, а по фрагменту тканей на цифровых фотографиях [17]. Теледерматология, включаясь в работу госпиталя, порождает множество сложностей, нарушающих привычный ход вещей: сложности постановки диагноза по цифровой фотографии, перераспределение работы между врачами и младшим медицинским персоналом, наделение пациентов значительной долей ответственности и навыками, которых у них не было ранее [19, 18]. Фактически теледерматология является примером нереализованной нормализации.

Нужно отметить, что в рамках теории разрабатывается весьма обширный терминологический аппарат при ее описании (возможно, даже избыточный), поэтому здесь я затрону суть только основных элементов, а также связи между ними.

Теория связана с тремя основными проблемами: реализации (Implementation), встраивания (Embedding) и интеграции (Integration) [9, 15]. **Реализация** предполагает социальную организацию, приведение новых практик в действие. Под **встраиванием** подразумеваются «процессы, посредством которых практики ... становятся (или не становятся) рутинно включенными в повседневную работу индивидов и групп» [15]. **Интеграция** предполагает процессы воспроизводства практики в организациях и институтах, встраивание практики в деятельность организаций и стыковку с иными практиками [15].

Как формирование новых практик, так и их воспроизводство требуют от всех участников множества **усилий** по созданию смыслов и интернализации новых значений, формированию соответствующих новой практике идентичностей, приверженности новым формам работы и общему пониманию ситуации.

Большое значение в теории имеет термин «практика». Однако нужно сразу отметить, что, видимо, понимание практики у авторов двояко, хотя специально это не проговаривается. С одной стороны, это отдельные повторяющиеся, рутинные действия в повседневной работе, обладающие значением для участников. Но, с другой стороны, практика рассматривается в более широком смысле – как деятельность в целом, а не рутинизированные действия и навыки (как, например, понимает практику Макинтайр [1. С. 209–223] в отличие от большинства теоретиков, рассматривающих практики). Так, например, под практикой понимается и теледерматология в целом, которую изучают К. Мэй, Т. Финч, и отдельные устойчивые действия при ее осуществлении. Авторы подхода выделяют и особый вид – **материальные практики** – практики, направленные на работу с материальными объектами – технологиями, а также техниками (как способами оперирования объектами, навыками) и организацией [15].

Исследователи обращают внимание на те практики, которые обеспечивают основные условия нормализации (рутинизации) инноваций, их встроенности в социальный контекст повседневной деятельности людей. Авторы ТНП проблематизируют аспект нормализации, высвечивая неоднозначность его осуществления: нормализация может происходить и без управления, однако она может приводить к непредвиденным последствиям. Управление же, по мнению авторов, обычно предполагает преобразование социального контекста новых технологий, но не направлено на сохранение практик, включая «лучшие практики» [17. Р. 537]. Они задаются вопросом об условиях нормализации и отклонениях, которые могут при этом происходить.

Условия нормализации предполагают предварительную работу по организации практик (что составляет суть реализации). Данная работа по ТНП предполагает четыре **генеративных механизма** (generative mechanism): **когерентность (coherence), когнитивное участие, коллективное действие и рефлексивный мониторинг** [16]. Задача встраивания технологии в уже существующий социальный контекст тесно сопряжена с вовлечением участников в работу по производству смыслов и действий.

Когерентность предполагает способы формирования внутренней целостности практики за счет «поведенческого ансамбля» (ensembles of action) как единства смыслов и поведенческих моделей в практике. Одной из задач теории является описание стабилизации нового порядка, требующей усилий со стороны участников, интегрированных в сложные «ансамбли действий». Когерентность задает своего рода карту элементов ситуаций в их связи и определяет их смыслы [17. Р. 542].

Когнитивное участие представляет собой «символическое и реальное вовлечение акторов, которое их позиционирует для интеракциональной и материальной работы коллективного действия» [17. Р. 543], т.е. предполага-

ет задание такой модели, которая встраивает практики, располагает их в более широком контексте, легитимирует новый социальный порядок. В теледерматологии легитимация была обеспечена за счет обращения к технологиям, морали и амбициям: желание быть на передовой линии новых технологий, лучше и быстрее оказывать услуги пациентам. В результате «когнитивного участия» формируется приверженность к практике.

Коллективное действие связано с работой по определению практики, ее организации и производству. Оно должно быть ориентированно на цели и предполагает поиск наиболее эффективного разделения труда между участниками (в рамках ролей, существующих в конкретном институте). Однако распределение труда не является жестко предопределенным, навыки формируются и роли перераспределяются именно в процессе практики. В исследуемом случае теледерматологии медсестры начали выполнять те задачи, которые при диагностике лицом к лицу осуществляют только врачи. Тогда как врачи, напротив, не смогли построить новую практику в свою повседневную работу и выполнять достаточно непротиворечивую диагностику [13; 17. Р. 544].

Большое значение имеют материальные практики. Роль, которая акторами отводится среде, способы ее операционализации определяют интеракцию и способность к ней. Например, в телемедицине один из сбоев был связан с невозможностью поддержания интеракции врач – пациент при посредничестве техники. Материальная практика определяет и способы интерпретации деятельности людей. В случае теледерматологии значительно снизился уровень доверия к результатам врачебного наблюдения, при том, что в целом между участниками взаимодействия (персоналом) доверие продолжало сохраняться. Теледерматология является примером неудачного встраивания, поскольку принципы работы и организация удаленной диагностики сильно отличаются от уже существующего контекста клиник, и коллективное действие по поддержанию новой практики требует постоянного пересмотра принципов организации работы и распределения обязанностей.

Рефлексивный мониторинг – это работа по оцениванию результатов как со стороны управляющих структур, так и со стороны самих участников, вовлеченных в коллективные действия, оперирующих с новыми технологиями [17. Р. 545]. Рефлексия производится как на индивидуальном уровне, так и на уровне коллектива. Именно эта часть обеспечивает «обратную связь» и является источником преобразований. Существование неформальной работы по оцениванию новой практики и ее поощрению обнаруживает встроенность новой практики в повседневную работу (оценка становится элементом рутины). В результате рефлексивного мониторинга вырабатывается понимание новой практики.

Воспроизводство материальной практики требует постоянного инвестирования от агентов в длящиеся во времени и пространстве ансамбли действий [17]. Инвестирование рассматривается как необходимая активность участников, запускаемая всеми четырьмя механизмами, которая обеспечивает встраивание (и нормализацию как результат) новой практики. Механизмы реализуются не обязательно последовательно, а могут осуществляться одно-

временно, циклично, встраивание является динамическим процессом, связанным с активностью участников. Описание данных механизмов создания условий встраивания и их операционализация представляются значительными для теории, в которой поставлен вопрос о том, как происходит нормализация. Ответ на данный вопрос в доступных для ознакомления источниках заключается по большей мере в описании генеративных механизмов, апробированных на исследованиях новых практик в здравоохранении. В этом же заключается и новизна подхода.

Теория нормализации процессов в контексте некоторых идей М. Фуко и теоретиков этнометодологии: критические замечания

Понятие нормализации, используемое в ТНП, недостаточно разработано в социологии. Однако же очевидно, что оно близко к идеям **М. Фуко**, что особенно ярко проявляется в работах о пациентах и «отладке» телемедицины [19]. Работы Фуко являются здесь далеко не случайно выбранным теоретическим контекстом для рассмотрения нормализации, поскольку, как уже говорилось выше, в более ранние годы работы К. Мэя, одного из значимых разработчиков ТНП, были выполнены именно на основе теории Фуко. Однако при разработке ТНП ссылки на него нечасты. В то же время некоторые взгляды Мэя имеют много общего со взглядами Фуко. Когда в работах речь идет о телемедицине, а особенно об индивиде в телемедицине, то она идет о нормализации не в понимании Фуко, однако мы обнаруживаем много сходного.

Согласно ТНП нормализация всегда предваряется изменениями субъективных смыслов и идентичностей. Согласно логике Фуко, когеренция (используемая в ТНП) является определяющей ситуацией, задающей дискурс, с помощью которого определяется новая практика и основные смыслы ролевого набора любого попадающего в это пространство. «Дискурс – это не просто то, через что являют себя миру битвы и системы подчинения, но и то, ради чего сражаются, то, чем сражаются, власть, которой стремятся завладеть», – пишет Фуко [5. С. 52]. И одной из первых задач управленца, вводящего новые принципы медицины, является работа на уровне дискурса, в результате которой формируется целостное представление о новой практике.

В соответствии с требованиями когнитивного участия субъект не только изменяет представления о возможной практике, но и вписывает себя в эту систему, интернализуя нормы, определения возможных практик и себя самого [19]. Происходит управление (governance) как в отношении пациентов, так и в отношении врачей и трансформируются их личности с целью достижения нормализации как непротиворечивого, нормального порядка рутинной работы, поддерживаемого в дальнейшем на уровне рефлексивного мониторинга.

В сфере медицины отношения вокруг тела тесно связаны с дискурсом и властью, которые замкнуты на телесности: «На самом-то деле нет ничего более материального, физического и телесного, чем осуществление власти...», – говорит Фуко [6. С.164]. Но при введении новой практики они меняются, преобразуется телесность и способы обращения с ней. Меняются нормы тела, определяемые пространством, временными рамками специали-

зированной техники, экспертами – врачами и другим персоналом (в значительной степени редуцируются до цифрового изображения [17]).

При введении теледерматологии происходит формирование принципиально новых представлений о мире и о себе: изменяются отношения врач – пациент, и требуется значительно большая самодисциплина как для врача, так и для пациента. Новая практика рассматривается как предмет преобразования, эффективного формирования, в том числе ставится вопрос об эффективном разделении труда (как один из элементов коллективного действия) и о дисциплинировании в соответствии с целями организации. Дисциплина тесно связана с распределением тел в пространстве. С этим всегда имеют дело крупные организации. В телемедицине пациент всегда находится вне учреждения, иначе, он выходит за пределы практики и действует в логике диагностики лицом к лицу. Но это не только физическое распределение агентов, это и функциональное распределение (соответствующее прежнему или переопределяемое в соответствии с новыми потребностями практики). Это техники оперирования с телом (и в целом, определение тела пациента для врачей – через фрагмент фотографии или отдельным показателем) [7].

Более явно проявляется дисциплинарная власть в случае практик, которые реализует индивид в результате участия в телемедицине [19]. Индивид должен в соответствии с рекомендациями эксперта перестроить свою повседневную жизнь и реализовать власть через жесткую самодисциплину. В то же время врачи, в руках которых сосредоточены основные системы классификации, обнаруживают, что они не в состоянии контролировать основные инструменты систематизации (потому что классификация больного по фотографии фрагмента его тела требует иных навыков, нежели те, которыми они обладают), и, соответственно, находятся в более уязвимом, чем ранее, положении (т.е. не обеспечивают ожидаемую связь новой и старой практик).

В телемедицине идет работа с преобразованием телесности, и, кажется, человек вырывается из-под давления учреждения, работа становится индивидуализированной, часть ответственности врача (наблюдение за пациентом) делегируется клиенту – в целом система часто рассматривается как гуманистически-значимая для медицины будущего. Однако же (и этот мотив не является предметом ТНП, но явно содержится в ней) продумывается механизм, в котором актор усваивает ценности, представления, навыки – и достаточно непротиворечиво «вписывается» в работу. Этот мотив очень сильно перекликается с рассмотрением Фуко контроля на микроуровне, уровне индивида: проходя через паноптическую систему, индивид принимает нормы и интернализирует (заданные) механизмы контроля, позволяющие реализовать власть на микроуровне [7].

Нужно отметить, что в отличие от Фуко, где дисциплинарная власть полностью захватывает каждого человека, в ТНП, скорее, речь идет о поломках, нежелании индивидов участвовать в создании условий нормализации: пациенты не справляются с самодисциплиной и не справляются с самолечением, врачи оказываются неспособными работать в полной мере, а медсестры, напротив, интернализируют навыки, которые им были совершенно не присущи, претендуя на элементы работы врача. Кроме того, этот последний

фрагмент указывает на возможности преобразования среды, ее трансформацию, перераспределение власти (врач – персонал, например) и предполагает механизмы оценки и учета позиции «слабых».

В работах Фуко можно найти ответ на вопрос о том, почему порядок (нормализация) является именно таким, а не другим. И он также связывает этот порядок с интернализацией норм, представлений субъекта о себе и своем месте. Однако, если Фуко ищет некоторые закономерные процессы всепоглощающей власти, в которой устремления отдельного индивида направлены на ее воспроизводство, воплощение, то авторы ТНП озабочены больше созданием условий такого рода «власти», как условия нормализации новой практики. И обнаруживают, что вовлечение каждого индивида, включая его идентичности, является непростой задачей, требующей значительных затрат по работе с регулярными и неизбежными сбоями, зачастую непреодолимыми.

Это аспекты пересечения с работами Фуко и, напротив, аспекты, не включенные в ТНП, которые могли бы сделать базовый терминологический аппарат более емким. При помещении данной теории в контекст работ Фуко становятся эксплицитными аспекты перераспределения, формирования власти, дисциплинирования, которые заложены в теорию, но не выражены явно. Авторы под процессами нормализации понимают, прежде всего, переход технологий от состояния инноваций в разряд «нормальных» (рутинизированных), вписанных в повседневную деятельность (в отдельных случаях ТНП делается акцент на действии, в других же – на отлаженной структуре, так как ТНП пытается найти некий способ преодоления этого дуализма, не прописывая способов этого достаточно ясно). Идеи нормализации, соответствующие Фуко, проявляются, скорее, на этапе когнитивного участия, предполагающего формирование дискурса, новое представление нормального (в случае ТНП как технологии, так и способов обращения с ней) и реализацию практики в соответствии с ним.

Несмотря на близость понятия нормализации к идеям Фуко о реализации власти посредством создания дискурса и дисциплины, этот термин все же употребляется в рассматриваемой теории ближе к *этнометодологическому* пониманию практик [2]. В то же время, если работы Фуко долго К. Мэем рассматривались как достаточно инструментальные, то работы этнометодологов не являются основой исследований отдельных авторов, и предлагаемой теории в частности.

Как в случае этнометодологии, так и в случае ТНП отчетливо ощущается влияние парсонсианского подхода к пониманию социального порядка: в итоге и тот и другой подходы сфокусированы на изучении его воспроизводства. Центральной задачей ТНП становится понимание того, при каких условиях новые технологии и техники, воплощенные в практиках, встраиваются/не встраиваются в существующий порядок. Порядок при этом рассматривается как находящийся в состоянии постоянного воспроизводства участниками в процессе реализации повседневных задач и предполагает поддержание стабильности в условиях инноваций. В том числе представляется значимым (и в этом авторы подчеркивают свое отличие от других подходов в менеджменте)

сохранение эффективности прежнего порядка при включении новой техники или технологии [17] — для авторов ТНП значимым является минимальное вмешательство при технологических изменениях.

Нормализация — это некоторый результат, требующий определенных условий, превращающих новые техники в рутину. При этом большое значение как для ТНП, так и для этнометодологов имеет воплощение социального порядка, его реализация в практике (выше уже отмечалась двоякость использования термина «практика» в ТНП, однако помимо этого понятие нормализации используется для обозначения рутинных практик). Несмотря на то, что нормализация является центральным понятием теории, она не находится в фокусе внимания теоретиков, так же как и рутина. Основной фокус исследователей сосредоточен на условиях, которые должны привести к нормализации, на том, что представляет собой непротиворечивое встраивание технологий в повседневную работу агентов, т.е. не на самой нормализации.

Как и в этнометодологии, действующие участники рассматриваются в поле сознательной, рациональной деятельности. Мэй и др. с самого начала ограничивают поле своих исследований именно той деятельностью, которая, с одной стороны, контекстуальна, а с другой стороны, рациональна (которая подчеркивается в коллективном действии, в частности, и деятельности на основе общего смысла [16]). Рациональность индивида здесь понимается как некоторая осознанность, заданная общей целью (порядком), однако же не в том смысле, в котором она используется в теории рационального выбора (авторы сознательно дистанцируются от такого понимания рациональности) [17]. Особенно такая рациональность проявляется в рутинной рефлексии участников, осуществляющейся как на индивидуальном, так и на коллективном уровне. Агенты Гарфинкеля также рефлексивны в своей повседневной деятельности, они постоянно выстраивают ожидания на основе знаний о тонких механизмах порядка и оценивают ситуацию во взаимодействии.

ТНП включает в себя рассмотрение идентичностей участников. Значительное внимание уделяется «встраиванию» участников: в качестве обязательного условия рутинизации технологии рассматривается идентификация участников с отведенными для них нишами. В теледерматологии технологические изменения задают новые категории (пациентов, персонала), формулируют новые отношения, однако же не только не вписываются в старую практику, но и задают новые принципы связи врача и пациента. Кейсы, рассматриваемые Гарфинкелем, также затрагивают системы представлений о порядке, воплощающиеся в действии.

Однако этнометодологический контекст порождает сомнение в новизне идеи нормализации в целом: в фокус внимания этнометодологов попадают ситуации, обнажающие социальный порядок — и часто ими оказываются ситуации «разрыва» (в исследованиях авторов ТНП такой ситуацией является, например, включение теледерматологии в порядок клиники). Однако вместе с тем описывается не только сам порядок, который является предметом интереса этнометодологов, но и активность акторов по поддержанию и восстановлению данного порядка. Примером здесь может быть один из кейсов, сделанных Гарфинкелем, — «случай с Агнесс» [3. С. 126–192], в котором тех-

нологические (медицинские), немыслимые ранее изменения приводят к необходимости восстановления бинарной гендерной оппозиции в глазах нарушающего ее участника и окружающих. Гарфинкель определяет Агнесс как «практического методолога» [З. С. 186–188] и описывает механизмы и способы восстановления старого порядка, слегка модифицируя признаки своей сущности как женщины (посредством апелляции к врачам как экспертам, задающим и легитимирующим новый порядок), вписывая в этот старый порядок возможность новых технологий. Собственно, «случай Агнесс» воплощает идеальный случай теоретиков ТНП, раскрывающий механизмы нормализации как рутинных практик: социальный порядок не только не разрушается в результате включения в него новых технологических источников обоснования своего пола (и своей сущности), но и участники активно создают такие смыслы для поддержания работы новой практики (пластической хирургии), опираясь на нее (врачей как авторитет) для поддержания прежнего социального порядка. Таким образом, новая технология становится не просто механизмом разрушения социального порядка, но и новой его базой.

Аналогичный фокус на создании социального порядка мог бы быть предметом интереса авторов ТНП. Этнометодология могла бы дать более емкое понимание сбоя, как, например, в приводимым авторами случае сбоя работы врачей-дерматологов, не способных в полной мере провести диагностику заболевания по цифровой фотографии. Вполне возможно, здесь произошел сбой того, что Сакс определяет как «анализ категоризации с позиции участника» («membership categorization analysis») [20]. В подобном ключе сбой мог бы рассматриваться как результат нарушения порядка диагностики, позволявшей ранее врачам определять «с первого взгляда», относится ли наблюдаемое явление (подобно припаркованным автомобилям в кейсе Сакса) к болезни (и какого типа) или же нет.

Существенное отличие ТНП – в фокусировке именно на новых технологиях и их нормализации, а не на вскрытии существующего социального порядка. Если этнометодология рассматривает уже сложившийся порядок, то в ТНП предлагается рассмотрение условий создания рутинного порядка тогда, когда он отсутствует, когда появляются новые классификации, еще не зафиксированные в представлениях и языке участников. В работах по телемедицине задача исследователей – вскрыть условия порядка (но не правила, которыми оперируют участники в повседневной работе по восстановлению порядка) после привнесения инноваций.

В случае же если последователи ТНП действительно планируют ухватить суть нормализации (как рутинизации практик вокруг новой технологии), им необходимо обратиться к этнометодологическому подходу, который в итоге приводит к пониманию того, каким образом реализуется рутинный порядок.

Теория нормализации процессов позиционируется как принадлежащая к направлению *социологии науки и техники*: основной интерес сфокусирован на том, каким образом преобразуется среда вокруг материальных, технических объектов. В ТНП рассматриваются материальные практики, т.е. практики, направленные на работу в том числе с материальными объектами –

технологией. И в этом плане, безусловно, тексты этого направления перекликаются с идеями теоретиков социологии технологий: материальная среда учитывается не просто как фон практик, не попадающий во внимание исследователя, а именно как элемент отношений, определяющий и определяемый социальными практиками [16]. Поэтому хотелось бы сделать небольшие акценты для размещения ТНП в отношении STS-теорий.

В ТНП утверждается, что материальные практики становятся встроенными в существующий социальный контекст в результате индивидуальной и коллективной работы по их реализации (implementation) [17]. Сразу нужно отметить, что исследователи изучают не только технику, но и технологию, и организацию работы, связанные с инновациями – в этом отношении сфера их интересов несколько шире того, что обычно подразумевают последователи социальных исследований технологий.

Авторы ТНП позиционируют свою теорию как относящуюся к конструктивистскому подходу к технологии: технологии рассматриваются как принципиально конструируемые в социальных контекстах [15]. И в то же время теория противопоставляется акторно-сетевой теории (как и для многих теоретиков STS акторно-сетевой подход критикуется за предоставление больших «полномочий» актантам – не-людям в сети [16]). Однако же рассматриваемая здесь теория сама воплощает логику построения сети в латурианском смысле: она предполагает изучение механизма привлечения ресурсов, осуществления «переходов» (так описывается экспериментальное состояние телемедицины), обоснование и формирование «правильных» представлений об инновации для интегрирования приверженцев (когерентность), привнесение новых технологий в повседневную жизнь (реализация коллективной деятельности), так что в итоге технология преодолевает частный (экспериментальный) уровень и представляет собой повседневно используемую технологию, принципиально изменяющую мир [4]. Однако, несмотря на некоторые элементы акторно-сетевой теории, авторы занимают принципиально иную позицию – основания своей теории они находят, прежде всего, в социологической теории и в этом отношении также дистанцируются от акторно-сетевой теории.

Однако же в отношении приверженности к тому или иному конструктивистскому подходу в STS тоже не совсем ясно. Авторы не проговаривают достаточно четко, разделяют ли они позиции основателей конструктивистского подхода в STS, в том числе «принципа симметрии» «сильной» программы Блур (работы которого в дальнейшем будут отправной точкой критики акторно- сетевого подхода) [8]. Логика текста предполагает, что авторы фокусируются больше на социальных практиках организации отношений вокруг технологий и техники. Смыслы, идентичности, роли формируются управленцем, для которого технология является фоном, импульсом организации. Но, с другой стороны, в исследованиях можно увидеть достаточно четко и внимание к тому, как технологии определяют практики и изменяют отношения (в частности, как технологии меняют отношения между врачом и пациентом, в том числе отношения доверия). В любом случае именно конст-

руктивистский подход позволяет авторам претендовать на возможности работать с социологическим аппаратом.

Возвращаясь к теме этнометодологии и примеру теледерматологии, уже рассматриваемому здесь, нельзя не отметить, что в работах могут быть найдены фрагменты, стимулирующие рассуждения в контексте работ Линча. Мэй и Финч отмечают, что в теледерматологии «фокус взаимодействия профессионал – пациент сместился с повреждения кожи на цифровое изображение, на компьютерно-определяемый протокол, который определяет использование изображения» [17]. В одной из работ Линча (представляющей некоторую игру со смыслами), например, отмечается аналогичное сведение наблюдений до показателей (точке на графике) и оперирования именно ими и придания гораздо большей им значимости, чем непосредственно существам [11]. В его работе такого рода представление субъекта наблюдения связывается с определенным восприятием реальности, которое принципиально отличается от взаимодействия с объектом внимания ученого (а в медицине – врача). В этом отношении гуманистические ценности, лежащие в основе легитимации телемедицины для ее участников, предстают совсем в другом свете. Однако же Мэй и др. не берут во внимание этот контекст [14].

В заключение отметим несколько моментов. Несмотря на то, что авторы позиционируют свои идеи именно как теорию, достаточно подробно прописывают основной категориальный аппарат, она вызывает очень много вопросов и сомнений в связности и инструментальной эффективности.

Авторы не акцентируют внимание, но постоянно помещают ТНП между микро- и макроуровнями, между действием и структурой. Имплицитно теория претендует на преодоление классических дуализмов и статус «объединительной» теории [14]. Это проявляется и в попытках найти баланс между индивидуальными устремлениями (зависимыми от социального контекста, но присутствующими) и целеполаганием на уровне социальных институтов, и в попытках описания института через рутинизированные практики в соответствии с ожиданиями участников.

При рассмотрении когнитивного участия чувствуется влияние стройной теории Парсонса: любая система для ее устойчивости должна включать элементы, выполняющие функцию легитимации, обеспечивающую согласие индивидов с выполнением отведенных в соответствии со статусом в системе нормативных образцов. Институционализация с позиции парсонсианской модели рассматривается как опривыченные в процессе социализации всеобщие практики [17], связанные с нормами и конвенциями. Рефлексия – это отдельная работа, способствующая практике через формирование всеобщего понимания каждым своей роли в этой практике (практике в более широком смысле, сводимой, скорее, к институтам). Это работа по определению и организации участников: актору задается извне его суть, смысл и место, вместе с антуражем: в позиции для интеракции и для материальной работы.

Но здесь можно отметить и другой аспект обеспечения порядка, который задействуют приверженцы ТНП, – это интернализация новых смыслов, которая обеспечивает приемлемость нового порядка, что предполагает, скорее, конструктивистский подход в теории. Акторы здесь не являются пассивны-

ми, они также задают смыслы происходящему и обладают «властью для избрания и действия» – могут инициировать практику. При описании вовлечения (enrollment, определяющий нормализацию) проскальзывает некоторая двоякость совместной деятельности: одни активны в самоорганизации и совместной деятельности (в соответствии со своими внутренними интенциями), тогда как другие – нет. В этом отношении авторы, скорее, пытаются следовать концепциям, преодолевающим дуализм структура – действие, однако по мере прочтения возникает вопрос, успешно ли они это делают.

Особенно показательной является попытка баланса при описании возможностей исследования и методов. Если при исследовании и построении модели авторы опираются на качественную стратегию исследования, этнографический метод [10], то главной задачей является в итоге построение такой модели, которая позволяла бы проводить статистический анализ и сравнения различных случаев, просчитывать вероятностные характеристики нормализации [17]. В целом довольно-таки традиционный способ формирования модели и ее последующей апробации. Однако остается вопрос гибкости, на которую претендуют авторы после построения модели, лежащей в основе жестких методов. Данные аспекты не выглядят достаточно ясными и проговоренными в доступных для ознакомления текстах. Из написанного не совсем понятны возможности построения такой сложной модели, на которую претендуют авторы: даже с учетом весьма стройного и логично выстроенного аппарата механизмов, задающих условие нормализации, не совсем понятно, какие индикаторы и в какой степени могли бы отражать полноту и содержание условий нормализации и самой нормализации.

В этом отношении, возможно, для авторов было бы плодотворным продолжать развивать концепт «нормализации», в том числе в рамках конструктивистского подхода, который проявлен в их работах больше, в частности, рассмотреть возможности его развития в плоскости этнометодологических исследований. Представляется, что данный подход позволил бы избежать упрощения реальности и сведения ее к абстрактным моделям (чего не очень успешно пытаются избежать авторы). Возможно, это бы позволило сфокусироваться, скорее, на том, что собой представляет нормализация, а не только на условиях ее возникновения. Этнометодологический подход представляется инструментальным для понимания связи между нормализацией и механизмами, прописанными в ТНП, которая на данный момент не выглядит достаточно ясной, а также для содержательного ответа на вопрос о способе осуществления нормализации – на вопрос, который заявлен как центральный в теории.

Литература

1. Волков В.В., Хархордин О.В. Теория практик. СПб.: Европейский Университет, 2008. (Серия: Прагматический поворот). С. 209–223.
2. Гарфинкель Г. Исследование привычных оснований повседневных действий // Социологическое обозрение. 2002. Т. 2, № 1.
3. Гарфинкель Г. Исследования по этнометодологии. М.; СПб.: Питер. 2007. С. 126–192.
4. Латур Б. Дайте мне лабораторию, и я переверну мир // Логос. 2005. № 5–6.

5. Фуко М. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. М.: Касталь, 1996. 448 с.
6. Фуко М. Интеллектуалы и власть: Избранные политические статьи, выступления и интервью / Пер. с фр. С.Ч. Офертаса; под общей ред. В.П. Визгина и Б.М. Скуратова. М.: Практис, 2002. 384 с. (Серия «Новая наука политики»).
7. Фуко М. Надзирать и наказывать. Рождение тюрьмы / Пер. с фр. В. Наумова; под ред. И. Борисовой. М.: Ad Marginem, 1999.
8. Bloor D. Anti-Latour // *Studies in History and Philosophy of Science*. 1999. Vol. 30: 1. P. 81–112.
9. Elwyn, G. et al. Arduous Implementation: Does the Normalisation Process Model Explain Why It's so Difficult to Embed Decision Support Technologies in Routine Clinical Practice // *Implementation Science*, 2008, 3: 57.
10. Finch T., May C., Mair F., Mort M. and Gask L. Integrating Service Development with Evaluation in Telehealthcare: An Ethnographic Study, *British Medical Journal*, 2003 – 327(7425): 1205–9.
11. Lynch M. Sacrifice and the Transformation of the Animal Body into a Scientific Object: Laboratory Culture and Ritual Practice in the Neurosciences // *Social Studies of Science*. 1988. Vol. 18:2.
12. May C. Innovation and Implementation in Health Technology: Normalizing Telemedicine // J. Gabe, M. Calnan, (Eds.), *The New Sociology of the Health Service*. Routledge, London, 2009.
13. May C. Mundane Medicine, Therapeutic Relationships, and the Clinical Encounter / In (eds.) In: B. Pescosolido, et al., (Eds.) // *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing: A Blueprint for the 21st Century*. Springer, New York, 2009.
14. May C. The Clinical Encounter and the Problem of Context // *Sociology*. 2007.
15. May C. et al. Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory // *Implementation Science*, 2008.
16. May C. et al. Evaluating complex interventions and health technologies using normalization process theory: development of a simplified approach and web-enabled toolkit // *BMC Health Services Research*, 2011.
17. May C., Finch T. Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory // *Normalization Process Theory // Sociology*. 2009. № 43. P. 535.
18. Mort M., May C., Williams T. Remote Doctors and Absent Patients: Acting at a Distance in Telemedicine? // *Science Technology Human Values*, 2003.
19. Mort M., Finch T., May C. Making and Unmaking Telepatients: Identity and Governance in New Health Technologies // *Science Technology Human Values*, 2009.
20. Sacks H. Notes on Police Assessment of Moral Character // D. Sudnow (ed.). *Studies in Social Interaction*. N.Y.: The Free Press, 1972; Free Press. P. 280–293.