

«СОЦИОЛОГИ В БЕЛОМ»: КОНСТРУИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОЗИЦИИ В МЕДИЦИНСКОМ ПОЛЕ

Анастасия Новкунская, Дарья Литвина, Анна Темкина

Анастасия Новкунская, факультет социологии, Европейский университет в Санкт-Петербурге. Адрес для переписки: ЕУСПб, Шпалерная ул., 1, Санкт-Петербург, 191187, Россия. anovkunskaya@eu.spb.ru.

Дарья Литвина, программа «Гендерные исследования», факультет социологии, Европейский университет в Санкт-Петербурге. Адрес для переписки: ЕУСПб, Шпалерная ул., 1, Санкт-Петербург, 191187, Россия. dlitvina@eu.spb.ru.

Анна Темкина, программа «Гендерные исследования», факультет социологии, Европейский университет в Санкт-Петербурге. Адрес для переписки: ЕУСПб, Шпалерная ул., 1, Санкт-Петербург, 191187, Россия. temkina@eu.spb.ru.

Мы выражаем благодарность всем коллегам, участвовавшим в обсуждении нашей задумки и текста в рамках секции на конференции Санкт-петербургской ассоциации социологов «Тревожное общество и чувствительная социология» (2019) и на Гендерном семинаре ЕУСПб, а также благодарим Екатерину Бороздину – руководительницу проекта «Пациентоориентированность в российском здравоохранении: организационные вызовы и возможности профессионалов» Российского научного фонда, благодаря которой мы получили финансовую поддержку нашего исследования. И этот текст, и сама его идея были бы невозможны без нашей коллеги, акушерки ФГБНУ «НИИ АГР имени Д. О. Отта» Виктории Кузнецовой.

Исследование выполнено за счет средств гранта Российского научного фонда (проект № 19-78-10128 «Пациентоориентированность в российском здравоохранении: организационные вызовы и возможности профессионалов»).

Статья посвящена рефлексии по поводу полевой работы в медицинской организации в России. Мы обращаем внимание на то, как в процессе этнографического погружения в эмпирическую работу менялось наше профессиональное позиционирование в поле. Рассматривая дилемму «инсайдера/аутсайдера» и тестируя некоторые феминистские принципы взаимодействия с участниками исследования, мы обнаруживаем, что в процессе полевой работы мы не становимся «инсайдерами» внутри организации и не остаемся «аутсайдерами», но приобретаем временную позицию «своих», понятную «обитателям» организации. Мы фокусируемся на том, как через различные взаимодействия конструируется наша профессиональная позиция – нас идентифицируют, экзаменуют, (раз)облачают, доверяют (или не доверяют) нам.

Мы полагаем, что в процессе осуществления рефлексии и заботы в поле происходит «создание» социолога: в отношении медицинского поля мы используем метафору «социолог в белом», по аналогии с классической книгой «Boys in White: Student Culture in Medical School». Статья написана в экспериментальном формате: в первой (аналитической) части мы обсуждаем базовые принципы, которые помогают анализировать опыт пребывания социолога в медицинском поле; во второй – «операционной» – части мы реконструируем те условия, в которых исследовательская и профессиональная позиции становились предметом нашей рефлексии и рефлексии других участников исследования. Мы воссоздаем реальные условия полевой работы и, опираясь на индивидуальный опыт, показываем разные интерпретации наших профессиональных позиций.

Ключевые слова: позиционирование исследователя в качественном исследовании; феминистские принципы исследования; этнография; медицинская организация; инсайдер/аутсайдер; доверие; забота

ВВЕДЕНИЕ

Задачи и принципы работы социолога не всегда очевидны для тех людей, с которыми мы взаимодействуем в процессе исследования (мы также называем их участниками исследования или собеседниками). Задача настоящего текста – описать, как мы (вос)создаем свою профессиональную позицию во взаимодействиях внутри поля, в данном случае – внутри медицинской организации.

Эта статья является для нас экспериментальной, здесь мы сначала обсуждаем важные для нас принципы социологического письма, обращаясь к методологии и этике позиционирования социолога в поле с учетом феминистской оптики, а затем проблематизируем нашу реальную практику полевой работы. Мы хотим показать, как мы «создаем» и переопределяем себя и свои множественные, ситуационные и неустойчивые позиции в ходе исследования в медицинской организации. Позиционирование в поле – не новая тематика (см., например: Pitard 2017), как и особенности этнографического исследования в медицинской организации (см., например: Capurro 2021; Long, Hunter, and Van der Geest 2008; Newnham, McKellar, and Pincombe 2017; Sanders et al. 2019; Van der Geest and Finkler 2004). Однако в данной работе мы видим две ключевые особенности. Во-первых, мы развиваем идею о том, что позиция социолога в поле не является предзаданной и устойчивой (процесс «вхождения» в поле не завершается): в процессе сбора данных мы постоянно утверждали, доказывали, объясняли свое пребывание в исследуемом контексте. Во-вторых, наше исследование происходило в особых обстоятельствах закрытости и иерархичности медицинских организаций, нетранспарентности их правил и недоверия к аутсайдерам, ассоциирующимся с угрозами «проверок» и санкционирования. Эти же контексты требуют быть внимательными к анонимизации участников исследования, и поэтому далее мы воздерживаемся от описания некоторых деталей.

Исследование, которое легло в основу статьи, начиналось с того, что руководство одной медицинской организации, занимающейся вопросами родовспоможения (далее – Центр), заинтересовавшись нашими предыдущими исследованиями, обратилось к нам с предложением реализовать исследовательский проект в их

организации. В процессе переговоров нам дали разрешение на осуществление инициативного этнографического исследования, внимание в котором будет сосредоточено на барьерах и возможностях для коммуникации между профессионалами и пациентами внутри медицинского учреждения. Этот проект стал продолжением исследований изменяющихся позиций и взаимодействий медицинских работников и пациенток в ходе реформирования системы родовспоможения. Происходящие трансформации изучались нами и другими исследователями как следствие гибридной конфигурации неолиберальных принципов регулирования и государственного патерналистского контроля и как изменения, связанные с ростом регулятивных противоречий и организационных вызовов (Borozdina and Novkunskaia 2019; Litvina, Novkunskaia, and Temkina 2020). Эти процессы делают участников поля (врачей, руководителей) уязвимыми в ситуации многочисленных проверок, роста требований пациентов и противоречивых правил, к которым они должны постоянно приспосабливаться, зачастую договариваясь неформальным образом – это накладывает отпечаток и на внутренние взаимодействия, и на отношение к исследователям.

В более узком фокусе исследования находился вопрос о коммуникациях, осуществляемых внутри Центра, и тех сбоях в этом процессе, которые приводят к росту неудовлетворенности и жалоб со стороны пациенток. Во время проведения этнографической части исследования нас интересовали преимущественно взаимодействия между медицинскими работниками (внутри и между отделениями). Следует объяснить, почему мы не включили в анализ взаимодействия с пациентами. Изучение той перспективы, с которой указанные проблемы видят пациенты, по методологическим и этическим причинам осуществлялось на следующем этапе, уже за пределами медицинской организации, в формате интервью. Опыт нескольких полевых интервью с пациентками, находящимися в момент проведения исследования в Центре, продемонстрировал, насколько трудно обсуждать их текущую ситуацию. Они воспринимали нас как представителей медицинского сообщества в широком смысле, и это могло препятствовать открытой артикуляции недовольства. Кроме того, физическое и эмоциональное состояние части пациенток (находящихся на активном лечении, недавно родивших или беспокоящихся о состоянии своих детей) не могло бы гарантировать полного понимания целей и принципов нашего исследования. Поэтому мы решили вынести общение с этой группой участников взаимодействий за пределы организации и впоследствии провели интервью с теми, кто рожал или лечился в предыдущие годы в данном Центре (эта тема находится за пределами анализа, представленного в настоящей статье).

На протяжении более полугода мы – три социолога (профессор и два научных сотрудника) – приходили в Центр примерно раз в неделю и проводили несколько часов (часто – полную дневную или ночную смену) в отделении (подчеркнем, что каждый раз это было новое отделение), наблюдая за работой, задавая вопросы, разговаривая с сотрудниками Центра и друг с другом (см. подробнее о методах и данных проекта в следующих разделах).

Сам Центр представляет собой достаточно крупную организацию, в которой работает несколько сотен сотрудников – как медицинских профессионалов (аку-

шеры-гинекологи, неонатологи, реаниматологи, акушерки, медицинские сестры разного профиля, санитарки, лаборанты, научные сотрудники, ординаторы, студенты и другие), так и представителей технического персонала (буфетчицы, гардеробщицы, сотрудники охраны, IT-специалисты, сотрудники ремонтной службы и другие). При этом организация имеет сложную структуру: множество отделений, имеющих зачастую особенную внутреннюю коммуникативную культуру, иерархическое устройство и неформальные отношения между сотрудниками – случайно посетителю понять эту структуру чрезвычайно трудно.

Доступ к полю был получен благодаря сотрудничеству с руководителями Центра, договоренности с которыми о целях проекта были довольно гибкими – нам была предоставлена возможность самостоятельно и в свободной форме определять цели, задачи и методы исследования. Контроль и участие в проекте с их стороны реализовывались в формате навигации и организации доступа в конкретные локации/отделения Центра.

При этом мы, социологи с большим полевым опытом, испытывали противоречивые ощущения и порой чувствовали себя неуверенно: нас, как правило, представляли заведующему соответствующего отделения, а он(а) давал(а) нам «распоряжение» о возможных дальнейших шагах – это могло быть указание на конкретную локацию в отделении («сначала идите в ординаторскую/сестринскую/в кабинет/на пост»), краткая «экскурсия» по отделению; случалось также, что нам предоставляли местного «проводника». Каждый раз мы фактически пускались в «свободное плавание» – представляя нас заведующим, руководителями Центра, как правило, не рассказывали им о целях и методологии нашего исследования, так что дальнейшее развитие полевой ситуации зависело от нас самих. Стоит отметить, что при этом у нас были заранее подготовлены письменные описания проекта, а все заведующие отделений Центра знали нас также по выступлению на одной из ежедневных утренних «конференций» – координационном собрании врачей Центра при передаче рабочей смены. Тем не менее абсолютное большинство из них в момент нашего визита в отделение с трудом представляло себе наши возможные интересы и задачи. Помимо заведующих в каждом отделении было большое количество сотрудников, которые до момента нашего непосредственного знакомства ничего не слышали ни о нас, ни об исследовании, ни о том, чем вообще может заниматься социолог в медицинской организации. Вследствие этого многие наши собеседники(цы) (а их были десятки) оставались в недоумении и не понимали, кто мы такие, что и зачем здесь делаем, многократно спрашивали нас об этом. Предметом этой статьи и является анализ того, как мы отвечали (и искали ответы) на вопросы о том, как в процессе взаимодействий менялось наше представление не только о поле, но и о своей роли внутри него; как реализовывались (или не реализовывались) выбранные нами принципы полевой работы, и как в этом процессе менялось позиционирование нас как социологов в медицинском поле.

Отправной точкой для наших рассуждений о собственной позиции внутри поля стала вполне практическая дилемма, которая касалась медицинского («белого») халата, – можем и должны ли мы его надевать, когда выходим в поле? Из-

начально нам казалось это неуместным: в поле мы выходили в своей повседневной одежде, отделяя себя от медиков и обозначая, что мы «другие» (см. приложение). Халат (его отсутствие) имел прямое отношение к нашему позиционированию¹: первоначально окружающим и нам самим было не вполне понятно, кем мы являемся с точки зрения организации, что мы в ней делаем, какие правила на нас распространяются, а какие – нет (на прямые вопросы об этом нам отвечали уклончиво), то есть какова наша позиция внутри различных многочисленных и четко регламентированных профессиональных позиций в Центре. При этом отсутствие белого халата поначалу не было для нас поводом для рефлексии. Одним из этапов осмысления своего места в поле стал момент, когда мы, примерно спустя месяц после начала исследования, решили, что нужно надеть медицинскую одежду и тем самым «стереть» видимое различие между нами и окружающими. Наше место в наших собственных глазах и, предположительно, в глазах окружающих обрело некоторую (хотя и неполную) определенность и сущностное отличие от тех обитателей Центра, которые не носят халаты, – пациентов, их родственников, других посетителей. Так мы стали «социологами в белых (халатах)», по некоторой аналогии со студентами-медиками из книги «Boys in White» (Becker et al. 1961), обозначив социологическую профессиональную позицию в конкретном контексте. Иными словами, для социолога определилось в институциональной среде место, которого ранее не существовало, поэтому нам больше не нужно было жестко отделять себя от обитателей поля – мы встроились и перестали ощущать себя «чужаками». Однако и позицией обитателя (инсайдера) это было назвать трудно. Скорее, мы почувствовали себя «своими».

Конечно, позиционирование исследователя в поле – гораздо более сложный процесс, чем простое переодевание. Нам и далее постоянно приходилось «определять» и «переопределять» себя, то есть постоянно «создавать социолога», свою позицию внутри поля и свою профессиональную идентичность. Нам была важна при этом реализация феминистских принципов исследования. Несмотря на то, что мы являемся феминистками и работаем в гендерно-сенситивном поле, некоторые феминистские принципы оказались под вопросом. Например, забота об информантах, которые, на первый взгляд, являются элитарной и властной профессиональной группой. Власть в таких иерархических контекстах находится не на стороне исследователя. Однако феминистская оптика позволила нам увидеть более тонкие нюансы в конфигурации власти, в том числе уязвимости наших «властных» собеседников (см. также Litvina et al. 2020), по отношению к которым оказалась важна реализация принципов феминистского подхода – заботы, рефлексивности и реципрокности.

¹ У медицинского халата есть и ряд других социальных функций. Разные виды медицинской одежды создают символическую систему с разными коннотациями и возможностями (само)позиционирования и презентации своего профессионального статуса. Подробнее об этом можно прочитать в приложении к статье, где изложено обсуждение этих социальных аспектов медицинской одежды социологами и медицинскими сотрудниками в рамках секции на конференции «Тревожное общество и сенситивная социология», прошедшей 6–7 декабря 2019 года в Санкт-Петербурге.

Медицинские стационары – это во многом закрытые учреждения с жесткими внутренними регламентами (взаимо)действий, структурированным временем и пространством (включая наличие охранников и электронных ключей с разными уровнями доступа для входа персонала в отделения и ограничений для передвижения пациентов и других посетителей) и постоянным строгим контролем за выполнением этих правил. Такой порядок работы медицинских организаций не специфичен для России (см., например: Саритто 2021), однако здесь он гораздо более жесткий, больше контролируется многочисленными государственными органами, среди которых Роспотребнадзор, Росздравнадзор, страховые компании и другие организации. В медицинских организациях должны неукоснительно соблюдаться санитарные и иные нормы, стандарты, приказы и инструкции, в них постоянно происходят плановые и внеплановые проверки, от них требуется строгая отчетность, и с этим связан масштабный документооборот в организации. Каждой профессиональной роли в данной институции предписаны четкие функции и ограничения. Иными словами, подобные организации имеют очень жесткую формальную структуру, иерархию и регуляцию. Одновременно это и чрезвычайно чувствительное поле, в котором затрагиваются эмоции, приватность, телесность, сексуальность, это место уязвимости, страдания и надежды. Начало жизни и смерть – то, с чем постоянно соприкасаются многие обитатели данных учреждений. Важно – и это стало одним из результатов нашего исследования, – что не только пациенты, но и врачи часто чувствуют себя уязвимыми, в существующем контексте взаимодействия они во многом прекарны (Litvina et al. 2020).

Чужие в таком контексте неуместны, подозрительны, доступ для них ограничен и регламентирован, хотя в Центре находится очень много разных обитателей, помимо пациенток и их посетителей, врачей и сестринского персонала. Ординаторы, студенты, технические работники и строители, регистраторы, юристы, психологи, научные сотрудники, торговые представители, врачи из других учреждений и другие также включены в жизнь организации. Тем не менее здесь (как и в любом другом медицинском учреждении) роли и иерархии четко определены, прописаны в нормативных документах. Мы же не попадали ни в одну из предписанных ролей/позиций, поэтому нам пришлось искать, создавать и пересоздавать свое (казалось бы, очевидное) место там, где его до этого не существовало.

Итак, в представленной статье мы хотим показать, как социолог постоянно преодолевает трудности определения собственной позиции внутри исследуемого поля, маневрирует между разными ролями и (вос)производит свой профессиональный статус в ситуациях взаимодействий. То, как именно «становятся» социологами в процессе полевой работы, как мы полагаем, никогда не предзадано и не завершено полностью. Процесс зависит от контекста, социальных статусов и взаимодействий с обитателями поля. Нам важно подчеркнуть, что исследователь(ница) является участником(цей) тех взаимодействий, которые он/она изучает, когнитивно, эмоционально и телесно переопределяя позицию, уместную в организации, постепенно становясь «своим» социологом, то есть тем, которого опознали и приняли в этом качестве и с которым затем установили отношения доверия. В нашем случае при этом мы не превращались полностью из «чужака» (аутсайдера) в «чле-

на сообщества» (инсайдера). Исследователь(ница) в любой момент может потерять доверие и достигнутый статус, снова стать «чужаком», и тогда придется выстраивать отношения заново. Медицинские работники в каждом «чужаке» видят потенциальную угрозу нарушения сложившегося порядка и риски санкций со стороны контролирующего органа, поэтому для исследовательской работы важно хотя бы отчасти становиться «своим», постоянно создавая и поддерживая доверие. Для нас, таким образом, важны дискуссии о позиционировании исследователя(ницы) в производстве знания и в поле с точки зрения дилеммы «инсайдера/аутсайдера». Мы утверждаем, что позиция «своего» в российском контексте социальных исследований в медицинском поле отличается от более общей позиции «инсайдера» в других исследовательских контекстах, и этим вносим вклад в данную дискуссию.

Опираясь на принципы феминистской эпистемологии, мы хотим подчеркнуть значимость производства и поддержания реципрокности и горизонтальных связей не только в поле, но и за его пределами. Настоящая статья написана на основе междисциплинарного обсуждения медиками и социологами результатов полевой работы². Свою секцию на конференции, где обсуждались результаты исследования, мы назвали «аналитической операционной»: на социологической конференции мы надели медицинские халаты (см. приложение), стремясь отразить через экспериментальную форму обсуждения методологические и этические особенности нашего исследования. Мы хотим развивать и дальше эту форму в тексте, чтобы показать динамичное позиционирование социологов в медицинском поле и то напряжение, которое возникает между нестабильным положением исследователей в нем и «идеальными» представлениями о нем, эпистемологическими и этическими принципами. Мы продолжаем традицию экспериментальных текстов, структурой и стилистикой отражающих особые аналитические задачи, которые ставит исследователь (см., например: Mol 2002; Пинчук и Рогозин 2018). Однако наш эксперимент связан еще с одной задачей: показать, в каких ситуациях и контекстах и за счет чего «производится» социолог, его/ее профессиональный статус, идентичность и позиция внутри исследуемого поля.

В статье два раздела: первый – «аналитический», второй – «операционный»; в аналитической части мы говорим о базовых теоретических, методологических и эпистемологических принципах, помогающих (или не помогающих) анализировать опыт пребывания в медицинском поле. Во второй, операционной, части мы реконструируем и анализируем те условия, в которых исследовательская и профессиональная позиции становятся предметом рефлексии – как нашей, так и других участников исследования – обитателей поля. Мы полагаем, что в обеих частях, в разных формах и за счет разных инструментов мы находимся в процессе собственного профессионального позиционирования, и эти различия стараемся отразить стилистически. Аналитическая часть является более конвенциональной и академичной: здесь мы стараемся придерживаться нейтрального стиля изложе-

² Секция «Sociologists in white: позиции и уязвимости в медицинском поле», конференция «Тревожное общество и чувствительная социология» (декабрь 2019 г., Санкт-Петербург).

ния с опорой на научную литературу и аналитические инструменты социологического исследования. В операционной мы воссоздаем условия полевой работы, в которой высказывания и действия не всегда следуют стройным концептуальным моделям, а интерпретации являются предварительными и ситуативными, но зато видимыми оказываются наши индивидуальные позиции, голоса и эмоции, возникающие во взаимодействии с другими.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ: ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ (ФЕМИНИСТСКОГО) СОЦИОЛОГА В ПОЛЕ

В этом разделе мы покажем, как феминистская эпистемология помогает рефлексивно относиться к той исследовательской позиции, из которой производится знание и которую социолог занимает в поле. Ключевой тезис в этой перспективе заключается в том, что, находясь в закрытом, иерархичном и сенситивном поле, постоянно работая над получением/удержанием доступа к нему, мы осуществляем позиционирование не просто «социолога в белом» (то есть исследователя, находящегося в медицинском поле), но феминистского социолога, старающегося понимать свою исследовательскую и социальную позицию и ее ограничения, а также место заботы в ней. Это происходит не столько потому, что мы исследуем родовспоможение и связанные с ним сенситивные женские опыты, сколько в силу специфики методологии, рефлексии и позиционирования себя в данном поле. Мы хотим показать, что исследовательская феминистская позиция способствовала налаживанию доверительных отношений между всеми участниками исследования (исследователями и исследуемыми), а феминистская оптика помогла обнаружить уязвимости там, где их наличие не было очевидным – в позиции врачей, имеющих высокий статус в организационной и профессиональной иерархиях.

В своей эмпирической работе мы ориентировались на основные принципы феминистского полевого исследования, признавая, что нужно усиливать социальные позиции участников, избегать их эксплуатации, быть чувствительными в отношении власти и рефлексивными в процессе производства знания, следовать принципам заботы и реципрокности (Здравомыслова и Темкина 2014). Однако мы понимаем (и обнаруживаем в процессе полевой работы), что этих принципов – как идеалов – трудно придерживаться в конкретном поле. Тем не менее в чем именно они будут ограничены, мы можем узнать только в ходе конкретного исследования. Для этого нам нужно быть чувствительными к тому, как нами самими и участниками поля создается наша позиция внутри него, а точнее множество наших позиций.

ПОЗИЦИОННОЕ ЗНАНИЕ

Эпистемологически для феминистского исследования важны положения Доны Харрауэй (Haraway 1988), Сандры Хардинг (Harding 1992), Патриции Коллинз (Collins 2002). Они утверждают, что знание всегда производится из определенной позиции и поэтому всегда является ограниченным и частичным. Позиционное знание противостоит «объективной позиции» – взгляду из «ниоткуда», который предполагает, что социолог приходит в поле с микроскопом или сканером магнитно-ре-

зонансной томографии, то есть вооруженный позитивистским инструментом, он(а) просто «снимает» или фиксирует, «ниоткуда» смотрит на поле и взаимодействия в нем. Властная и уязвимая позиция участников исследования (включая самого исследователя) в этом случае не имеет значения. В таком смысле взгляд социолога был бы гомологичен медицинскому позитивистскому объективирующему взгляду, снимающему определенный срез и предлагающему практические усовершенствования. В таком взгляде пол, возраст, опыт, эмоции, тело исследователя(ницы) оказываются незначимыми.

Однако феминистская эпистемология (и с ней согласны представители критической антропологии и исследований науки) критикует данный подход, полагая, что видение «из ниоткуда» (*from nowhere*) – захватывающее (конкистадорское) и только выдает себя за объективное: оно никогда не является полным и нейтральным, но порождает власть видеть определенным образом и самим оставаться при этом невидимым (Collins 2002; Haraway 1988; Harding 1992).

В феминистском ключе исследовательская позиция признается ограниченной, и чем больше мы понимаем ее ограниченность, тем более «достоверные» знания мы производим (поскольку рефлекслируем по поводу пределов их применимости). Для Доны Харауэй процесс производства знания – это разговор, который ведется «где-то» (*somewhere*), то есть в определенной ситуации и контексте. Вслед за Харауэй исследователи признают особое позиционирование и партикулярность знания, производимого из определенной позиции. Как полагает Харауэй, исследовательницы должны включать не одномерное, но цветное стереоскопическое видение, подключать своего рода теоретический и политический (Haraway 1988:583) сканер телесного видения, чтобы понять, кем мы являемся и кем не являемся, где мы находимся и не находимся в интеллектуальном и физическом пространстве, часто трудно обозначаемом. Пол, возраст, опыт, эмоции и тело в этой перспективе значимы.

Собирая эмпирические данные, представляя результаты исследования, нам важно постоянно отвечать на вопросы «кто мы?», «куда мы смотрим?», но еще и на вопрос «как смотрят на нас?». Хардинг пишет: «понимание нас и мира вокруг нас требует понимания того, что другие думают о нас, наших верованиях и действиях, а не только того, что мы думаем о себе и о них» (Harding 1992:72). Важно видеть участников-собеседников как тех, кто имеет тела и эмоции, так и тех, кто в свою очередь определенным образом смотрит на нас. Такой реципрокный исследовательский процесс в медицинском учреждении предполагает постоянное взаимодействие в условиях, которые хотя и жестко регламентированы, но оставляют место для эмоций, телесных ощущений, сомнений, гибкости и рефлексий всех участников. Исследовательская рефлексивность предполагает большой объем эмоциональной и «переговорной» работы, которая осуществляется на всех этапах исследования – от момента получения доступа в поле до конкретных ситуаций взаимодействия внутри него, завершения эмпирической работы и выхода из поля (Capurro 2021).

Нам постоянно задавали вопросы, к нам апеллировали пациенты, санитарки, уборщицы, акушерки, врачи, заведующие отделениями – и мы вместе с ними зани-

мали определенную позицию, глядя на происходящее «откуда-то» – из определенного места. В данном случае мы хотим сфокусироваться на том, как наше позиционирование формировалось извне – то есть на том, как нас определяли и переопределяли участники взаимодействий, производя вместе с нами наше место внутри исследуемого поля. Отталкиваясь от дискуссии об «инсайдере/аутсайдере» в полевой работе, мы хотим, во-первых, дополнить это обсуждение тезисом о постоянно нелинейном формировании позиции; во-вторых, рассуждением о значимости взаимодействий с участниками, их взглядов и их вклада в создание нашей позиции как социологов; наконец, в-третьих, нам важно обратить внимание на специфику российского контекста, в котором уязвимость и потребность в заботе обнаруживают себя не там, где их интуитивно и институционально можно ожидать. Таким образом, нашей работой мы участвуем в важном для нас обсуждении того, что биомедицинская модель знания и взаимодействий не универсальна, но контекстуальна, а каждая медицинская организация представляет собой уникальный социальный порядок, который можно обнаружить и изучить только этнографическими инструментами (Van der Geest and Finkler 2004).

ДИЛЕММА «ИНСАЙДЕРА/АУТСАЙДЕРА»

В литературе описывается широкий спектр позиций исследователя в поле: «чужак» (аутсайдер), «посетитель», «инициирующий», «член сообщества» (инсайдер); их аналитическое различие помогает рефлексивно относиться к переходу от одной роли к другой (Atkinson and Hammersley 1998; Flick 2018; Spradley 1980). Исследователь(ница) в поле может не быть участником наиболее важных видов деятельности, он(а) может быть в них вовлечен(а) частично или, напротив, быть полноправным участником исследуемой группы (Adler and Adler 1987), разделяя ценности и идентичности исследуемых. Однако четкое отделение исследователей от участников имеет скорее аналитический, чем практический смысл, на практике исследователи могут попадать в ситуации конфликта ролей (Adler and Adler 1987) или в такие ситуации, когда роль неясна. Крайние позиции – инсайдера и аутсайдера – являются особыми, но они необязательно противопоставлены: можно не занимать ни одну из них (например, исследуя горе, переживаемое после гибели близких в катастрофах; см.: Breen 2007; Capurro 2021), совмещать их в соавторстве (при исследовании потери ребенка; см.: Dwyer and Buckle 2009), перемещаться из одной позиции в другую (пользуясь псевдонимом как участник(ца) и настоящим именем как исследователь(ница) онлайн-ресурсов для переживших развод; см.: Paechter 2013) или позиционировать свою исследовательскую и социальную задачу в образовательных проектах как роль «критического друга» (Fletcher 2019; Swaffield and MacBeath 2005).

Исследователь(ница) может находиться между данными позициями: исходя из феминистской перспективы, границы между изучающими и изучаемыми осознаются как проницаемые, а позиций у исследователя может быть гораздо больше, чем указанные две (инсайдер или аутсайдер). Для понимания этой дилеммы более подходит не дихотомический, а диалектический подход: между разными позициями могут быть «построены мосты», между обозначающими их терминами по-

ставлен дефис, создающий амбивалентность и пространство «между» (Acker 2000; Breen 2007; Dwyer and Buckle 2009; Fletcher 2019; Humphrey 2007; Kerstetter 2012; Paechter 2013). «Между» – это континуум от полностью вовлеченного участника или члена исследуемого сообщества до исследователя как полностью отстраненного наблюдателя (Breen 2007). Мы полагаем, что континуум «кинсайдер/аутсайдер» задает необходимые, но недостаточные основания для понимания позиции исследователя в поле.

Поэтому далее для уточнения своей позиции в медицинском поле мы обратим внимание на то, как нас воспринимали участники. Сходные вопросы задают и другие исследователи (Aberese-Ako 2017; Capurro 2021; Wind 2008). Проводя исследования в клиниках в Дании и осмысляя дилемму «аутсайдера/инсайдера», Гитте Винд, этнограф, имеющая образование медицинской сестры, предлагает говорить не о включенном, а о переговорном включенном наблюдении как предпочтительном типе исследования в медицинской организации (Wind 2008). Она занималась исследованием коммуникации между пациентами с хроническими заболеваниями и медицинскими сестрами, описывала рефлексии по поводу своей роли в госпитале и восприятия себя участниками поля.

Исследовательница описывает свою стратегию: когда в фокусе ее внимания находились пациенты, она была в «немедицинской» одежде и старалась держать коммуникативную дистанцию с медиками; когда в фокусе находились медицинские сестры, она надевала белый халат, дистанция с медиками сокращалась, ей открывался доступ в разные помещения и пространства в госпитале. Как этнограф она хотела изучать жизнь людей и не могла одновременно с этим выступать в роли пациентки, посетительницы, медсестры или студентки. Единственной подходящей для нее ролью была роль исследовательницы, работа которой (записи, вопросы, разговоры) не похожа на рутинную «работу» обитателей поля. Поэтому врачи не понимали, что она делает; некоторым медсестрам было интересно (ведь это исследование их работы!); многие медсестры тревожились и опасались, что она собирается их оценивать; помощники медсестер не понимали, почему они сами представляют интерес; некоторые пациенты разговаривали с удовольствием, другие – отказывались. И все участники постоянно изучали этнографа: он(а) – «объект» интерпретаций со стороны «других». То же самое происходило с нами. Участники изучают действия, оценки, комментарии и вопросы исследовательницы (Wind 2008:84), пытаются реконструировать смысл того, что этнограф делает (или не делает), говорит (или не говорит). Именно поэтому наблюдение – это процесс, который предполагает постоянные переговоры и диалоговые отношения с людьми (Sanders et al. 2019). Позиции исследователей, таким образом, являются переговорными и динамичными, а идентичности – множественными (Aberese-Ako 2017; Wind 2008).

Отталкиваясь от данных дискуссий, мы хотим показать, что позицию(и) задает не только сам(а) исследователь(ница), но и разные участники поля. Они в процессе взаимодействий постоянно формируют свое представление о том, кем являются исследователи и что они делают в медицинской организации – так происходит «создание» социолога. Взгляды и позиции социологов постоянно переопределя-

ются через общение с участниками и через рефлексивное и эмоциональное взаимодействие исследовательниц друг с другом в процессе полевой работы.

Далее мы хотим рассмотреть, как мы становимся «своими» социологами, и полагаем, что сближение с этой позицией возникает в те моменты, когда исследователи следуют принципам феминистской этики заботы и реципрокности. Таким образом, наш вклад в методологическую дискуссию об особенностях полевой работы в медицинском контексте дополняет имеющиеся положения об эмоциональном измерении этнографии, которое, как показывают исследователи, значимо на этапе получения и поддержания доступа, разрешения этических вопросов, поддержания доверительных отношений с участниками исследования и наблюдения за социальными ситуациями, сопряженными с опытом страдания (Carugno 2021). Эмоциональная работа, помимо уже описанных в медицинской этнографии ситуаций, необходима также в работе с теми группами, которые по умолчанию кажутся ресурсными и привилегированными (то есть обладающими властной позицией, в том числе по отношению к исследователям).

МЕТОДЫ И ДАННЫЕ

Наша работа была этнографической: примерно раз в неделю мы приходили в Центр, посещали утреннюю конференцию, а затем двое из нас (Анна и Дарья) проводили целый день (иногда ночь) в одном из отделений, стараясь последовательно «пройти» всю цепочку, которую проходит (или может пройти) пациент(ка) – от поликлинического отделения и приемного покоя до реанимации, операционной или отделения детской хирургии. Анастасия в это время сопровождала главную акушерку, которая является одним из наиболее важных агентов в коммуникационной сети Центра. С помощью такой стратегии мы могли триангулировать наши результаты, провести большее количество наблюдений и сделать более плотные («насыщенные») описания в исследовательских дневниках. Последующее сопоставление дневников наблюдения демонстрировало, что интенсивность и полнота записей, стиль ведения дневника, а также фокус наблюдений могли существенно различаться (а значит, и дополнять друг друга, и позволять насытить данные большим количеством деталей, сравнивать интерпретации) (см., например, раздел «Экзаменуя социолога»).

Мы также использовали другие стратегии движения/пребывания в поле и иные методы исследования. Иногда мы целый день сопровождали заведующих отделениями или других административных работников; проводили глубинные (по гайду) и полевые (ситуационные) интервью с врачами, медсестрами, акушерками, администраторами и пациентками. Все методы сбора данных и исследовательский инструментарий прошли согласование в этическом комитете Санкт-Петербургской ассоциации социологов, а также в этическом комитете самого исследуемого Центра.

В центре нашего внимания в эмпирическом исследовании находились прежде всего множественные взаимодействия профессионалов и пациенток в условиях изменений родовспоможения. В результате проведенного исследования

нами были собраны следующие данные: в 2019 году были проведены 33 сессии наблюдения (249 часов наблюдений, 391 страница дневников); в 2020 году были проведены 20 интервью с бывшими пациентками данного учреждения.

Число центров такого рода (по размеру организации, уровню оснащенности и сложности клинических случаев, с которыми рутинно здесь имеют дело) в России невелико, поэтому в целях обеспечения конфиденциальности и анонимности участников исследования мы намеренно не описываем детально специализацию и структуру Центра. Тем не менее, следуя логике сопоставления ключевых критериев отбора исследуемого случая (Flyvbjerg 2006), мы полагаем, что некоторые из результатов нашего исследования будут также релевантными и для других сходных медицинских организаций.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ: ПРОИЗВОДСТВО (ФЕМИНИСТСКОГО) СОЦИОЛОГА В ПОЛЕ

Итак, мы исходим из того, что мы не просто приходим в поле как социологи, но постоянно производим свою профессиональную идентичность, роль и позицию в разных ситуациях – это перформативный процесс производства своей позиции, в котором социолог находится в процессе представления себя другим как профессионала определенного типа. Участники определенным образом считывают данные позиции и вносят свой вклад в их (вос)производство. Этот процесс в нашем случае не является линейным и не может быть завершенным действием, при котором мы один раз пришли и представились как социологи, поле нас как таковых признало, а дальше мы просто продолжали свою полевую работу, постепенно и линейно превращаясь из «аутсайдера» в «своего». Анализируя фрагменты наших полевых дневников, мы покажем множественность ситуаций, в которых производилась наша позиция, а также то, как на ее фреймирование влияют отношения власти в исследуемом поле. Мы также рассмотрим, как иерархии, существующие в исследуемом организационном контексте, по-разному способствуют (или препятствуют) созданию позиции «своего» в закрытом поле.

Мы выделили несколько ситуаций взаимодействий, в которых позиция социолога эксплицитно проблематизировалась: при приписывании нам других, несоциологических, профессиональных статусов (раздел «Идентифицируя социолога»); при проверке того, являемся ли мы «настоящими» социологами и «своими» в сообществе (раздел «Экзаменуя социолога»); при создании для нас особых правил, формирующихся ad hoc (раздел «(Раз)облачая социолога»); при ожидании от нас вовлеченности, заботы и эмоциональной работы (раздел «Доверяя социологу»). Предложенные ситуации не являются когерентной и исчерпывающей классификацией или описанием этапов погружения социолога в поле. Они выделены как отражающие специфику именно закрытого медицинского поля, связанную с его сенситивностью, с одной стороны, и регламентированностью (в том числе телесной) – с другой. Это эмоционально насыщенные ситуации, которые стали для нас важными в процессе рефлексии позиционирования.

Сотрудникам Центра в основном было трудно определить, кто такой социолог и что он(а) делает в Центре. Усложняло ситуацию то, что в поле находилось одновременно три исследовательницы. Чтобы отразить множественность наших собственных позиций и их различия в рамках (часто одних и тех же) ситуаций взаимодействия, в следующих разделах текста мы будем описывать некоторые фрагменты полевых данных от первого лица. В одних случаях появится исследовательское «я», в других – коллективное «мы», в третьих будет дано безличное аналитическое описание.

ИДЕНТИФИЦИРУЯ СОЦИОЛОГА

Первая проблема в ситуации взаимодействия в процессе полевой работы – как нас идентифицировать. Далеко не всем понятно, кто такие социологи. Еще менее понятно, что они могут делать в медицинской организации. Мы, придерживаясь феминистских принципов заботы и открытости (и информированного согласия), считали, что не должны «выдавать» себя за тех, кем не являемся (медиков или психологов, например). Однако вопрос о том, как позиционировать себя, если нашим информантам удобнее и привычнее считать нас кем-то иным, оставался открытым. Один из эпизодов нашего полевого опыта был связан с сопровождением главной акушерки, которая находилась на обходе всех отделений Центра перед проверкой Росздравнадзора и Роспотребнадзора, вместе со штатным эпидемиологом.

[Анастасия]: Медики проверяли отделения на соответствие санитарным нормам и требованиям различных ведомств. Я понимала по реакции сотрудников отделений, что они «считывают меня» как помощника эпидемиолога. Они не проблематизировали присутствие социолога, сотрудники определяли ситуацию как обход перед проверкой, а дополнительного человека – как еще одного эпидемиолога (большое количество внутренних и внешних проверяющих – это рутина медицинского учреждения). При этом сама эпидемиолог в какой-то момент подошла ко мне поздороваться и познакомиться, и главная акушерка представила меня. «Это вот социолог», эпидемиолог довольно покивала и сказала: «А, я тоже проходила конфликтологию в университете» (запись в дневнике). Социология и конфликтология для некоторых информантов являются синонимами, и что именно мы делаем в Центре, для них остается непонятным, так как социальные проблемы отождествляются с «конфликтами».

Другой эпизод (иллюстрируемый далее фрагментом из полевого дневника) связан с ситуацией, когда наши действия приобретают неожиданные «дополнительные» смыслы. Действия, которые имеют техническую функцию (фиксация наблюдаемого в полевом дневнике), могут быть считаны другими участниками взаимодействий иначе.

[Дневник Анастасии]:

15.00 заходит заведующая одного из отделений, спрашивает, нет ли И. [руководителя]. Видит меня, улыбается (по взгляду смотрит на меня как на шпиона).

Е. (старшая сестра отделения): Хочу в отпуск!

Заведующая отделения: А ты заболел!

Е.: Не хочу болеть!

Заведующая: А ты «так» заболеешь.

Е.: Я и «так» не хочу.

Заведующая смотрит в мою сторону и смеется «Ася-то все пишет! Расскажет потом!»

*Я тоже смеюсь, но с этого момента начинаю больше думать о том, как выглядит то, что я делаю, и стараюсь меньше смотреть в телефон (Полевой дневник 2019).

[Анастасия]: Большинство наших заметок мы сразу фиксировали, внося в телефон. Фрагмент описывает полевую ситуацию, в которой я сидела рядом с одной из информанток и наблюдала диалог между заведующей отделения и старшей сестрой другого отделения – они обсуждали, что все очень устали, хотят пойти в отпуск, и заведующая предлагала коллеге найти или «создать» причину для отдыха. Я фиксировала ситуацию и в какой-то момент по реакции окружающих поняла, что меня, хотя и с иронией, маркируют как шпиона в пользу руководства, который собирает информацию, чтобы о ней «доложить». С этого момента я стала осознавать, что важно понимать, как именно нас считывают участники исследования; важно, как мы выглядим, делая свою «нейтральную» работу; важно, какие ограничения это может накладывать на собираемые данные.

Об идентификации этнографа как шпиона (или журналиста, проводящего расследование) пишет исследовательница, работавшая в госпитале в Гане (Aberese-Ako 2017). Ее информантки боялись, что информация будет передана властям «наверх», и это вызывало у исследовательницы сильные фрустрации, так как она чувствовала на себе недоверие и подозрения. Ее информантки опасались, что она обнаружит недостатки в их работе и расскажет о них руководству; это влияло на отношение к ней и на то, какой информацией они были готовы поделиться. Социального исследователя располагают в местной иерархии власти, подчинения и передачи информации, это в свою очередь влияет на то, как происходит и непосредственная интеракция, и сбор данных в целом. Если социолог – представитель «власти», то многие обстоятельства будут от него утаивать, или, напротив, его/ее будут считать каналом передачи нужной информации наверх. Такой социолог представляется в исследуемом (и иерархичном) контексте наделенным властью со стороны руководства.

ЭКЗАМЕНУЯ СОЦИОЛОГА

Далее мы приводим ситуации, в которых происходила проверка наших профессиональных компетенций и «надежности» (лояльности) – ситуации своего рода экзамена, проверяющего, являемся ли мы **«своими»**. Работая в паре, «экзамен» мы проходили и вместе, и индивидуально (как в ситуации, описанной ниже). Мы несколько часов работали в одном из отделений и в описываемый момент находились на сестринском посту. Было довольно спокойное время, когда мы не вели бесед, а просто фиксировали рабочие ситуации и дополняли уже сделанные записи. Ниже мы показываем, как каждая из нас увидела и интерпретировала одну и ту же коммуникативную ситуацию.

[Дневник Дарья]:

В какой-то момент к нам подходит и обращается женщина [ДИ]. Сразу считываю ее как медсестру, не знаю, почему. Довольно резко начинает общение, спрашивает, кто мы и откуда. Объясняю, что социологи. «Вы вообще наши, штатные?». Объясняю, что нет, что у нас совместный проект, что мы здесь с разрешения К. и администрации.

[ДИ]: «Цель исследования? Предмет, объект? Вы студенты?» – кивает на меня и Анну.

Анна: «Я профессор!».

[ДИ]: «Извините». Спрашивает, какой университет, какой опыт, как за рубежом. На вопросе про студентов мне начинает казаться, что это своего рода проверка/провокация (сложно считать Анну как студентку). По реакции стоящей рядом с [ДИ] медсестры понимаю, что ситуация не патовая – она улыбается. Но нужно как-то осторожно разговаривать, чтобы поле (или часть поля) не схлопнулось. Подключается Анна, начинает рассказывать про проект. [ДИ] говорит, что у проекта должен быть объект и предмет исследования, какие они? Чувствую, что разговор завязывается (хоть в каком-то направлении), и говорю, что, кажется, не знаю ее имени. Она представляется [Д]. Спрашиваю, кто она. Старшая [медсестра] отделения. Переключаемся в режим разговора, под ее управлением. Потом начинает идти лучше (Полевой дневник, 2019).

[Дарья]: Эта ситуация с самого начала не воспринималась мной как проблемная. Определенные диспозиции в поле считываются еще до того, как они были артикулированы – недоступные для полноценного описания, они вполне ощутили. Навык их распознавания формируется по мере погружения в поле. Почему-то я почувствовала, что [ДИ] не была представителем администрации или проверяющей инстанции, но при этом ощущалось, что отделение – это ее вотчина, она тут в своем праве. Эта женщина мне импонировала своей особой манерой «не церемониться», свойственной некоторым медицинским специалистам. Мне не было неприятно от ее тона, потому что коммуникативная неудача – это когда тебя не замечают. А вот если тебя провоцируют, то это контакт. В такой ситуации возникает азарт – желание выйти из коммуникативного пике, «выровнять» разговор, найти способ «починить» коммуникацию. Этот «экзамен» завершился глубоким доверительным разговором с обсуждением острых проблем и рассказом о способах, с помощью которых информантка проверяет на работоспособность «новичков» в своем отделении (слаженность действий сотрудников которого в буквальном смысле определяет вопросы жизни и смерти). Нам устроили экзамен для «социологов-новичков-на-отделении», несмотря на позицию с достаточно высоким статусом (профессор) и наличие «разрешений» от руководства Центра. Это полевой экзамен, который придется пересдавать постоянно.

[Дневник Анны]

16.15. Подходит, как потом выясняется, старшая сестра отделения, я не обращаю внимания, со стороны сестры и Даши. Там часто кто-то появляется. Она начинает задавать вопросы – а вы кто такие? Наши? Студенты? Я испы-

тываю не то чтобы страх, но испуг, что это пришел Здравнадзор и все пропало, подскакиваю и на вопрос «студенты?» отвечаю – я нет, профессор. (Даша потом смеется: когда меня в последний раз принимали за студентку?) К этому моменту Даша объясняет про исследование, ее (сестру) явно не удовлетворяет (или она делает вид), я включаюсь примерно на вопросах «а какой у вас предмет и объект, какой вопрос – мы тут тоже знаем...» Я еще думаю, что это гл. врач, и фигура несет опасность. Продолжаю (помоюму, несколько нервно) рассказывать про цели исследования. Ситуацию спасает Даша, которая говорит что-то типа «а мы с вами не знакомы...», и наконец она представляется – старшая сестра отделения, и после этого мы с ней беседуем, наверно, минут 30, сначала в (отделении), потом выходим в коридор [...]. Даша потом сказала, что сразу поняла, что это не «начальник», поскольку на ней была майка (с картинкой) (мне сначала было не видно, а потом я не обратила внимания).

[Анна]: Для меня данная ситуация означала опасность – я все время беспокоилась по поводу нашего положения в поле, не вполне ясного статуса, того, что, с одной стороны, нам в любой момент могут ограничить трудно выстраиваемый доступ к участникам (пришел более высокий начальник и попросит нас покинуть отделение), а с другой – мы (своим присутствием) можем нанести вред, главным образом связанный с многочисленными проверками (пришла проверка, а в отделении находятся «чужие» люди). Обозначение себя как профессора означало, скорее всего, попытку сделать ситуацию для нас более безопасной. Однако вопрос о предмете и объекте исследования был для меня в данной ситуации неожиданностью, и я не вполне понимала, в какой стилистике нужно на него отвечать, чтобы быть правильно понятой.

Критерии успешного прохождения «экзамена» для социологов не всегда бывают прозрачными, экзаменаторы предъявляют разные требования. В одних ситуациях от нас ждут демонстрации лояльности и подтверждения нашей уместности, в других требуется предъявить наши профессиональные компетенции в реальном времени, в третьих ожидается, что мы сможем доказать значимость своей дисциплины и свою позицию внутри нее. Успешным прохождением «экзамена» является установление доверия, а значит – возможности получения нового знания и опыта. Однако утвердить доверие одномоментно и навсегда невозможно, и нам приходится проходить «экзамен» снова и снова – в новых обстоятельствах, с новыми или теми же экзаменаторами, с разными критериями оценки и без предварительной подготовки.

Приведем еще один эпизод «экзамена».

[Дневник Анны]

14.20–14.40. Разговор с И. довольно сложный, особенно поначалу. Привела зав..., кабинет для заседаний... Шкаф стоит в коридоре так, что трудно пройти. Начинает «с проверки» нас. За моей спиной сидит зав., очень неудобно, проходит за моей спиной, и я сижу к ней спиной. [Наш собеседник] спрашивает очень наступательно и настойчиво – кто мы, откуда, какие социо-

логи. «Социология это ни о чем», – «она про измерения» попыталась сказать антропология. [...] В этот момент зав. за моей спиной присоединяется к вопросу о том, что и зачем мы делаем. К этому моменту я уже пару раз сказала про коммуникацию и координацию, зав. явно беспокоит публикация наших материалов, мы уверяем их в анонимности и конфиденциальности, и говорим, что исследуем разные роддома. Через какое-то время зав. исчезает.

Звонили по поводу операции, на которую он идет – 3 или 4 раза. Предпоследний раз сказал, что придет через 7 минут. Последний звонок – сейчас идет, «у меня тут какие-то социологи»... ушел, закрывает дверь, в дверях я спрашиваю, можно ли еще к нему подойти, он вроде бы удивляется и говорит, что разговаривать не надо, я спрашиваю вдогонку, можно ли с ним еще поговорить, он опять удивляется и соглашается, мы говорим, что подождем.

(Продолжаем обсуждать) Какие цели, задачи и что мы получим. Каждый мой заход его не удовлетворяет (их было два или три), про координацию он отбрасывает, сам задает вопросы и ведет беседу. Спрашивает про то, где делаем. Отвечаю, что раньше делали (работали с представителями) 13 роддомов. (Кажется, уже начинаю злиться, т. к. контролировать разговор не удается). Спрашивает, а были ли научные институты (среди объектов исследования). ... 15.20–16.20 примерно вернулся с операции, позвал к себе.

По дороге благодарим, что готов с нами разговаривать, он часто обращается к Даше как «молодому поколению», а ко мне как к своей ровеснице (ему, наверное, 65), потом каждый раз как бы спохватывается и оговаривается, что «я еще молодая женщина», в какой-то момент «ну вот, вы заведете лабораторией». Тон второй раз гораздо более дружелюбный, он полностью контролирует беседу, и мы сознательно после первого раунда идем на это.

[Анна]: Вся коммуникация происходит крайне неудобным для меня образом. Неудобно расположены сидения, одна из собеседниц сидит за моей спиной, Дарья почти исключена из разговора, я чувствую ответственность за коммуникацию, но никак не могу нащупать адекватный способ и стиль, а затем и вовсе утрачиваю контроль не только над разговором, но отчасти и над своими эмоциями. Каждое мое новое разъяснение по поводу проводимого исследования критикуется или отвергается (мы «какие-то социологи»). Однако я продолжаю настаивать (в конечном счете успешно) на продолжении разговора даже после того, как он выглядит законченным (а мы в известном смысле отторгнутыми).

Первые вопросы показывают, что мы несем угрозу своим исследованием. Формально разговор идет о нашем исследовании, а по существу – это проверка или экзамен: кто мы такие и что мы здесь делаем. При этом идентифицируется и наш пол, и возраст, и статус – я то оказываюсь «заведующей лабораторией», то «молодой женщиной», отдавшей собеседнику контроль над ситуацией.

[Дарья]: Интересно и немного тревожно было наблюдать за тем, как профессор (не мой) пытается создать ситуацию, в которой актуализируется значимость разных атрибутов статуса – в беседе ему было важно узнать и сопоставить стаж работы, заграничный опыт, масштаб исследований. Разговор ведется в основном между ним и Анной. Пока наблюдаю за развитием их беседы, думаю, что победить в этом споре значило бы проиграть (сорвать коммуникацию) – и даже в какой-то момент боюсь, что Анна сейчас его переспорит и он выгонит нас без объяснения

причин («без всякой эмоциональной работы», как мы потом шутим). Но этого не происходит, потому что это не спор – это тест на реакцию, профессиональный уровень и включенность в тему – и пролог к последующему довольно откровенному и сенситивному рассказу про финансовую ситуацию, нюансы профессии и моральный выбор. Несмотря на то, что большую часть времени диалог происходит между двумя профессорами, я чувствую себя участником этой коммуникации на всех ее этапах – как молчаливый зритель, как «свита», как ученик (двух профессоров). Спрашивая про цели и задачи нашего исследования, профессор обращается ко мне в третьем лице: «Вот она точно знает, зачем это нужно». Найти верный ответ и уловить требования нашего экзаменатора удастся не сразу и с определенными оговорками – с первого раза мы не столько прошли этот экзамен, сколько получили допуск к передаче. Мы подвергаемся двойной структуризации – позиционируя себя одновременно внутри нашего дисциплинарного поля и внутри поля медицинского.

Данный экзамен – это и процесс различения «своих» и «чужих», и тонкая настройка отношений власти. Медицинские организации жестко регламентированы и регулируются многочисленными разнородными формальными правилами. Внутри этих правил существуют институциональные «разрывы» и нестыковки, которые компенсируются бесчисленными неформальными практиками, игнорированием одной части правил, «ручной настройкой» другой. «Неформальная» сторона медицинской системы становится доступна для исследования только в том случае, если ему/ей разрешили стать «своим», то есть вовлеченным наблюдателем.

В некоторых ситуациях мы должны были доказать, что мы «настоящие социологи», и вписаться в представления наших собеседников об исследованиях. На наши взаимодействия в отделениях мало влияло наличие согласия на исследование от руководства Центра: врачи и заведующие оказались вполне автономными в требованиях от нас подробных объяснений, кто мы и что мы тут делаем. Это был «экзамен» для нашей профессиональной идентичности, которую приходилось утверждать через демонстрацию навыков коммуникации, умение формулировать задачи на понятном языке, готовность демонстрировать достижения и выдерживать критику. Возможно, не менее важно, что, экзаменуя, наши собеседники хотели понять, какую позицию мы занимаем в их поле, можно ли нам доверять, насколько мы лояльны к организации/отделению/руководству Центра – насколько мы **«свои»**. Каждое новое отделение создавало свои ситуации «экзамена». Иногда «экзамена» на входе (перед заведующим отделением или старшей сестрой) оказывалось достаточно, но чаще, переместившись из кабинета заведующего в ординаторскую, нам приходилось отвечать на те же вопросы врачам и сестринскому персоналу. Формального разрешения или даже распоряжения руководства «пообщаться с социологами» недостаточно для того, чтобы завоевать доверие и стать ближе к полю. Иногда вопросы имели провокационный характер, иногда были похожи на дружеское подшучивание или недоумение. Мы должны были эмоционально и когнитивно опознавать стиль коммуникации участников изучаемых нами взаимодействий и подстраиваться под него. Становясь доверительными собеседниками для одних, мы продолжали быть непонятными и опасными для

других. Правила взаимодействия с нами формулировались ad hoc, а наши позиции в поле требовали постоянной работы по их созданию.

Ориентируясь на феминистскую оптику, мы понимаем, что иерархии и отношения власти неоднозначны – несмотря на жесткую структуру, власть может быть распределена неформально. Более того, для социолога нет предзаданного четкого места в системе жесткой иерархии, поэтому происходит постоянный переговорный процесс. Для того чтобы стать «своим», нужно обрести определенные объемы символической власти в глазах достаточно привилегированной группы (медицинских сотрудников, исследователей, администрации), но одновременно не упустить и то, что представители этой группы часто не обладают достаточной властью над ситуацией в организации, они зависимы от решений сверху и часто оказываются уязвимыми перед представителями других властных агентов.

(РАЗ)ОБЛАЧАЯ СОЦИОЛОГА

Позиция социолога производится во взаимодействии с участниками изучаемого поля. Социологи в медицинском поле – непривычная фигура, для них не существует культурных образцов, с которыми можно было бы свериться. Поэтому наши собеседники часто обращались с нами по-разному, пытались найти подходящую форму коммуникации и подвергая нас телесному дисциплинированию в соответствии со своими (очень разными) представлениями.

[Дневник Дарьи]:

(Мед. сестра) [Ира] заводит нас в санпропускник. Дает подробные инструкции о том, как нужно одеться. Выдает одноразовые костюмы. Говорит, что бахилы и шапочку мы наденем, когда ступим на желтый пол в операционной. Объясняет, что мы будем видеть робота, оператора и макушку пациента. Я внутренне удивляюсь, я не ожидала, что нас поведут в операционную. [Ира] предлагает нам положить вещи в свой шкафчик. Говорит, что можем оставить вещи здесь, у них не воруют, с ними (вещами) ничего не будет. Когда выкидывает упаковки от наших одноразовых халатов, напоминает про желтые и белые ведра. Что туда выбрасываются разные отходы. Я прошу ей напомнить про ведра. Кажется, на этом моменте она понимает, что что-то не так, и спрашивает, кто мы. Мы говорим, что социологи. Спрашивает, зачем мы здесь, что хотим. Объясняю про коммуникацию в Центре. Она не очень понимает, о какой коммуникации идет речь. Поясняю, что о коммуникации между врачом и пациенткой. [Ира] рассказывает, что сейчас пациентки стали такие, что могут тебя на телефон снимать.

Через некоторое время приходит [заведующий отделением]. Забирает у нас шапочки и бахилы – говорит, что они нам не понадобятся. Идем к операционной. Записывать за ним неудобно, не знаю почему, но телефон пока что не достаю. Заходим в «предбанник» операционной, тут тот самый желтый пол, но мы стоим на нем без шапочек/бахил. Как-то из-за этого переживаю. Там проводится операция. Специфический запах – как во время лазерной эпиляции (может, мне кажется?). В операционной несколько человек, все в таких же одноразовых костюмах и шапочках, как у нас. Один из них вопрошающе

смотрит на нас, [заведующий отделением] машет ему, мол, ничего, не отвлекайся. Хирурги сосредоточенно оперируют. Довольно быстро уходим.

[Дарья]: Мы приходим в отделение, чтобы провести наблюдение, и нас проводят в помещение, в котором мы должны переодеться. В этих обстоятельствах медсестра, которой мы не были представлены как социологи, начинает привычно давать подробные инструкции – очевидно фреймировав ситуацию как обучающий визит врачей. Регулирование наших тел через специальную одежду зависит в этой ситуации от нашей профессиональной позиции. Если бы мы были медиками, мы должны были бы подчиняться строгим санитарным нормам. Значение нашего «разоблачения» (в прямом смысле слова – когда заведующий забирает у нас одноразовую одежду) носит скорее символический, чем практический характер (мы могли бы остаться в бахилах и шапочках). По пути к операционной у нас завязался довольно интересный разговор с заведующим, но мы чувствовали, что нам неудобно его записывать, потому что это ситуация, в которой нас, возможно, не вполне правильно понимают, неправильно определяют. Мы сами ощущаем двойственность своей позиции – мы одновременно «околомедики» и социологи, правила для которых никому точно не известны и не строго обязательны. Наше «разоблачение» – это жест гостеприимства или непроизнесенное «вам тут не место»? В этой и в многочисленных других ситуациях люди в исследуемом нами поле самостоятельно принимают решения, одновременно демонстрируя свою власть и несостоятельность прописанных правил.

В конечном счете мы проводим целый день в отделении, в том числе участвуем в нескольких сенситивных и глубоких разговорах с заведующим и проходим еще два-три строгих «экзамена» со стороны других сотрудников, чтобы закончить день в полушутливых разговорах в ординаторской с чувством, что мы смогли успешно закрыть эту этнографическую сессию как социологи.

Вопрос о том, как нужно быть одетым в конкретных ситуациях, часто оставался для нас как немедиков открытым. И окружающие не всегда знали, какие правила на нас нужно распространять. В процесс производства нас как социологов вовлекаются участники, которые нас одевают или раздевают (к этому имеет отношение и белый халат), передвигают нас с места на место: здесь социологу нельзя стоять, а здесь – можно. Мы продолжаем осмыслять, как нам демонстрировать свою профессиональную субъектность, когда на нас накладывают привычные медицинские классификации, – нас считают как ассистентов, ординаторов, врачей или проверяющих, нами управляют в буквальном смысле, но одновременно и мы управляем ситуацией, что создает неоднозначные подвижные и переговорные отношения власти.

Один из самых сложных и рефлексивных процессов, который с нами постоянно происходил, – это обозначение себя для того, чтобы нас не приняли за тех, кем мы не являемся. Наша этическая позиция в этом смысле была достаточно определенной. Вернемся к дилемме белого халата: сначала мы ходили в обычной одежде и сменной обуви, чтобы не сливаться с медиками в белых халатах и медицинских костюмах. Это было не столько стратегическим продуманным ходом, сколько отра-

жением того, как наши тела действовали без рефлексии – мы просто себя таковыми воспринимали и так проявляли свою этическую позицию открытости. Однако в определенный момент мы (и, вероятно, некоторые окружающие) приняли себя в особой для медицинской организации роли – в роли социологов, «воспроизвели» свою идентичность. После этого вопрос о том, чтобы «производить» свою «отличность» от медиков через внешний вид, отпал: мы надели белые халаты, перестав считать их формой культурной апроприации или попыткой мимикрии. Наша позиция выкристаллизовалась и пропало ощущение, что мы можем сливаться, а должны отличаться или бояться быть неправильно опознанными. В результате, постоянно отвечая самим себе и друг другу на вопросы «кто мы?» и «какая у нас позиция?», мы поняли: мы – социологи внутри медицинской организации, и это особая и самодостаточная позиция. Мы – социологи в белых халатах, это наш standpoint.

В итоге переговоров с полем и определения себя внутри него мы сформировались в представлении участников в специфическую категорию – не абстрактных социологов, но воображаемых штатных единиц («местных», «своих» социологов). В поле можно было услышать: «А, это наши штатные социологи»; «А вы “наши” социологи?». До этого социологов здесь не было, но в процессе взаимодействия эта фигура появилась через трудоемкий процесс переговоров – мы стали тем, кем профессионально и должны быть, и при этом, что очень важно, мы стали «своими». Оказалось важным и то, что данное поле строго экзаменует участников, предписывает им определенные позиции, ведет переговоры по поводу властных иерархий, пытается вписать в определенные паттерны, вариации которых хотя и множественны, но конечны. Наша позиция должна была (вос)создаться (как процесс) с нуля – всеми участниками взаимодействий.

ДОВЕРЯЯ «СВОИМ» СОЦИОЛОГАМ/ОЖИДАЯ ПОЛЬЗЫ

В итоге мы не просто стали частью исследуемого поля, но установили доверительные отношения со многими участниками. Несмотря на относительно успешную коммуникацию, в поле сохраняется страх того, что отношения будут складываться по-разному. И они действительно складывались по-разному. Это был спектр от крайнего подозрения до откровенности, граничащей с демонстрацией собственной уязвимости. Приведем пример, который мы считаем проявлением доверия:

[Дневник Дарьи]:

В кабинете сидят [ИН] и [ЕБ]. [ИН] говорит, что они обсуждают смысл всего, смысл профессии. Перед ними на столе лежит история болезни толциной сантиметра в четыре. Сегодня ночью умерла еще одна женщина.

[ИН]: Каждый такой случай – это шрам (про смерть пациентки). Каждый раз, когда идешь на вскрытие, никогда до конца не знаешь, не пропустили ли чего-то. В этот раз [причина смерти] была, никто не виноват. Но каждый из 20-ти присутствовавших чувствовал за собой какую-то вину. Да, [ЕБ]?

[ЕБ]: Конечно.

[ИН]: Заведующая [...] очень продвинутая. Написала сообщение, что ей, наверное, придется увольняться. Говорит, что на разборе этого не сказа-

ли, но она так чувствует. [...] Конечно, она не уволится. Но это каждый раз на грани.

[ИН] и [ЕБ] благодарят нас за то, что мы их выслушали. От этого легче. То же самое сказала и [КА] сегодня после интервью. Надеюсь, что так.

[Дарья]: Эта ситуация возникла, когда мы пришли в кабинет к коллегам в конце рабочего дня, чтобы попрощаться. В этот момент участники обсуждали сложные вопросы о смысле профессии, о неудачах и трудностях, связанных с ней. Эти разговоры возникли как реакция на обсуждение недавнего случая смерти пациентки. Мы застали их в ситуации обсуждения случайно и (по их инициативе) провели в беседе около часа. Если говорить метафорически, то это было похоже на внезапный провал на глубину, совершенно для нас неожиданную, такую, где происходят откровенные разговоры о смерти и боли. Здесь не будет экзамена на цели и задачи исследования, не будет попытки определить наши профессиональные позиции и функционал. Тем не менее именно в этой ситуации я ощущаю, что мы делаем что-то очень важное, и что наше ремесло в конечном итоге привело нас к этой ситуации максимальной открытости. Вопрос реципрокности такой коммуникации до сих пор остается для меня открытым – что я могу дать взамен людям, которые подпустили меня на такую близкую дистанцию? Получили ли они от нас то, что хотели? А что получили мы?

[Анна]: Они не смогли помочь той женщине – у них не было шансов... Возникло ощущение того, насколько уязвимы медики – и оно приходит в противоречие с тем, насколько высокостатусной считается профессия. Врачи ощущают себя беспомощными, и я ощущаю себя такой же рядом с ними – мы не можем им ничем помочь, только выслушать, потом осмыслить, потом, может быть, об этом написать...

В результате этого разговора, который мы не инициировали, но который состоялся, мы смогли обнаружить еще одно измерение нашей позиции: мы – свидетели и слушатели, представители своего рода «помогающей» профессии, нам благодарны за то, что мы вовлечены, понимаем и принимаем их позицию (somewhere), чувствуем и их страдания (не только страдания родственников погибшей), пытаюсь одновременно понимать происходящее социологически. Это возвращает нас к теоретическим тезисам о позиции из somewhere: мы вовлекаемся, разговариваем, позиционируем себя, включаемся в поле, осуществляем по мере возможности заботу об участниках и, возможно, это в конечном счете меняет само поле. Мы меняемся сами, потому что попадаем в ситуации, которые мы не ожидали увидеть и почувствовать, и это взаимный процесс: мы меняем поле – поле меняет нас. Мы не можем сказать себе, что мы сейчас только «соберем данные» и уйдем. Потому что и телесно, и эмоционально мы получили опыт того, что значит быть его частью, занимать если и не инсайдерскую позицию, то позицию близости – «заботы».

(НЕ)ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Принципы феминистского исследования для нас важны не только в эпистемологическом, но и в этическом измерении. В этом разделе мы попробуем артикулировать те этические вопросы, которые возникали в процессе нашего исследования в связи с постоянным изменением нашей позиции внутри изучаемого поля. Учитывая феминистскую оптику и принципы проведения исследований (такие как усиление позиции участников, чувствительность к власти и рефлексивность в процессе производства знания, принцип реципрокности и принцип «этики заботы») (Здравомыслова и Темкина 2014), мы покажем, как именно они реализовывались в нашем поле.

Мы работали в специфическом поле, в котором стратегия наделения голосом участников статусной группы выглядит не вполне релевантной. Например, такова ситуация с заведующим отделением: он(а) имеет сильный голос без эмпауэрмента со стороны социологов. Более того, его(ее) голос может звучать сильнее, чем наш, во многих контекстах, включая исследовательский, – и это было видно в некоторых ситуациях. Власть распределена неравномерно, исследователю приходится все время маневрировать: в медицинском поле есть безвластные участники, но есть участники, которые обладают ресурсами и значительными объемами власти и могут управлять нами, более того – мы от них зависим. Как проводники (*gatekeepers*), они открывают (или не открывают) нам двери, они нас проверяют и экзаменуют. Однако мы обнаружили и те ситуации, в которых врачи оказываются уязвимыми и бесправными – таким образом, власть подвижна и ситуативна (Litvina et al. 2020).

Другой этический принцип, который мы хотели реализовать, – принцип реципрокности: с одной стороны, мы хотим передавать знания, а не только собирать данные. Мы стараемся относиться к этому рефлексивно: рассказываем участникам наших исследований о результатах, приглашаем участвовать в проектах. С другой стороны, у нас часто возникает ощущение, что мы отдаем мало – как будто поле от нас ждет «практической» конкретной пользы, которую мы не можем принести, и стараемся честно говорить об этом. Наша «польза» более абстрактная – в междисциплинарных коммуникациях, в публичном описании проблем медицины, в заботе, которую мы можем проявлять по отношению к участникам исследований.

Несмотря на то, что мы дважды выступали на утренних конференциях для сотрудников и что нас несколько раз приглашали на медицинские конференции, организованные Центром, а коллеги оттуда согласились принять участие в продолжении проекта, нас не отпускает ощущение незавершенности, недостаточности отдачи, и это связано с «размытостью» нашей позиции. Кто мы по отношению к медицинскому полю? Что мы можем сделать для него в практическом смысле? Понятны ли те смыслы, которые мы вкладываем в свою работу, другим (несоциологам)? Мы обсуждали с коллегами-медиками наши результаты (в том числе данную статью – см. приложение), получали позитивную обратную связь. Но вопросы остаются, как и ощущение «недоделанной работы», неполной отдачи.

Следующий принцип – рефлексивность в производстве знания, которую мы осмысливаем не только как осознание своей позиции, но и как постоянное ее производство. Мы постепенно осознаем, когда и как мы ее создаем. Мы понимаем, что мы отчасти меняем поле, как бы мы ни стремились оставаться нейтральными/не-

видимыми/незаметными в определенных ситуациях. Все равно в поле меняются некоторые конфигурации взаимодействий, и следы социологов сохраняются даже тогда, когда мы из него выходим. Так, рассказанные на медицинской конференции результаты становятся референцией, к которой потом отсылают медики и окружающих, и нас самих, используя те категории, которые мы предложили на основании исследования.

Еще один принцип связан с этикой заботы. Участники исследования часто нуждаются в понимании и эмоциональной поддержке, они хотят быть услышанными. Мы стараемся быть готовыми эмоционально разделять опыт наших информантов, оказывать им поддержку в тех ситуациях, где на нее есть запрос, и одновременно в тех случаях, когда ответ на запрос – посильный для исследователя. Как феминистские исследовательницы, мы стараемся быть чувствительными к переживаниям и эмоциям участников наших исследований, осуществлять эмоциональную работу в требующих ее обстоятельствах. Мы осознаем, что идеалы феминистского исследования достаточно абстрактны, и каждый раз в конкретном поле они уточняются и пересоздаются.

В представленном тексте мы хотели проанализировать, как исследовательское поле создает нашу позицию, а через эту позицию производятся позиция и идентичность социолога. В процессе полевой работы не существует линейной траектории, разные этапы работы, роли исследователей и их взаимодействия с другими участниками исследования не всегда выстраиваются логично. Не только мы наблюдаем за полем, но и оно смотрит на нас под разными ракурсами. Отсюда возникает множественность наших позиций, ощущение их неустойчивости и неопределенности, тонкого баланса отношений власти.

Таким образом, мы вносим вклад в дискуссию о смещениях исследовательской позиции в континууме от «инсайдера до аутсайдера», показывая, что существуют сложные поля (в нашем случае – медицинское), в которых всегда есть движение *back and forward*, а позиция инсайдера не может быть достигнута (и необязательно может являться необходимой). В российском контексте медицинского поля социологу важно, кроме того, пройдя все проверки (на лояльность, стрессоустойчивость, понимание формальных и неформальных правил), стать **«своим»**. «Социолог в белом» – это позиционирование не только в глазах участников исследования, но и в глазах друг друга и российского академического сообщества, для которого сближение с медицинским полем в определенном смысле только начинается.

ПРИЛОЖЕНИЕ. ХАЛАТ КАК АРТЕФАКТ

Запись обсуждения белых халатов и медицинской одежды на конференции «Тревожное общество и сенситивная социология» (6 декабря 2019 г.)

Мы очень любим эту историю. Один раз мы пришли в другую медицинскую организацию вместе с коллегами-медиками, халаты были только у социологов. На другом совместном мероприятии нам нужно было сделать аудиозапись, но мы об-

наружили отсутствие диктофонов, в ответ наша коллега-медик достала диктофон со словами: «А у меня теперь всегда с собой!».

Борис (коллега-медик 1): А вот по поводу белых халатов... Не знаю, мой опыт, скорее, в белых халатах – это те люди, которые взаимодействуют непосредственно с пациентами. Врачей в «хирургичках» – хирургических костюмах – я вообще не считываю. Человек в белом халате – это скорее работник производственного цеха, что ли... в белых халатах что-то такое.

Валентина (коллега-медик 2): Белых халатов сейчас мало осталось.

Ольга (коллега-медик 3): Военно-медицинская академия – в белых халатах.

Борис: Военно-медицинская академия – это отдельная... уникальный мир.

Валентина: Они не могут делать выбор сами. А те, кто могут, – выбирают не белые.

Дарья: Что же вы нам не сказали? Мы с Асей белыми...

Валентина: А вы не спросили!

Анастасия: Я на самом деле спрашивала, это тоже был отдельный [эпизод], про халат: мы даже думали сделать отдельно несколько сюжетов, вынести на обсуждение – именно халат становился такой как бы проблемной точкой, когда, вот, – я без халата – считывают меня вот так вот, а в халате – совсем по-другому, и я обсуждала очень долго с главной, если, вот, формальных нету правил. То есть они есть по количеству сменной одежды, которая должна быть в помещениях чистоты разного класса, как их нужно, значит, менять-стирать и так далее, но нет регламента, опять же, по форме, и я спрашивала: «А вот халат? Почему кто-то в костюме и в штанах? А почему кто-то с рисунками, значит, с сердечками-собачками? А почему синего?» И у нас запись этого фрагмента дневника на полторы страницы. Потому что это – несуществующие, неконвенциональные правила. Где-то подспудно они там есть, и я действительно...

Дарья: Мне кажется, у меня есть похожие ощущения, да, как Валентина говорит, про какие-то непонятные правила. Потому что у меня был похожий эпизод, когда я кого-то из ординаторов допрашивала на предмет того как раз, какой халат купить. Потому что, когда мы только заходили, было совершенно невозможно считать это – медсестра, акушерка, ординатор, врач? То есть кто это. И потом, через какое-то время, я поняла, что их получается идентифицировать, но вот как – это вот совершенно непонятно. В том фрагменте [приведенный выше фрагмент про «экзамен», устроенный старшей медсестрой], я понимала, что передо мной не врач и не главный врач. И это даже не потому, что у нее была картинка на костюме нарисована, но просто по каким-то невидимым... Мне кажется, что это – отчасти то, что нам [социологам] бросается в глаза, потому что обычно артикулировать эти правила невозможно. Какие-то из них ты видишь – и я, например, поняла, что люди без носков [то есть надевающие специальную обувь, «кроксы», на босу ногу, без носков] – это хирурги. Но все остальные правила – передвижения, разговора, позы, костюм – это то, во что можно погружаться и погружаться. А когда ты спрашиваешь [про то, какую медицинскую одежду купить], [вы] такие: «Нет, любое покупайте!».

Валентина: Мы вам не скажем! Вам придется угадать самим! [*со смехом*]

Дарья: Вот эта повседневность – она проходит рутинно, она не артикулируется. Ну, это как нас спрашивать, не знаю, про то, как мы чистим зубы или завариваем чай, в какой последовательности мы это делаем, имеет ли значение чашка и ложка, в какую сторону мешать этот чай – это можно с ума сойти, если мы будем рефлексировать по этому поводу. Но когда приходит человек извне, он как раз как-то это схватывает и считывает, потому что это – обстоятельства телесности и непроизносимого. Сторонний наблюдатель, конечно, в этом смысле попадает в стороннюю среду, и у него все это новое. Потому что в какой-то момент, я помню, буквально накануне того, как мы надели халаты, мы ходили, собственно, по клинике, и я увидела со спины человека без халата – и меня просто поразило, что здесь находится человек без халата! А это была Ася – она куда-то заворачивала за угол, и я поняла, что все, мы включились, начали считывать правила, их как-то осознавать.

Дарья: Если по поводу халатов – это очень интересный момент, но меня, например, намного больше, что ли, в какой-то момент заинтересовал вопрос обуви. Ну, то есть насколько она у врачей разная ввиду того, что разные требования к работе. Потому что кто-то, например, носит «кроксы», кто-то – не «кроксы»; у кого-то дезковрики – высокие, и ему просто нужна более закрытая обувь, у кого-то дезковрики – липкие, им вообще все равно, что носить, кто-то носит шлепки, кто-то носит кроссовки, кеды и так далее. Ну, вот это, казалось бы, такой элемент одежды, который – какая разница, во что он там обут, в общем-то? А ведь он очень часто регламентирован какими-то просто требованиями – ну, не просто требованиями – требованиями, условиями работы, в которых врач оказывается, потому что, если это какой-нибудь дезковрик – поролоновая подушечка, в которую он наступает, и у него будет специфичная обувь, он постоянно будет ходить с мокрыми носками и, более того, у него будет раздражение, сухая кожа и все вытекающие.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Здравомыслова, Елена и Анна Темкина. 2014. «Феминистские рефлексии о полевом исследовании». *Laboratorium: журнал социальных исследований* 6(1):84–112.
- Пинчук, Ольга и Дмитрий Рогозин. 2018. «На пляж шестидесятым автобусом»: автоэтнографические толкования стандартизированных интервью с пожилыми людьми об интимной жизни». *Социология власти* 30(1):101–124. <https://doi.org/10.22394/2074-0492-2018-1-101-124>.
- Aberese-Ako, Matilda. 2017. “I Won’t Take Part!”: Exploring the Multiple Identities of the Ethnographer in Two Ghanaian Hospitals.” *Ethnography* 18(3):300–321. <https://doi.org/10.1177/1466138116673380>.
- Acker, Sandra. 2000. “In/out/side: Positioning the Researcher in Feminist Qualitative Research.” *Resources for Feminist Research* 28(1–2):189–210.
- Adler, Patricia A., and Peter Adler. 1987. *Membership Roles in Field Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Atkinson, Paul, and Martyn Hammersley. 1998. “Ethnography and Participant Observation.” Pp. 248–261 in *Strategies of Qualitative Inquiry*, ed. by Norman K. Denzin and Yvonna S. Lincoln. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Becker, Howard S., Blanche Geer, Everett C. Hughes, and Anselm L. Strauss. 1961. *Boys in White: Student Culture in Medical School*. New Brunswick, NJ: Transaction Books.

- Borozdina Ekaterina, and Anastasia Novkunsкая. 2019. "The Patient's Perspective on Institutional Logics in Russian Maternity Care." *The Journal of Social Policy Studies* 17(3):439–452. <https://doi.org/10.17323/727-0634-2019-17-3-439-452>.
- Breen, Lauren J. 2007. "The Researcher 'In the Middle': Negotiating the Insider/Outsider Dichotomy." *The Australian Community Psychologist* 19(1):163–174.
- Capurro, Gabriela. 2021. "Witnessing the Ward: On the Emotional Labor of Doing Hospital Ethnography." *International Journal of Qualitative Methods* 20. <https://doi.org/10.1177/1609406921998919>.
- Collins, Patricia Hill. 2002. *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. New York: Routledge.
- Dwyer, Sonya Corbin, and Jennifer L. Buckle. 2009. "The Space Between: On Being an Insider-Outsider in Qualitative Research." *International Journal of Qualitative Methods* 8(1):54–63. <https://doi.org/10.1177/160940690900800105>.
- Fletcher, Anna. 2019. "An Invited Outsider or an Enriched Insider? Challenging Contextual Knowledge as a Critical Friend Researcher." Pp. 75–92 in *Educational Researchers and the Regional University: Agents of Regional-Global Transformation*, ed. by Monica Green, Susan Plowright, and Nicola F. Johnson. Singapore: Springer.
- Flick, Uwe. 2018. *An Introduction to Qualitative Research*. Los Angeles: SAGE.
- Flyvbjerg, Bent. 2006. "Five Misunderstandings about Case-Study Research." *Qualitative Inquiry* 12(2):219–245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>.
- Haraway, Donna. 1988. "Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective." *Feminist Studies* 14(3):575–599. <https://doi.org/10.2307/3178066>.
- Harding, Sandra. 1992. "Rethinking Standpoint Epistemology: What Is 'Strong Objectivity'?" *Centennial Review* 36(3):437–470.
- Humphrey, Caroline. 2007. "Insider-Outsider: Activating the Hyphen." *Action Research* 5(1):11–26. <https://doi.org/10.1177/1476750307072873>.
- Kerstetter, Katie. 2012. "Insider, Outsider, or Somewhere Between: The Impact of Researchers' Identities on the Community-Based Research Process." *Journal of Rural Social Sciences* 27(2):7. <https://egrove.olemiss.edu/jrss/vol27/iss2/7>.
- Litvina, Daria, Anastasia Novkunsкая, and Temkina, Anna. 2020. "Multiple Vulnerabilities in Medical Settings: Invisible Suffering of Doctors." *Societies* 10(1):5. <https://doi.org/10.3390/soc10010005>.
- Long, Debbi, Cynthia Hunter, and Sjaak van der Geest. 2008. "When the Field Is a Ward or a Clinic: Hospital Ethnography." *Anthropology & Medicine* 15(2):71–78. <https://doi.org/10.1080/13648470802121844>.
- Mol, Annemarie. 2002. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham, NC: Duke University Press.
- Newnham, Elizabeth C., Lois V. McKellar, and Jan I. Pincombe. 2017. "Paradox of the Institution: Findings from a Hospital Labour Ward Ethnography." *BMC Pregnancy and Childbirth* 17(1):1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1193-4>.
- Paechter, Carrie. 2013. "Researching Sensitive Issues Online: Implications of a Hybrid Insider/Outsider Position in a Retrospective Ethnographic Study." *Qualitative Research* 13(1):71–86. <https://doi.org/10.1177/1468794112446107>.
- Pitard, Jayne. 2017. "A Journey to the Centre of Self: Positioning the Researcher in Autoethnography." *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* 18(3):10. <https://doi.org/10.17169/fqs-18.3.2764>.
- Sanders, Phoebe, Ross Wadey, Melissa Day, and Stacy Winter. 2019. "Qualitative Fieldwork in Medical Contexts: Confessions of a Neophyte Researcher." *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health* 11(1):106–118. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2017.1351390>.
- Spradley, James P. 1980. *Participant Observation*. Orlando, FL: Harcourt Brace Jovanovich.
- Swaffield, Sue, and John MacBeath. 2005. "School Self-Evaluation and the Role of a Critical Friend." *Cambridge Journal of Education* 35(2):239–252. <https://doi.org/10.1080/03057640500147037>.

- Van der Geest, Sjaak, and Kaja Finkler. 2004. "Hospital Ethnography: Introduction." *Social Science & Medicine* 59(10):1995–2001. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.03.004>.
- Wind, Gitte. 2008. "Negotiated Interactive Observation: Doing Fieldwork in Hospital Settings." *Anthropology & Medicine* 15(2):79–89. <https://doi.org/10.1080/13648470802127098>.

"SOCIOLOGISTS IN WHITE": CONSTRUCTING PROFESSIONAL POSITION IN MEDICAL FIELD

Anastasia Novkunskeya, Daria Litvina, Anna Temkina

Anastasia Novkunskeya, Gender Studies Program, Department of Sociology, European University at St. Petersburg (Russia). Address for correspondence: EUSP, Shpalernaia ul., 1, Saint Petersburg, 191187, Russia. anovkunskeya@eu.spb.ru.

Daria Litvina, Gender Studies Program, Department of Sociology, European University at St. Petersburg (Russia). Address for correspondence: EUSP, Shpalernaia ul., 1, Saint Petersburg, 191187, Russia. dlitvina@eu.spb.ru.

Anna Temkina, Gender Studies Program, Department of Sociology, European University at St. Petersburg (Russia). Address for correspondence: EUSP, Shpalernaia ul., 1, Saint Petersburg, 191187, Russia. temkina@eu.spb.ru.

This article presents research reflections on the fieldwork conducted in a medical organization in Russia. We emphasize how our professional positioning in the field was changing as a result of the ethnographic immersion into the empirical work. Addressing the insider/outsider dilemma and testing some of the feminist principles of interactions with research participants, we find that we neither become "insiders" nor remain "outsiders" in the organization we study but obtain a temporary position of *svoi* (literally, "ours") for its "inhabitants." We focus on the construction of our own positioning in the field, which is accomplished through the participants' perception of and interactions with us: they identify, examine, (un)dress, and trust (or do not trust) us. We believe that the "making" of the feminist sociologist is accomplished through the process of research reflection and care happening in the field. We use the metaphor "a sociologist in white" (as an allusion to the classic 1960s book *Boys in White: Student Culture in Medical School*) to denote this particular kind of positioning of the researcher. The article is written in an experimental format: In the first (analytical) part we discuss the basic principles that help to analyze the experience of being a researcher in the medical field. In the second, "operational" part we reconstruct conditions in which the research and our professional positions have become the subject of our reflections as well as the reflections of other participants of the study. In the article we reconstruct conditions and situations of the actual fieldwork and, drawing on our individual experiences, show different interpretations of our professional positions.

Keywords: Positioning in Qualitative Research; Feminist Research Principles; Ethnography; Medical Organization; Insider/Outsider; Trust; Care

REFERENCES

- Aberese-Ako, Matilda. 2017. "I Won't Take Part!': Exploring the Multiple Identities of the Ethnographer in Two Ghanaian Hospitals." *Ethnography* 18(3):300–321. <https://doi.org/10.1177/1466138116673380>.
- Acker, Sandra. 2000. "In/out/side: Positioning the Researcher in Feminist Qualitative Research." *Resources for Feminist Research* 28(1–2):189–210.
- Adler, Patricia A., and Peter Adler. 1987. *Membership Roles in Field Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Atkinson, Paul, and Martyn Hammersley. 1998. "Ethnography and Participant Observation." Pp. 248–261 in *Strategies of Qualitative Inquiry*, ed. by Norman K. Denzin and Yvonna S. Lincoln. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Becker, Howard S., Blanche Geer, Everett C. Hughes, and Anselm L. Strauss. 1961. *Boys in White: Student Culture in Medical School*. New Brunswick, NJ: Transaction Books.
- Borozdina Ekaterina, and Anastasia Novkunskaia. 2019. "The Patient's Perspective on Institutional Logics in Russian Maternity Care." *The Journal of Social Policy Studies* 17(3):439–452. <https://doi.org/10.17323/727-0634-2019-17-3-439-452>.
- Breen, Lauren J. 2007. "The Researcher 'In the Middle': Negotiating the Insider/Outsider Dichotomy." *The Australian Community Psychologist* 19(1):163–174.
- Capurro, Gabriela. 2021. "Witnessing the Ward: On the Emotional Labor of Doing Hospital Ethnography." *International Journal of Qualitative Methods* 20. <https://doi.org/10.1177/1609406921998919>.
- Collins, Patricia Hill. 2002. *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. New York: Routledge.
- Dwyer, Sonya Corbin, and Jennifer L. Buckle. 2009. "The Space Between: On Being an Insider-Outsider in Qualitative Research." *International Journal of Qualitative Methods* 8(1):54–63. <https://doi.org/10.1177/160940690900800105>.
- Fletcher, Anna. 2019. "An Invited Outsider or an Enriched Insider? Challenging Contextual Knowledge as a Critical Friend Researcher." Pp. 75–92 in *Educational Researchers and the Regional University: Agents of Regional-Global Transformation*, ed. by Monica Green, Susan Plowright, and Nicola F. Johnson. Singapore: Springer.
- Flick, Uwe. 2018. *An Introduction to Qualitative Research*. Los Angeles: SAGE.
- Flyvbjerg, Bent. 2006. "Five Misunderstandings about Case-Study Research." *Qualitative Inquiry* 12(2):219–245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>.
- Haraway, Donna. 1988. "Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective." *Feminist Studies* 14(3):575–599. <https://doi.org/10.2307/3178066>.
- Harding, Sandra. 1992. "Rethinking Standpoint Epistemology: What Is 'Strong Objectivity'?" *Centennial Review* 36(3):437–470.
- Humphrey, Caroline. 2007. "Insider-Outsider: Activating the Hyphen." *Action Research* 5(1):11–26. <https://doi.org/10.1177/1476750307072873>.
- Kerstetter, Katie. 2012. "Insider, Outsider, or Somewhere Between: The Impact of Researchers' Identities on the Community-Based Research Process." *Journal of Rural Social Sciences* 27(2):7. <https://egrove.olemiss.edu/jrss/vol27/iss2/7>.
- Litvina, Daria, Anastasia Novkunskaia, and Temkina, Anna. 2020. "Multiple Vulnerabilities in Medical Settings: Invisible Suffering of Doctors." *Societies* 10(1):5. <https://doi.org/10.3390/soc10010005>.
- Long, Debbi, Cynthia Hunter, and Sjaak van der Geest. 2008. "When the Field Is a Ward or a Clinic: Hospital Ethnography." *Anthropology & Medicine* 15(2):71–78. <https://doi.org/10.1080/13648470802121844>.
- MoI, Annemarie. 2002. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham, NC: Duke University Press.
- Newnham, Elizabeth C., Lois V. McKellar, and Jan I. Pincombe. 2017. "Paradox of the Institution: Findings from a Hospital Labour Ward Ethnography." *BMC Pregnancy and Childbirth* 17(1):1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1193-4>.

- Paechter, Carrie. 2013. "Researching Sensitive Issues Online: Implications of a Hybrid Insider/ Outsider Position in a Retrospective Ethnographic Study." *Qualitative Research* 13(1):71–86. <https://doi.org/10.1177/1468794112446107>.
- Pinchuk, Ol'ga, and Dmitrii Rogozin. 2018. "Na pliazh shestidesiatym avtobusom': Avtoetnograficheskie tolkovaniia standartizirovannykh interv'iu s pozhilymi liud'mi ob intimnoi zhizni." *Sotsiologiya vlasti* 30(1):101–124. <https://doi.org/10.22394/2074-0492-2018-1-101-124>.
- Pitard, Jayne. 2017. "A Journey to the Centre of Self: Positioning the Researcher in Autoethnography." *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* 18(3):10. <https://doi.org/10.17169/fqs-18.3.2764>.
- Sanders, Phoebe, Ross Wadey, Melissa Day, and Stacy Winter. 2019. "Qualitative Fieldwork in Medical Contexts: Confessions of a Neophyte Researcher." *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health* 11(1):106–118. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2017.1351390>.
- Spradley, James P. 1980. *Participant Observation*. Orlando, FL: Harcourt Brace Jovanovich.
- Swaffield, Sue, and John MacBeath. 2005. "School Self-Evaluation and the Role of a Critical Friend." *Cambridge Journal of Education* 35(2):239–252. <https://doi.org/10.1080/03057640500147037>.
- Van der Geest, Sjaak, and Kaja Finkler. 2004. "Hospital Ethnography: Introduction." *Social Science & Medicine* 59(10):1995–2001. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.03.004>.
- Wind, Gitte. 2008. "Negotiated Interactive Observation: Doing Fieldwork in Hospital Settings." *Anthropology & Medicine* 15(2):79–89. <https://doi.org/10.1080/13648470802127098>.
- Zdravomyslova, Elena, and Anna Temkina. 2014. "Feministskie refleksii o polevom issledovanii." *Laboratorium: Russian Review of Social Research* 6(1):84–112.