

ИНФРАСТРУКТУРА НЕДОВЕРИЯ И СОВЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СИСТЕМА 1940–1960-Х ГОДОВ

Сергей Мохов

Сергей Мохов, Центр медицинской антропологии, ИЭА РАН. Адрес для переписки: Загородное шоссе, 10, корп. 5, кв. 34, Москва, 117152, Россия. svtohov.hse@gmail.com.

Исследование проведено на средства гранта Российского научного фонда (№ 20-78-00068).

Выражаю особую благодарность за ценные советы и помощь в подготовке статьи Виктору Вахштайну, Константину Гаазе и двум анонимным рецензентам, а также фонду поддержки социальных исследований «Хамовники», поддержавшему работу над этой темой на начальном этапе.

Альтернативные методы лечения рака были широко распространены во многих странах мира независимо от уровня социального и экономического развития. Не осталась в стороне и советская онкология; пациенты зачастую предпочитали народные методы лечения вместо официальной медицины. В качестве объяснения повышенного интереса пациентов к подобному рода практикам исследователи называют особенности становления самой онкологии как отдельной молодой отрасли. Онкология на ранних этапах (1930–1950-е годы) имела в своем арсенале множество взаимоисключающих теорий о природе злокачественных опухолей и низкую эффективность предлагаемого лечения. Следствием этого становились недоверие пациентов и повышенное внимание к альтернативным практикам. Справедливо ли это объяснение для советского кейса? Существуют какие-то его особенности, позволяющие судить об уникальности формирования советской онкологической системы?

Для ответа на эти вопросы был предпринят анализ архивных документов (дневники и воспоминания) и данных из вторичных источников, в том числе доступная статистика и специализированная медицинская и научно-популярная литература по вопросам онкологии. В качестве первичной теоретической рамки взяты наработки из области социологии знания и социологии доверия.

Основная исследовательская гипотеза строится на следующих предположениях. Советская онкологическая система опиралась на несколько принципов: 1) массовая диагностика населения; 2) активное санитарное просвещение, убеждавшее в излечимости и эффективности лечения; 3) сокрытие диагноза от пациентов. Для претворения этих принципов в жизнь строилась не имеющая мировых аналогов инфраструктура: появлялись диспансеры, дома просвещения; издавались методические пособия, тексты научно-популярного характера. Однако, несмотря на декларируемые успехи, советская онкология имела низкую эффективность и высокую смертность пациентов. Суммируя, это работало так: низкая степень излечимости на фоне сокрытия диагноза и лжи, но при широком просвещении и попытках рекрутирова-

ния людей в систему профилактических осмотров. Итогом становится устойчивое недоверие среди пациентов.

Ключевым концептом для понимания особенностей работы онкологической системы при этом является инфраструктура. Советская онкологическая инфраструктура состояла из следующих ключевых элементов: инфраструктуры диагностики, инфраструктуры просвещения и инфраструктуры сокрытия и разоблачения. Работая вместе, эти элементы образуют инфраструктуру недоверия. Сам материальный субстрат советской онкологии, ее инфраструктура, является основой производства недоверия, делая любые попытки изменения системы невозможными.

Ключевые слова: советская онкология; альтернативные методы лечения; советская медицина; социология знания; социология недоверия

Одним из магистральных сюжетов повести Александра Солженицына «Раковый корпус» (1966), рассказывающей о повседневной жизни советского онкодиспансера, является борьба двух медицинских наук: научной (представленной в лице врачей Людмилы Донцовой и Веры Гангарт) и народной (ее адептом выступает бывший фронтовик, а ныне ссыльный заключенный Олег Костоглотов). Донцова и Гангарт верят в радикальную хирургию, облучение и гормонотерапию, Костоглотов же, наоборот, не доверяет официальному лечению и ищет спасения в спиртовой вытяжке из древесного гриба, известного под названием «чага».

Конфликт двух медицинских наук не является художественным вымыслом Солженицына. Методы альтернативной и комплементарной медицины¹ были широко распространены в СССР, особенно в области лечения тяжелых заболеваний (Davis 1989). Так, основатель советской онкологии Николай Блохин регулярно публиковал в научно-популярных изданиях обличительные статьи о нетрадиционной медицине. В них он обвинял не только абстрактных и безымянных «целителей и знахарей», но и конкретных представителей институциональной советской науки, предлагавших отличные от официальной медицины методы лечения². В разное время врагами советской онкологии были признаны микробиолог Александра Троицкая, которая продвигала авторскую аутовакцину от рака; биолог Юрий Продан, изготавливавший препараты на основе чистотела; советский изобретатель Анатолий Качугин, предлагавший лечить злокачественные опухоли чередованием приема се-

¹ В рамках данной статьи термин *народная медицина* будет употребляться как часть более широкого термина *альтернативная и комплементарная медицина* (complementary and alternative medicine, CAM). Под альтернативной и комплементарной медициной понимаются любые лечебные практики, отвергаемые официальной медициной.

² Для Николая Блохина разницы между знахарями и альтернативной медициной не существовало: «Теперь трудно найти больных, верящих в заговоры, нашептывания и колдовство, и современный знахарь начинает говорить об аминокислотах, биохимических механизмах действия рекомендуемых им средств, вакцинах, радиоактивных препаратах и т. д. Широко используется также вера в народную медицину, в возможность получения новых противораковых лекарственных препаратов из трав. Это дает возможность рекомендовать без всяких оснований разные настои трав, подчас ядовитых растений, как, например, корень аконита и др.» (Блохин, Орловский и Серебров 1980:116). Разбор причин подобного отношения (как и вообще границ научного и ненаучного в советской онкологии) мы оставим для следующих статей.

микрарбазида солянокислого и кадмия-116. Число только поименно названных Блохиным врагов советской онкологии исчислялось десятками (Блохин, Орловский и Серебров 1980:118).

Тем не менее, советская онкология 1940–1960-х годов³ в этом плане не уникальна. Альтернативные методы лечения рака были широко распространены во многих странах мира, вне зависимости от уровня социального и экономического развития конкретной страны (Clow 2001; Patterson 1987; Timmermann and Toon 2012). В качестве одного из объяснений повышенного интереса пациентов к подобному рода практикам исследователи называют особенность становления самой онкологии как отдельной молодой дисциплины. По мнению социального историка Барбары Клоу, изучавшей канадскую систему борьбы с раком, онкология на ранних этапах своего развития (1940–1960-е) – это множество взаимоисключающих теорий о природе злокачественных опухолей⁴, низкая эффективность предлагаемого лечения и высокая смертность (Clow 2001). С Клоу согласны и другие историки медицины, которые приводят в пример опыт Франции, США, Англии: для всех национальных онкологических систем этого времени характерно отсутствие понимания природы рака, слабая диагностика, радикальные методы лечения и высокая смертность (Bollinger 2016; Löwy 1996). Следствием этого и явилось недоверие среди пациентов к официальной медицине и повышенное внимание к альтернативным практикам.

Такое объяснение выглядит справедливым и для советской онкологии 1940–1960-х годов, хороший пример чему – все тот же «Раковый корпус». Однако, как мы знаем, уже с конца 1960-х национальные онкологические системы серьезно меняются благодаря критике медицинской системы «снизу», росту социальных движений в 1960-е, переходу к разным моделям страховой медицины⁵. Уже в 1970-е годы эти изменения благотворно сказались на росте авторитета официальной медицины и привели к снижению недоверия пациентов, а следовательно, и к падению интереса к альтернативной медицине во многих странах мира (Bollinger 2016; Patterson 1987; Timmermann and Toon 2012). Между тем советская онкологическая система оказалась совершенно не чувствительной к перечисленным изменениям, вследствие чего недоверие к ней оставалось столь же высоким, как и интерес к нетрадиционным методам лечения (Петерсон 1980; Петровский 1995).

Как можно это объяснить? Существуют ли какие-то особенности в работе концептуальной связки «слабая диагностика – высокая смертность – недоверие – альтернативные методы лечения» в советском случае? Могло ли недоверие быть заложено в советскую онкологическую систему на ранних этапах ее формирова-

³ При этом указанные периоды признаются исследователями именно начальными этапами становления онкологии как дисциплины во всем мире. В это время только появляются национальные онкологические службы, формируются научные институции.

⁴ Вирусная природа рака, паразитарная природа и т. д.

⁵ Происходит и в целом серьезная трансформация онкологии как дисциплины: открытие роли ДНК, появление и широкое распространение новых методов диагностики (вроде УЗИ и томографии) – все это улучшает диагностику на ранних этапах заболевания.

ния (1940–1960-е годы), что сделало невозможным ее изменение по типу других стран в 1970-е?

МЕТОДОЛОГИЯ

Для поиска ответов на перечисленные выше вопросы я предлагаю сделать несколько последовательных шагов: 1) концептуализировать недоверие с помощью теоретических наработок социологии знания, адаптировав категорию недоверия к различным методам лечения рака как к различным типам знания; 2) проанализировать контекст ранних этапов формирования советской онкологической системы начиная с 1945 года⁶ и до конца 1960-х годов, проиллюстрировать наблюдения и выдвинутые тезисы примерами из исторических источников; 3) сделать выводы об основных институциональных особенностях раннего периода формирования советской онкологической системы, сходствах и различиях в подходе к проблеме недоверия.

К сожалению, данные шаги методологически достаточно ограничены. Стоит признать, что зафиксировать доверие/недоверие к конкретным методам лечения у нас нет возможности в силу ограниченности инструментария и отсутствия данных. Тем не менее, учитывая, что обсуждаемая в данной статье тема изучена слабо, я предлагаю фиксировать недоверие по доступным свидетельствам, а именно через оценки и суждения из вторичных источников⁷. Я полагаю, что данное допущение оправданно и полученные сведения позволят на первом этапе сформулировать основные гипотезы, которые позже можно будет проверять другим, более точным инструментарием.

В качестве источниковой базы для данной статьи выступают архивные документы (Центральный государственный архив историко-политических документов Санкт-Петербурга); дневники и письма (текстовый корпус личных дневников Центра исследования эго-документов «Прожито» при Европейском университете в Санкт-Петербурге⁸); мемуары и воспоминания советских онкологов Николая Блохина, Бориса Петровского; данные из вторичных источников, в том числе доступная официальная статистика (например, смертность онкологических пациентов; динамика роста онкодиспансеров и так далее) за период 1945–1989 годов, представленная в специализированной медицинской литературе, сама научная/научно-популярная литература по вопросам онкологии, изданная в СССР в указанный период.

⁶ С момента принятия постановления Правительства СССР от 30 апреля 1945 г. «Об организации Государственной онкологической службы в СССР».

⁷ При этом, конечно, стоит учитывать, что недоверие всегда более отчетливо выражено, чем доверие.

⁸ <https://prozhito.org>.

НЕДОВЕРИЕ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ: К ПОПЫТКАМ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ

Как отмечает социолог Дональд Маккензи (2011), большинство теорий и практик получают поддержку не только из-за сильной и обоснованной стратегии доказательства, сколько в силу доверия, которое вызывает репрезентация знания и сам репрезентирующий. О доверии и его роли в формировании знания говорят и многие другие исследователи на примере физики, биологии и особенно медицины (Hardwig 1991; Sharpin 1994; Shapiro 1987). Таким образом, рецепция (и циркуляция) знания и доверие всегда тесно связаны.

Эта связь образуется по многим причинам: например, в силу отсутствия компетенций у участников или наблюдателей, из-за невозможности следить за очень длинной цепочкой аргументации или из-за отсутствия времени для проверки знания – выбирать надо здесь и сейчас. Последнее наиболее актуально, когда технологии/знание связаны с риском, как это показывает Мэри Дуглас (Douglas and Wildavsky 1982) или Дональд Маккензи (2011). Последний демонстрирует это на примере ситуации с применением ядерного оружия и защитой в период холодной войны: опытная проверка невозможна, а следовательно, нужно доверять гипотетическим моделям (Маккензи 2011). В ситуации с лечением смертельно опасного заболевания, такого как рак, доверие также крайне важно: шанс проверить в будущем эффективность какого-то другого лечения может и не выпасть, поэтому выбирать нужно здесь и сейчас. Можно утверждать, что к источнику знания в такой ситуации обязательно должно выражаться доверие или отсутствовать недоверие.

Нас же интересует, что именно способно вызывать доверие или недоверие? Почему один тип знания вызывает доверие, а другой нет? Формирование доверия к типу знания трудно концептуализировать, оно включает множество дисциплинарных подходов – от психологии и культурных исследований до социологии и управления (Barber 1983; Möllering 2001; Shapiro 1987). Доверие даже называют неуловимым концептом (*elusive concept*) (Yamagishi and Yamagishi 1994). Суммируя ряд исследований в попытках концептуализировать доверие/недоверие, Харрисон МакНайт и Норман Червани выделяют несколько основных параметров доверия, применимых для социологического анализа (McKnight and Chervany 2001). Согласно их модели, доверие можно определить как ожидание положительного результата от взаимодействия доверителя и доверенного лица. Как правило, процедура оценивания базируется на предыдущем опыте самого оценивающего, при этом опыт должен встречаться с предлагаемой теорией. Иными словами: теория должна входить в компромисс с опытом, не противоречить ему (Sitkin and Roth 1993). Кроме того, в оценку обязательно включается возможность получения информации о ситуации или видимость получения этой информации (*information sharing*). То есть акторы должны ощущать контроль над ситуацией или иметь видимость этого контроля. Наконец, важны защита и честность реализуемой сделки: чем выше механизмы взаимного сдерживания, тем выше доверие. К таким сдерживающим факторам относится прежде всего закон и наличие третьей стороны (Mishra 1996).

Что же тогда недоверие? Вслед за МакНайтом и Червани я предлагаю использовать доверие и недоверие как оппозиционные категории (McKnight and Chervany 2001). Таким образом, недоверие – это ситуация, при которой взаимодействие между доверителем и доверенным лицом оценивается как слишком рискованное. Причины недоверия: негативный опыт, низкий авторитет потенциального доверенного лица, отсутствие информирования и сдерживающих факторов (Kipnis 1996). Среди синергичных факторов недоверия МакНайт и Червани называют следующие: отсутствие веры в искренность намерений доверенного лица, невыполнение предыдущих обещаний. При этом названные факторы могут быть закреплены в институтах, тогда это называется институционально основанное недоверие (*institution-based distrust*), которое обозначает низкую оценку институциональных условий, влияющих на исход доверительной ситуации⁹. Институционально обоснованное недоверие включает в себя производство негативного опыта, низкий авторитет, отсутствие информирования и сдерживающих факторов.

Подходит ли эта концептуальная рамка для анализа доверия к различным типам медицинского знания в советской онкологии? Имеющиеся работы медицинских социологов и антропологов позволяют рассматривать практики лечения именно как сделку между пациентом и врачом/медицинской институцией (Clark 2002). В этой сделке и пациент, и врач оценивают риски и выгоды и принимают решение – идти на сделку или нет. Для реализации этого, как и для любого другого, типа сделки необходимо доверие (Baron and Berinsky 2019; Pearson and Raeke 2000; Rhodes and Strain 2000)¹⁰. Поэтому можно рассчитывать, что выбранная концептуализация подойдет и для анализа советского кейса¹¹.

⁹ Именно подобное противостояние институции и авторитета можно наблюдать в «Раковом корпусе»: Костоглотов, будучи влюбленным в своего молодого лечащего врача Веру Гангарт и, очевидно, на этом фоне испытывающий доверие к ней, все же пытается противостоять выбранному ей лечению. Оно, в представлении Костоглотова, губительно и лживо, как и вся советская медицина.

¹⁰ От других типов сделок лечение отличается несколькими моментами. Во-первых, это особая чувствительность, которая усиливается в случае тяжелых и смертельно опасных заболеваний, каким является рак. Раскрытие информации и установление доверительных отношений между пациентом и врачом осложняется рядом этических вопросов: стоит ли сообщать пациенту диагноз и на какой стадии (Beauchamp and Childress 1994). Во-вторых, властная асимметричность агентов сделки лечения, то есть врача и пациента. Последний находится заведомо в подчиненном статусе, в котором не может требовать полной открытости и честности, а значит, доверие между врачом и пациентом формируется в условиях недоговоренностей (Fritz and Holton 2019). В-третьих, лечение как сделка доверия всегда находится под влиянием не только доверия к личности врача (межличностное доверие), но и доверия к институции (социальное или институциональное доверие) (Clark 2002). Я полагаю, что несмотря на эти особенности, мы можем использовать предложенную выше концептуальную рамку для анализа формирования советской онкологической системы.

¹¹ Здесь я намеренно опускаю специфику именно советского контекста, так как для самой концептуализации контекст не является необходимостью, и даже наоборот: применение одной концептуальной рамки для разных кейсов поможет увидеть различия и несовпадения.

Таким образом, проанализировав вторичные источники, я надеюсь увидеть, что и как в советской онкологической системе могло на институциональном уровне (*institution-based distrust*) производить негативный опыт, низкий авторитет и низкую информированность, а значит, стимулировать недоверие к официальным методам лечения.

ПРИНЦИПЫ РАННЕГО ФОРМИРОВАНИЯ СОВЕТСКОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

Начиная с 1918 года усилиями народного комиссара здравоохранения СССР Николая Семашко в Советском Союзе выстраивалась не имеющая аналогов в мире медицинская система. Основные ее принципы были сформированы на первых пяти Всероссийских съездах медико-санитарных отделов (1918–1924 годы): единство, бесплатность, доступность, профилактика, всеобщая гигиена, ориентация на сельское здравоохранение. Главная цель этой системы состояла в раннем выявлении заболеваний, а следовательно, быстром и эффективном лечении широких масс (Комаров 2015). Подобный подход имел не только конкретный идеологический подтекст (например, вера в широкие возможности советской науки и медицины: Stites 1988)¹², но и вполне практический: как можно быстрее возвращать заболевших советских граждан к трудовой деятельности. Для воплощения этих принципов в жизнь строилась особая профилактическая инфраструктура: поликлиники, диспансеры, фельдшерские пункты, а также санатории и профилактории.

К этой диагностической инфраструктуре прилагалась широкая сеть просвещения: как в форме протоколов и практик (популярные плакаты, кинофильмы, викторины, выставки, лекции, театрализованные представления на тему гигиены), так и в виде прямой материальной инфраструктуры – специальных домов санитарного просвещения. В конце 1920-х годов один из писателей-гигиенистов Иосиф Мильман в своей брошюре «Практика дома санитарного просвещения» определяет такие дома как основные форпосты для санитарной деятельности, «на которой строится вся работа в городе и районе», по его словам, «многочисленные нити» этой деятельности «проникают во все уголки нашей разносторонней и распыленной работы, организуя ее, согласовывают и объединяют» (Ершов 1966:12). Главная задача просвещения состояла в том, чтобы обеспечивать явку населения на места медицинского осмотра, а также прививать бытовую культуру ухода за телом (Saks 1997). Собственно, первые такие дома были открыты в 1920 году в Ярославле, Смоленске и Харькове, к 1927 году их количество выросло до 72, а к 1957 году

¹² Эти принципы были сформулированы на основе диалектического материализма и марксистского взгляда на природу человека и болезнь. Применительно к физиологии человека, диалектический материализм означает рассмотрение человека с холистических позиций как единства физического, психического и социального. В этой концепции болезнь является следствием взаимодействия организма со средой, причем болезнь не может быть локализована, так как она связана со всей системой жизнедеятельности человека. Врачи должны заниматься не лечением болезни, а ее предотвращением (Царегородцев 1966; Шепуто 1961).

общее их число достигло почти 400. Каждый такой дом был способен вести свою деятельность, охватывая не менее 100 тысяч человек (Ершов 1966:44).

Обобщая эти две магистральные интенции советской модели здравоохранения, можно сказать, что советская медицина – это медицина диспансеризации и профилактики (Farmer, Goodman, and Baldwin 1992; Rowland and Telyukov 1991; Ryan 1990). Принципы этой профилактической модели, получившей название «семашковской медицины», применялись во всех областях здравоохранения, включая лечение рака¹³. Николай Петров, основатель советской онкологии, в 1947 году отмечал структурообразующую роль профилактических осмотров для успешной борьбы с злокачественными заболеваниями: «Мы знаем уже так много о причинах рака, что не только возможно, но и совершенно необходимо поставить противораковую борьбу на рельсы профилактики» (Петерсон 1980:12). Связь между профилактикой и злокачественными опухолями имела эпидемиологическое обоснование: привычки питания, условия работы, вредное производство, бытовая гигиена и т. д. Например, считалось, что высокий уровень заболевания раком желудка в СССР вызван большим удельным весом маринованных и соленых продуктов в питании советских граждан; рак легких связывался с курением (Заридзе и Басаева 1990:33). Именно поэтому крайне важной представлялась профилактическая работа с населением. Для изучения эпидемиологического основания онкологических заболеваний советские онкологи даже организовывали этнографические экспедиции. Так, за период с 1950 года по 1967 год Академия медицинских наук СССР провела более 40 региональных экспедиций, собирая материал о «географических особенностях опухолей» (Блохин 1967:14).

Для профилактики раковых заболеваний выстраивалась инфраструктурная диспансерная сеть, как это было и в общей системе медицинской диспансеризации¹⁴. Эта программа осуществлялась достаточно быстро. Если в 1940 году на весь СССР было 26 онкодиспансеров, то к 1970 году уже 273; за это же время число онкокабинетов увеличилось с 117 до 3 200 соответственно; а онкологических

¹³ Этот взгляд на человека и болезнь был инкорпорирован не только в «семашкинскую» модель здравоохранения, где основная роль отводилась диспансеризации, профилактике, пропаганде здорового образа жизни и гигиены, но и в проект советской онкологии. Советская онкология оформилась только в послевоенное время, но основные взгляды на болезнь и методы ее лечения были сформулированы раньше. Конечно, лечение и изучение рака проводилось и до 1945 года, однако отвечали за это отдельные единичные институты, подчинявшиеся не единой службе/центру, а работающие в рамках общей системы здравоохранения. Поэтому можно говорить о предварительной работе по формированию онкологической службы (в 1920–1930-е) и об активном периоде институционального становления в 1940–1960-е годы.

¹⁴ Постановление Правительства СССР от 30 апреля 1945 г. «Об организации Государственной онкологической службы в СССР» предусматривало создание в каждой области онкологического диспансера, в задачу которого входит не только лечение и учет онкологических больных, но и профилактические осмотры и диагностика. Согласно приказу Министерства здравоохранения СССР № 19 от 25 января 1956 г. «О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению и усилению научных исследований в области онкологии», вводились массовые профилактические и индивидуальные осмотры населения (всех женщин старше 30 лет и всех мужчин старше 35 лет) с последующей диспансеризацией и лечением выявленных больных.

коек с 1,7 тысяч до 46,5 тысяч (Петерсон 1980). Обязательная диагностика и регистрация онкологических больных на всей территории СССР были введены в 1953 году. Благодаря этой инфраструктуре профилактическими осмотрами были ежегодно охвачены до 30 млн человек (Глебова 1968). Американские коллеги, постоянно посещавшие СССР для обмена опытом в онкологии¹⁵, удивлялись размаху инфраструктуры диагностики и вниманию к проблемам канцерогенеза (*Cancer Epidemiology* 1980). Подобную обширную сеть диагностики не удалось создать ни одной стране мира (Rowland and Telyukov 1991; Ryan 1990).

Вовлечение населения в активную онкологическую диспансеризацию (1950-е) было сопряжено с активной санитарно-просветительской деятельностью (в частности с просвещением по вопросам о лечении рака) (Блохин и др. 1980; Чиссов и др. 1998). Считалось, что наравне с диагностикой необходимо вести разъяснительную работу с населением, рассказывая, например, о том, что представления о вирусной природе рака неверны (то есть объясняя, что рак не заразный и не передается половым путем); о необходимости гигиены и правильного питания (Заридзе и Басаева 1990). Центральным НИИ санитарного просвещения в 1953 году были разработаны «Инструктивно-методические указания по санитарному просвещению в области профилактики рака» (Блохин, Орловский и Серебров 1980). Просвещение населения было предусмотрено в рамках профессиональной деятельности младшей медицинской сестры, а методически оформлено в многочисленных учебных пособиях по онкологии: «Противораковая борьба не может быть эффективной без сознательного отношения к ней населения. Потому необходимо не только давать населению знания о раке и мерах борьбы с ним, но и стараться привлечь его к активному участию в осуществлении намеченных мероприятий» (Глебова и Вирин 1982:53). Борьба с вредными привычками, противораковая пропаганда были важной частью системы здравоохранения СССР, а не простыми общественными и независимыми движениями, как, например, American Cancer Society в США, которые никогда не входили в состав национального здравоохранения.

Особый акцент в онкологическом просвещении делался на излечимость рака; преимущества советской онкологической системы перед другими; на непрерывное совершенствование методов лечения. Считалось, что убежденность населения в низкой эффективности лечения¹⁶ плохо сказывается на результатах потен-

¹⁵ Этому не стоит удивляться. Николай Блохин, один из основателей советской онкологии, являлся весьма важной фигурой в международном онкологическом сообществе. В 1943 году он стажировался в госпиталях и клиниках США, был председателем Комитета по международным делам, позже – президентом общества «СССР – США». С 1960 по 1968 год и с 1977 по 1987 год он был вице-президентом и президентом (1966–1970) Международного противоракового союза.

¹⁶ Все это имело объяснение в программе диалектического материализма в советской медицине: человек, его болезнь и выздоровление всегда холистически связаны со средой и с системой жизнедеятельности. Иными словами, выздоровления человека зависит не только от самого лечения, но и от пациента, его настроения, привычек питания, образа жизни, окружающей среды. Если человек будет знать о неизлечимости болезни, то он, очевидно, скорее умрет (Гершанович и Пайкин 1980).

циального лечения, а значит пациентов, как настоящих, так и будущих, надо убеждать в обратном (Глебова и Вирин 1982). Медицинским сестрам для просвещения населения рекомендовалось проводить беседы с пациентами с разбором клинических случаев: «...В картотеке каждого онкологического кабинета можно подобрать истории болезни, ярко демонстрирующие решающее значение своевременной обращаемости» (Гнатышак 1975:44). Отдельное место занимала борьба с «народными средствами лечения и знахарями», которые, как считалось, приносят вред пациентам во всех случаях, даже в неизлечимых. Лечение предписывалось проходить только в медицинских учреждениях.

Начиная с 1930-х годов активно издается научно-популярная литература о раке, публикуются и распространяются плакаты и газеты, действует Всесоюзное онкологическое общество. Среди наиболее значимых материалов, предназначенных для массового распространения, можно отметить брошюры Николая Петрова «Что надо знать о раке» (1932) и «Простое слово о раке» (1932), на основе которых были отпечатаны многомиллионным тиражом плакаты. Петров не только активно публиковал такого рода работы, но и читал лекции для населения по радио, а в общей и специальной медицинской прессе выходили его популярные статьи, освещающие современное состояние важнейших проблем онкологии (Петерсон 1983). Научно-популярная литература о раке имела широкий охват. Так, брошюра под редакцией Александра Чернова «Современное учение о раке» (1967) была напечатана тиражом в 68 тысяч экземпляров, книга Юрия Молькова и Федора Янишевского «Рак, его ранние признаки, профилактика и лечение» (1961) – 100 тысяч, сборник «Что нужно знать о раке» под редакцией Светланы Юхневской – 180 тысяч экземпляров.

Тема рака активно проникала в советское общество. Советской онкологии важно было понимать причину появления болезни и бороться именно с ней; борьба со следствием являлась вторичным в лечебной практике (Давыдовский 1962). В отличие от других, советская онкология полагала, что злокачественные опухоли имеют прежде всего «средовое» объяснение: как того требовал диалектический материализм¹⁷. Причины появления опухолей называли самые разные: привычки питания, условия работы, вредное производство, бытовая гигиена, вирусы и т. д. Поэтому важно было максимально включать население в борьбу с причинами болезни – то есть со средой. Можно утверждать, что уровень вовлечения населения в тему за счет инфраструктуры диагностики и просвещения был действительно беспрецедентным.

Тем не менее, несмотря на декларируемые возможности излечения рака, адекватное лечение предоставлялось только в случаях диагностируемого заболевания I и, в отдельных случаях, II стадии, III и IV стадии не поддавались лечению, только симптоматической терапии (Гнатышак 1975). При этом предлагаемое лечение на I и II стадии выглядело достаточно радикально: хирургия, облучение, гормонотерапия (Серенко и Роменский 1970). Эффективность лечения была доста-

¹⁷ Именно поэтому основные направления исследований – канцерогенез, патология рака, предраковые заболевания.

точно низкой. Так, в процентном соотношении IV стадия стабильно занимала 25% от всех изначально выявляемых случаев, а в 1940-е и 1950-е годы эта цифра доходила до 35%¹⁸. Например, рак желудка, один из самых распространенных видов рака в СССР, в 1960-е годы определялся на IV стадии в 37% случаев; рак легких, стоящий на втором месте, в 30% случаев (Серенко и Роменский 1970). Процент запущенных случаев продолжал оставаться очень высоким по крайней мере до начала 1980-х годов (Напалков и др. 1981). При этом очень важно отметить, что некоторые виды рака (скажем, рак пищевода) не поддавались раннему выявлению вообще; диагностирование заболевания на III и IV стадии происходило лишь после нескольких циклов осмотров (1981).

Таким образом, обширная диагностика рака сразу выявляла около четверти неизлечимых случаев, а общая смертность на первом году выявления заболевания составляла около 35% (Напалков и др. 1981). В абсолютных цифрах это выглядит так: примерно у 40–45 тысяч человек ежегодно диагностировалась неизлечимая форма рака с ожидаемой смертью в ближайший год. Из этого можно сделать вывод о том, что ранняя диагностика не была столь эффективна, как декларировалось, так же, как и предлагаемое лечение. Переводя на выбранный концептуальный язык: один из агентов сделки предоставлял недостоверные данные о результатах потенциального взаимодействия: вместо обещанного эффективного лечения предлагалась очень узкая рамка возможностей.

ДОВЕРИЕ К СОВЕТСКОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЕ

Для нашего анализа важно знать, понимала ли это другая сторона сделки доверия? И здесь мы можем увидеть, что, несмотря на все старания санитарной пропаганды, советские граждане невысоко оценивали успехи отечественной онкологии. Посмотрим на ранее не публиковавшееся «Воспоминание о своей жене Бурковой Капитолине Петровне и друзьях», в котором детально описывается ход болезни пожилой женщины, проходившей лечение от рака груди в 1956–1962 годах. Ее муж, который и вел наблюдение за болезнью Капитолины, резюмирует: «Если внимательно посмотреть на историю болезни, то остается лишь удивляться и возмущаться тому как могло случиться, что с большим опозданием было установлено появление метастазы несмотря на то что наблюдение было частным и заканчивалось словами что “все хорошо”. Смотрели, видимо, поверхностно» (ЦГАИПД СПб. Ф. 4000. Оп. 18. Д. 672. Л. 12). При этом стоит учитывать, что и Капитолина, и ее муж являются старыми партийными работниками и весьма сдержанно реагируют на проблемы в работе официальных советских институций. Схожие оценки выносит и литературный критик Владимир Лакшин, друг писателя и главного редактора журнала «Новый мир» Александра Твардовского. У последнего был обнаружен

¹⁸ Начиная с 1953 года, когда был сформирован всесоюзный регистр онкологических больных, и вплоть до распада СССР, методика подсчета и выявления злокачественных заболеваний (как и охват) серьезно менялись. Поэтому цифры приводятся из расчета на конкретный период с опорой на экспертные оценки. В дополнение: большая часть статистики, детализированной по регионам и демографическим показателям, была засекречена (Rahu 1992).

рак легкого с метастазами в мозг в конце 1970 года. Лакшин в дневнике описывает низкую эффективность лечения, обращаясь к потенциальной возможности поиска альтернативных методов. 17 октября, когда был поставлен диагноз, он пишет:

Говорят еще, что уже на снимке 68 года видно затемнение, на которое тогда не обратили внимания. А это было начало опухоли. Сволочи, что же они думали эти два года? И как могли уже теперь лечить «плеврит» горчичниками и банками: ведь они растили опухоль! Убийцы, настоящие убийцы... Можно было бы попробовать его лечить бластофагом, химией, тибетской медициной – чем угодно, а теперь поздно, говорят они. Мне звонят с разных сторон, предлагают врачей, чудодейные средства, новейших знахарей и тому подобное, а как дойдешь до первоначала и расскажешь картину – все отказываются лечить. Да и как лечить в Кремлевке – его и не отдадут оттуда. Мне рассказали, что всякий диагноз и даже сказать или не сказать близким – сначала согласовывают с «верхами»... И врачам нельзя простить – полторы недели, по существу, он лежал без диагноза, консилиума не собирали, вертелись одни дежурные врачи и ставили на грудь день горчичники, день – банки – и ведь провоцировали бешеное ускорение, рост опухоли. А дальше зовут близких и объявляют: конец (Лакшин 2004).

Из-за отсутствия эффективного лечения и низкой результативности диагностики, рак воспринимался как неизлечимое и смертельное заболевание – излечения от него даже не ждали. Яков Друскин, философ и литературовед, описывает ощущение страха перед раком в своем дневнике от 2 июня 1949 года: «Я услышал: у портнихи, кажется, рак, и стал страх и ощущение незначительности всего. Я ее почти не знаю, видел раз или два у Нади, поэтому чистый страх, незаинтересованный – она мне чужая. Но я ее немного знаю, поэтому индивидуализированный чистый страх» (1999:244). Лидия Чуковская, писательница, едко подмечает, что рак и смерть синонимичны, в своем дневнике 26 мая 1960 года: «У Бориса Леонидовича – рак. Псевдоним смерти. У Бориса Леонидовича – смерть» (Чуковская 2015).

Представление о раке как о страшной болезни можно найти и в советской литературе. Например, в рассказе Анатолия Алексина «Дальний родственник» из цикла «Про нашу семью» (1972:8): «– А что у вас... предполагают? – спросила мама. – Какую болезнь? – Ту самую! – ответил приезжий, которого звали редким именем Игнатий – Какую... “ту самую”? – не поняла мама. – Ну, которая неизвестно от чего начинается, но зато известно, чем чаще всего кончается». В итоге, все заканчивается хорошо, и «ту самую болезнь» не находят, о чем нам и сообщает бабушка главного героя, от лица которого идет повествование: «Этого у Игнатия нет. Точно установили. Он болен серьезно. Надо делать сложную операцию. Но этого нет!». И дальше: «Скорей бы дать ей телеграмму: “Доброкачественно! Вылетаю!”» (9).

Низкий авторитет советской онкологии подкреплялся институционально укрепленным недоверием, а именно широко распространенной практикой сокрытия диагноза. Советская медицинская деонтология (своеобразный этический кодекс, разработанный в отношении онкологических пациентов) прямо запрещал

сообщать неизлечимым раковым пациентам их диагноз и предписывал скрывать его, в отличие от других стран (например, США), где сокрытие диагноза до 1970-х годов было личным выбором каждого врача, но не системой предписанных правил и протоколов поведения. То есть нигде в мире сокрытие диагноза не стало необходимым правилом.

Согласно представлениям идеологов советской медицины, сам факт сообщения смертельного диагноза способен нанести психологическую травму пациенту, что в итоге может иметь тяжелые социальные последствия: «...Несмотря на пропаганду излечимости, слово “рак” действует угнетающе. Все, что может оказать негативное действие на пациента сообщать нельзя». Врачу советовали «приготовиться играть роль без выходных и антрактов», для того чтобы оставить больного «в неведении того, что ему предстоит и главное, что ему угрожает» (Гершанович и Пайкин 1980:62). Для сокрытия диагноза советовали также запутывать пациента, например, специально обращая внимание его на неважные признаки болезни (цвет ладоней, размер ногтей, высыпания и т. п.), чтобы отвлечь его от имеющих значение для раскрытия диагноза: «Взаимоотношения онкологической патронажной сестры с больными имеет много специфического. Довлеет необходимость маскировки диагноза, заставляющая медицинскую сестру быть всегда начеку, в состоянии самоконтроля, не сказать лишнего и не забыть сказанное ранее» (Глебова и Вирин 1982:64). Предписывалось указывать ошибочные диагнозы; специально назначать безвредные и бесполезные при этом лекарства, чтобы пациент не терял надежды на излечение: «Периодически необходима смена лекарств, вариантов их прописей, путей введения. Врач не может сказать больному, что все лечебные средства исчерпаны и добавить больше нечего» (66).

Соккрытие диагноза как практика достаточно прочно вошло в советскую повседневность. Свидетельства этому можно встретить в дневниках. Писатель Михаил Пришвин 4 февраля 1953 года пишет о своей жене: «У Ляли все болит, и она просила меня, если я узнаю, что это рак, то от нее не скрывать» (2017:456). Любовь Шапорина описывает рак у одной своей знакомой в дневниковой записи, сделанной 10 августа 1957 года: «И узнала, что у Ел. Ив. метастаз рака, опухоль на позвоночнике. Ей, конечно, ничего не известно, говорят ей, что обострение радикулита, и она этому верит, к счастью. Это ужасно – смотреть на страдания приговоренного к смерти человека» (2012:340). В уже упоминаемых выше воспоминаниях о жизни и болезни Капитолины Бурковой мы находим свидетельства о том, как диагноз скрывали от пациентки, ей оставалась только догадываться об истинном положении дел (ЦГАИПД СПб. Ф. 4000. Оп. 18. Д. 672. Л. 9).

Несмотря на то, что тема тяжелых и смертельных заболеваний была редка для советского кино (видимо, по той же причине), подобные практики утаивания встречаются и здесь. Так, в фильме Виктора Турова «Время ее сыновей» (1974) ученый-онколог Иван Гуляев не сообщает страшный диагноз своему брату. В фильме «Когда наступает сентябрь» Тиграна Кеосаяна (1976) диагноз скрывает от своего фронтового друга подполковник-танкист, роль которого исполняет Николай Крючков: главный герой Левон Погосян улетает обратно в Армению, прощаясь с семьей и так и не узнав, что больше не увидит семью и друзей. Все в той же уже

названной ранее повести Алексина «Дальний родственник» один из героев, Игнатий, повествует о том, как узнал о своей болезни: «– А откуда вы знаете о “предполагаемом диагнозе”? – спросил папа. – Врачи как-то сразу забежали. Стали уверять, что нет ничего серьезного. Я не волновался, а они меня успокаивали. Потом я тайком заглянул в их бумаги. Там рядом с диагнозом стоял большой знак вопроса. Ну, а если врачи ставят вопросительный знак, зачем же я сам буду ставить знак восклицательный? Но они матери зачем-то сказали. Вот тут я разволновался. Вернее сказать, разозлился! Зачем было ей говорить?» (Алексин 1972:33).

Обобщая сведения о практиках лечения и сокрытия, можно сказать, что почти трети онкологических пациентов, которые в скором времени должны были умереть, диагноз и методы лечения были не известны. Для наблюдателей и сочувствующих (родственников и друзей), ситуация неизлечимости/скорой смерти, наоборот, становилась слишком очевидна, и, что не менее важно – очевиден факт сокрытия диагноза и лжи.

Формируется парадоксальная ситуация: с одной стороны, тема рака занимает в советском публичном дискурсе весьма заметное место – граждане хорошо осведомлены о существовании болезни, ее последствиях и масштабах явления. С другой стороны, излечимость от заболевания остается невысокой, а как минимум треть выявляемых случаев рака сразу определяется как не подлежащая лечению (к этому числу справедливо добавить определенное количество пациентов, рак которых неизбежно прогрессирует и переходит в неизлечимое состояние в короткий срок). В 1980-е годы этот парадокс фиксирует и основатель советской онкологии Блохин: «На тему о раке выпускались и широко распространялись марки, наклейки на спичечных коробках. В витринах для газет и на заборах расклеивались афиши, призывающие население на многочисленные лекции врачей на тему “Рак и борьба с ним”. В результате огромный поток устрашающей информации о раке, о тяжести его течения и высокой смертности вызывал у населения тревогу, страх». И далее: «Отказ же некоторых больных от лечения объясняется неверием в излечимость рака и страхом перед этим заболеванием, а также неверием в благоприятный исход хирургических операций, боязнь лучевого лечения» (Блохин и др. 1980:114). Об этом пишут и другие советские онкологи: «Злокачественные заболевания тревожат всех. Несколько десятков лет назад население сельских и отдаленных районов не знало подробностей о них. Слово “рак” не вызывало тяжелых переживаний. Теперь культурный уровень страны высок. Все знают об этом заболевании и, к сожалению, преувеличивают его опасность» (Глебова и Вирин 1982:33).

Итак, низкая степень излечимости сочетается с сокрытием диагноза, откровенной подтасовкой фактов, но все это происходит при широком просвещении и попытках рекрутирования людей в систему профилактических осмотров. Переводя на выбранный концептуальный язык, можно сказать, что особенности онкологической системы отвечают ситуации недоверия в сделке лечения: низкий авторитет, институционально закрепленное сокрытие информации, негативный опыт, выражающийся в сокрытии диагнозов и высокой смертности. Советская онкологическая система, которая ставила перед собой достаточно амбициозные зада-

чи максимального вовлечения населения в борьбу с раком, в итоге оказалась в парадоксальной ситуации: принципы деонтологии в сочетании с невозможностью выявить все случаи на ранней стадии и одновременно с декларируемой возможностью вылечить всех приводили к формированию недоверия.

СОВЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ ПОСЛЕ 1960-Х ГОДОВ: НЕВОЗМОЖНОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ?

Приведенный анализ раннего периода формирования советской онкологической системы, на первый взгляд, ставит советский кейс в один ряд с другими странами. Так, западные системы в ходе своего становления испытывали очень схожие трудности: например, вплоть до конца 1960-х годов большинство американских врачей не сообщали страшного диагноза пациентам, что прямо отражалось на доверии последних (Fitts and Ravdin 1953; Oken 1961); существовали серьезные проблемы с эффективностью лечения и так же, как и в СССР, большой упор делался на раннее выявление рака (Clow 2001; Patterson 1987; Timmermann and Toon 2012). Поэтому связь между институционально оформленным недоверием, официальным лечением и популярностью альтернативных методов лечения, как в советском опыте, так и в случае западных медицинских, выглядит одинаковой, несмотря на возможные различия.

Но, как уже было отмечено выше, в западных странах ситуация серьезно меняется уже к концу 1970-х (Novack et al. 1979). Начиная с середины 1960-х годов медицинская система многих европейских и североамериканских стран видоизменяется в сторону большей открытости (формируется концепция «информированного согласия», требующая сообщать пациенту его диагноз); на смену всеобщей ранней диагностике (осмотры) приходит точечная медицина – например, УЗИ, томография, биохимические анализы крови и т. д. (Bud 1978; Timmermann and Toon 2012). Эти изменения в итоге благотворно сказались на росте авторитета официальной медицины, привели к снижению недоверия и падению интереса к альтернативной медицине (Patterson 1987). Советская онкологическая система оказалась совершенно чуждой этому опыту: вплоть до 1980-х годов основной упор продолжали делать на всеобщие осмотры, профилактику и пропаганду здорового образа жизни, а польза от сокрытия тяжелого диагноза не ставилась под сомнение (Петерсон 1980).

Почему советская модель оставалась неизменной, а значит – воспроизводящей недоверие? Если мы вернемся к проделанному выше анализу, то увидим, что, несмотря на видимые сходства с западными моделями, советская онкологическая система серьезно отличалась в одном: она была куда более радикальна в своих основных идеях – диагностике, просвещении и сокрытии диагноза. Эти принципы реализовывались через разветвленную инфраструктуру: как раз те самые дома просвещения, онкологические кабинеты и диспансеры, практики диспансеризации и т. д. По своим масштабам онкологическая инфраструктурная сеть (и просвещение, и осмотры, и сокрытие диагноза) признавалась западными коллегами как не имеющая аналогов в мире. Ни в одной стране мира не было сделано столь-

ко для строительства полномасштабной системы ранней диагностики (диспансеры), для противораковой пропаганды (*Cancer Epidemiology* 1980). Может ли все дело быть в инфраструктуре?

ИНФРАСТРУКТУРА НЕДОВЕРИЯ: ОНТОЛОГИЯ ОНКОЛОГИИ

Попробуем ввести категорию инфраструктуры в нашу концептуальную связь «слабая диагностика – высокая смертность – институциональное недоверие – альтернативные методы лечения». Инфраструктура, понимаемая очень прямо как материальный субстрат, необходимый для социальной и физической жизни, была открыта социальными исследователями около четверти века назад. За это время она успела стать серьезным направлением исследований, о чем свидетельствует большое количество публикаций, конференций по этой теме, а также отдельный тематический выпуск журнала «*Cultural Anthropology*» в 2015 году. Социальным исследователям удалось показать, например, как строительство автомобильной дороги способно изменить жизнь целого города (Harvey and Knox 2015); как появление метро и железной дороги привело к рождению нового типа городского жителя – пассажира (Nöhne 2015) и многое другое. Как показал Брайан Ларкин в своей программной статье «Поэтика и политика инфраструктур», инфраструктура обладает метакоммуникативной функцией, а значит, может конституировать различные режимы взаимодействия акторов в самых различных ситуациях (Larkin 2013). Кроме того, продолжая мысль Петера Слотердайка, который утверждает, что «в великой технике нет ничего, что прежде отсутствовало в метафизике» (Слотердаик 2007:436), можно сказать, что инфраструктура воплощает в себе определенные идеи. Олег Хархордин отмечает по этому поводу следующее: «Запутанный клубок современных социотехнических проблем очень трудно разделить на социальные и технические элементы. Дело в том, что сегодня политика воплощена в самом устройстве технологий: например, политические решения начала XX века повлияли на организацию промышленной инфраструктуры» (Хархордин, Алапура и Бычкова 2013:11). Инфраструктура может создавать социальные интеракции и влиять на них.

Такой взгляд на инфраструктуру позволяет встроить ее в предложенную концептуальную схему и сказать, что она может институционально¹⁹ воспроизводить недоверие, если в принципах ее устройства и логике ее работы заложены предпосылки для этого. Указанная позиция позволяет по-новому взглянуть на воспроизводство недоверия в советской онкологии. В нашей концептуальной схеме недоверие строится на нескольких факторах: негативный опыт, низкий авторитет, отсутствие информации, низкая адаптивность институтов – все это в наличии в самих практиках деления советской онкологии, а значит, заложено в логику работы инфраструктуры: гражданам рассказывали о раке и об успехах в его лечения с помощью инфраструктуры просвещения; их диагностировали с помощью профилакториев и диспансеров; от них утаивали диагнозы и проводимое лечение с помощью предписанных правил и

¹⁹ О связи институционального и материального см. Larkin (2013), а также Di Nunzio (2018).

протоколов²⁰, и при этом сам факт утаивания и сокрытия был очевиден для всех наблюдателей. Таким образом, советская онкологическая инфраструктура – это инфраструктура недоверия, которая парадоксальным образом состоит из следующих элементов: с одной стороны, это инфраструктура диагностики и инфраструктуры просвещения, а с другой – инфраструктура сокрытия и разоблачения.

Продолжая эту мысль, можно сказать, что сам материальный субстрат советской онкологии, ее инфраструктура, который строилась для просвещения и диагностики, при дополнении ее протоколами сокрытия и разоблачения стала катализатором недоверия у пациентов. Советская онкологическая инфраструктура стала источником производства недоверия, реализуя логику отношений между пациентами, родственниками, врачами и медицинскими институциями и буквально делая невозможными любые попытки ее изменения: для пересмотра принципов ее работы, необходимо было бы разрушить сами материальные основы этой системы.

Можно предположить, что внедрение высокотехнологического точечного лечения, как это было сделано в США и Великобритании в связи с развитием технологической диагностики, сделало бы ненужными такую широкую сеть поверхностных осмотров и потребовало бы перепрофилирования всей уже построенной инфраструктурной сети. Сравнивая, можно констатировать, что западные медицинские системы, не построив столь масштабной материальной инфраструктуры диагностики, просвещения и сокрытия, оказались гораздо более пластичны к изменениям и новым правилам. Принимая во внимание этот тезис, надо сказать, что советская онкологическая система действительно отличалась от западных моделей: недоверие и, как следствие, популярность альтернативных методов лечения были заложены в ее социоматериальной структуре.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эта статья начиналась с вопроса о том, могло ли недоверие быть заложено в советскую онкологическую систему на ранних этапах ее формирования (1940–1960-е годы)? Последовательно рассматривая основные принципы советской онкологической системы (массовая диагностика, просвещение, низкая эффективность и высокая смертность), удалось показать, что столкновения и противоречия этих принципов и протоколов (высокие ожидания против низких возможностей; протоколы сокрытия диагноза) приводят к недоверию. Изначальная концептуальная связка «слабая диагностика – высокая смертность – недоверие – альтернативные методы лечения» в советском случае не только может быть дополнена новыми практиками (намеренной лжи), но и может иметь особый механизм воспроизводства – с помощью инфраструктуры. Эта инфраструктура в каждой из своих частей (пропаганда, диагностика или сокрытие) призвана поддерживать основную функцию системы, но при взаимодействии друг с другом эти части воспроизводят недоверие.

²⁰ Теоретические наработки в области антропологии инфраструктур позволяют рассматривать протоколы и документы как часть инфраструктур, особенно когда их реализация напрямую связана с материальными объектами, в данном случае – диспансерами, больницами и так далее.

Так что вывод из представленного анализа достаточно прост: проблема недоверия и, как следствие, обращение к альтернативным методам лечения рака встроены в сами протоколы советской онкологической системы и воплощаются в ее инфраструктуре через практики всеобщих осмотров, противоракового просвещения и агрессивного сокрытия диагноза. Масштабность онкологической инфраструктуры, ее успешность в деле проникновения в советскую социальную ткань привели к невозможности ее изменения, несмотря на появление новых вызовов и трансформации мировой онкологии и медицины в 1970-е годы. То, что восхищало западных коллег-онкологов в 1950-е, уже спустя несколько десятилетий оказалось ловушкой для советской онкологии и предопределило ее дальнейшую стагнацию. Проблема недоверия и альтернативных методов лечения так и оставалась актуальной вплоть до распада СССР.

Названный тезис, будучи сформулирован весьма широко, дает богатое поле для последующих исследований. Например, отдельного изучения требует вопрос о границе научного и ненаучного знания в советской культуре: можно предположить, что интерес к альтернативным методам связан, помимо прочего, и с зыбкостью этой границы, а не только с недоверием. Необходимо уточнить и дисциплинарные границы самой онкологии, особенно с учетом слабо разработанных протоколов диагностики и клинических проверок различных препаратов в 1950-е годы (Кременцов 2004). В подробном исследовании нуждается и степень комплексности альтернативных методов лечения: например, все тот же гриб «чага» начиная с 1972 года перестает считаться «народным средством» и входит в официальный список Фармакопеи СССР; врачи назначают его для симптоматического лечения. Требуется уточнение описания и интерпретация изменений в онкологической системе, в том числе на республиканском уровне: сейчас в приведенных мною материалах онкологическая система рассматривается как вполне однородный объект.

Так или иначе, несмотря на потенциальные возможности расширения темы и уточнения спорных вопросов, выдвинутый здесь тезис о роли инфраструктуры как особом материальном и институциональном отображении комплекса идей ранней советской онкологии заслуживает внимания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Алексин, Анатолий. 1972. *Про нашу семью (сборник)*. М.: Детская литература.
- Блохин, Николай. 1967. *Современные методы диагностики злокачественных опухолей*. М.: Медицина.
- Блохин, Николай, Леонид Орловский и Александр Серебров. 1980. *Противораковая пропаганда*. М.: Медицина.
- Гершанович, Михаил и Марк Пайкин. 1980. *Симптоматическое лечение больных злокачественными новообразованиями в далеко зашедших стадиях*. Л.: Медицина.
- Глебова, Мария. 1968. «Мероприятия по профилактике рака в СССР». С. 55–58 в *Материалы пленума Всесоюзного общества онкологов*. Л.: [б. и.].
- Глебова, Мария и Иван Вирин. 1982. *Патронаж онкологических больных*. Л.: Медицина.
- Гнатышак, Анатолий. 1975. *Учебное пособие по общей клинической онкологии*. М.: Медицина.
- Давыдовский, Ипполит. 1962. *Проблема причинности в медицине (этиология)*. М.: Медгиз.
- Друскин, Яков. 1999. *Дневники*. СПб.: Академический проект.

- Ершов, Владимир. 1966. *Прошлое и настоящее домов санитарного просвещения*. М.: ЦНИИ санитарного просвещения МЗ СССР.
- Заридзе, Давид и Тамара Басаева. 1990. «Динамика заболеваемости отдельными формами рака в некоторых регионах СССР». *Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН* 2:3–10.
- Комаров, Юрий. 2015. «О научной основе Семашкинской модели здравоохранения». *ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ* 1(1):120–127.
- Кременцов, Николай. 2004. *В поисках лекарства против рака. Дело «КР»*. СПб: Изд-во РХГА.
- Лакшин, Владимир. 2004. «После журнала: дневник 1970 года». *Дружба народов* 9. <https://magazines.gorky.media/druzhba/2004/9/posle-zhurnala.html>.
- Маккензи, Дональд. 2011. «История технологий и социология знания». *Эпистемология и философия науки* 27(1):18–33.
- Напалков, Николай, Григорий Церковный, Василий Демидов и Вахтанг Мерабишвили. 1981. *Смертность населения СССР и союзных республик от злокачественных новообразований*. Л.: Знание.
- Петерсон, Борис. 1980. *Онкология*. М.: Медицина.
- Петерсон, Борис. 1983. «Ранняя диагностика рака и вопросы деонтологии». С. 231–245 в *Медицинская этика и деонтология*. М.: Знание.
- Петровский, Борис. 1995. *Человек, медицина, жизнь*. М.: Наука.
- Пришвин, Михаил. 2017. *Дневники. 1952–1954*. СПб.: Росток.
- Серенко, Александр и Александр Роменский. 1970. *Заболеваемость населения СССР злокачественными новообразованиями и смертность от них*. М.: Медицина.
- Слотердайт, Петер. 2007. *Сферы. Макросферология. Том 2: Глобусы*. СПб.: Наука.
- Царегородцев, Геннадий. 1966. *Диалектический материализм и медицина*. М.: Медицина.
- Чиссов, Валерий, Валерий Старинский, Борис Ковалев и Нина Харламова. 1998. «К истории Российской онкологии». *Российский онкологический журнал* 3:71–75.
- Чуковская, Лидия. 2015. «Дневник – большое подспорье...» (1938–1994). М.: Время.
- Шапорина, Любовь. 2012. *Дневник. Тома 1–2*. М.: Новое литературное обозрение.
- Шепуто, Людвиг. 1961. *Вопросы диалектического материализма и медицина*. Часть 1. М.: [б. и.].
- Хархордин, Олег, Ристо Алапуру и Ольга Бычкова. 2013. *Инфраструктура свободы: общие вещи и ResPublica*. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге.
- Barber, Bernard. 1983. *The Logic and Limits of Trust*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Baron, Richard J., and Adam J. Berinsky. 2019. "Mistrust in Science: A Threat to the Patient-Physician Relationship." *New England Journal of Medicine* 381(2):182–185. doi:10.1056/NEJMms1813043.
- Beauchamp, Tom L., and James F. Childress. 1994. *Principles of Biomedical Ethics*. 4th ed. New York: Oxford University Press.
- Bollinger, Ty M. 2016. *The Truth about Cancer: What You Need to Know about Cancer's History, Treatment, and Prevention*. Carlsbad, CA: Hay House Inc.
- Bud, Robert F. 1978. "Strategy in American Cancer Research after World War II: A Case Study." *Social Studies of Science* 8(4):425–459.
- Cancer Epidemiology in the USA & USSR*. 1980. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; Bethesda, MD: National Cancer Institute.
- Clark, Chalmers C. 2002. "Trust in Medicine." *Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 27(1):11–29.
- Clow, Barbara. 2001. *Negotiating Disease: Power and Cancer Care, 1900–1950*. Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Davis, Christopher M. 1989. "The Soviet Health System: A National Health Service in a Socialist Society." Pp. 233–262 in *Success and Crisis in National Health System: A Comparative Approach*, ed. by Mark G. Field. London: Routledge.
- Di Nunzio, Marco. 2018. "Anthropology of Infrastructure: Governing Infrastructure Interfaces." LSE Cities Research Note: Governing Infrastructure Interfaces, June.
- Douglas, Mary, and Aaron Wildavsky. 1982. *Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technical and Environmental Dangers*. Berkeley: University of California Press.

- Farmer, Richard J., Richard A. Goodman, and Rodger J. Baldwin. 1992. "Health Care and Public Health in the Former Soviet Union, 1992. Ukraine: A Case Study." *Annual International Medicine* 119(4):324–328.
- Fitts, William T. Jr., and I. S. Ravdin. 1953. "What Philadelphia Physicians Tell Patients with Cancer." *JAMA* 153(10):901–904.
- Fritz, Zoë, and Richard Holton. 2019. "Too Much Medicine: Not Enough Trust?" *Journal of Medical Ethics* 45:31–35. doi:10.1136/medethics-2018-104866.
- Hardwig, John. 1991. "The Role of Trust in Knowledge." *Journal of Philosophy* 88(12):693–708.
- Harvey, Penny, and Hannah Knox. 2015. *Roads: An Anthropology of Infrastructure and Expertise*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Höhne, Stefan. 2015. "The Birth of the Urban Passenger: Infrastructural Subjectivity and the Opening of the New York City Subway." *City: Analysis of Urban Change, Theory, Action* 19(2–3): 313–321. doi:10.1080/13604813.2015.1015276.
- Kipnis, David. 1996. "Trust and Technology." Pp. 39–50 in *Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research*, ed. by Roderick M. Kramer and Tom R. Tyler. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Larkin, Brian. 2013. "The Politics and Poetics of Infrastructure." *Annual Review of Anthropology* 42:327–343. doi:10.1146/annurev-anthro-092412-155522.
- Löwy, Ilana. 1996. *Between Bench and Bedside: Science, Healing and Interleukine-2 in a Cancer Ward*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- McKnight, D. Harrison, and Norman L. Chervany. 2001. "Trust and Distrust Definitions: One Bite at a Time." Pp. 27–54 in *Trust in Cyber-Societies: Integrating the Human and Artificial Perspectives*, ed. by Rino Falcone, Munindar Singh, and Yao-Hua Tan. Berlin: Springer.
- Mishra, Aneil K. 1996. "Organizational Responses to Crisis: The Centrality of Trust." Pp. 261–287 in *Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research*, ed. by Roderick M. Kramer and Tom R. Tyler. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Möllering, Guido. 2001. "The Nature of Trust: From Georg Simmel to a Theory of Expectation, Interpretation and Suspension." *Sociology* 35(2):403–420.
- Novack, Dennis H., Robin Plumer, Raymond L. Smith, Herbert Ochtill, Gary R. Morrow, and John M. Bennett. 1979. "Changes in Physicians' Attitudes toward Telling the Cancer Patient." *JAMA* 241(9):897–900.
- Oken, Donald. 1961. "What to Tell Cancer Patients: A Study of Medical Attitudes." *JAMA* 175(13):1120–1128.
- Patterson, James T. 1987. *The Dread Disease: Cancer and Modern American Culture*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Pearson, Steven D., and Lisa H. Raeke. 2000. "Patients' Trust in Physicians: Many Theories, Few Measures, and Little Data." *Journal of General Internal Medicine* 15(7):509–513.
- Rahu, Mati. 1992. "Cancer Epidemiology in the Former Soviet Union." *Epidemiology* 3(5):464–470.
- Rhodes, Rosamond, and James J. Strain. 2000. "Trust and Transforming Medical Institutions." *Cambridge Quarterly of Health Ethics* 9(2):205–217.
- Rowland, Diane, and Alexandre V. Telyukov. 1991. "Soviet Health Care from Two Perspectives." *Health Affairs* 10(3):71–86.
- Ryan, Michael. 1990. *Doctors and the State in the Soviet Union*. New York: Palgrave Macmillan.
- Saks, Mike. 1997. "East Meets West: The Emergence of a Holistic Tradition." Pp. 196–219 in *Medicine: A History of Healing*, ed. by Roy Porter. London: Ivy Press.
- Shapin, Steven. 1994. *A Social History of Truth: Civility and Science in Seventeenth-Century England*. Chicago: University of Chicago Press.
- Shapiro, Susan P. 1987. "The Social Control of Impersonal Trust." *American Journal of Sociology* 93(3):623–658.
- Sitkin, Sim B., and Nancy L. Roth. 1993. "Explaining the Limited Effectiveness of Legalistic 'Remedies' for Trust/Distrust." *Organization Science* 4(3):367–392.
- Stites, Richard. 1988. *Revolutionary Dreams: Utopian Vision and Experimental*. Oxford: Oxford University Press.

- Timmermann, Carsten, and Elizabeth Toon, eds. 2012. *Cancer Patients, Cancer Pathways: Historical and Sociological Perspectives*. Houndmills, UK: Palgrave Macmillan.
- Yamagishi, Toshioand, and Midori Yamagishi. 1994. "Trust and Commitment in the United States and Japan." *Motivation and Emotion* 18:129–166.

АРХИВНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

ЦГАИПД СПб. Ф. 4000. Оп. 18. Д. 672.

THE INFRASTRUCTURE OF DISTRUST AND SOVIET ONCOLOGY IN THE 1940S–1960S

Sergei Mokhov

Sergei Mokhov, Center for Medical Anthropology, Institute of Ethnology and Anthropology, Russian Academy of Sciences. Address for correspondence: Zagorodnoe shosse, 10-5-34, Moscow, 117152, Russia. svmohov.hse@gmail.com.

Research for this article was conducted with funding from the Russian Science Foundation (project No. 20-78-00068).

Alternative cancer treatments have been popular in many countries around the world regardless of their level of social and economic development. This was also the case for Soviet oncology: Soviet patients often turned to alternative methods of cancer treatment instead of official medicine. Scholars have suggested that this was because oncology was a new field of medicine. In its early years (1930s–1950s) oncology had in its arsenal many mutually exclusive theories about the nature of malignant tumors and low effectiveness of treatment. A consequence of this was mistrust among patients and their interest in alternative medicine. Is this explanation suitable for the Soviet case? Are there any peculiarities in the Soviet case that point to uniqueness of the formation of the Soviet oncological system?

To address these questions, I analyzed archival documents (diaries and memoirs) and data from secondary sources, including available statistics and specialized medical and nonfiction literature on cancer treatments. As the primary theoretical framework I used the sociology of knowledge and the sociology of mistrust.

I argue that the Soviet oncological system was founded on the following principles: (1) mass diagnostics; (2) active health education, which convinced people of the curability and effectiveness of medical treatments; and (3) concealment of the diagnosis from patients. To implement these principles, Soviet authorities created a unique infrastructure: dispensaries, health education centers, teaching aids, and popular science literature. However, despite the declared successes, Soviet oncology had low effectiveness and high mortality rates. It worked like this: a low degree of curability as a result of hiding the diagnosis, in the context of widespread education and attempts to recruit people into the diagnostic system. The result was a steady mistrust among patients.

The key concept for understanding the peculiarities of the Soviet cancer system is infrastructure. Soviet oncological infrastructure consisted of several elements: diagnostic infrastructure, education infrastructure, and concealment and exposure infrastructure. These elements, working together, form infrastructure of distrust. The mate-

rial substrate of the Soviet cancer system, its infrastructure, itself is the basis for the production of mistrust, making any attempts to change the system impossible.

Keywords: Soviet Oncology; Complementary and Alternative Medicine; Soviet Medicine; Sociology of Knowledge; Sociology of Distrust

REFERENCES

- Aleksin, Anatolii. 1972. *Pro nashu sem'iu (sbornik)*. Moscow: Detskaia literatura.
- Barber, Bernard. 1983. *The Logic and Limits of Trust*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Baron, Richard J., and Adam J. Berinsky. 2019. "Mistrust in Science: A Threat to the Patient-Physician Relationship." *New England Journal of Medicine* 381(2):182–185. doi:10.1056/NEJMms1813043.
- Beauchamp, Tom L., and James F. Childress. 1994. *Principles of Biomedical Ethics*. 4th ed. New York: Oxford University Press.
- Blokhin, Nikolai. 1967. *Sovremennye metody diagnostiki zlokachestvennykh opukholei*. Moscow: Meditsina.
- Blokhin, Nikolai, Leonid Orlovskii, and Aleksandr Serebrov. 1980. *Protivorakovaia propaganda*. Moscow: Meditsina.
- Bollinger, Ty M. 2016. *The Truth about Cancer: What You Need to Know about Cancer's History, Treatment, and Prevention*. Carlsbad, CA: Hay House Inc.
- Bud, Robert F. 1978. "Strategy in American Cancer Research after World War II: A Case Study." *Social Studies of Science* 8(4):425–459.
- Cancer Epidemiology in the USA & USSR*. 1980. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; Bethesda, MD: National Cancer Institute.
- Chissov, Valeriy, Valerii Starinskii, Boris Kovalev, and Nina Kharlamova. 1998. "K istorii Rossiiskoi onkologii." *Rossiiskii onkologicheskii zhurnal* 3:71–75.
- Chukovskaya, Lydia. 2015. "Dnevnik—bol'shoe podspore..." (1938-1994). Moscow: Vremia.
- Clark, Chalmers C. 2002. "Trust in Medicine." *Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 27(1):11–29.
- Clow, Barbara. 2001. *Negotiating Disease: Power and Cancer Care, 1900–1950*. Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Davis, Christopher M. 1989. "The Soviet Health System: A National Health Service in a Socialist Society." Pp. 233–262 in *Success and Crisis in National Health System: A Comparative Approach*, ed. by Mark G. Field. London: Routledge.
- Davydovskii, Ippolit. 1962. *Problema prichinnosti v meditsine (etiologiya)*. Moscow: Medgiz.
- Di Nunzio, Marco. 2018. "Anthropology of Infrastructure: Governing Infrastructure Interfaces." LSE Cities Research Note: Governing Infrastructure Interfaces, June.
- Douglas, Mary, and Aaron Wildavsky. 1982. *Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technical and Environmental Dangers*. Berkeley: University of California Press.
- Druskin, Iakov. 1999. *Dnevnik*. Saint Petersburg, Russia: Akademicheskii proekt.
- Ershov, Vladimir. 1966. *Proshloe i nastoiashchee domov sanitarnogo prosveshcheniia*. Moscow: TsNII sanitarnogo prosveshcheniia MZ SSSR.
- Farmer, Richard J., Richard A. Goodman, and Rodger J. Baldwin. 1992. "Health Care and Public Health in the Former Soviet Union, 1992. Ukraine: A Case Study." *Annual International Medicine* 119(4):324–328.
- Fitts, William T. Jr., and I. S. Ravdin. 1953. "What Philadelphia Physicians Tell Patients with Cancer." *JAMA* 153(10):901–904.
- Fritz, Zoë, and Richard Holton. 2019. "Too Much Medicine: Not Enough Trust?" *Journal of Medical Ethics* 45:31–35. doi:10.1136/medethics-2018-104866.
- Gershanovich, Mikhail, and Mark Paikin. 1980. *Simptomaticheskoe lechenie bol'nykh zlokachestvennymi novoobrazovaniiami v daleko zashedshikh stadiiakh*. Leningrad: Meditsina.

- Glebova, Mariia. 1968. "Meropriiatiia po profilaktike raka v SSSR." Pp. 55–58 in *Materialy plenuma Vsesoiuznogo obshchestva onkologov*. Leningrad: N.p.
- Glebova, Mariia, and Ivan Virin. 1982. *Patronazh onkologicheskikh bol'nykh*. Leningrad: Meditsina.
- Gnatyshak, Anatolii. 1975. *Uchebnoe posobie po obshchei klinicheskoi onkologii*. Moscow: Meditsina.
- Hardwig, John. 1991. "The Role of Trust in Knowledge." *Journal of Philosophy* 88(12):693–708.
- Harvey, Penny, and Hannah Knox. 2015. *Roads: An Anthropology of Infrastructure and Expertise*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Höhne, Stefan. 2015. "The Birth of the Urban Passenger: Infrastructural Subjectivity and the Opening of the New York City Subway." *City: Analysis of Urban Change, Theory, Action* 19(2–3): 313–321. doi:10.1080/13604813.2015.1015276.
- Kharkhordin, Oleg, Risto Alapuro, and Ol'ga Bychkova. 2013. *Infrastruktura svobody: Obshchie veshchi i ResPublica*. Saint Petersburg, Russia: Izdatel'stvo Evropeiskogo universiteta v Sankt-Peterburge.
- Kipnis, David. 1996. "Trust and Technology." Pp. 39–50 in *Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research*, ed. by Roderick M. Kramer and Tom R. Tyler. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Komarov, Iurii. 2015. "O nauchnoi osnove Semashkinskoi modeli zdavookhraneniia." *ORGZDRAV: Novosti. Mneniia. Obuchenie. Vestnik VShOUZ* 1(1):120–127.
- Krementsov, Nikolai. 2004. *V poiskakh lekarstva protiv raka: Delo "KR."* Saint Petersburg, Russia: Izd-vo RKhGA.
- Lakshin, Vladimir. 2004. "Posle zhurnala: Dnevnik 1970 goda." *Druzhba narodov* 9. <https://magazines.gorky.media/druzhba/2004/9/posle-zhurnala.html>.
- Larkin, Brian. 2013. "The Politics and Poetics of Infrastructure." *Annual Review of Anthropology* 42:327–343. doi:10.1146/annurev-anthro-092412-155522.
- Löwy, Ilana. 1996. *Between Bench and Bedside: Science, Healing and Interleukine-2 in a Cancer Ward*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- MacKenzie, Donald. 2011. "Istoriia tekhnologii i sotsiologii znaniia." *Epistemologiya i filosofiya nauki* 27(1):18–33.
- McKnight, D. Harrison, and Norman L. Chervany. 2001. "Trust and Distrust Definitions: One Bite at a Time." Pp. 27–54 in *Trust in Cyber-Societies: Integrating the Human and Artificial Perspectives*, ed. by Rino Falcone, Munindar Singh, and Yao-Hua Tan. Berlin: Springer.
- Mishra, Anil K. 1996. "Organizational Responses to Crisis: The Centrality of Trust." Pp. 261–287 in *Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research*, ed. by Roderick M. Kramer and Tom R. Tyler. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Möllering, Guido. 2001. "The Nature of Trust: From Georg Simmel to a Theory of Expectation, Interpretation and Suspension." *Sociology* 35(2):403–420.
- Napalkov, Nikolai, Grigorii Tserkovnyi, Vasilii Demidov, and Vakhtang Merabishvili. 1981. *Smertnost' naseleniia SSSR i soiuznykh respublik ot zlokachestvennykh novoobrazovaniia*. Leningrad: Znanie.
- Novack, Dennis H., Robin Plumer, Raymond L. Smith, Herbert Ochitill, Gary R. Morrow, and John M. Bennett. 1979. "Changes in Physicians' Attitudes toward Telling the Cancer Patient." *JAMA* 241(9):897–900.
- Oken, Donald. 1961. "What to Tell Cancer Patients: A Study of Medical Attitudes." *JAMA* 175(13):1120–1128.
- Patterson, James T. 1987. *The Dread Disease: Cancer and Modern American Culture*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Pearson, Steven D., and Lisa H. Raeke. 2000. "Patients' Trust in Physicians: Many Theories, Few Measures, and Little Data." *Journal of General Internal Medicine* 15(7):509–513.
- Peterson, Boris. 1980. *Onkologiya*. Moscow: Meditsina.
- Peterson, Boris. 1983. "Ranniia diagnostika raka i voprosy deontologii." Pp. 231–245 in *Meditsinskaia etika i deontologiya*. Moscow: Znanie.
- Petrovskii, Boris. 1995. *Chelovek, meditsina, zhizn'*. Moscow: Nauka.
- Prishvin, Mikhail. 2017. *Dnevniki, 1952–1954*. Saint Petersburg, Russia: Rostok.

- Rahu, Mati. 1992. "Cancer Epidemiology in the Former Soviet Union." *Epidemiology* 3(5):464–470.
- Rhodes, Rosamond, and James J. Strain. 2000. "Trust and Transforming Medical Institutions." *Cambridge Quarterly of Health Ethics* 9(2):205–217.
- Rowland, Diane, and Alexandre V. Telyukov. 1991. "Soviet Health Care from Two Perspectives." *Health Affairs* 10(3):71–86.
- Ryan, Michael. 1990. *Doctors and the State in the Soviet Union*. New York: Palgrave Macmillan.
- Saks, Mike. 1997. "East Meets West: The Emergence of a Holistic Tradition." Pp. 196–219 in *Medicine: A History of Healing*, ed. by Roy Porter. London: Ivy Press.
- Serenko, Aleksandr, and Aleksandr Romenskii. 1970. *Zabolevaemost' naseleniia SSSR zlokachestvennymi novoobrazovaniiami i smertnost' ot nikh*. Moscow: Meditsina.
- Shapin, Steven. 1994. *A Social History of Truth: Civility and Science in Seventeenth-Century England*. Chicago: University of Chicago Press.
- Shapiro, Susan P. 1987. "The Social Control of Impersonal Trust." *American Journal of Sociology* 93(3):623–658.
- Shaporina, Liubov'. 2012. *Dnevnik*. Vols. 1–2. Moscow: Novoe literaturnoe obozrenie.
- Sheputo, Liudvig. 1961. *Voprosy dialekticheskogo materializma i meditsina*. Part 1. Moscow: N.p.
- Sitkin, Sim B., and Nancy L. Roth. 1993. "Explaining the Limited Effectiveness of Legalistic 'Remedies' for Trust/Distrust." *Organization Science* 4(3):367–392.
- Sloterdijk, Peter. 2007. *Sfery: Makrosferologiya*. Vol. 2, *Globusy*. Saint Petersburg, Russia: Nauka.
- Stites, Richard. 1988. *Revolutionary Dreams: Utopian Vision and Experimental*. Oxford: Oxford University Press.
- Timmermann, Carsten, and Elizabeth Toon, eds. 2012. *Cancer Patients, Cancer Pathways: Historical and Sociological Perspectives*. Houndmills, UK: Palgrave Macmillan.
- Tsaregorodtsev, Gennadii. 1966. *Dialekticheskii materializm i meditsina*. Moscow: Meditsina.
- Yamagishi, Toshioand, and Midori Yamagishi. 1994. "Trust and Commitment in the United States and Japan." *Motivation and Emotion* 18:129–166.
- Zaridze, David, and Tamara Basaeva. 1990. "Dinamika zabolevaemosti otdel'nymi formami raka v nekotorykh regionakh SSSR." *Vestnik RONTs im. N. N. Blokhina RAMN* 2:3–10.